

**PLAIDOYER**

# **SANTÉ DES PERSONNES EXILÉES**



Fédération  
des acteurs de  
la solidarité



*Ce plaidoyer s'est construit à travers des échanges et travaux réalisés lors d'ateliers de concertation, permettant de confronter les expériences et d'éclairer les enjeux liés à l'exil et à la santé. Ce processus collaboratif, conduit par un groupe de travail de la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) nationale, a rassemblé des adhérent·e·s de toutes les régions métropolitaines.*

*Nous tenons donc à remercier toutes les personnes des Groupes d'Appui Nationaux Santé et Réfugié·e·s Migrant·e·s ainsi que les membres du Groupe de Travail National Santé des personnes exilées, composés de professionnel·le·s issu·e·s des structures adhérentes de la FAS, pour leur implication dans ces travaux.*

*Leurs apports et les riches échanges que nous avons pu avoir, étayés de leur expertise, furent précieux pour aboutir à ce plaidoyer.*

# Sommaire

**Introduction** 5

**Contexte et constats** 6

## Nos propositions

→ **Accès à un parcours en santé globale coordonné pour toutes et tous** : d'un parcours spécifique vers le droit commun 8

→ **Exilé·e·s mais pas exclu·e·s** : visibiliser pour repenser l'accès à la prévention et aux soins 10

→ **Améliorer les compétences des professionnel·le·s** pour favoriser les approches intersectorielles 12

## Focus

→ **Santé mentale des personnes exilées**, entre enjeu collectif et spécificités d'accompagnement 15

→ **Interprétariat en santé** : maillon essentiel pour l'accès aux soins des personnes exilées 17

# Introduction

Les enjeux de santé des personnes exilées, qu'ils concernent les domaines de la santé mentale, environnementale, sexuelle, éducative ou nutritionnelle, sont à prendre en compte dans un contexte politique et législatif européen et international complexe.

A la fin de l'année 2024, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugié·e·s (UNHCR<sup>1</sup>) estimait à 123,2 millions le nombre de personnes déplacées de force dans le monde, ce qui équivaut à une personne sur 67. Les déplacements ont quasiment doublé en une décennie. De même, selon l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques<sup>2</sup> (OCDE), les chiffres atteignent un nouveau record en 2023 et l'immigration familiale et l'immigration humanitaire sont particulièrement en hausse – respectivement + 16% et + 20%.

En mobilisant la notion d'exil et de santé dans le cadre de ce plaidoyer, l'enjeu est de visibiliser toutes les personnes engagées dans un processus de déplacement, au-delà de leur statut ou absence de statut juridique. Il s'agit également de **reconnaître une exposition accrue à des risques de mal-être physique, mental et social**<sup>3</sup>, l'expérience de l'exil pouvant ainsi grandement affecter la santé globale des personnes concernées.

**Exil, mot mouvant, permet de rendre visible la pluralité et la complexité des trajectoires, qu'elles soient contraintes ou choisies, continues ou fragmentées, visibles ou invisibilisées.**

Ce plaidoyer s'appuie sur une démarche et un travail collaboratifs, fruit d'une réflexion approfondie basée sur l'expérience des adhérent·e·s de la FAS, de rapports fournis, d'enquêtes menées par des FAS régionales ainsi que sur des ressources complémentaires consultables tout le long de ce document.

Il répond à un enjeu collectif, porté par la FAS et ses adhérent·e·s : celui de permettre l'accès à la prévention et aux soins en santé globale pour les personnes exilées. Il ambitionne de proposer, tant aux politiques publiques qu'aux professionnel·le·s, des réponses qui permettront à chacun·e, dont les personnes exilées, de **bénéficier d'un parcours de soins en santé coordonné et individualisé**.

Ainsi, cela ne pourra s'opérer qu'en repensant la formation des professionnel·le·s et en pérennisant, de manière structurelle, les initiatives et dispositifs qui ont fait leur preuve – telles que celles permises par l'article 51<sup>4</sup> de la Loi de financement de la sécurité sociale de 2018. Cette mobilisation est une composante du combat de l'accès à la santé pour toutes les personnes en difficulté. C'est ainsi que l'on pourra sortir des réponses spécifiques pour **tendre vers le droit commun et assurer, à chacun·e, un accès à la prévention et aux soins**.

---

1 - United Nation High Commissioner For Refugees

2 - OCDE, [Perspectives des migrations internationales 2024](#)

3 - Définition de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

4 - [Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017](#) de financement de la sécurité sociale pour 2018, assurant le financement global, pluriannuels et garantissant de fait la poursuite d'actions fondamentales (centres de santé communautaire par exemple, basés sur la médiation en santé et le travail pair)

# Contexte et constats

La situation des personnes exilées, de l'accueil à l'insertion, se heurte à des obstacles grandissants, dans un climat social et politique caractérisé par une montée des discours excluants et des pratiques restrictives d'accès aux droits. Alors que la population générale fait face à des difficultés croissantes d'accès aux soins, les personnes exilées subissent de plein fouet ces mêmes problématiques tout en étant confrontées à des obstacles supplémentaires et systémiques.

