

ENQUÊTE

L'accès aux soins des personnes migrantes en Bourgogne- Franche-Comté

Avril 2026

Mise en page

Sandrine GENTIL

Rédaction

Sandrine GENTIL

Chargée de mission Santé

sandrine.gentil@federationsolidarite.org

Avril 2026

Fédération des Acteurs de la solidarité Bourgogne Franche Comté
Immeuble Dyonisos- 3 rue Jean Monnet - 21300 Chenôve

Synthèse des résultats

Des constats alarmants

20% des répondants identifient les soins psychologiques comme un besoin urgent

41,9% des répondants considèrent que les demandeurs d'asile ont plus de difficultés pour accéder aux soins

55,8% des répondants ont des difficultés pour orienter vers un médecin généraliste

30% des répondants considèrent que la barrière de la langue est le frein principal dans le parcours de soins

44% des professionnels participant rencontrent des situations de refus de soins mensuellement

Des actions innovantes et nécessaires

74% des professionnels participant utilisent un service d'interprétariat (principalement pris en charge financièrement par les structures sociales)

une grande majorité

d'établissements mettent en oeuvre des actions innovantes (partenariats, conventionnements, formations/sensibilisations)

Méthodologie et contexte de l'enquête

Méthodologie de l'enquête

En mars 2025, la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS) Bourgogne-Franche-Comté a lancé une enquête en lien avec la FAS Nationale concernant les conditions d'accès aux soins des personnes en situation de migration.

Cette enquête a pour objectif de dresser un panorama concret de ces difficultés sur le territoire. Elle pourra nourrir des réflexions et servir de base à d'éventuelles actions en fonction des décisions stratégiques notamment dans le cadre de la prochaine Journée Nationale Santé/Exil.

L'enquête s'est déroulée **du 10 mars 2025 au 30 avril 2025**. Le questionnaire a largement été diffusé auprès des différents établissements régionaux adhérents ou non. En effet, l'objectif était de recueillir un maximum de réponses afin d'établir une vision au plus près des problématiques réelles de terrain et de faire émerger des pistes d'actions.

Un questionnaire a été envoyé aux professionnels des différentes associations et services régionaux par voie électronique. Nous avons envoyé 122 sollicitations à partir du 10 mars 2025.

Cette enquête a consisté au recueil d'éléments quantitatifs et qualitatifs. L'alliance de ces deux méthodologies permet d'affiner l'analyse des résultats en se basant sur les expériences et remontées de terrain des professionnels de l'accompagnement social, sanitaire et médico-social.

Nous avons recueilli 43 réponses sur toute la région Bourgogne-Franche-Comté, ce qui représente un taux de participation de 35,2%. Ce document s'appuie donc sur le traitement de ces réponses et les témoignages, verbatims, des professionnels participant.

Afin de mieux comprendre la population ciblée par cette enquête, nous nous appuyons sur le Plaidoyer de la Fédération des Acteurs de la Solidarité Nationale qui décrit sa démarche en ces termes :

« En mobilisant la notion d'exil et de santé dans le cadre de ce plaidoyer, l'enjeu est de rendre visibles 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, 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[1]. »

1.Plaidoyer FAS Nationale, Santé des personnes exilées p5, 2025

Contexte de l'enquête

Cette enquête a été conduite par la FAS BFC sur le territoire régional de Bourgogne-Franche-Comté.

La région Bourgogne-Franche-Comté bénéficie d'un Schéma Régional d'Accueil des Demandeurs d'Asile et des Réfugiés (SRADAR). Ce document est élaboré pour la période de 2021 à 2023.

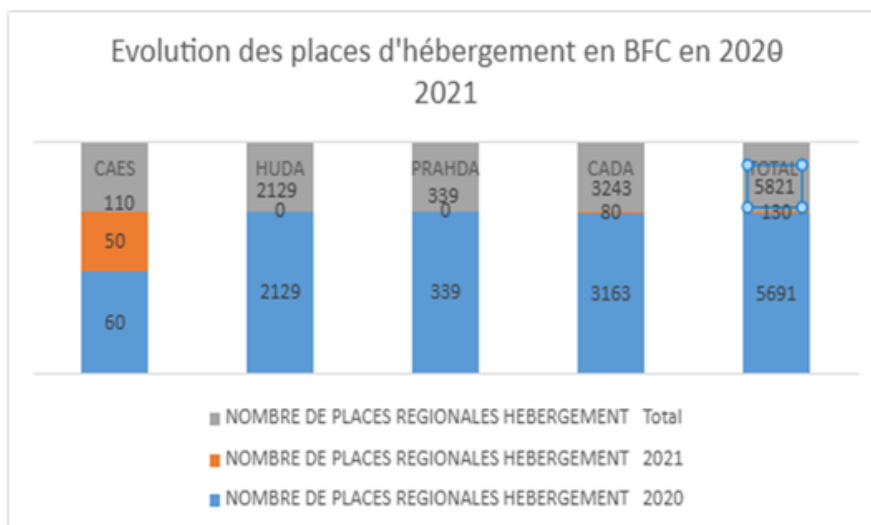
En l'absence de Schéma National d'Accueil des Demandeurs d'Asile (SNADAR) pour la période 2024-2027, la région n'a pas pu renouveler son Schéma Régional depuis la fin du précédent.

Afin de contextualiser les conditions d'intervention des professionnels voici des éléments extraits de ce document notamment concernant les différents établissements d'accueil et d'hébergement des personnes en situation de migration sur le territoire Bourguignon et Franc-Comtois.

Evolution des places d'hébergement en BFC en 2020-2021

Evolution régionale de l'hébergement

En 2021, la région Bourgogne-Franche-Comté comptait un total de 5821 places d'hébergement dédiées aux personnes en demande d'asile avec une augmentation de 130 places (50 places CAES et 80 places en CADA).



