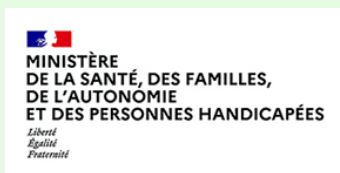


ANALYSE DE L'OBSERVATOIRE DES REFUS DE SOINS

LA SANTE EST UN DROIT,
PAS UN PRIVILEGE



Fédération
des acteurs de
la solidarité



Mars 2026

SOMMAIRE

Un phénomène ancré sur tout le territoire	6
Une prédominance des refus de soins dans les secteurs libéraux et hospitaliers	8
Les refus de soins : entre barrières administratives et inadaptations structurelles	10
Les motifs de rupture dans l'accès et l'accompagnement en santé	14
Les conséquences de ces pratiques : du renoncement aux soins à l'aggravation de la situation	16
Lever les freins à l'accès aux soins : nos recommandations pour un accès à la prévention et de soins pour toutes et tous	20
Index	22

Rédaction

Charline Barghane
Chargée de mission Santé
charline.barghane@federationsolidarite.org

Sarah Chaumeil
Chargée de projets Santé (alternante)
sarah.chaumeil@federationsolidarite.org

Mise en page

Chloé Bailly
Graphiste (Alternance)

Date : Mars 2026

Fédération des acteurs de la solidarité – 76 rue du Faubourg Saint-Denis – 75010 Paris

INTRODUCTION

Pour rendre universel l'accès à la santé, des dispositifs essentiels ont été mis en place, tels que la protection universelle maladie (PUMa), la Complémentaire santé solidaire (C2S) ou l'aide médicale de l'État (AME). Pourtant, la réalité du terrain témoigne de la complexité du système et les pratiques de certain.e.s professionnel.le.s de santé freinent encore l'accès aux droits et aux soins de nombreuses personnes, ce qui n'est pas sans conséquences :

- **Retards de soins** et aggravation de l'état de santé
- **Renoncements aux soins et / ou l'aggravation de l'état de santé**
- **Surcharge** des services d'urgence

Il n'est pas évident d'agir face à ces situations, car les refus de soins sont fréquemment indirects, difficiles à prouver et les démarches de recours sont si complexes qu'elles découragent les plus vulnérables.

Pour plaider en faveur d'un système plus juste, la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) a créé en 2016 **l'Observatoire des refus de soins**. Un nouvel élan lui a été donné avec sa réactualisation en 2025.

Conçu comme une plateforme en ligne simple et confidentielle, cet outil ne vise pas à dénoncer des individus, mais à qualifier et quantifier les difficultés structurelles.

C'est grâce au partage de ces expériences - celles des personnes concernées et/ou des professionnel.le.s qui les accompagnent - que nous publions cette première analyse. Ces contributions

permettent d'identifier concrètement les dysfonctionnements du système, de nourrir le dialogue avec les institutions (DGS, CNAM, ARS, CPAM¹, Ordres professionnels) et de proposer des solutions pour améliorer l'accès à la prévention et aux soins ainsi que la relation entre soignant.e.s et soigné.e.s.

Ce premier rapport repose donc sur des témoignages recueillis entre la relance de l'Observatoire, le 13 octobre 2025, et la première extraction de données du 16 mars 2026. S'agissant d'une période de déploiement de six mois, une nécessaire précaution de lecture est apportée quant à la représentativité territoriale, mais ces premiers chiffres constituent d'ores et déjà une base solide pour faire avancer la lutte contre les inégalités de santé.

Chaque année, une analyse sera publiée en avril pour visibiliser ce phénomène et soutenir les actions collectives.

¹. Voir Index.

Chiffres clés

→ **161** témoignages recueillis sur l'ensemble du territoire entre octobre 2025 et mars 2026,

→ **92 %** des répondant.e.s sont des professionnel.le.s aux profils diversifiés (infirmiers.ère.s, éducateurs.rice.s spécialisé.e.s, médecins, médiateurs.rice.s en santé) venant de structures sanitaires, médico-sociales et sociales (hôpital, LHSS, ACT, CHRS, CADA, etc.)²,