Dans ce contexte, la Fédération des acteurs de la solidarité et ses adhérent·e·s observent :

- Des conditions d'accueil dégradées des personnes exilées sur le territoire, participant à leur éloignement de l'accès aux soins jusqu'à la détérioration de leur santé globale ;
- Un contexte politique national marqué par des décisions discriminantes<sup>5</sup>, limitant l'accès aux droits fondamentaux, notamment en matière de santé, et intensifiant les ruptures de parcours de vie ;
- Un net recul du droit au séjour pour soins ;
- Un droit à la santé qui tend à s'effacer des politiques publiques d'immigration ;
- Une inconditionnalité et la continuité de l'accueil qui s'essouffent, sous l'effet combiné de facteurs structurels présents sur l'ensemble du territoire : une augmentation des besoins et une saturation des dispositifs d'hébergement d'urgence, médico-sociaux, dont le Dispositif National d'Accueil (DNA), des économies budgétaires décorrélées des besoins réels et un durcissement de l'accès aux droits ;
- Des services publics, notamment hospitaliers, peinant de plus en plus à répondre aux besoins des personnes exilées, en raison d'un manque de ressources et d'une surcharge persistante ;
- Des « dysfonctionnements qui érodent les conditions de réalisation d'une égalité réelle dans l'accès aux soins [...] susceptibles d'alimenter les pratiques discriminatoires », comme en fait état La Défenseure des Droits, dans son rapport *Prévenir les discriminations dans les parcours de soin : un enjeu d'égalité*<sup>6</sup>.

Pourtant,

- Les besoins des personnes exilées ne cessent de croître, en raison de la multiplicité des situations de vulnérabilité qu'elles rencontrent ;
- Les enjeux de santé des personnes exilées sont des enjeux de santé publique et concernent toute la population, comme la pandémie du Covid l'a souligné ;
- Les adhérent·e·s et partenaires de la FAS restent continuellement mobilisé·e·s sur ces enjeux transversaux, malgré la diminution de leurs moyens, un climat de plus en plus marqué par la défiance vis-à-vis des associations, et des discriminations systémiques souvent décourageantes pour les personnes concernées comme pour les équipes sociales ;
- En 2022, la mobilisation face à la guerre contre l'Ukraine a prouvé qu'il est possible d'assurer un accueil digne et un accès cadré et effectif à la santé, sans carence.

Ainsi, la garantie d'accès aux droits fondamentaux (ressources minimales, alimentation, hébergement) constitue un axe essentiel de réalisation du plaidoyer développé dans ce document.

## Accès aux soins : des constats alarmants pour toutes et tous

- 30,2% de la population en France vit dans un désert médical ;
- 11% des français·e·s n'ont pas de médecins traitants ;
- 1,6 millions de personnes renoncent chaque année à des soins ;
- Les délais d'attente avant un RDV spécialiste s'allongent et retardent les prises en charge (6 mois + dans certains territoires) ;
- Le taux de mortalité infantile augmente depuis 2011, et le risque de mortalité infantile est 40% plus important pour les bébés dont les familles vivent dans les zones économiquement plus défavorisées.

Sources : Assemblée Nationale, INSERM, APHP, INRAE, PARIS Cité et PARIS NORD

5- Pour illustrer :

- [Loi du 10 septembre 2018](#) introduisant un délai de carence de 3 mois pour les droits à la santé des personnes en demande d'asile ;
- [Loi du 26 janvier 2024](#) pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration

6- Défenseur des droits, [Rapport Prévenir les discriminations dans les parcours de soin : un enjeu d'égalité](#), 2025

# Nos propositions

- **ACCÈS À UN PARCOURS EN SANTÉ GLOBALE COORDONNÉ POUR TOUTES ET TOUS :**  
d'un parcours spécifique vers le droit commun
- **EXILÉ·E·S MAIS PAS EXCLU·E·S :**  
visibiliser pour repenser l'accès à la prévention et aux soins
- **AMÉLIORER LES COMPÉTENCES DES PROFESSIONNEL·LE·S**  
pour favoriser les approches intersectorielles

# ACCÈS À UN PARCOURS EN SANTÉ GLOBALE COORDONNÉ POUR TOUTES ET TOUS : d'un parcours spécifique vers le droit commun

Dans un contexte social et politique de moins en moins favorable, les personnes exilées font face à une difficulté majeure : celle de parcours de santé fragmentés, ponctués d'obstacles, d'un accès moindre à la prévention et aux soins. Leurs conditions de vie précaires en France peuvent rapidement dégrader leur état physique et psychique<sup>7</sup>. Ces **déterminants de santé**, couplés aux inégalités sociales et territoriales, entravent l'accès aux soins. Ainsi, confrontées à la complexité des différents statuts juridiques, les personnes exilées doivent affronter un système de santé marqué par de profondes inégalités.

Ces inégalités sont exacerbées par la **démographie médicale** sur notre territoire. Si la pénurie de professionnel-le-s est un frein pour toutes et tous, il est particulièrement prégnant pour les personnes les plus vulnérables : en 2021, le renoncement aux soins était huit fois plus élevé pour les personnes pauvres dans les zones sous-dotées<sup>8</sup>. Et bien que des dispositifs comme les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) existent pour apporter des réponses aux personnes exilées ne bénéficiant pas de couverture sociale, s'ils sont cruciaux pour garantir l'accès immédiat aux soins, ils se heurtent à la difficulté de

réintégrer durablement les personnes dans le système de santé de droit commun. Cette transition, pourtant primordiale pour un suivi global, demeure un défi majeur.

Enfin, les **discriminations systémiques**, souvent inconscientes, constituent une réalité dans le domaine de la santé. Une étude du CHU de Montpellier l'a ainsi mis en évidence : un homme blanc aurait 50% de chances supplémentaires qu'une femme noire d'être considéré comme une urgence vitale pour une même situation<sup>9</sup>. Mais les personnes exilées font également face à des discriminations systémiques dites spécifiques<sup>10</sup>, auxquelles les inégalités sociales et territoriales contribuent. Qu'il s'agisse de lourdeurs administratives, de violences institutionnelles ou de la non-prise en compte des traumatismes liés à leur parcours (violences de genre, par exemple), ces injustices doivent être reconnues et combattues.

Ainsi, l'accès à la santé des personnes exilées doit inévitablement prendre en considération les conditions d'accueil et les parcours de rétablissement tout en étant tournée vers le droit commun.

