



# **DROITS ET SOINS DE SANTÉ DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ : QUELLES DIFFICULTÉS RENCONTRENT-ELLES ?**

**METZ - 2023**

**Rapport scientifique**



**DROITS ET SOINS DE SANTÉ DES PERSONNES  
EN SITUATION DE PRÉCARITÉ :  
QUELLES DIFFICULTÉS RENCONTRENT-ELLES ?**

**METZ - 2023**

**Rapport scientifique**

## Remerciements

Merci à l'ensemble des participant·e·s pour leurs contributions et leurs témoignages ayant permis une analyse approfondie des difficultés d'accès aux droits de santé et aux soins rencontrés par les personnes en situation de précarité sur le territoire messin.

Merci à l'ensemble des structures sociales et médico-sociales de Metz et environs ayant accompagné la collecte des données : Accueil logement et réinsertion de personnes isolées (ALERPI) ; ADOMA ; Armée du Salut ; Association d'information et d'entraide mosellane (AIEM) ; Association Est Accompagnement (AEA) avec l'Accueil du pont des grilles et l'équipe mobile Lits Halte Soins Santé (LHSS) ; Caritas ; Centre communal d'action sociale (CCAS) ; CIMADE ; Collectif d'accueil des solliciteurs d'asile de Moselle (CASAM) ; Comité mosellan de sauvegarde de l'enfance, de l'adolescence et des adultes (CMSEA) avec le Point accueil écoute jeunes (PAEJ) et les Wads ; Comité d'aide humanitaire au peuple syrien (COMSYR) ; Emmaüs ; Épicerie Mozart ; Équipe Saint-Vincent de Metz ; Fondation Abbé Pierre (FAP) ; Foyer Sainte-Constance ; Habitat Humanisme ; JRS Welcome ; Maison du FLE ; Pastorale des migrants ; Pep Lor'EST ; Planning familial ; Réseau éducation sans frontière (RESF) ; Restos du cœur ; Secours catholique ; Secours populaire ; Union départementale des associations familiales de la Moselle (UDAF).

Enfin, merci aux bénévoles et salarié·e·s de Médecins du Monde investi·e·s aux différentes étapes de cette étude.

## Partenaires financiers

Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Moselle, Centre communal d'action sociale (CCAS) de la ville de Metz, Commissariat à la lutte contre la pauvreté en région Grand-Est, Conseil départemental de Moselle, Direction départementale de l'économie, du travail et des solidarités (DDETS) de Moselle, Eurométropole de Metz, Fondation MNH.

## Auteure du rapport

Maëva Janvier

## Équipe de rédaction/relecture

Aurore Camier, Catherine Onobele, Émilie Dubuisson, Marion Mottier, Matthias Thibeaud, Nadège Drouot, Stéphanie Nguengang Wakap

*Conception graphique et mise en page :*  
Christophe Le Drean

# SOMMAIRE

4	Acronymes	
4	Liste des tableaux	
4	Liste des figures	
<b>5</b>	<b>RÉSUMÉ EXÉCUTIF</b>	
5	Contexte	
5	Méthodes	
5	Résultats	
6	Conclusion	
<b>7</b>	<b>INTRODUCTION</b>	
7	Contexte de l'étude	
8	Justification	
13	Objectifs	
<b>14</b>	<b>MÉTHODES</b>	
14	Schéma d'étude	
14	Population d'étude	
14	Mode et outil de recueil	
15	Analyse des données	
15	Aspects réglementaires et éthiques	
<b>16</b>	<b>RÉSULTATS</b>	
16	Description de la population interrogée	
18	Accès aux droits de santé	
19	Accès aux soins	
27	Attitudes envers les professionnel-le-s de santé	
27	Attentes des personnes interrogées	
<b>29</b>	<b>DISCUSSION</b>	
29	Synthèse des principaux résultats	
29	Mise en perspective avec les professionnel-le-s de santé	
31	Recommandations de santé publique	
<b>33</b>	<b>LIMITES</b>	
33	Échantillonnage	
33	Mode et outil de recueil	
33	Choix méthodologique	
<b>34</b>	<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b>	
35	Accès aux droits de santé	
35	Accès aux soins	
36	Coordination des dispositifs	
<b>37</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	
<b>39</b>	<b>ANNEXE</b>	
39	Outil de collecte des données	