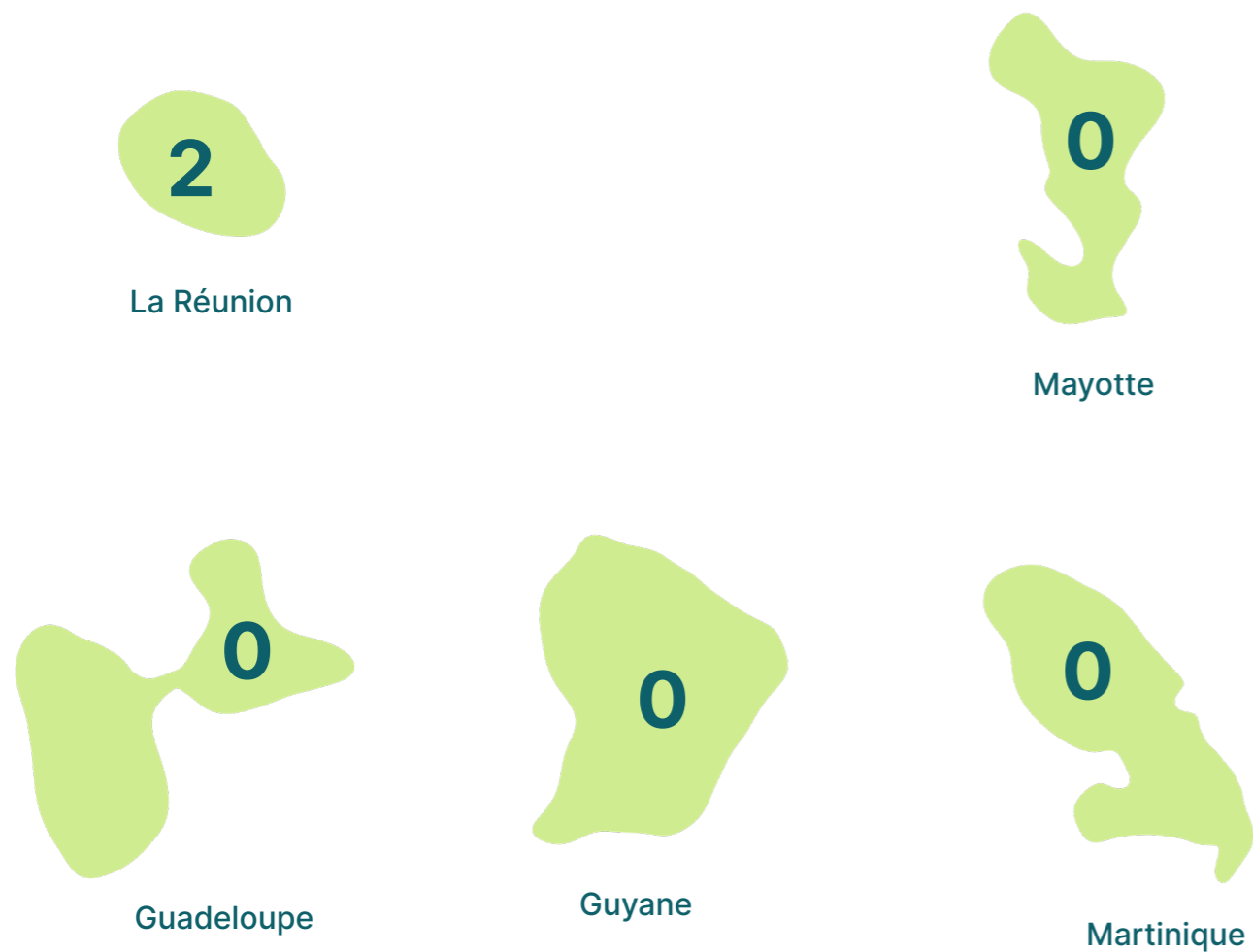
→ **61 %** des refus de soins concernent des médecins (généralistes et spécialistes),

→ Ces refus ont des conséquences directes sur les personnes et sur le système de santé notamment sur le renoncement aux soins des personnes (59 témoignages) et l'aggravation de l'état de santé (51 témoignages).

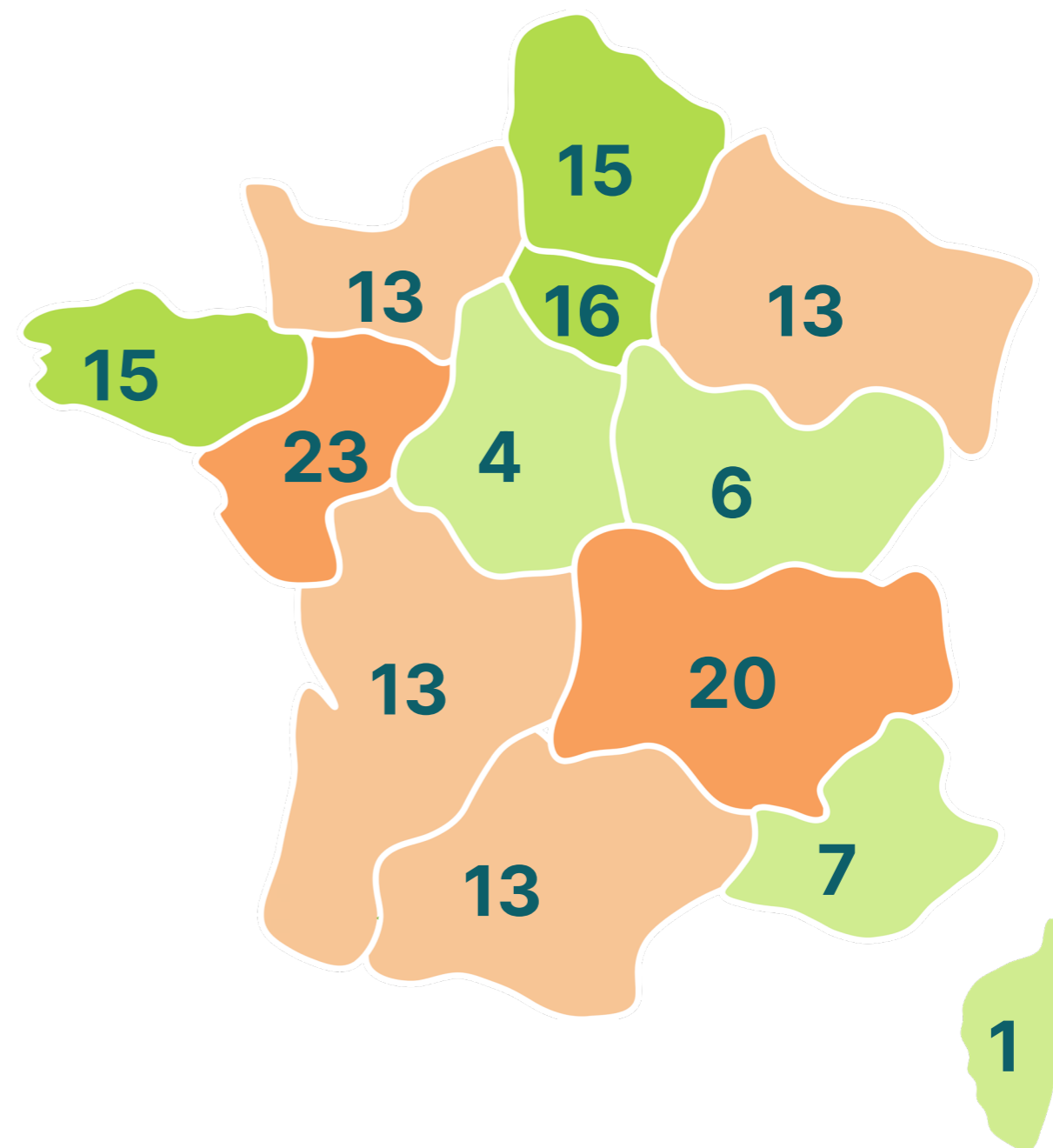
². Voir Index.