## Les enjeux de santé dans le Dispositif National d'Accueil

Depuis la loi Collomb (2018), un délai de carence de 3 mois s'applique avant l'ouverture des droits à l'Assurance maladie pour les personnes en demande d'asile. Dans l'attente, seuls les soins urgents sont accessibles, ce qui limite fortement la prévention et le suivi médical. Ce recul de l'accès aux soins est particulièrement préjudiciable pour un public vulnérable, souvent marqué par des expériences traumatiques dans le pays d'origine et lors du parcours migratoire. La mise en place, en parallèle, d'un « rendez-vous santé » à l'OFII ne compense pas les effets négatifs de la carence de 3 mois, en contradiction avec les principes de santé publique et d'accès universel aux soins. Le Dispositif National d'Accueil souffre d'un déficit de moyens structurels, ne permettant pas de financer, à la hauteur des besoins, des personnes cherchant protection et nécessitant d'être accompagnées par des équipes pluridisciplinaires tournées notamment vers le soin global dont la santé mentale.

7 - HCSP, *Santé des migrants*, 2020

8 - Drees, *Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres*, 2021.

9 - Étude réalisée auprès de 1 563 soignant-e-s de quatre pays différents. Les résultats ont démontré qu'une personne présentant les mêmes symptômes mais ayant une apparence différente n'induisait pas la même réponse des professionnel-le-s de santé. Ainsi, un cas était considéré comme une urgence vitale dans 62% des cas quand il s'agissait d'un homme et 47% quand il s'agissait d'une femme et 58% quand l'apparence ethnique était blanche et 47% quand c'était une apparence noire.

10 - Discriminations qui sont des violences institutionnelles (disqualification, négligence, manque de moyens structurels...) combinées au racisme systémique macro et micro. Pour aller plus loin : [rapport](#) de la Défenseure Des Droits, 2025

## Nos recommandations

- Considérer les déterminants de santé au sein des différents secteurs accompagnant les personnes exilées ;
- Lutter contre les discriminations en renforçant les moyens d'alerte existants et apporter des solutions et réponses concrètes aux personnes qui en sont victimes ;
- Décloisonner les secteurs dans une logique d'accompagnement global, penser la coordination et l'articulation entre les différents dispositifs du secteur social, médico-social et de celui de la santé, et faciliter les partenariats et les échanges interprofessionnels (en impliquant les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et les Dispositifs d'Appuis et de Coordination (DAC)). Cela permettra de prévenir les ruptures de parcours, d'harmoniser les pratiques, d'améliorer la coordination de soins et les repérages précoces facilitant, de fait, le retour au droit commun de manière rapide et efficiente ;
- Sortir de la logique de prise en charge spécifique en santé pour les personnes exilées en inscrivant les actions et réponses qui leur sont dédiées dans les Projets régionaux de santé (PRS) ;
- Faire connaître et renforcer les moyens des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), politiques régionales d'aller vers les structures accompagnant les publics précaires ;
- Automatiser les bilans de santé pour toutes et tous, quel que soit les situations administratives ;
- Développer la littératie en santé et la médiation en santé, en donnant notamment les moyens aux équipes sociales et médico-sociales d'accompagner physiquement vers et dans le soin.



### **Dispositif inspirant : Le DATASAM porté par le Réseau Louis Guilloux**

Le DATASAM (Dispositif d'Appui Technique pour l'Accès aux soins et l'Accompagnement des Migrants) est un dispositif financé par l'ARS Bretagne et porté par le Réseau Louis Guilloux, une association qui œuvre sur le sujet de l'accès aux soins des publics exilés en Bretagne. Au niveau local, les médecins coordinateurs du DATASAM assurent la mise en réseau des acteurs médicaux, sociaux et institutionnels et accompagnent la structuration d'une offre de santé inconditionnelle et accessible à tou-te-s. À l'échelle régionale, le dispositif propose un ensemble d'outils gratuits et accessibles à tou-te-s les professionnel-le-s concerné-e-s par le sujet de l'accès aux soins des publics exilés (à retrouver sur la bibliothèque numérique [www.datasam.org](http://www.datasam.org)).

→ Pour aller plus loin : [rlg35.org](http://rlg35.org)

# EXILÉ·E·S MAIS PAS EXCLU·E·S : **visibiliser pour repenser l'accès à la prévention et aux soins**

Souvent perçue comme un objet spécifique, **la santé des personnes exilées est surtout un sujet de santé publique générale**. Pourtant, elle repose sur des politiques publiques morcelées et difficilement mobilisables. D'une part, les politiques publiques de santé sont majoritairement sous dotées et marquées par des obstacles d'accès (à l'instar de ce qu'elles sont pour l'ensemble de la population) ; d'autre part, les politiques publiques ne permettent pas pleinement l'accès aux droits fondamentaux et peuvent ainsi contribuer à détériorer la santé globale des personnes concernées.

Depuis plusieurs années, **l'action publique tournée vers la santé des personnes exilées a été traversée par des dynamiques paradoxales contribuant à freiner - voire invisibiliser - leur accès aux droits à la santé et à la prévention**. Cela s'illustre notamment par le fait que le traitement des titres de séjour pour soins n'est plus sous la tutelle du ministère de la Santé depuis 2016, mais sous celle du ministère de l'Intérieur ; ou encore par la restriction des droits à la santé pour les personnes en demande d'asile depuis 2018. L'existence, en parallèle, d'un parcours en santé spécifique portée par les Agences Régionales de Santé (ARS) (2018)<sup>11</sup>, ou le « Plan vulnérabilités<sup>12</sup> » du ministère de l'Intérieur pour les personnes en demande d'asile et réfugié·e·s (2021) ont bien du mal à s'incarner sur le territoire, face aux vents contraires et en sous dotation chronique.