## ACRONYMES

ACT	Appartements de coordination thérapeutique
AME	Aide médicale de l'État
CCAS	Centre communal d'action sociale
CHR	Centre hospitalier régional
CLS	Contrat local de santé
CMU-c	Couverture maladie universelle - complémentaire
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSS	Complémentaire santé solidaire
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DLS	Diagnostic local de santé
EMPP	Équipe mobile psychiatrie précarité
HAS	Haute Autorité de santé
ISM	Inter service migrants
LAM	Lits d'accueil médicalisé
LHSS	Lits halte soins santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PUMa	Protection universelle maladie
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis
RESAM	Réseau de solidarité des associations messines
RGPD	Règlement général sur la protection des données
UE	Union européenne

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de la population interrogée .....	17
Tableau 2 : Caractéristiques administratives de la population interrogée .....	17
Tableau 3 : Caractéristiques sociales de la population interrogée .....	17
Tableau 4 : Couverture santé de la population interrogée .....	18
Tableau 5 : Freins à l'accès aux droits de santé de la population interrogée .....	19
Tableau 6 : Situation de santé de la population interrogée .....	19
Tableau 7 : Refus de soins vécu au cours des 12 derniers mois par les répondant-e-s selon le sexe, la nationalité, les droits de santé, l'état de santé et le niveau de français .....	21
Tableau 8 : Report de soins vécu au cours des 12 derniers mois par les répondant-e-s selon le sexe, la nationalité, les droits de santé, l'état de santé et le niveau de français .....	22
Tableau 9 : Renoncement aux soins vécu au cours des 12 derniers mois par les répondant-e-s selon le sexe, la nationalité, les droits de santé, l'état de santé et le niveau de français .....	23
Tableau 10 : Analyse de la qualité de la communication avec les professionnel-le-s de santé pour les personnes interrogées ayant consulté dans les 24 mois ayant précédé l'enquête	26
Tableau 11 : Attitude des personnes interrogées vis-à-vis des professionnel-le-s de santé .....	26

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schéma simplifié du système français de protection maladie .....	9
Figure 2 : Refus de soins vécu au cours des 12 derniers mois par les répondant-e-s .....	21
Figure 3 : Report de soins vécu au cours des 12 derniers mois par les répondant-e-s .....	22
Figure 4 : Renoncement aux soins vécu au cours des 12 derniers mois par les répondant-e-s .....	23
Figure 5 : Observance thérapeutique des médicaments par les personnes ayant eu des prescriptions au cours des 12 derniers mois (n = 199) .....	24
Figure 6 : Observance thérapeutique des radios et analyses par les personnes ayant eu des prescriptions au cours des 12 derniers mois (n = 156) .....	24

# RÉSUMÉ EXÉCUTIF

## CONTEXTE

Face au fractionnement des accompagnements des personnes en situation de précarité et aux difficultés d'accessibilité à l'offre de soins à Metz, un projet multipartenarial de plateforme d'accueil et d'accompagnement médico-psycho-social qui s'inscrit dans les objectifs du Plan Régional de Santé et du Contrat Local de Santé est en cours de développement. Il s'agit de créer un point d'ancrage en centre-ville intégrant un dispositif d'accès aux droits et aux soins de droit commun, quelle que soit la situation des personnes, doublé d'un maillage territorial entre professionnel-le-s de santé pour une prise en charge globale et faciliter l'autonomie des personnes dans leur parcours de santé. La littérature fait état de nombreuses difficultés d'accès aux droits de santé et aux soins rencontrées par les personnes en situation de précarité en France. Afin d'analyser les barrières à l'accès aux soins et aux droits de santé des personnes concernées sur le territoire messin et d'identifier les profils des potentielles personnes accueillies au sein du dispositif, une enquête a été réalisée.