UN PHÉNOMÈNE ANCRÉ SUR TOUT LE TERRITOIRE

La répartition des témoignages, en métropole comme à La Réunion, démontre que le refus de soins n'est pas un phénomène localisé mais systémique. L'analyse révèle une présence diffuse du problème, touchant aussi bien les grands pôles urbains (Ille-et-Vilaine, Rhône, Nord, Loire-Atlantique) que des départements aux profils plus ruraux (Isère, Oise, Morbihan). Cette géographie montre que le phénomène concerne l'ensemble du territoire et n'est pas isolé. Elle reflète également la mobilisation des réseaux associatifs locaux qui ont commencé à intégrer l'Observatoire des refus de soins dans leur quotidien et celui des personnes concernées pour faire remonter cette réalité.

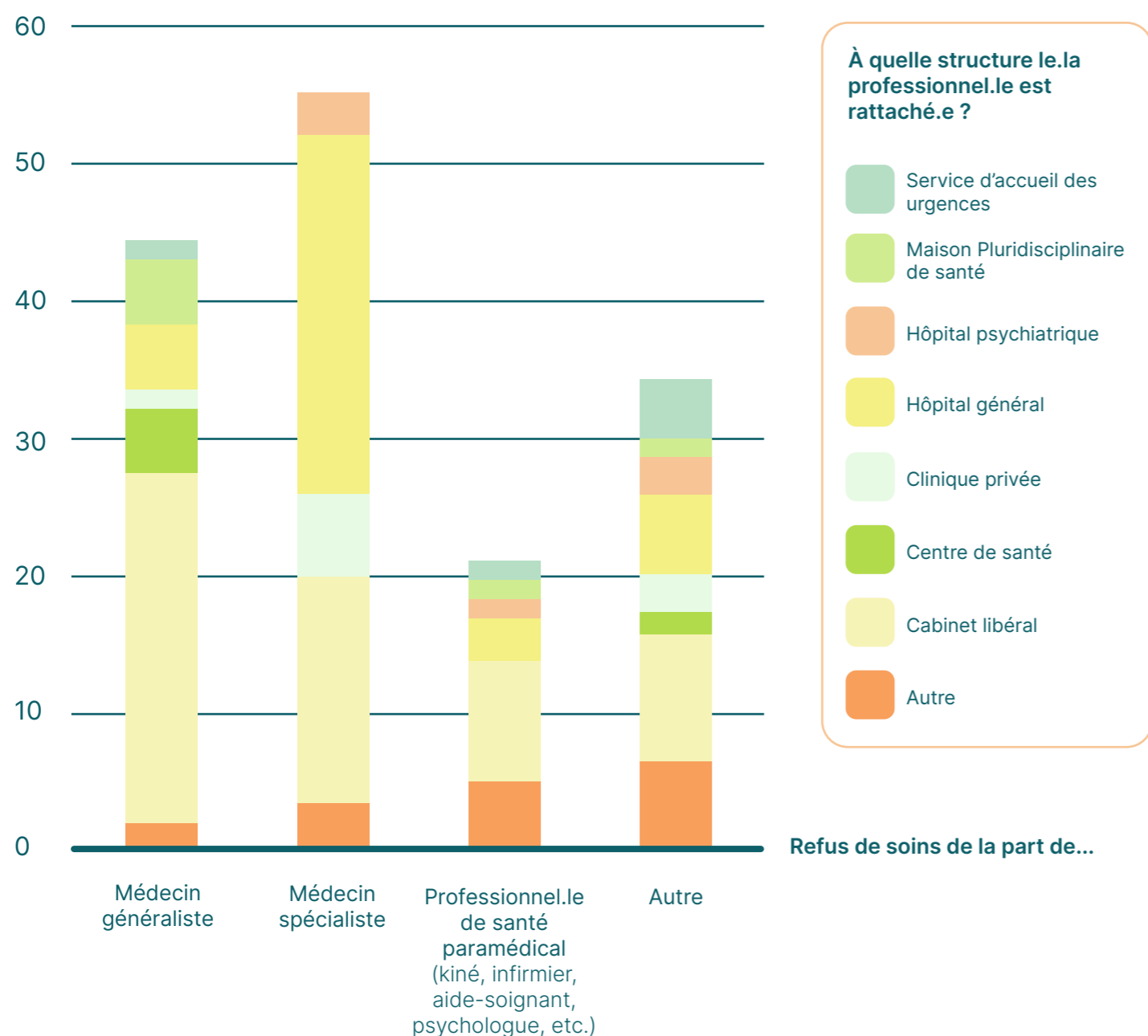


Nombre de réponses par région



UNE PRÉDOMINANCE DES REFUS DE SOINS DANS LES SECTEURS LIBÉRAUX ET HOSPITALIERS

Qui a fait le refus de soins ?



Les témoignages montrent que les difficultés d'accès se cristallisent autour des modes d'exercice que nous pouvons qualifier de « classiques ». Dans le secteur libéral, certain.e.s praticien.ne.s peuvent être isolé.e.s face à la gestion administrative (AME/CSS) et aux barrières linguistiques, dans un contexte de forte tension. Les services hospitaliers, tant généraux que psychiatriques, y compris les services d'urgences, sont aussi régulièrement cités. Ici, le refus de soins interroge sur la saturation de ces dispositifs mais également la capacité à adapter l'accueil administratif et l'organisation des soins aux personnes en situation de précarité.



« Pour les patients couverts par l'AME, il est très compliqué de trouver des infirmier.ères en libéral qui acceptent de prodiguer des soins. [...] Un cabinet d'infirmiers m'a dit qu'ils refusaient d'intervenir auprès de patients couverts par l'AME, car ce n'est pas assez rentable pour eux. Face aux refus, un monsieur que j'accompagne a renoncé aux soins [...] qui lui avaient été prescrits par son médecin traitant. Au bout de quelques semaines son état s'est dégradé et il a dû être hospitalisé. À sa sortie de l'hôpital, c'est un mail du médecin traitant à un cabinet d'infirmières qui a permis de débloquer la situation et de mettre en place des soins quotidiens.»

- Travailleur.euse social.e, Seine-Saint-Denis, association