Dans ce contexte, **faire vivre le droit existant et garantir un accès réel aux soins** devient un défi majeur pour les personnes concernées et pour les équipes sociales et médico-sociales qui les accompagnent. À cela s'ajoute un enjeu fondamental : tant que les besoins primaires — nourriture, hébergement, logement — ne sont pas couverts, **la santé reste reléguée au second plan**. Les soins sont alors souvent réduits à l'urgence médicale, au détriment de l'identification et de la continuité des parcours de soins. Une situation dramatique, tant pour les personnes elles-mêmes que pour la société, en raison des coûts financiers, mais aussi humains, engendrés. Ainsi, l'Aide Médicale d'État (AME), ne constitue pas un facteur d'attractivité migratoire, selon le rapport

Évin-Stéfanini<sup>13</sup> (2023). **Sa principale faiblesse réside au contraire dans un fort non-recours**, lié à des démarches complexes qui découragent les bénéficiaires et certain·e·s soignant·e·s. Ainsi, selon Médecin du Monde (2024), 35% des personnes sans titre de séjour n'ont pas accès à l'AME, même après 5 années de résidence en France<sup>14</sup>. Ce défaut d'accès surcharge les PASS et retarde les soins, augmentant les risques sanitaires et les coûts pour la santé publique globale.

Dans ce contexte, l'accès à l'AME constitue un enjeu central à l'intersection des questions de santé, de migration mais aussi d'égalité entre les femmes et les hommes. Alors que l'accès à l'AME est déjà fortement restreint par des critères de ressources stricts, les mesures envisagées visant à « **conjugaliser** » les revenus<sup>15</sup> — c'est-à-dire à prendre en compte les revenus du conjoint — risquent d'exclure un grand nombre de femmes en situation administrative précaire. Si les femmes représentent près de 44 % des bénéficiaires de l'AME selon le rapport Evin-Stéfanini de 2023<sup>16</sup>, cette **quasi-parité** est ignorée, voire effacée, par des réformes qui participeraient à une **forme renouvelée de violences** en plaçant les femmes exilées dans une situation de dépendance économique incompatible avec l'exercice de leurs droits fondamentaux. En limitant leur autonomie sexuelle et reproductive, la réforme contribuerait à la reproduction et à l'enracinement des violences structurelles, conjugales et familiales. A ce titre, maintenir un accès individuel et inconditionnel à l'AME devient un impératif de santé publique, mais aussi un acte politique en faveur de l'égalité entre les sexes et de la lutte contre les violences faites aux femmes.

Enfin, l'accès aux préfectures et aux procédures dématérialisées, devenues un véritable parcours d'obstacles, constituent des entraves supplémentaires à la santé, en alimentant les ruptures de soins, précarisant les personnes concernées et aggravant leur état de santé globale.

Les politiques publiques d'accès à la prévention et aux soins ne peuvent faire l'impasse sur ces réalités.

11 – [Loi du 8 juin 2018](#) relative à la mise en place de parcours de santé des migrants primo arrivants

12 – Ministère de l'Intérieur, [Plan vulnérabilité : 10 actions pour renforcer la prise en charge des demandeurs d'asile et des réfugiés vulnérables](#), 2021

13 – Evin Claude et Stefanini Patrick, [Rapport sur l'Aide Médicale d'Etat](#), 2023

14 – Médecin du Monde, [L'aide médicale d'état : c'est quoi ? qui peut en bénéficier ?](#), 2024

15 – La Cimade, [Droit à la santé des femmes précaires : « L'AME n'est pas seulement un sujet de santé ou de migration, c'est aussi un sujet d'égalité femmes-hommes »](#), 2024

16 – Evin Claude et Stefanini Patrick, [Rapport sur l'Aide Médicale d'Etat](#), 2023

## La fragilisation du Droit au séjour pour soins

Le droit au séjour pour soins s'est considérablement restreint, sous l'effet d'obstacles administratifs, dont l'accès aux préfectures et ses délais de traitement, et du transfert en 2016 de l'évaluation médicale des ARS à l'OFII, sous tutelle du ministère de l'Intérieur. Ce changement a déplacé sa finalité sanitaire vers une logique de contrôle migratoire. Les maladies psychiques et les psycho traumatismes liés à l'exil restent très peu reconnues. De même, les soignant-e-s qui accompagnent au quotidien les personnes exilées peuvent avoir le sentiment que leur expertise est remise en cause, du fait d'un manque supposé de neutralité.

## Nos recommandations

- Faire de la santé des personnes exilées un enjeu interministériel piloté en décloisonnant le pilotage des politiques publiques de santé et d'immigration et en intégrant les titres de séjour pour soins et la coordination du droit d'asile – sur le plan national et régional ;
- Investir dans une étude épidémiologique sur la santé globale des personnes exilées, incluant la santé mentale, afin de nourrir et améliorer les futures politiques publiques – en y intégrant la mesure des coûts évités (notamment l'impact du délai de carence) ;
- Permettre un accès aux soins sans carence prenant en compte les spécificités des parcours d'exil (interprétariat, prévention, santé mentale) : en effet, les 3 mois de carence mis en œuvre en 2018, pour toute personne exilée, représente un frein dans l'identification des problématiques de santé et retarde des prises en soin urgentes – devenant de fait, une problématique de santé publique globale ;
- Elaborer un bilan territorial et régional des moyens à disposition relatif à l'interprétariat, et, *in fine*, faire de l'interprétariat un droit opposable<sup>17</sup> ;
- Favoriser le développement des dispositifs d'aller vers et de santé communautaire, en donnant aux structures les moyens pour le faire ;
- Enfin, et plutôt que de supprimer l'AME, il est nécessaire d'en simplifier l'accès et les remboursements, de revaloriser son panier de soins et la fusionner dans le régime général de l'Assurance maladie.