## MÉTHODES

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale et quantitative. Une trentaine de structures d'accueil et d'accompagnement des publics en situation de précarité, présentes sur le territoire messin, furent mobilisées pour collecter les données auprès des personnes concernées via un questionnaire, de janvier à février 2023.

## RÉSULTATS

Au total, 280 questionnaires ont été collectés. Les personnes interrogées présentent de multiples facteurs précarisant tels que des ressources insuffisantes, des lieux de vie instables, des difficultés avec l'usage du français ou encore des situations de monoparentalité. Concernant les barrières à l'accès aux droits, celles-ci sont multiples et variées : complexités administratives, difficultés linguistiques, méconnaissance du système de santé, fracture numérique, délais d'attente, conditions d'accueil et mobilité. Les barrières à l'accès aux soins sont également nombreuses. Près d'un quart des personnes ayant une couverture maladie de base n'ont pas de médecin traitant ce qui fragilise le parcours de soins coordonnés. Par ailleurs, les données montrent qu'en-dehors du fait de ne plus prendre de nouveaux-elles patient-e-s, la situation des droits de santé est l'une des principales causes du refus de soins (pas de couverture maladie, aide médicale de l'État, complémentaire santé solidaire). Les principales raisons au report et au renoncement aux soins sont les difficultés financières (avance de frais, reste à charge), les mauvaises expériences antérieures et les délais de rendez-vous longs. De même, la principale raison du défaut d'observance thérapeutique est financière. On observe un manque de prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans les consultations médicales, et une fragilité du lien entre le-la patient-e et le-la professionnel-le de santé (confiance, peur, communication). Les suggestions des répondant-e-s pour améliorer leur prise en charge et leur accompagnement en santé concernent un besoin d'interprétariat lors des consultations médicales, la simplification des démarches administratives et la réduction des délais pour obtenir des droits de santé, l'augmentation de l'offre de soins et la réduction des délais de rendez-vous, un besoin d'accompagnement, de médiation et d'orientation que ce soit pour l'accès aux droits ou l'accès aux soins ainsi que davantage d'écoute et de communication de la part des professionnel-le-s de santé.

## CONCLUSION

L'enquête confirme les nombreuses difficultés d'accès aux droits et aux soins vécues par les personnes en situation de précarité sur le territoire messin. Ces difficultés nécessitent une approche holistique comprenant des réponses concrètes, en tenant compte des suggestions des personnes concernées. Des recommandations sont formulées pour répondre aux complexités administratives et à la méconnaissance du système de santé, aux délais d'attente et aux conditions d'accueil, à l'usage du numérique, à la barrière de la langue, à la connaissance du parcours de soins, à la lutte contre le report, le renoncement et le refus de soins, à l'amélioration de la relation patient·e–professionnel·le de santé et à la coordination des acteur·rice·s. Par ailleurs, les multiples facteurs précarisant des personnes interrogées confirment un besoin d'accompagnement global en tenant compte de leur singularité.

# INTRODUCTION

## CONTEXTE DE L'ÉTUDE

La santé est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un état de complet bien-être physique, mental et social [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité [1]. Les conditions et les ressources préalables indispensables à la santé définies par la Charte d'Ottawa sont le logement, l'éducation, l'alimentation, un revenu, un écosystème stable, un apport durable des ressources, le droit à la justice sociale et à un traitement équitable [2].

La précarité est définie comme l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible [3].

Les personnes en situation de précarité sont exposées à un environnement quotidien qui peut entraîner des problèmes de santé; en outre, leur état de santé peut influencer en partie sur les moyens de subsistance. Leurs conditions de vie les conduisent aussi à prioriser d'autres besoins vitaux face aux besoins liés à la santé. La santé devient alors une préoccupation secondaire, ce qui peut engendrer un cercle vicieux: la dégradation de la santé concourt à la dégradation socio-économique, laquelle aggrave l'état de santé. Ces personnes vont donc être plus exposées à des difficultés dans l'accès aux soins et dans l'exercice de leur droit à la santé [4].