La catégorie *Autre* a permis aux répondant.e.s de préciser les secteurs où les obstacles s'accumulent pour les personnes les plus vulnérables. Les dentistes sont ainsi mentionnés 11 fois dans les témoignages de refus de soins.

À l'inverse, les structures pluriprofessionnelles (maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé) apparaissent dans une faible partie des témoignages. Cette différence démontre ce que nous pouvons observer sur le terrain : l'accompagnement collectif et coordonné pourrait prévenir du refus de soins. L'enjeu n'est pas seulement médical, il est organisationnel. Et là où les structures n'intègrent pas pleinement une dimension d'accompagnement social, le soin risque de se déshumaniser.

LES REFUS DE SOINS : ENTRE BARRIÈRES ADMINISTRATIVES ET INADAPTATIONS STRUCTURELLES

Les témoignages révèlent que le refus de soins n'est pas un événement isolé, mais un processus systémique. Dans la manière dont il s'est manifesté, plusieurs barrières s'illustrent dont :

- **Le filtrage administratif** : Si la saturation des structures libérales de santé est une réalité territoriale, elle peut aussi masquer des refus de soins implicites. Entre affichage dissuasif et barrages au secrétariat, l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous, avec 63 mentions, agit comme un premier filtre sélectif. Ce sont alors les personnes les plus précaires qui, face à cet accès complexe, se retrouvent écartées d'un système de santé sous tension.
- **Le manque d'adaptation des structures** : Le mauvais accueil en consultation (38 mentions) ne peut être réduit à de simples dysfonctionnements mais traduit un manque d'adaptation structurelle des lieux de soins, involontaire ou volontaire, au vu des spécificités des publics en situation de précarité.
- **La violence économique** : Le refus du tiers-payant (24 mentions) fonctionne comme une sanction financière immédiate. Ici, le soin devient accessible uniquement à celles et ceux qui peuvent avancer les frais.

Ce constat ne souligne pas une volonté d'exclusion de la part des professionnel.le.s, mais témoigne plutôt d'un système de soins de ville en proie à une tension structurelle. La saturation des lieux de soins de proximité et la complexité de certaines prises en charge (barrière de la langue, vulnérabilité...) créent des blocages majeurs.