17 – Voir au sein de ce plaidoyer notre focus « *Interprétariat en santé : maillon essentiel pour l'accès au soin des personnes exilées* », p.17

# AMÉLIORER LES COMPÉTENCES DES PROFESSIONNEL·LE·S pour favoriser les approches intersectorielles

Les professionnel·le·s accompagnant les personnes exilées – qu'ils-elles soient de santé, du social ou du médico-social se trouvent souvent démuni·e·s face aux situations de plus en plus complexes, le système de santé ne permettant pas une prise en charge efficiente et adaptée de chacun·e, alors même qu'il a été pensé en ce sens. Peu de structures sont réellement adaptées à l'accueil des personnes exilées du fait d'un manque de coordination entre le secteur social et le secteur de la santé, de l'invisibilité de certaines structures compliquant d'autant plus l'orientation, de l'instabilité des situations (changement de lieu d'hébergement par exemple), ce qui participe aux ruptures de soins.

**Si la personnalisation du soin fait partie du référentiel de formation, dans les faits, elle demeure trop peu appliquée.**

Aujourd'hui, peu de soignant·e·s sont formé·e·s à la précarité, au psychotrauma ou encore à la diversité des statuts administratifs et moins de 10% des facultés de médecine en France proposent un module obligatoire sur la santé des personnes migrantes<sup>18</sup>. L'obligation de

formation sur cette thématique est laissée à la main des régions<sup>19</sup> qui, pour certaines, rendent cela obligatoire, mais majoritairement, le propose (quand cela est le cas), de manière optionnelle en mandatant des associations spécialisées. En conséquence, certain·e·s professionnel·le·s de santé n'entendent jamais parler de précarité et/ou d'exil avant de pratiquer. D'une part, cela renforce les inégalités d'accès aux soins ; d'autre part cela entraîne des refus de soins, implicites ou explicites, des erreurs d'orientation ou des incompréhensions culturelles et linguistiques. L'interprétariat, qui devrait être intrinsèquement lié à la prise en soins des personnes exilées, au-delà de lever la barrière de la langue, reste mal intégré aux pratiques professionnelles des acteur·trice·s de santé. Son recours est à la marge, faute de financement et/ou de formation à cette pratique<sup>20</sup>.

**Pourtant, former les professionnel·le·s, c'est leur donner les moyens d'agir.** C'est garantir un socle commun de compétences et de valeur au service de **l'accueil inconditionnel, de la justice sociale et de la dignité.**

## Enquêtes 2024-2025 des FAS régionales sur l'état de santé des personnes exilées : des chiffres révélant une réalité banalisée sur le refus d'accès aux soins

En dépit d'un cadre juridique censé garantir l'égalité d'accès aux soins – notamment les articles L1110-3 et L254-1 du Code de la santé publique qui interdisent toute discrimination et assurent une prise en charge inconditionnelle en situation d'urgence – les refus de soins envers les personnes exilées demeurent largement répandus. En Île-de-France, 25 % des personnes interrogées témoignent y être confrontées chaque semaine, 60 % au moins une fois par mois, et 85 % au moins semestriellement. En Bourgogne-Franche-Comté, 44 % des structures interrogées évoquent des refus mensuels et dans les Hauts-de-France, 90 % des structures rapportent des refus au moins une fois tous les six mois. Ces pratiques discriminatoires concernent tous types de soins, avec une prédominance pour la santé mentale, mais également les soins dentaires, généralistes et spécialisés. Les structures interrogées pointent des obstacles récurrents : barrière linguistique (45 %), absence d'interprète (30 %), ou manque de droits ouverts à la sécurité sociale (48 %).

À ces freins s'ajoutent des discriminations plus explicites : propos racistes ou xénophobes présumés, demandes injustifiées d'avance de frais, ou créneaux de rendez-vous volontairement dissuasifs. Elles se traduisent par des retards, des interruptions de suivi, une souffrance psychique accrue et une dégradation de l'état de santé. Pour y faire face, certaines structures développent des réponses alternatives : mobilisation de médiateur·rice·s sociaux·ales, partenariats avec les acteurs·rice·s de terrain, actions de sensibilisation auprès des équipes. Pourtant, les recours officiels restent très peu sollicités : seuls près de 3 % des répondant·e·s en Bourgogne-Franche-Comté et 21 % en Île-de-France ont saisi les services du Défenseur des droits, révélant une forme d'impuissance ou de découragement.

**Pour y faire face, la FAS relance, en 2025, son Observatoire des refus de soins : aidez-nous à défendre le droit à la santé pour toutes et tous sur [www.federationsolidarite.org](http://www.federationsolidarite.org) !**

18 – Défenseur des Droits, [Rapport annuel](#), 2022

19 – Par exemple, l'association Migration Santé Alsace intervient dans les institutions de formation et les facultés : si ces modules sont obligatoires pour tous·te·s étudiant·e·s, ce n'est pas le cas dans d'autres régions