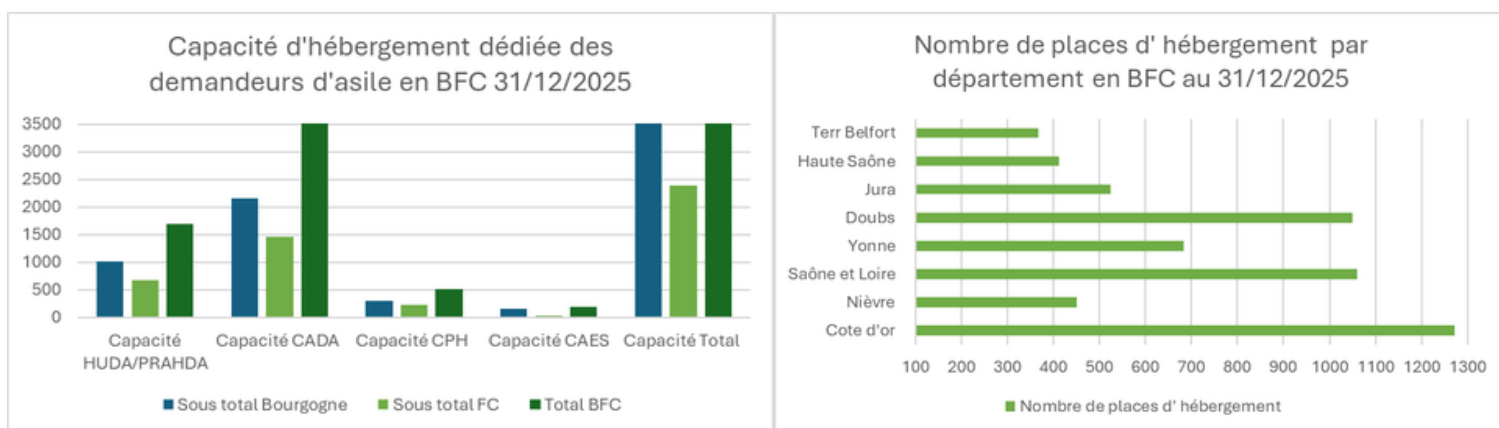
(Sources SRADAR BFC 2021-2023)

Capacité d'hébergement dédiée aux demandeurs d'asile en BFC

Actuellement, au 31 décembre 2025, 75 places en CAES sont disponibles également en Saône-et-Loire. Cela porte, donc le nombre total à 185 places CAES dans la région.

Au 31 décembre 2025, la région comptait, tous dispositifs confondus, 6 006 places d'accueil pour demandeurs d'asile. En BFC, les places d'hébergement en Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA) sont majoritaires dans les deux sous régions (Bourgogne et Franche Comté).

Les places en CADA représentent 3 616 places au niveau régional et les établissements PRAHDA/HUDA comptent une capacité d'hébergement de 1 685 places en région.



Sources Dispositif National Accueil au 31/12/2025 DREETS BFC

Les conditions d'accès au système de santé pour les personnes en exil sont également inscrites dans le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des Personnes les Plus Démunies (PRAPS) 2023-2028[2].

En effet, l'axe 5.2.5 concernant la mise en œuvre des Rendez-vous Santé Migrants a pour objectif de "faciliter, par la santé, l'intégration dans la vie sociale et citoyenne des migrants primo-arrivants. Ce rendez-vous doit prendre la forme d'une consultation médicale, proposée dans les quatre mois suivant l'arrivée sur le territoire, permettant d'évaluer l'état de santé physique (statut vaccinal, dépistage...) et psychique (notamment concernant l'exposition à des violences et traumatismes durant le parcours migratoire)".

Le PRAPS aborde également la place centrale des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Les PASS sont des services de santé portés majoritairement par les Centres Hospitaliers. Elles ont pour mission de faciliter l'accès aux soins, aux personnes démunies, non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

Ainsi, ces services jouent un rôle central favorisant l'accès aux soins des personnes en situation d'exil quel que soit leur statut administratif.

Cette enquête permet donc de confronter la mise en œuvre réelle de ces politiques publiques de l'accueil/hébergement et de l'accès aux soins.

Typologie des institutions ayant répondu à l'enquête.

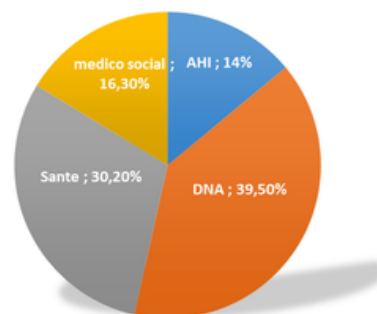
74% des répondants sont issus de structures adhérentes à la FAS BFC.

39,5% des participants exercent au sein du Dispositif National d'Accueil (DNA).

16,30% exercent dans un établissement médico-social et 14% dans un établissement du secteur Accueil/Hébergement-Insertion (AHI).

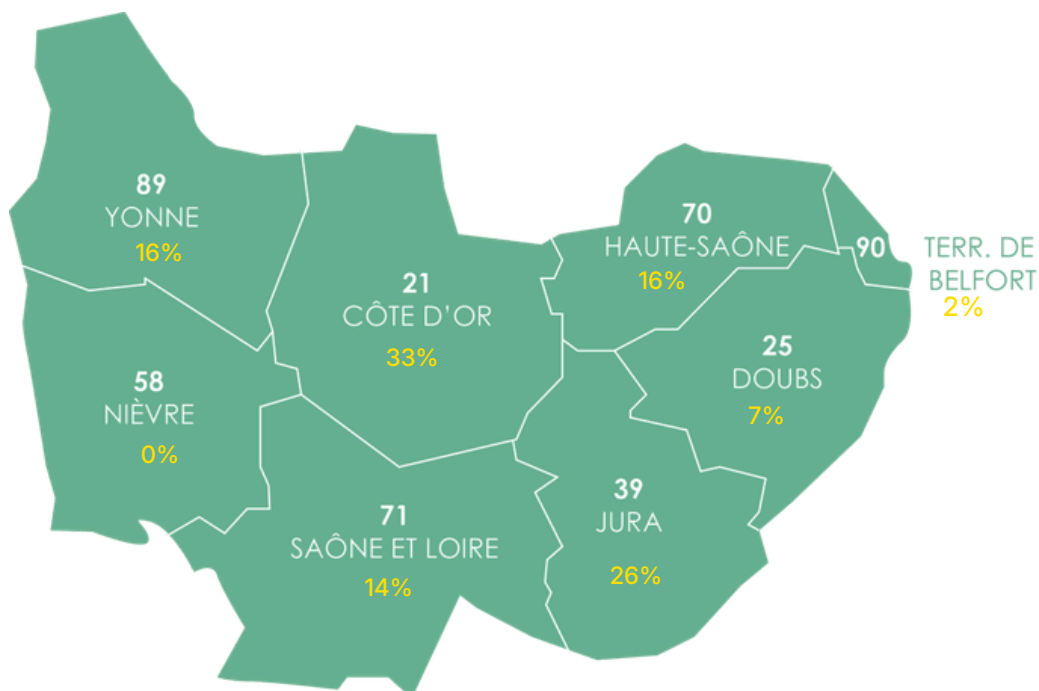
30,2% des répondants sont issus de services hospitaliers notamment des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

Secteur d'intervention des services ayant répondu à l'enquête



Une grande majorité des répondants sont issus de Côte d'Or (14), du Jura (11) et de l'Yonne (7). Aucun établissement de la Nièvre n'a répondu à cette enquête malgré deux rappels faits aux professionnels.