« Le rendez-vous du patient en consultation spécialisée a été pris et le patient s'est rendu à la consultation accompagné de sa travailleuse sociale [...]. Le médecin orthopédiste a refusé de le voir en consultation car le patient ne parlait pas français et il ne voulait pas avoir recours à l'interprétariat [...] qu'il n'était pas assuré si l'interprétariat était mal fait et qu'on pouvait l'accuser de mésinformation. Le patient était pourtant muni d'un courrier d'adressage mentionnant la possibilité d'avoir recours à de l'interprétariat. Le médecin a dit à la travailleuse sociale que de toute façon il ne suivrait pas ce patient. »

- Infirmier.ère, Morbihan, association



« Un de mes bénéficiaires souhaite être accompagné pour son addiction au Lyrica qu'il achète dans la rue et malgré mon appui et celui de son médecin traitant, nous ne parvenons pas à le faire prendre en charge. Le secrétariat nous explique qu'ils ne prennent pas en charge ce type d'addictions car «ça ne sert à rien, ces gens continuent d'acheter des médicaments dans la rue, donc on refuse de les prendre». »

- Infirmier.ère de coordination parcours santé, Rhône, association

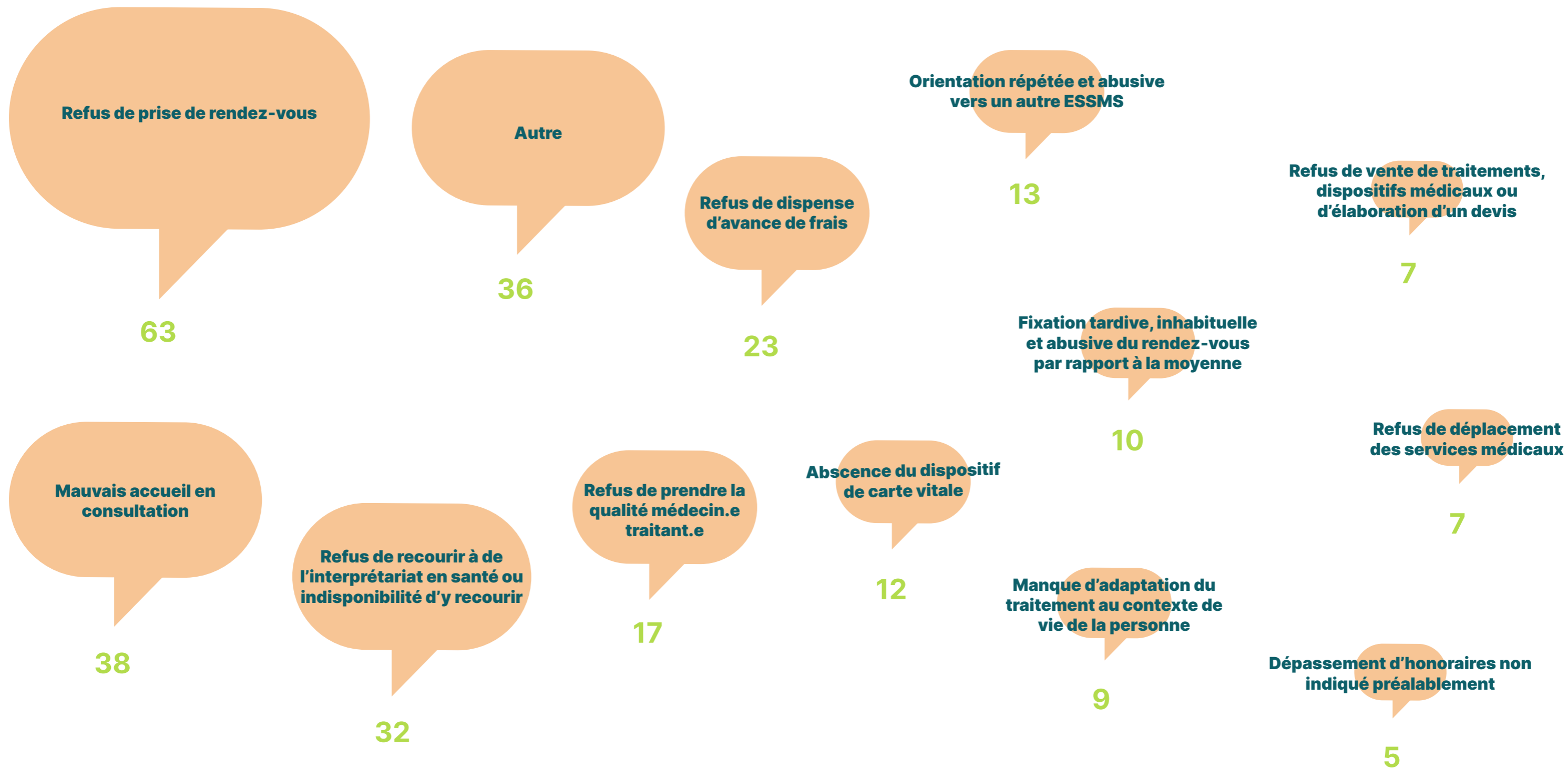


La démographie médicale : un amplificateur d'inégalités de santé

Le renoncement des personnes à recourir aux soins est l'une des conséquences majeures lié aux refus de soins. Si la faible démographie médicale peut rendre l'accès aux soins complexe pour toutes et tous, elle aggrave particulièrement pour les personnes les plus précaires. Selon une étude de la DREES³ de 2021, les personnes les plus pauvres ont trois fois plus de risques de renoncer à des soins. Dans les zones très sous-dotées en médecins généralistes, ce risque devient huit fois supérieur à celui du reste de la population. La pénurie médicale n'est pas seulement une limite de l'offre médicale mais vient accentuer la sélection indirecte des patient.e.s vulnérables et/ou aux parcours les plus complexes et contribue donc à l'augmentation des inégalités sociales et territoriales de santé.

3. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1200.pdf>

Comment s'est manifesté le refus de soins ? (nombre de mentions)



LES MOTIFS DE RUPTURE DANS L'ACCÈS ET L'ACCOMPAGNEMENT EN SANTÉ

L'identification des motifs de refus par les répondant.e.s, définis par l'Assurance maladie, témoignent d'une réalité où la complexité administrative et les barrières de communication entravent quotidiennement l'accès universel aux soins :

→ **Les enjeux de la couverture sociale** (66 mentions) : la récurrence des signalements liés à la Complémentaire santé solidaire (CSS) et à l'Aide médicale de l'État (AME) souligne une difficulté persistante dans l'articulation entre les dispositifs d'aide sociale et l'accès aux cabinets libéraux.

→ **Le défi de la barrière linguistique** (40 mentions) : la maîtrise du français apparaît comme un obstacle majeur à la relation entre le.la soignant.e et le.la soigné.e. Le refus de recourir à l'interprétariat, parfois par méconnaissance, peut conduire à des reports de prise en charge.

→ **Les biais de perception et d'origine** (24 mentions) : les situations rapportées sur l'origine réelle ou supposée rappellent la nécessité de renforcer la sensibilisation aux biais cognitifs et à l'interculturalité. Ces mentions, bien que moins nombreuses, invitent à réaffirmer l'importance d'un accueil équitable, pilier de la déontologie médicale et condition d'un accès aux soins pour tous.



« La personne a été refusée car elle n'a pas de domiciliation (sans abrisme). »

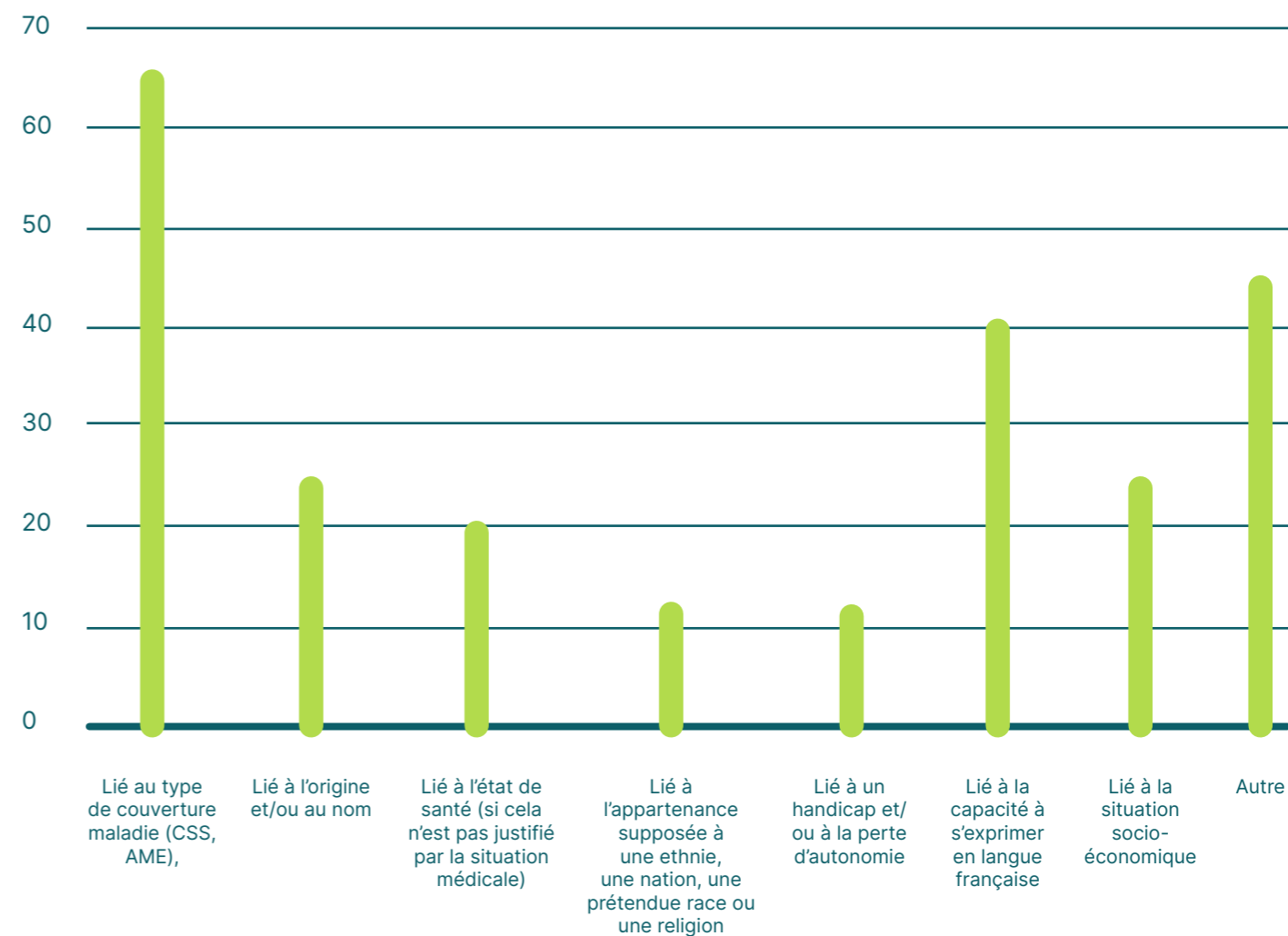
- Chargé.e de projet addicto sexo infectio, Rhône