La France figure parmi les pays dont l'espérance de vie à la naissance est la plus élevée [5] et pourtant, des disparités persistent à travers la population [6]. Ces différences sont appelées

inégalités sociales de santé (ISS) et se définissent comme des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé et sont observées entre différents groupes sociaux. Elles résultent d'une inégalité de distribution d'une multitude de déterminants sociaux [7].

Le champ de la santé et précarité renferme également la notion d'exclusion sociale, qui correspond à la non-réalisation des droits sociaux garantis par la loi [8]. Favoriser l'accès aux droits et aux soins est donc une forme de lutte contre l'exclusion, car accéder au système de soins, surtout pour les plus précaires, permet de réduire les inégalités sociales en la matière [9].

Une étude qualitative réalisée en 2016 par Médecins du Monde auprès de douze structures médico-sociales messines a mis en exergue des difficultés d'accès aux droits, à la prévention et aux soins. Parmi ces difficultés ressortaient le manque de prise en charge globale des publics cumulant de multiples difficultés, l'absence de couverture maladie ou de non-recours, les difficultés de repérage des personnes en souffrance psychique, avec la mise en veille de l'Équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) et la saturation des centres médico-psychologiques (CMP) du centre-ville, les difficultés d'accès à la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) hospitalière du Centre hospitalier régional (CHR) de Mercy et les difficultés d'accès à certain-es professionnel-le-s de santé. Les barrières culturelles et psychologiques, la peur de la stigmatisation et des refus de soins, les barrières linguistiques et la difficulté d'accès à l'interprétariat ainsi que la fracture numérique constituaient également des difficultés d'accès aux droits, à la prévention et aux soins considérables.

Les difficultés identifiées ne résultaient pas uniquement de l'absence de couverture maladie ou de contraintes financières. Un défaut d'ajustement entre les réponses apportées par le système médico-social et les besoins des publics en

situation de précarité était également constaté à travers un manque de coordination des intervenant·e·s, un fractionnement des accompagnements et des difficultés d'accessibilité géographique de l'offre.

Pour sortir du cloisonnement des interventions médico-psycho-sociales, Médecins du Monde, le Secours catholique, la Ligue des droits de l'homme et la Fondation Abbé Pierre, dans le cadre du Réseau de solidarité des associations messines (RESAM), avec le Centre communal de d'action sociale (CCAS) de la ville de Metz ont convergé vers la création d'une plateforme d'accueil et d'accompagnement médico-psycho-social. Cette plateforme se compose de cinq volets : droits, santé, hébergement, alimentation et éducation/apprentissage du français.

Ce projet vise à intégrer un point d'ancrage pluridisciplinaire et multipartenarial, permettant le repérage et la prise en charge globale des personnes, c'est-à-dire un point d'accès à l'ensemble des droits sociaux, et un point d'accès aux soins. Il vise aussi à mettre en place un maillage territorial de professionnel·le·s de santé en lien avec la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) de Metz et environs, par un système de conventionnement, en articulation avec la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) pour permettre un accès rapide aux droits et une orientation directe vers le système de santé de droit commun. Il s'agit de conforter les partenariats et rendre effective la coordination des différent·e·s acteur·rice·s pour l'accompagnement médico-psycho-social des publics en situation de précarité.

Le volet santé de cette plateforme, dont l'ingénierie est portée par Médecins du Monde, a été intégré dans le Contrat local de santé (CLS) 2022-2026 de l'Eurométropole de Metz. L'objectif de ce projet est d'améliorer l'accès à la santé et l'accompagnement des populations en situation de précarité, en renforçant 1) la coordination des partenaires de santé pour permettre aux personnes concernées l'entrée dans le parcours de santé de droit commun, et 2) l'accompagnement individualisé des personnes concernées en matière d'accès aux droits, à la prévention et aux soins pour favoriser leur autonomie.