20 – HAS, [Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé](#), 2017

## Nos recommandations

- Pour professionnaliser véritablement l'accompagnement et les soins destinés aux personnes exilées, il est urgent d'inscrire dans toutes les formations initiales des secteurs de la santé, social et médico-social, des modules obligatoires (et non plus de façon marginale ou optionnelle), avec un volume horaire suffisant, sur :
  - Les discriminations en santé, systémiques et institutionnelles,
  - La logique d'aller vers, indispensable dans un contexte d'isolement et de non-recours que subissent les personnes concernées,
  - Les questions de précarité – administrative, sociale et économique, de santé,
  - Le psycho traumatisme, omniprésent dans les parcours migratoires<sup>21</sup>.
- Ces contenus de formation ne doivent plus reposer sur la bonne volonté des instituts de formation qui feraient alors appel ponctuellement à des associations. Elles doivent être construites avec les professionnel-le-s de terrain, les associations engagées depuis des années, mais aussi et surtout avec les personnes concernées et ne pas se limiter aux questions « interculturelle » ou « transculturelle », afin de reconnaître les dimensions sociales, structurelles et politiques de leurs besoins ;
- Dédier des budgets spécifiques aux institutions de ces trois secteurs, clairement fléchés à la formation continue, sur ces mêmes thématiques ;
- Généraliser et étendre le temps « FIR » (Formation Individuelle Réglementaire). Les plannings des professionnel-le-s – soignant-e-s, travailleur-se-s sociaux-les... – doivent pouvoir être aménagés de sorte que se former sur les questions de santé inhérentes aux personnes exilées ne relèvent plus du bénévolat ou du « militantisme professionnel » ;
- Former les soignant-e-s, particulièrement les médecins, à l'interprétariat en santé : il est encore trop fréquent d'être confronté à des professionnel-le-s du soin qui refusent la présence d'interprètes, par méconnaissance, gêne, idées reçues, à la suite d'une mauvaise expérience avec un interprète, ou encore par crainte d'attenter au secret médical. Travailler avec un-e interprète est une compétence en santé qui s'acquiert – de même que l'interprétariat est un métier qui s'apprend – et il est par conséquent nécessaire d'intégrer ces apprentissages dès la formation initiale, et de renforcer cette compétence en continu : c'est ainsi que l'on pourra faire changer les représentations autour de la présence d'un tiers dans la relation de soin ;
- Sensibiliser chacun-e dès le plus jeune âge pour lutter véritablement contre les discriminations : dans une logique intersectorielle et afin d'assurer un portage institutionnel et un changement sociétal profond, la formation doit devenir un levier central de transformation du système de santé et impliquer tous les niveaux.



### Dispositif inspirant : Migrations Santé Alsace

Migrations Santé Alsace propose des formations sur l'accès aux droits en santé des populations migrantes, les relations interculturelles, la lutte contre les discriminations dans le domaine de la santé ainsi que l'interprétariat professionnel. Les modalités d'intervention sont variées : formation des équipes au sein d'une structure, intervention dans le cadre d'un diplôme universitaire, participation à des cursus de formation initiale ou encore formations ouvertes à une inscription individuelle.

→ Pour aller plus loin : [www.migrationssante.org](http://www.migrationssante.org)

<sup>21</sup> – Il convient toutefois de préciser que toutes les personnes exilées ne présentent pas de psychotraumatisme, d'autres troubles de la santé mentale pouvant les traverser – voir notre focus « Santé mentale des personnes exilées, entre enjeu collectif et spécificités d'accompagnement », p.15

# Les focus

- **SANTÉ MENTALE DES PERSONNES EXILÉES,**  
entre enjeu collectif et spécificités d'accompagnement
- **INTERPRÉTARIAT EN SANTÉ :**  
maillon essentiel pour l'accès aux soins des personnes exilées

# Santé mentale des personnes exilées, entre enjeu collectif et spécificités d'accompagnement

Selon l'Assurance maladie, 1 français-e sur 4 va souffrir d'un trouble mental à un moment de sa vie. Concernant les personnes exilées, un continuum de violences, de leur pays d'origine jusqu'à leur arrivée sur le territoire et renforcé par l'isolement social, les incertitudes et les discriminations peuvent avoir une incidence notable sur leur santé mentale. Andrea TORTELLI, psychiatre et co-autrice de l'étude menée par France Terre d'Asile sur la santé mentale des demandeurs d'asile<sup>22</sup>, souligne ainsi que **les souffrances psychiques des personnes exilées ne peuvent être limitées aux traumatismes vécus dans leur pays d'origine ou pendant l'exil** : l'isolement, la précarité administrative et sociale, et le manque d'accès aux soins peuvent aussi contribuer à un état de détresse psychologique.

Le manque de données précises concernant la prévalence des troubles de la santé mentale chez cette population ne permet pas de donner à voir l'ampleur des besoins – et ses coûts, humains et financiers. Pourtant, de nombreux rapports<sup>23</sup> ainsi que des remontées des professionnel-le-s de terrain alertent depuis plusieurs années et soulignent aussi l'urgence de penser et déployer des réponses spécifiques, coordonnées, adaptées, rejoignant

les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (2024)<sup>24</sup>. De fait, si l'état de stress post-traumatique (ESPT) est particulièrement prégnant au regard des parcours de vie et d'exil, le public exilé peut aussi souffrir de dépression, d'état d'anxiété parfois généralisé, mais aussi de pathologies psychiatriques, plus sévères ou chroniques, pouvant conduire à des hospitalisations.

Et, quand bien même, en théorie, l'accès aux soins en santé mentale pour toutes et tous est prévu, les freins demeurent nombreux. Dans les faits, les nombreuses barrières auxquelles sont confrontées les personnes exilées (temporalité inadéquate, défiance, dispositifs saturés et manque de moyens, barrières linguistiques, etc.) limitent la prise en soin – dans un contexte général en tension pour chacun-e. Par exemple, les Centres régionaux du psycho traumatisme<sup>25</sup> ne sont pas en mesure de répondre aux demandes, croissantes.

**Alors que la santé mentale a été déclarée Grande Cause Nationale en 2025, il est temps de mettre en œuvre un accompagnement adapté de la santé mentale des personnes exilées.**

## Santé mentale des mineur-e-s isolé-e-s exilé-e-s : entre déni de droits et absence de prise en charge

Conformément à la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE), l'incertitude sur l'âge d'un-e jeune doit conduire à le présumer mineur-e, tant qu'aucune preuve ne vient établir sa majorité. Pourtant, dans la pratique, ce principe est loin d'être systématiquement respecté. À plusieurs reprises, la France a été condamnée par le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, notamment en janvier 2023 et 2025, pour ses manquements dans l'accueil d'urgence, l'évaluation de la minorité et le respect de l'intérêt supérieur de l'enfant, en violation des articles 3 et 8 de la CIDE.