Départements d'origine des participants à l'enquête



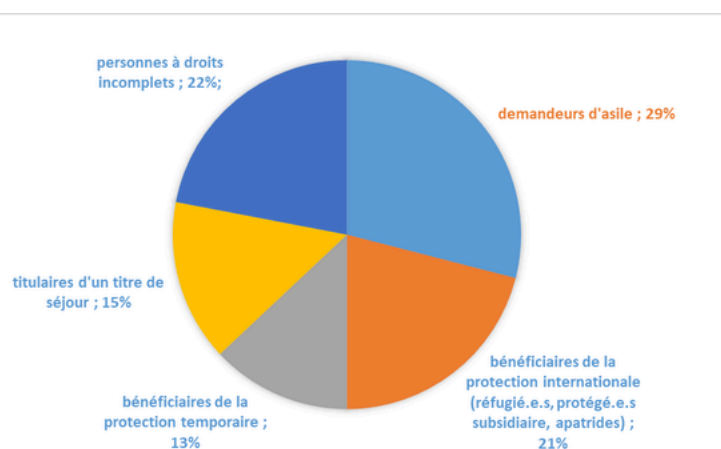
Les résultats de l'enquête

Typologie des personnes confrontées aux difficultés d'accès aux soins

Concernant le statut administratif des personnes concernées par les difficultés d'accès ou le refus de soins, il apparaît que pour 29% des répondants ce sont les demandeurs d'asile et les personnes à droits incomplets (25%) qui sont les plus touchées par cette problématique. Ensuite, nous retrouvons les bénéficiaires de la protection internationale (BPI à 23%) et les titulaires d'un titre de séjour (17%).

Une grande majorité de professionnels signalent que le genre n'a que peu d'impact concernant le fait d'être confronté à cette problématique d'accès aux soins. En effet, pour 77% d'entre eux il y a une proportion similaire entre hommes et femmes.

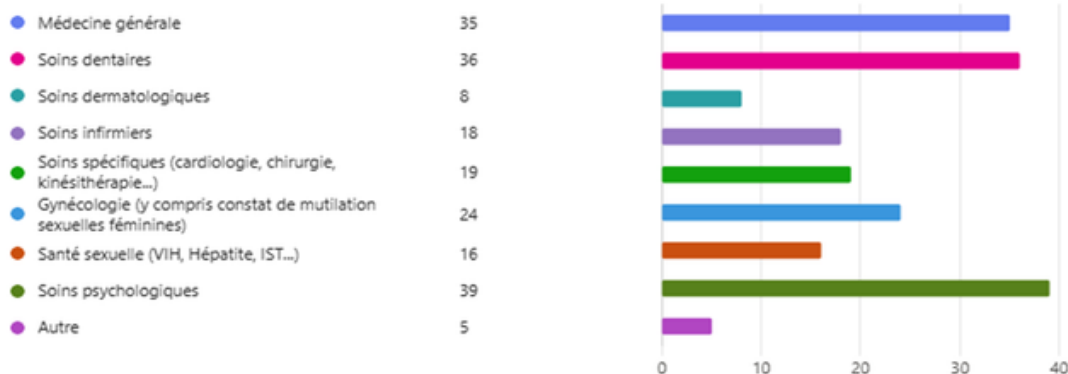
Les personnes accompagnées par les professionnels répondants bénéficient largement de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS). 36% des personnes ont des droits ouverts à l'Aide Médicale d'Etat. 14% des personnes n'ont recours à aucune de ces aides.



Les difficultés d'accès aux soins

Les professionnels identifient principalement que les personnes accompagnées auraient besoin d'avoir accès à un médecin généraliste (18%), des soins psychologiques (20%) et des soins dentaires (18%).

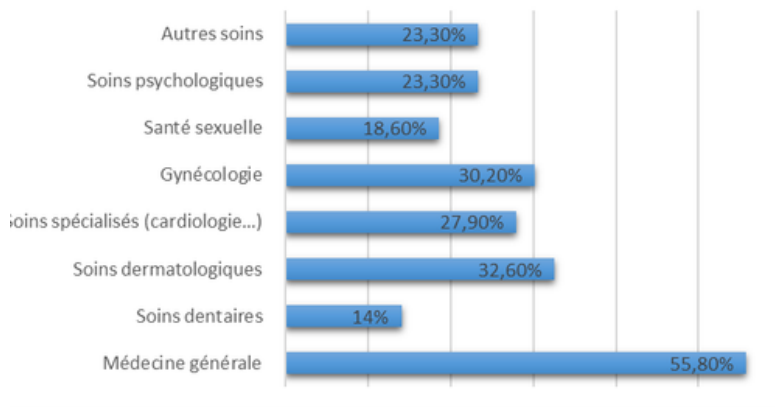
Plus spécifiquement, les soins gynécologiques (12%) notamment pour des constats de mutilations sexuelles font également partie des besoins en santé repérés par les professionnels.



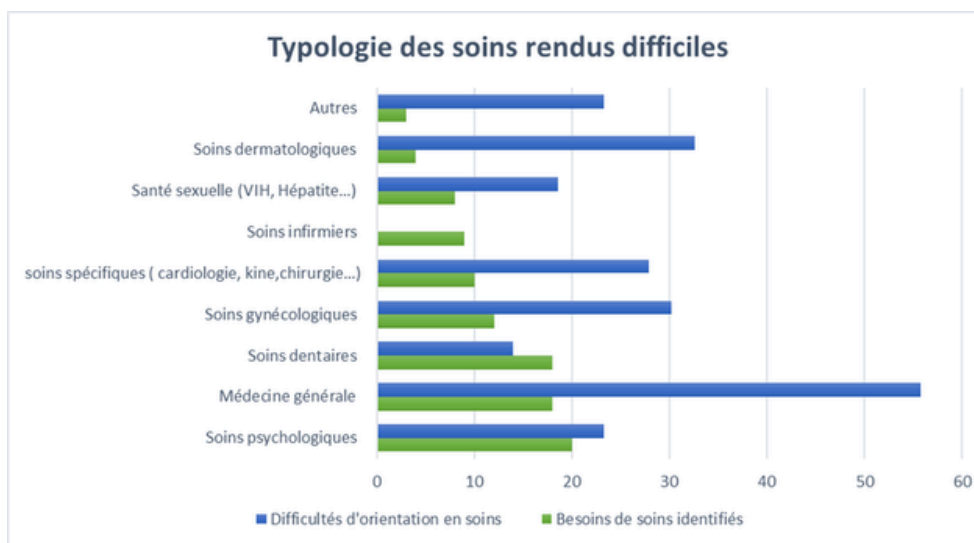
Une large majorité (55,8%) des répondants indiquent rencontrer des difficultés d'orientations des personnes vers les soins de médecine générale. Ces orientations de premiers recours sont très largement représentées devant les autres accompagnements en soins plus spécialisés tels que les soins en dermatologie, gynécologie et psychologiques.