Une première expérience a pu être réalisée à petite échelle au sein du « Carrefour des solidarités », géré par le CCAS de Metz au cours des années 2018 et 2019. Il s'agissait d'un lieu d'accueil

inconditionnel permettant aux personnes de venir se reposer, boire un café mais aussi de pouvoir avoir accès à une équipe pluridisciplinaire : accompagnement administratif, relais vers une demande d'hébergement, accès aux soins, accès à un accompagnement psychologique, etc. D'octobre 2019 à mars 2020, la PASS de l'hôpital Mercy y a assuré une vacation hebdomadaire. Ces consultations ont représenté une avancée et un tremplin vers le projet plus ambitieux de plateforme.

Le Secours catholique propose aujourd'hui de mutualiser le dispositif de plateforme avec son accueil de jour, afin qu'il devienne le point d'ancrage pluridisciplinaire et multipartenarial. Ce projet concerne toute personne en situation de précarité, quelle que soit sa situation sociale, administrative et économique, rencontrant des difficultés d'accès à la prévention, aux droits et aux soins sur le territoire.

À travers la présente étude, il est question de donner la voix aux personnes concernées pour mettre en lumière les difficultés qu'elles rencontrent et dimensionner le volet santé de la plateforme d'accueil et d'accompagnement médico-psycho-social en fonction de leurs réalités. Il s'agit également d'actualiser les informations existantes, notamment suite aux divers événements ayant impacté ou qui impactent encore le contexte de santé en France : covid-19 et post-covid, dégradation du système de santé, politiques migratoires.

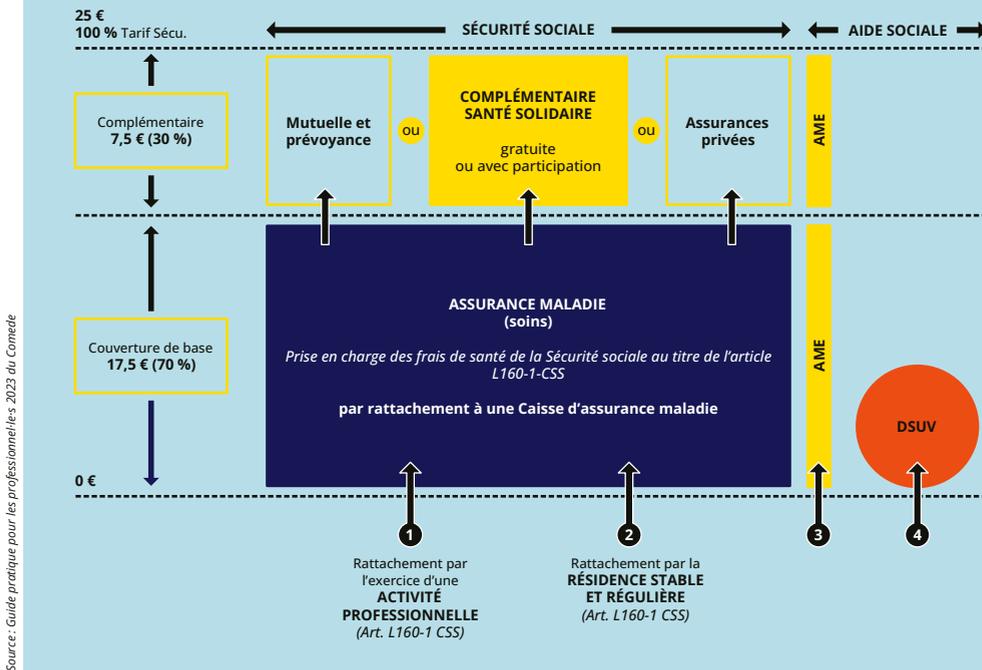
## JUSTIFICATION

### État des lieux de l'accès aux droits de santé et aux soins des personnes en situation de précarité

#### *Panorama des dispositifs de protection maladie et de santé [10][11]*

La couverture maladie de base, aussi appelée protection universelle maladie (PUMa) ou assurance maladie obligatoire (*figure 1*) est la protection de droit commun accessible à toute personne installée en France dont les étranger·e·s résidant avec un droit au séjour légal (ce qui exclut les personnes de passage, même en cas d'urgence médico-chirurgicale). L'ouverture des droits à la couverture maladie de base est