Évaluer la minorité d'un-e jeune isolé-e sans prendre en compte son état de santé revient à occulter la singularité de son parcours et à réduire son récit à une lecture incomplète. C'est pourquoi, un entretien médical préalable de santé mentale est essentiel pour détecter d'éventuels troubles psycho-traumatiques, éclairer le récit des mineur-e-s et ajuster l'évaluation sociale avec discernement. Le rapport du Comède et de Médecins Sans Frontières (2021) souligne l'importance de ce repérage précoce. Parmi les jeunes en recours, la majorité souffre de détresse psychique : 75 % présentent des signes d'anxiété, 64 % éprouvent des troubles du sommeil, 49 % font des cauchemars, 35 % se replient sur eux-mêmes, 27 % ressentent des douleurs somatiques, et 13 % expriment des idées suicidaires.

Face à cette réalité, la santé mentale des mineur.e.s isolé.e.s exilé.e.s doit devenir une priorité des politiques publiques. Au-delà de la prise en charge psychologique, il est essentiel de les accompagner dans la compréhension du système de soins et de leurs droits afin de les sortir de cette spirale d'errance et d'exclusion à travers des dispositifs accessibles, pérennes, et fondés sur le droit commun et une logique d'« aller vers ».

**Pour aller plus loin : [La santé mentale des mineurs non accompagnés](#), Médecins Sans Frontières et Le Comède, 2021**

22 – France Terre d'Asile, *Répondre aux besoins en santé mentale des demandeurs d'asile : une étude qualitative*, 2023

23 – Pour aller plus loin :

• Centre Primo Levi, *Santé mentale des personnes exilées : une souffrance invisible*, 2024

• Osperre Samdara, *Mieux comprendre la santé mentale, des repères pour agir*, 2021

• Centre Primo Levi, Médecin du Monde, *La souffrance psychique des personnes exilées*, 2018

24 – HAS, *Grande Précarité et troubles psychiques – Intervenir auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques*, Recommandation de bonnes pratiques, 2023

25 – Les CRP sont des *centres de consultation* rattachés à des établissements hospitaliers dont l'objectif est de proposer une prise en charge des personnes (mineures et majeures) souffrant de troubles psychiques post-traumatiques, d'organiser la formation des professionnels et de cartographier les structures de soin et associatives sur leur territoire.

## Nos recommandations

- Intégrer les enjeux de l'accompagnement des personnes exilées dans la Grande Cause Nationale 2025 d'une part, mais surtout, faire de la santé mentale de ce public un réel enjeu de santé publique au même titre que pour toutes et tous, sans la réduire à l'accès aux soins, mais en la considérant comme un défi également politique et structurel pour lutter contre les écueils rencontrés par les personnes concernées qui compromettent gravement les parcours de soin et participent à la réactivation de traumatismes et plus généralement à un état de santé mentale dégradé ;
- S'assurer d'être en mesure de proposer des accompagnements pluridisciplinaires *via* une approche globale, davantage incluse dans les politiques d'accueil, d'intégration et de santé, dès l'arrivée sur le territoire, en supprimant les délais de carence qui, impactent l'accompagnement psychique ;
- Renforcer le secteur de la psychiatrie pour faciliter l'orientation des dispositifs spécifiques vers le droit commun et engager une réflexion autour de la sectorisation de la psychiatrie, qui, bien qu'il soit un moyen d'organisation initialement au service des patient-e-s, peut conduire à des ruptures de soins fortement préjudiciables ;
- Instaurer automatiquement le repérage précoce des besoins en santé mentale, par le déploiement de psychologues au sein des structures du DNA et la sensibilisation des intervenant-e-s sociaux et des professionnel-le-s du soin aux questions relatives au parcours d'exil ;
- Développer la médiation en santé mentale et s'appuyer sur les associations expertes et les personnes concernées pour co-construire des « bonnes pratiques » à destination des professionnel-le-s de tous les secteurs.



### **Dispositif inspirant : Le centre Primo Levi**

Le Centre Primo Levi donne aux victimes de torture et de violence politique, exilées en France, un accès à des soins adaptés et propose aux professionnel-le-s et bénévoles engagé-e-s auprès de ce public des formations spécifiques (effets de l'exil, effets du traumatisme, etc.).

→ Pour aller plus loin : [primolevi.org](https://primolevi.org)

# Interprétariat en santé : maillon essentiel pour l'accès aux soins des personnes exilées

---

**L'interprétariat constitue une condition préalable incontournable à toute prise en charge en santé efficiente des personnes exilées allophones ou non francophones.** C'est dans cet esprit que la loi du 26 janvier 2016, relative à la modernisation de notre système de santé, dispose que « *l'interprétariat linguistique est un moyen d'amélioration de l'accès aux droits<sup>26</sup> [...] et qu'il garantit également aux professionnels la possibilité d'un plein exercice de leurs fonctions dans le respect des principes déontologiques qui encadrent leur métier<sup>27</sup>* ».