Ces chiffres se basent sur des ressentis personnels à chaque professionnel répondant et ne reflètent pas la réalité de l'accès aux soins sur les territoires. Cependant, la région Bourgogne-Franche-Comté connaît de grandes tensions quant à l'accès aux personnels de santé. Certains territoires ruraux et péri-urbains connaissent un phénomène de pénurie médicale rendant difficile l'accès aux soins notamment vers des professionnels spécialisés.

Les difficultés principales d'orientation vers le soin selon les professionnels



Des difficultés à répondre aux besoins identifiés



Ce graphique met en lumière une véritable difficulté d'accès aux soins en médecine générale. Cette problématique ne touche pas uniquement les personnes en situation de migration. Mais elle relève d'une difficulté plus globale qui touche une grande partie du territoire régional : **la désertification médicale**.

Pour 41,9% des répondants les personnes accompagnées en demande d'asile sont les plus largement touchées par les difficultés d'accès aux soins.

Ensuite, les personnes titulaires d'un titre de séjour (30,2%) et bénéficiaires de la protection temporaire (27,9%) sont également concernées par ces difficultés.

FOCUS

Impacts des parcours d'exil sur la santé des personnes

Les professionnels ont mis en lumière les impacts du parcours migratoire sur la santé des personnes accompagnées par leurs services. Les réponses à cette question montrent des impacts et des conséquences assez divers.

Les personnes répondant à l'enquête identifient clairement des impacts importants des parcours d'exil sur les personnes qui sont accompagnées dans leurs établissements.

Les professionnels parlent majoritairement des troubles de santé mentale. Les réponses les plus données portent sur des personnes souffrant de « *syndrome dépressif* », de « *syndrome post-traumatique* », « *de problèmes de sommeil, d'anxiété voire d'idées noires* ».

Les professionnels identifient ces troubles comme consécutifs à un parcours d'exil « *semé d'épreuves* » lors duquel les personnes ont « *parcouru de longues distances* ».

Ensuite, la santé physique des personnes est également impactée par ces parcours d'exil. Les professionnels indiquent recevoir des personnes ayant une santé physique dégradée à la suite de leur parcours d'exil, indiquant des expériences très violentes telles que des « *tortures, des mutilations sexuelles et des emprisonnements* ».

Les professionnels font état de personnes « *épuisées, tristes, en proie à une sidération empêchant d'agir* ».

Le contexte de départ et d'arrivée dans le pays d'accueil impacte aussi l'état de santé des personnes comme le relève les professionnels en ces termes : « *les personnes en situation d'exil ont dû très souvent fuir leur pays dans des circonstances traumatiques* ».

L'éloignement des proches et les conditions de vie précaires (« *la précarité administrative, sociale, le déracinement* », « *l'absence de nouvelles de leur famille ou proches ou difficultés à en avoir* ») ont une incidence non négligeable sur l'état de santé global.

Plaidoyer "Santé des personnes exilées"

Le plaidoyer de la FAS "**Santé des personnes exilées**" interpelle les instances publiques en rappelant notamment que le Droit à la Santé est un droit fondamental pour tous.

La situation des personnes exilées, de leur accueil jusqu'à leur insertion, se trouve confrontée à des difficultés croissantes, dans un contexte social et politique marqué par l'essor de discours excluants et de pratiques limitant l'accès aux droits.

Tandis que l'ensemble de la population rencontre déjà des obstacles grandissants pour accéder aux soins, les personnes exilées en subissent les effets de manière encore plus aiguë, tout en faisant face à des barrières supplémentaires de nature systémique.

Ainsi, ces entraves, qui jalonnent l'ensemble du parcours migratoire — depuis les conditions de départ jusqu'aux étapes d'installation — participent à une accumulation de vulnérabilités. L'exposition à des violences, à des ruptures de prise en charge, à la précarité administrative et sociale, ainsi qu'à l'isolement, engendre des répercussions profondes et durables sur la santé globale. Celles-ci se traduisent non seulement par une dégradation de l'état de santé physique, mais aussi par une altération du bien-être psychique et des capacités d'insertion sociale. Dans ce contexte, les difficultés d'accès effectif aux droits et aux soins ne font qu'amplifier ces impacts, inscrivant les inégalités de santé dans la durée et appelant à une prise en compte plus globale et coordonnée des besoins des personnes exilées.

Les freins dans les parcours d'accès aux soins

Concernant les freins à l'accès aux soins, les professionnels en identifient principalement trois qui sont, en premier lieu, la barrière de la langue (30%), ensuite la barrière administrative (26%) et enfin la manque de moyens financiers (23%).



Les réponses autres regroupent, en plus de ces freins, les difficultés d'accès aux professionnels de santé manquant dans certains territoires (« *manque de psychiatres en ville et à l'hôpital* », « *désert médical important sur le secteur de Chalon* »).

Les professionnels abordent également la problématique **des discriminations et des refus de soins** dont font l'objet certaines personnes en notant des « *violences institutionnels et un manque de respect des membres du personnel hospitalier public et centre de soins* ».

Pour finir, certains professionnels indiquent des freins liés à **la mobilité pour se déplacer** et se rendre aux différents rendez-vous médicaux car les personnes n'ont pas de voiture et vivent dans des zones faiblement couvertes par les transports en commun.

Concernant les types de soins les plus difficilement accessibles, ce sont largement les soins dentaires (26%) et les soins psychologiques (25%).

Focus sur les bonnes pratiques

Afin d'améliorer les conditions d'accès aux soins des personnes accompagnées, les associations ont mis en place des innovations adaptées à leurs situations territoriales. Ainsi, une grande majorité des établissements indiquent avoir construit une réponse interne à cette problématique en **embauchant un professionnel de santé**.

Ce professionnel est en général soit un.e psychologue soit un.e Infirmier.e Diplômé.e d'Etat (IDE). Cependant, cette solution, bien que très appréciable sur le terrain, semble difficile à pérenniser par manque de financements. Parfois, les financements de ces postes nécessitent une mutualisation des moyens ce qui ne correspond pas aux besoins de chaque établissement. Les professionnels relèvent que ces solutions, bien qu'appréciables, ne sont pas totalement satisfaisantes.