« Plusieurs situations rencontrées pour des personnes ayant un numéro de sécurité sociale provisoire et bénéficiant d'une CSS. Lorsque la personne ne détient pas une carte vitale, les professionnels de santé les refusent régulièrement. »

- Éducateur.rice spécialisé.e, Loire, association

Quel(s) motif(s) de refus de soins exposé(s) ? Comme défini par l'Assurance Maladie (nombre de mentions)



LES CONSÉQUENCES DE CES PRATIQUES : DU RENONCEMENT AUX SOINS À L'AGGRAVATION DE LA SITUATION

Les témoignages mettent en lumière une fragilisation de l'accès et des parcours de santé, où chaque obstacle engendre des répercussions dont :

- **La complexification des parcours** (69 mentions) : le report de rendez-vous induit une fragmentation du suivi. Pour la personne, cette recherche de solutions alternatives allonge les délais de prise en charge, ce qui peut nuire à la continuité des soins.
- **Le renoncement aux soins** (59 mentions) : les obstacles rencontrés, qu'ils soient logistiques ou administratifs, peuvent conduire à un découragement. Ce renoncement n'est pas un choix délibéré, mais le signe d'une perte de confiance dans l'accessibilité du système de santé.
- **L'aggravation de l'état de santé** (51 mentions) : lorsque la prise en charge ne peut se faire dans des délais raisonnables, le risque de complication clinique augmente et, à terme, des situations plus complexes avec des pathologies aggravées.
- **Le report vers les services d'urgence** (27 mentions) : la non prise en charge en amont déplace mécaniquement la demande vers l'hôpital. Ce transfert de charge contribue à l'engorgement des urgences, un service dévoyé et une solution par défaut plutôt qu'une réponse à une nécessité vitale.



« Refus de prise en charge car la personne n'avait pas sa carte vitale originale avec lui mais une photocopie. Ce refus de soin a entraîné un retard de deux mois dans la réalisation de l'examen préalable à la réalisation de soins.»

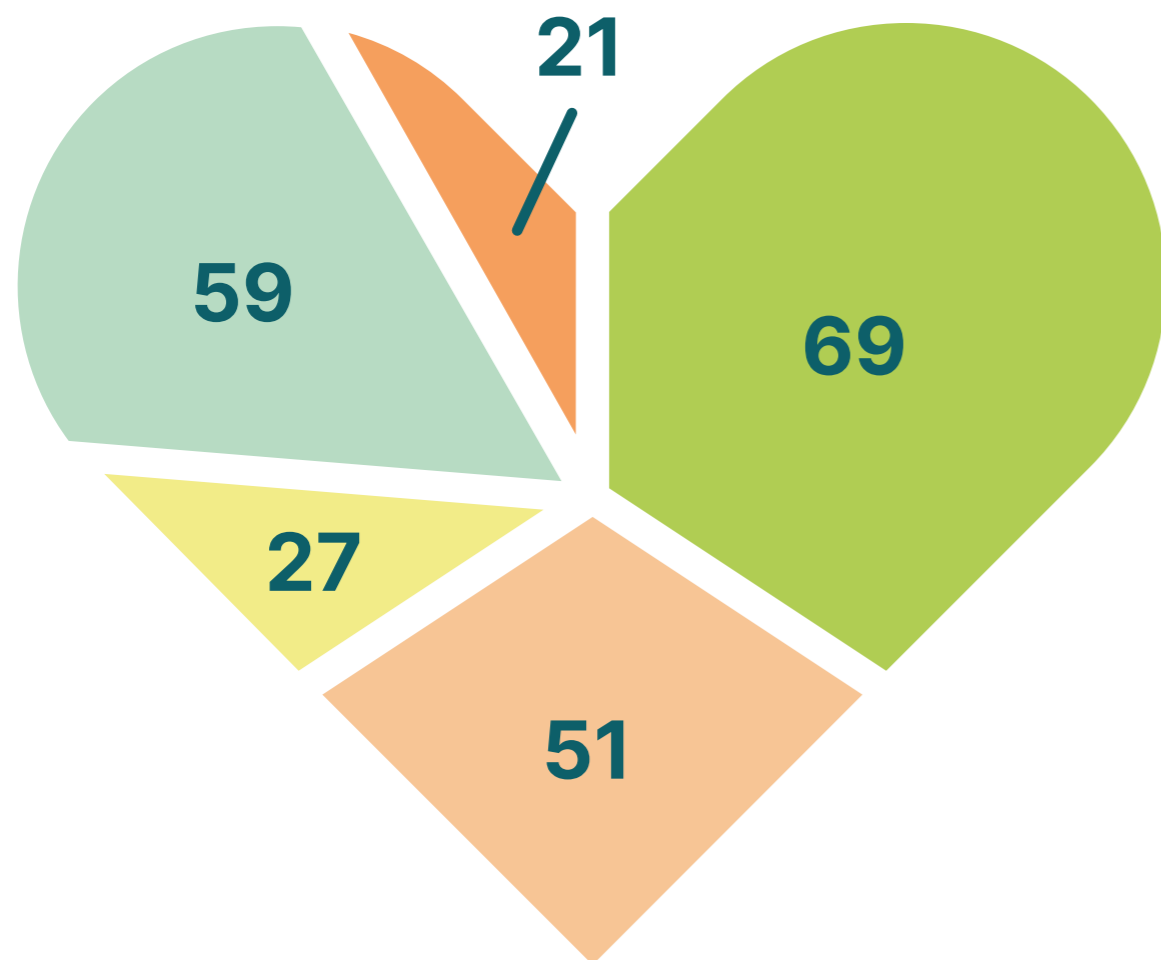
- Médiateur.rice en santé, Ille-et-Vilaine, CPTS