**Malgré son ancrage dans le cadre légal et les recommandations de la HAS<sup>28</sup>, l'interprétariat peine encore à être systématisé, notamment dans les domaines médicaux et sociaux.**

Dans la pratique, faute de moyens ou de connaissances des dispositifs existants, l'interprétariat repose souvent sur un tiers ou sur des outils numériques inadaptés, limitant l'accès réel à l'information. Cela donne lieu à de nombreux refus ou renoncements aux soins liés à des discriminations linguistiques, constatés par les acteur-trice-s de terrain, soulignés également par la Défenseure des droits<sup>29</sup> (2025) : elle rappelle ainsi que « *prendre en charge un patient sans dispositif d'interprétariat tout en traitant de manière uniforme un patient francophone et un patient non francophone revient à entraver l'exercice effectif des droits de ce dernier. Une telle absence de recours à l'interprétariat est ainsi susceptible de constituer une discrimination, au sens retenu par la Cour européenne des droits de l'Homme et la Cour de justice de l'Union Européenne* ».

Elle précise que cette absence peut conduire à une prise en charge inadaptée ou inexistante de patients pourtant correctement orientés, à des erreurs de diagnostic, à une incompréhension des résultats ou du traitement, à la répétition d'examens déjà réalisés, ou encore à une exclusion des soins psychologiques et psychiatriques.

De fait, **le non-recours à un interprétariat professionnel engendre des conséquences majeures, tant pour les personnes exilées allophones que pour la société d'accueil comprenant les soignant-e-s et les travailleur-euse-s sociaux-ales, avec un coût humain, éthique et financier considérable** : errance médicale, erreur de diagnostics, mésusages de médicaments, etc.

---

26 - [Loi du 26 janvier 2016](#) dite de modernisation de notre système de santé

27 - Décret d'application de la loi de modernisation, 27 janvier 2017

28 - HAS, [Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé](#), 2017

29 - Défenseur des droits, Rapport [Prévenir les discriminations dans les parcours de soin : un enjeu d'égalité](#), 2025

## Nos recommandations

- Reconnaître l'interprétariat en milieu social et médical comme un droit opposable, un levier contre les discriminations et un service d'intérêt général ;
- À l'instar du système judiciaire, systématiser le recours à l'interprétariat pour les personnes allophones ;
- Considérer le droit à l'interprétariat comme un enjeu majeur de santé publique globale ;
- Evaluer les économies réalisées grâce à l'interprétariat, en le positionnant comme un outil clé de prévention ;
- Renforcer, rendre visible et faciliter les moyens dédiés à l'interprétariat à travers les ARS et les PRAPS souvent sous utilisés et/ou méconnus des acteurs sociaux, médico-sociaux et hospitaliers ;
- Instaurer une cotation spécifique pour les patient-e-s allophones afin d'augmenter la durée des consultations, financée par la Sécurité sociale ;
- Restreindre l'usage de l'interprétariat (entourage, membres d'une même famille) pour les personnes non-qualifiées et interdire le recours aux mineur-e-s comme interprètes, conformément à l'article 19 de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) garantissant l'intérêt supérieur de l'enfant<sup>30</sup> ;
- Sur la base de la charte de Strasbourg et des travaux menés par le réseau RIMES<sup>31</sup>, ainsi que du référentiel de la HAS, définir un cadre clair pour l'usage de l'interprétariat (physique ou téléphonique), les deux formes étant complémentaires et indispensables selon les situations. Pour illustrer, l'interprétariat téléphonique peut permettre une forme de distance, et de pallier l'urgence ou l'éloignement géographique. L'interprétariat physique apparaît nécessaire pour permettre d'instaurer une relation de confiance (suivi thérapeutique par exemple), ou pour une annonce de diagnostic ou dans le cas de certaines vulnérabilités ;
- Développer, pour chaque secteur mentionné, un module de formation sur l'interprétariat en santé venant définir des réflexes pratiques et opérationnelles, déconstruisant les étapes et la place de l'interprète dans le soin et cadrant les responsabilités de chacun-e<sup>32</sup>.



### Dispositif inspirant : L'association OSIRIS

Osiris est un centre de soin, un service d'interprétariat et un centre de ressources sur l'exil et le traumatisme psychique, qui vise à améliorer l'accès à la santé des personnes exilées en s'adaptant à leurs besoins spécifiques dans la région PACA.

→ Pour aller plus loin : [www.centreosiris.org](http://www.centreosiris.org)

30 – Convention internationale des droits de l'enfant, 1989

31 – Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, 2012

32 – Pour aller plus loin : ISM Interprétariat, Guide *Coopérer avec un-e interprète professionnel-le : pourquoi faire ?*, 2025



**La Fédération des acteurs de la solidarité (FAS)** est un réseau de plus de 900 associations et structures qui accueillent et accompagnent les personnes en situation de précarité. Elle est composée d'une fédération nationale et de 13 fédérations régionales sur l'ensemble du territoire.

Fédération lutte contre les exclusions, promeut l'accompagnement social global et favorise les échanges entre tous les acteurs du secteur social.

La Fédération représente les établissements et services adhérents dans les secteurs de l'insertion par l'activité économique, de la veille sociale, de l'hébergement, du logement adapté, du médico-social ou encore dans l'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés.

La Fédération soutient ses adhérents, les forme et les conseille. Elle agit également auprès des pouvoirs publics pour promouvoir une société plus juste et plus solidaire.

Elle participe enfin à des projets d'innovation sociale dont plusieurs sont soutenus par l'État, tels que les programmes SEVE Emploi et Respirations.

**Charline BARGHANE**

Chargée de mission Santé  
charline.barghane@federationsolidarite.org

**Rebecca BELBEY**

Stagiaire chargée de mission Santé et exil  
rebecca.belbey@federationsolidarite.org

**Marie CHATAGNON**

Chargée de projets Addiction Précarité  
marie.chatagnon@federationsolidarite.org

**Adèle CROISE**

Chargée de mission Réfugié-e-s / Migrant-e-s  
adele.croise@federationsolidarite.org

Fédération des acteurs de la solidarité  
76, rue du Faubourg Saint-Denis  
75010 Paris  
www.federationsolidarite.org