Quelques institutions mettent en place **des conventions avec des associations du secteur sanitaire ou d'autres services spécialisés dans l'accès aux soins**, majoritairement les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP). D'autres professionnels nous indiquent que les liens avec les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) et les service d' Urgences des Centres hospitaliers sont importants et permettent de favoriser les orientations vers le soin.

Pour finir, plusieurs répondants mettent en œuvre **des actions de sensibilisations des publics sur des thématiques de santé**. Ces ateliers prennent parfois la forme de groupes de paroles ou d'ateliers informatifs

Les refus de soins

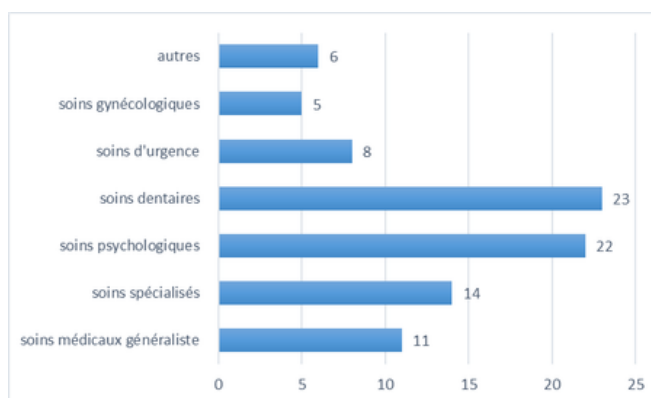
Le refus de soins ne se limite pas à un rejet explicite d'un patient par un professionnel de santé. Il désigne plus largement l'ensemble des situations dans lesquelles une personne se voit empêchée, de manière directe ou indirecte, d'accéder à une prise en charge adaptée, en raison de mécanismes individuels, institutionnels ou structurels.

Cette notion recouvre ainsi différentes formes : refus explicites (par exemple, un professionnel qui décline la prise en charge d'un patient), mais aussi refus implicites ou dissimulés, tels que les délais excessifs, l'orientation inadéquate, les exigences administratives dissuasives ou encore des attitudes discriminatoires. Le refus de soins peut être lié à des critères sociaux (précarité, statut administratif), économiques (couverture santé), culturels (langue, représentations), ou encore à des logiques professionnelles et organisationnelles du système de santé.

Dans une perspective sociologique, le refus de soins s'inscrit dans des rapports de pouvoir et des inégalités sociales de santé. Il contribue à produire et à renforcer des formes d'exclusion, en limitant l'effectivité du droit aux soins pour certaines populations. Il ne relève donc pas uniquement de décisions individuelles, mais s'ancre dans des structures sociales et institutionnelles qui organisent de manière différenciée l'accès aux ressources de santé.

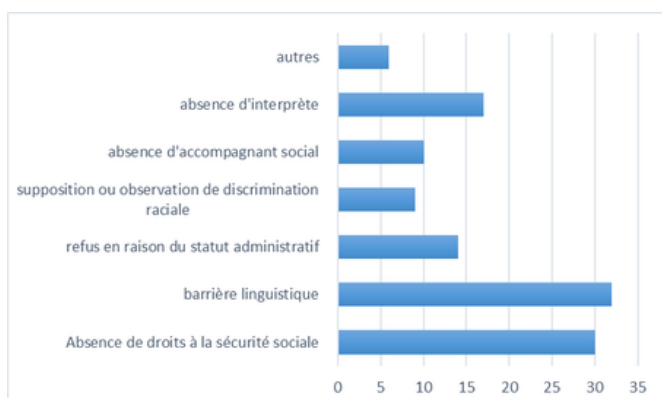
Dans notre enquête régionale, **les soins dentaires (26%) et psychologiques (25%)** sont les plus largement touchés par le phénomène des refus de soins. Ensuite, on retrouve les soins vers des professionnels spécialistes (16%) et la médecine générale (12%).

Les catégories de soins refusés



Les causes du refus de soins

Les causes principales des refus de soins sont principalement la **barrière de la langue (27%)**, **l'absence de droits ouverts à la sécurité sociale (25%)** et **l'absence d'interprète (14%)**.



La réponse "autres" englobe des causes du refus de soins apparaissant dans d'autres publications traitant de cette problématique.

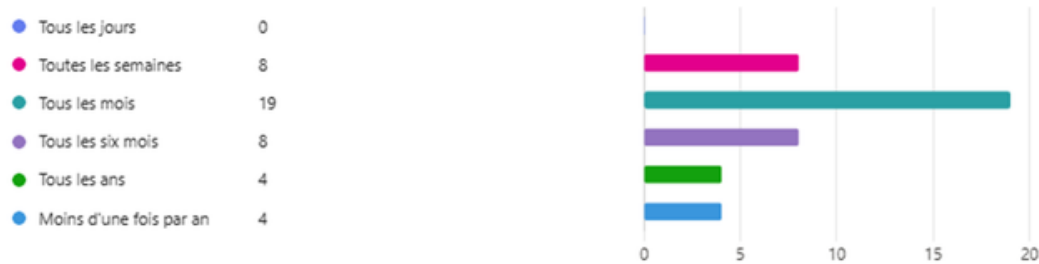
On retrouve, notamment, le fait de **donner des rendez-vous à des horaires spécifiques et inadaptés** aux patients ou encore de **refuser certains documents administratifs** tels que les attestations de droits Complémentaire Santé Solidaire, faute de carte vitale.

Ces refus de soins engendrent pour 27% des répondants un retard dans la prise en charge médicale accompagnée d'une détresse psychologique pour 23% des professionnels répondant.

D'autres conséquences sont notifiées telles que l'aggravation de l'état de santé de la personne (19%) et la démotivation à solliciter des soins (19%).

Les professionnels indiquent aussi **une nécessité de pallier ces difficultés par leur intervention sociale**. Leur rôle pourrait alors s'apparenter à de la médiation lors d'éventuels conflits entre patients et personnel médical. Ceux-ci notent également des situations d'épuisement des aidants et de renoncement aux soins. Un impact sur la qualité de l'accompagnement social est observé par les professionnels.

44% des professionnels participant à l'enquête rencontrent une situation de refus de soins mensuellement.