« Il s'agit d'une femme de 50 ans d'origine Roumaine, en France depuis plus de 5 ans, suite à des maux de tête très importants, il y a eu un refus de la part des urgences de Lille de prendre la situation au sérieux. Au final, une tumeur à la tête de Madame a été détectée, elle du partir en urgence en voiture en Roumanie pour se faire opérer.»

- Conseiller.ère en économie sociale et familiale, Nord, association pour le logement

Quelles conséquences principales ce refus de soins a-t-il engendré pour le.la patient.e ? (nombre de mentions)



Légende :



Le non-recours aux instances : un enjeu de visibilité pour les territoires

- 65% des personnes témoignent d'un faible recours aux instances (CPAM, Défenseur.e des Droits, Ordre concerné) pour signaler le refus de soins, justifié pour partie des témoignages par un manque de temps ou la crainte de répercussions
- D'autres structures peuvent être sollicitées telles que les ARS, le.la procureur.e, des associations comme le Comede, le comité des usagers, la structure de rattachement du professionnel.le.s de santé.
- Plusieurs actions de sensibilisation (webinaires, outils de repérage) ont été portées par la FAS tant au niveau national que régional pour repérer et prévenir ces situations.

La faible saisie institutionnelle confirme l'utilité de l'Observatoire des refus de soins. Il permet de recueillir ces témoignages pour venir étayer et visibiliser les refus de soins qui échappent aux statistiques administratives.

LEVER LES FREINS À L'ACCÈS AUX SOINS : NOS RECOMMANDATIONS POUR UN ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS POUR TOUTES ET TOUS

À destination des pouvoirs publics

- Simplifier l'ouverture et le maintien des droits pour que la gestion administrative ne soit plus un frein : les difficultés signalées autour de la CSS et de l'AME révèlent que la couverture maladie, censée protéger, devient parfois un facteur de distinction,
- Instaurer une cotation spécifique pour les patient.e.s allophones afin d'augmenter la durée des consultations pour favoriser l'interprétariat en santé, financée par la Sécurité sociale⁴,
- Soutenir et déployer la médiation en santé, notamment la médiation par les pairs, au sein des structures des secteurs santé, médico-sociales et sociales,
- Intégrer les données de l'Observatoire et des différentes institutions (CPAM, Défenseur des Droits, Médecin du Monde, le Comède, etc.) au sein des projets régionaux de santé (PRS) et des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les plus démunis (PRAPS), pilotés par les ARS.

À destination des professionnel.le.s accompagnant les personnes

- Systématiser les signalements de refus de soins à la CPAM, aux ordres professionnels et au Défenseur des droits,
- Sensibiliser les personnes accompagnées à leurs droits et sur les différents recours possibles notamment en levant les craintes sur leur déroulement,
- Intégrer les dispositifs de coordination tels que les CPTS (Communauté professionnelle territoriale de santé) et les DAC (dispositif d'appui à la coordination) pour les sensibiliser aux spécificités des personnes en situation de précarité et assurer une prise en compte systématique dans les politiques et actions locales.

4. Plaidoyer santé des personnes exilées, Fédération des acteurs de la solidarité, 2025, consultable en ligne.

À destination des professionnel.le.s de santé

- Intégrer, en formation initiale et continue, des modules dédiés aux déterminants sociaux de santé, à la précarité, et aux effets des discriminations dans l'accès aux soins pour endiguer les "biais inconscients",
- Encourager les cabinets libéraux à afficher une charte d'accueil inclusive, signalant que la CSS et l'AME y sont acceptées conformément au droit,
- Soutenir les partenariats avec les réseaux de précarité, inciter les CPTS et les DAC à créer des annuaires de ressources sociales locales et promouvoir les cartographies et outils existants pour que le médecin puisse orienter facilement le.la patient.e.



INDEX

- **ACT** : Appartement de coordination thérapeutique
- **AME** : Aide Médicale de l'État
- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **CADA** : Centre d'accueil de demandeurs d'asile
- **CHRS** : Centre d'hébergement et de réadaptation sociale
- **CNAM** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- **CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- **CPTS** : Communauté professionnelle territoriale de santé
- **CSS / C2S** : Complémentaire santé solidaire
- **DAC** : Dispositif d'appui à la coordination
- **DGS** : Direction Générale de la Santé
- **FAS** : Fédération des acteurs de la solidarité
- **LHSS** : Lit Halte Soins Santé
- **PRAPS** : Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les plus démunis
- **PRS** : Projets régionaux de santé
- **PUMa** : Protection Universelle Maladie

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 Respiations.

www.federationsolidarite.org