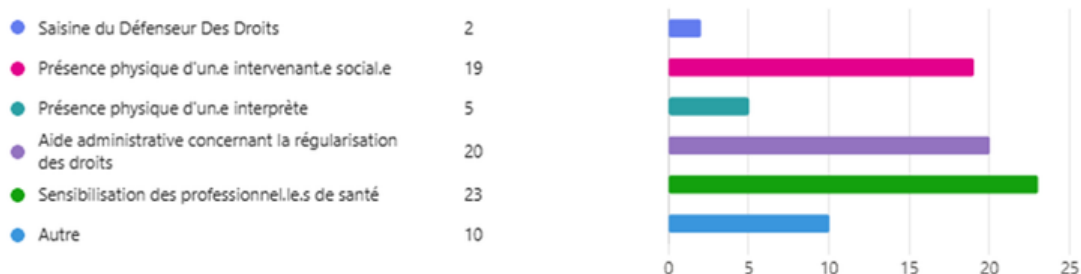


Les professionnels identifient tant des causes systémiques qu'individuelles aux situations de refus de soins. Ainsi, ils soulignent un manque flagrant d'accès à la médecine de ville et aux spécialistes ce « qui pousse certains médecins à refuser certains patients ».

Néanmoins, certains professionnels de l'action sociale et médicosociale identifient des difficultés avec certains praticiens qui « précisent à la secrétaire de ne pas donner de RDV aux personnes bénéficiaires de la CSS ou de l'AME ». Nous rappelons que ces pratiques sont totalement discriminatoires.

Les professionnels confrontés à des refus de soins notent que cette thématique est à aborder également sous l'angle « du réseau professionnel et du partenariat avec les équipes médicales et donc des médecins », ce qui sous-entend que les liens interpersonnels et l'interconnaissance favoriseraient l'accès aux soins des personnes accompagnées en limitant le risque d'exposition aux situations de refus de soins.

Face aux situations de refus de soins, les établissements mettent en place plusieurs actions.



Ainsi, selon 29% des répondants, une sensibilisation des professionnels de santé est mise en œuvre lors d'une situation de refus de soins. Cette sensibilisation est faite par le travailleur social témoin du refus de soins.

Ensuite, 25% des répondants accompagnent la personne dans les démarches de régularisation de sa situation administrative afin de réduire le risque de refus de soins.

Enfin, la troisième réponse la plus largement donnée est de favoriser la présence d'un intervenant social lors des rendez-vous médicaux.

Seuls 3% des répondants indiquent saisir le Défenseur des Droits. Cependant, 56% des répondants disent connaître les modalités de saisine de celui-ci.

Seuls 37% des répondants indiquent avoir mis en place une procédure de saisine de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Une majorité des répondants indiquant avoir une procédure de saisine de la CPAM ont en effet, au moins un contact privilégié (adresse électronique unique) avec la CPAM. D'autres professionnels indiquent avoir accès à un espace partenaires de la CPAM ce qui leur permet de faire remonter des informations de terrain et d'échanger avec des agents de la Sécurité Sociale.

L'Observatoire national des refus de soins

FOCUS

Malgré la mise en place de plusieurs dispositifs visant à garantir un accès universel aux soins, tels que la Protection universelle maladie (PUMA), la Complémentaire santé solidaire (C2S) ou encore l'Aide médicale de l'État (AME), de nombreux obstacles persistent. En effet, la complexité du système de santé français, tant dans son organisation que dans ses démarches administratives, ainsi que certaines pratiques professionnelles, continuent de limiter concrètement l'accès aux droits et aux soins pour une partie de la population.

Dans la réalité, ces refus de soins ne sont pas toujours explicites. Ils prennent souvent des formes indirectes, plus difficiles à identifier et à démontrer, comme des délais anormalement longs, des refus de rendez-vous ou des orientations injustifiées. Cette situation rend les recours particulièrement compliqués. Les procédures pour faire valoir ses droits sont longues, techniques et parfois peu accessibles, ce qui a pour effet de décourager les personnes les plus vulnérables, déjà fragilisées par leur situation sociale ou administrative.

Face à ces constats, et dans l'objectif de promouvoir un système de santé plus équitable et inclusif pour toutes et tous, la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) a créé en 2016, et réactualisé en octobre 2025, l'Observatoire des refus de soins.

Cet outil vise à recueillir des témoignages, documenter les situations de refus et alerter les pouvoirs publics afin de faire évoluer les pratiques et garantir un meilleur accès aux soins pour chacun.

Il est toujours possible de saisir l'Observatoire des refus de soins [via le questionnaire en ligne ici](#)

Les premiers résultats de l'Observatoire des refus de soins

Depuis sa relance, l'Observatoire a recueilli plus de 160 témoignages. Dans 92% des cas, ils proviennent de professionnel·les de terrain.

Les données montrent que la majorité des refus de soins concerne les médecins (61%) et touche l'ensemble du territoire, aussi bien en ville qu'à l'hôpital. Ces refus sont le plus souvent indirects, prenant la forme de refus de rendez-vous ou d'un mauvais accueil, ce qui les rend difficiles à prouver.

Plusieurs obstacles à l'accès aux soins sont identifiés, notamment des difficultés administratives (C2S, AME), des barrières linguistiques et des discriminations. Ces situations entraînent des conséquences importantes, comme le renoncement aux soins, l'aggravation de l'état de santé ou un recours accru aux urgences.

Enfin, une majorité de personnes (65%) ne signalent pas ces refus, en raison de démarches complexes et d'un manque d'information, ce qui contribue à invisibiliser ces pratiques.

Les données nationales de l'Observatoire des refus de soins corroborent celles recueillies par notre enquête régionale en élargissant la population victime de ces refus de soins. Cela montre donc une réelle problématique impliquant plus largement les populations vulnérables dans leur ensemble.

La FAS émet donc des recommandations afin d'améliorer les conditions d'accès aux soins :

- **Pour les pouvoirs publics** : instaurer une cotation spécifique pour les patient·es allophones afin d'augmenter la durée des consultations pour favoriser l'interprétariat en santé, financée par la Sécurité sociale ;
- **Pour les professionnel·les accompagnant les personnes** : systématiser les signalements de refus de soins auprès de la CPAM ;
- **Pour les professionnel·les de santé** : intégrer en formation des modules dédiés aux déterminants sociaux de santé, à la précarité, et aux effets des discriminations dans l'accès aux soins.

L'accès à l'interprétariat

L'interprétariat en santé désigne l'intervention d'un professionnel formé qui facilite la communication entre un patient et un soignant lorsqu'ils ne partagent pas la même langue. Il peut se faire en présentiel, par téléphone ou en visioconférence.

Son rôle va au-delà d'une simple traduction mot à mot. L'interprète reformule les propos de manière fidèle et compréhensible, tout en tenant compte des différences culturelles qui peuvent influencer la manière de décrire les symptômes, de comprendre la maladie ou d'envisager les soins. Il permet ainsi d'éviter les incompréhensions, les erreurs de diagnostic ou les difficultés d'adhésion au traitement.

L'interprétariat en santé répond à plusieurs enjeux essentiels. D'abord, un enjeu de qualité des soins : une bonne compréhension mutuelle permet au professionnel de poser un diagnostic plus précis et de proposer une prise en charge adaptée. Ensuite, un enjeu éthique et juridique : il garantit le respect des droits du patient, notamment le droit à une information claire et au consentement éclairé. Enfin, c'est aussi un enjeu d'égalité, car il contribue à réduire les inégalités d'accès aux soins pour les personnes ne maîtrisant pas la langue.

En pratique, le recours à un interprète professionnel est à privilégier par rapport à un proche ou un accompagnant. Cela permet de préserver la confidentialité des échanges, d'éviter les biais ou les omissions, et de maintenir une relation de soin plus équilibrée entre le patient et le soignant.

En BFC, l'enquête met en lumière une bonne appropriation des outils favorisant l'interprétariat en santé :

74% des répondants à l'enquête utilisent un service d'interprétariat médical.

91% des recours à l'interprétariat ont lieu par l'intermédiaire d'une présence téléphonique.

84% des établissements financent le service d'interprétariat sur leurs propres fonds.

Focus sur le dispositif d'interprétariat financé par l'ARS BFC

L'Agence Régionale de Santé BFC finance un dispositif d'interprétariat en santé téléphonique en partenariat avec l'URPS Médecins. Ce service est mis à disposition des professionnels de santé libéraux, à savoir les médecins généraliste, les sages femmes, les pharmaciens, les chirurgiens dentistes. Depuis peu, il est également accessible aux professionnels de santé consultants dans les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) et les établissement médicosociaux.

Chaque professionnel doit s'inscrire sur une plateforme. Il reçoit ensuite un code d'identification lui donnant accès aux interprètes téléphoniques.

Au 31 novembre 2025, ce dispositif comptait 995 professionnels de santé inscrits dans toute la région Bourgogne-Franche-Comté. Les médecins exerçant leur activité en libéral et les infirmiers en Centre de Soins Infirmiers (CSI) sont les deux catégories professionnelles les plus représentées.

Au 31 octobre 2025, 1670 appels avaient été passés à la plateforme d'interprétariat. Les chiffres de sollicitation du service d'interprétariat augmente chaque année depuis sa mise en place par l'ARS en 2023, ce qui démontre de son utilité pour les professionnels.

Cependant, quelques professionnels de santé ne se saisissent pas encore pleinement de cet outil tel que les pharmaciens et les sage femmes.

Santé mentale

Les professionnels identifient une augmentation des besoins d'accompagnement des personnes qui arrivent en souffrance psychique. Le trouble le plus identifié est **le trouble du stress post-traumatique pour 53 %** des répondants.



Cinq difficultés dans les parcours de soins ressortent principalement.

- Les délais d'attente
- Les représentations des soins
- L'adaptation des techniques d'intervention sociale
- La barrière de la langue et l'interprétariat
- Les freins financiers

Premièrement, les professionnels abordent la problématique de l'accessibilité des soins rendue difficile par des délais d'attente avant rendez-vous très longs notamment du fait de **la pénurie de professionnels de santé**. Ces délais d'attente complexifient les orientations vers des soins psychiques pour un public qui est en situation d'instabilité administrative.

De plus, **les représentations du public sur les soins psychiques et la maladie mentale** rendent plus difficile encore les orientations vers ces typologies de soins. En effet, ceux-ci relèvent des refus de soins de la part des personnes accompagnées du fait de représentations culturelles sur la santé mentale. Les professionnels indiquent devoir procéder à une « *affiliation avec la culture du soin* » afin de favoriser ces orientations et les rendre possibles.

Également, **la barrière de la langue et le refus de certains professionnels de santé d'utiliser un service d'interprétariat** lors de consultations de soins psychiques entravent les démarches d'orientation et d'accès aux soins.

Enfin, **le frein financier est également abordé que ce soit du côté des professionnels et de leurs institutions** qui ne peuvent prendre en charge les frais de déplacements des patients pour se rendre à leurs rendez-vous ou des personnes elles même dans l'incapacité de prendre en charge ces mêmes frais.

Les répondants à l'enquête conviennent de manques de moyens humains et financiers ne permettant pas un accès satisfaisant aux soins psychiques. Les professionnels parlent de « *pénurie de psychiatres en ville* » et de « *manque de moyens humains et financiers dus à l'augmentation de la demande* ».

Santé mentale

Le contexte de vie et les besoins spécifiques des personnes sont également ciblés par les professionnels répondant. En effet, ils notent une « absence de prise en charge type psychiatrique pour continuer le soin » ou encore « une absence de formation spécifique en psycho-traumatisme » et en « ethnopsychiatrie » des professionnels de la santé mentale. Les professionnels regrettent, pour une large partie, une « non-prise en compte des besoins en santé mentale pour les personnes en situation d'exil ».

Les établissements font alors face à quatre grandes problématiques. Premièrement, des difficultés financières entraînant des baisses des moyens humains permettant d'accompagner correctement les personnes. Les professionnels notent des délais d'attente qui s'allongent avant tout premier rendez-vous. Les structures ayant réussi à avoir un financement de temps de psychologue sont en difficultés pour le recrutement de ce professionnel. Des temps de vacance de poste de plusieurs mois sont remontés.

Les difficultés financières impactent également l'accès à l'interprétariat. En effet, les institutions devant prendre en charge le coût de ce service doivent prioriser les demandes des professionnels, ce qui impactent la qualité des prises en charge.

De plus, il existe également des difficultés interprofessionnelles et partenariales. En effet, certains professionnels sont « contraints d'attendre les situations d'urgences » avant d'obtenir une intervention médicale. Ces injonctions se mettent en place faute de soignants suffisamment présents en nombre et disponibles. Les établissements doivent alors composer avec les problématiques de santé mentale des personnes accompagnées et doivent alors adapter leurs pratiques professionnelles en conséquence.

Les répondants le mentionnent en ces termes « les troubles psychiatriques dont les personnes souffrent (agressivité , délires ...) , il nous faut employer des techniques d'approche particulières (aller vers , connaissance des troubles psy) ».

Ainsi, il est indiqué par les répondants **une nécessité importante pour tous professionnels de s'adapter aux personnes en situation de migration en fonction de leurs besoins mais également de leur culture, des traumatismes engendrés par le parcours migratoire et des conditions de vie** dans le pays d'accueil. Les professionnels notent également une « méfiance envers le système » et « des problèmes à adhérer aux soins » de la part des personnes accompagnées.

Les préconisations de la FAS BFC

À la suite de cette enquête, la FAS BFC a conduit deux temps de concertations avec les professionnels de la région afin de construire ces préconisations en partant des constats mis en lumière.

Le 15 septembre 2025 : échanges avec les professionnels intervenants dans les PASS régionales.

Le 16 septembre 2025 : temps d'échanges avec les professionnels de l'intervention sociale dans le domaine de l'AH/DNA et établissements médico-sociaux de la région.

Ces préconisations sont issues des échanges entre les professionnels.

Le statut administratif des personnes et l'accès aux droits

- **Développer les actions favorisant l'accès aux droits sociaux** (aller vers)
- **Développer des actions de communication et de sensibilisation** des personnes afin de les informer sur leurs droits
- **Rendre automatique et systématique l'accès aux bilans de santé** pour les personnes quel que soit leur statut administratif
- **Simplifier l'accès à l'AME**

Les refus de soins

- **Sensibiliser les professionnels** et les futurs professionnels de santé afin de mieux faire connaître les droits des patients
- **Mieux former les travailleurs sociaux** sur les procédures d'alerte en cas de refus de soins
- **Sensibiliser les personnes concernées** victimes de refus de soins à l'importance de faire valoir leur droit

Les déserts médicaux rendent difficile l'accès aux soins

- **Favoriser les politiques d'aide à l'installation** de nouveaux professionnels dans les zones désertées
- **Valoriser le rôle des PASS** dans les parcours de soins (soins spécialisés et santé mentale y compris)
 - **Favoriser le développement de maison de santé pluridisciplinaire**
- **Favoriser le développement de services d'aller vers et de centres de santé communautaires** type SECPA (Service d'Exercice Coordonné Participatif)
 - **Développer la médiation en santé** pour ces publics spécifiques
- **Développer les espaces d'interconnaissance** entre les différents dispositifs d'accès aux soins tel que les CPTS, DAC et les intervenants sociaux afin de favoriser une acculturation commune

L'accès aux professionnels de santé spécialisés (dermatologie, soins gynécologiques, soins dentaires, soins ophtalmologiques)

- **Encourager le conventionnement** entre les MSP (Maisons de Santé Pluridisciplinaires) et les établissements sociaux
- **Développer les partenariats avec les CPTS** afin de soutenir les intervenants sociaux pour les orientations vers les professionnels de santé en libéral.

Les préconisations de la FAS BFC

Non prise en compte des spécificités du public migrant par les professionnels de santé

- Favoriser la diffusion de documentation facilitant la **littératie en santé** (documentation traduite, en FALC...)
- **Rendre visible les impacts du parcours migratoire** sur la santé globale en développant une offre de formation spécifique aux professionnels de santé exerçant en libéral.
- **Sensibiliser les professionnels de santé et du social aux repérages des traumatismes** et des pathologies liés au parcours migratoire
- **Favoriser les formations des professionnels de santé** dans le champ interculturel
- Renforcer les UMJ (nombre de professionnels) et étendre les horaires d'ouverture

L'interprétariat

- **Sensibiliser les professionnels du social au secret médical notamment** lorsqu'ils assistent à certains rendez-vous médicaux avec les personnes accompagnées
- Soutenir les établissements finançant les frais d'interprétariat
- **Valoriser le métier d'interprète professionnel**
- **Sensibiliser les professionnels de santé sur le rôle spécifique de l'interprétariat en santé** et les apports que cela aura sur leurs conditions d'exercice en se basant sur les recommandations de la HAS

[3]

Accès aux soins de santé mentale

- **Assurer des conditions d'accueil et d'hébergement** suffisamment sécurisantes pour les personnes primo-arrivantes
- **Favoriser l'accès aux soins psychiques** de premier recours en pérennisant les postes de psychologues dans les établissements d'hébergement (Mesure 9 du SEGUR de la Santé)
- **Former les travailleurs sociaux au repérage précoce** des besoins en santé mentale des personnes accompagnées et sensibiliser les futurs professionnels du social et du sanitaire à ces enjeux
 - **Développer les offres de prises en charge psychiques spécifiques aux enjeux de la migration et de l'interculturalité** (conditions d'exil et de vie dans le pays d'accueil, prise en compte de l'impact de l'éloignement)

3 référentiel interprétariat linguistique dans le domaine de la santé paru en octobre 2017 et la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France paru en 2012).

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801492/fr/decision-n2017-0128/dc/seesp-du-27-septembre-2017-du-college-de-la-has-portant-adoption-du-referentiel-intitule-l-interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante-referentiel-de-competences-de-formation-et-de-bonnes-pratiques

[2] <https://asamla.org/ressources-lire/charte-interpretariat-medical-et-social/>

Les perspectives et les remerciements

Plusieurs professionnels ayant participé à cette enquête nous ont demandé de réfléchir à sa pérennisation.

En effet, cette enquête a été perçue comme un outil permettant d'objectiver certaines difficultés vécues au quotidien dans leurs pratiques professionnelles. La pérennisation de cette enquête aurait pour objectif de mesurer les écarts et les améliorations apportées sur le long terme.

Les professionnels ont également suggéré de renouveler l'enquête en s'intéressant soit à un angle populationnel tel que les femmes, les Personnes Placées Sous-Main de Justice (PPSMJ) ou en centre de rétention. Une autre approche plutôt centrée sur les typologies géographiques tel que les zones urbaines et rurales, les bassins de vie a été proposée.

Ces approches pourraient être fortes intéressantes mais elles nécessitent une organisation et une construction de l'enquête bien différente.

La FAS BFC remercie tous les professionnels ayant participé à cette enquête soit en y répondant, en la relayant ou en participant aux temps d'élaboration des préconisations régionales.

Grace à l'intelligence collective, nous espérons pouvoir impulser une dynamique régionale de changement et d'amélioration des conditions d'accompagnement et d'accès aux soins des personnes en situation de migration.

Nous restons disponibles pour poursuivre les réflexions en ce sens à l'avenir.

LA FÉDÉRATION DES ACTEURS DE LA SOLIDARITÉ Bourgogne- Franche-Comté (FAS BFC)

est un réseau de plus de 50 organismes qui accueillent et accompagnent les personnes en situation de précarité. Elle est membre d'une fédération nationale.

La 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.

Pour la **SOLIDARITÉ**
contre les exclusions

federationsolidarite.org