Figure 1 : Schéma simplifié du système français de protection maladie



accordée aux personnes qui travaillent en France ou y résident de manière stable et régulière. Elle assure la prise en charge financière des soins de santé selon certains taux de remboursement (ex : 70 % pour une consultation en médecine générale. Nb : 90 % avec le régime local Alsace-Moselle). L'ouverture est matérialisée par la délivrance d'une notification papier et/ou d'une carte Vitale.

La complémentaire santé solidaire (CSS), issue de la fusion de l'ex-couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide à la complémentaire santé (ACS), est une protection complémentaire de service public accessible à toute personne assurée et financièrement démunie, dont les revenus sont inférieurs à un seuil de ressources établi<sup>1</sup>. Elle s'ajoute à la couverture maladie de base pour couvrir 100 % du tarif sécurité sociale. Elle est soit gratuite, soit contributive en fonction des revenus. Les droits ouverts à la CSS sont accordés pour un an. Le renouvellement n'est pas automatique et une

nouvelle demande doit être effectuée en amont de l'expiration des droits, excepté pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) et de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa). La dispense complète d'avance de frais étant un droit, aucun.e professionnel.le de santé ne peut exiger le paiement des soins pour un.e bénéficiaire de la CSS.

L'aide médicale de l'État (AME) est une protection maladie sous condition de ressources, accordée aux étranger.e-s démunie-s résidant en France en situation administrative irrégulière depuis au moins 3 mois (ce qui exclut les personnes de passage, même en cas d'urgence médico-chirurgicale) et qui ne sont pas éligibles à la couverture maladie de base faute de séjour légal. L'AME permet une prise en charge complète des frais de santé dans la limite de 100 % du tarif de la sécurité sociale, à l'exception de certaines prestations qui ne sont pas prises en charge (par exemple la procréation médicalement assistée – PMA –, les médicaments remboursés à 15 %, les cures thermales, etc.). Les droits à l'AME sont ouverts pour une période d'un an. Le renouvellement n'est pas automatique et une nouvelle demande doit être effectuée en amont de

<sup>1</sup> En 2023, le plafond de la complémentaire santé solidaire est de 810 € par mois pour une personne seule. Pour la CSS avec participation financière, il s'élève à 1 093 € pour le premier cas.

l'expiration des droits. Une carte d'AME comportant une photo et un numéro d'identifiant est délivrée.

Le dispositif de soins urgents et vitaux (DSUV) n'est pas un dispositif de couverture maladie, mais un mode de paiement a posteriori des soins fournis en urgence par l'hôpital. Il couvre l'ensemble des soins dont le défaut pourrait conduire à « une altération grave et durable de l'état de santé ». Les femmes enceintes (soins de prévention, interruption de grossesse) et les personnes qui présentent une pathologie nécessitant d'éviter sa propagation sont inclus dans le champ d'application du DSUV. Pour en bénéficier, il faut être de nationalité étrangère, présent·e en France, en séjour irrégulier et ne pas avoir droit à l'AME. Par exception, bien qu'étant en séjour régulier, les demandeur·se·s d'asile relèvent du DSUV pendant les 3 premiers mois de présence en France.

De manière générale, les dispositifs de soins de droit commun (cabinets médicaux, centres de santé, hôpitaux publics et de service public) sont payants, et ne sont accessibles qu'aux personnes ayant une protection maladie, à l'exception des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Les PASS permettent une prise en charge médico-sociale pour des personnes ayant besoin de soins et rencontrant des difficultés à y accéder, du fait de l'absence de couverture maladie, de leurs conditions de vie, ou de leurs difficultés financières. Elles donnent accès à des consultations de médecine générale ou spécialisées.

Par ailleurs, des dispositifs proposent des services gratuits de prévention et de dépistage tels que les centres de vaccination, les services de protection maternelle et infantile (PMI), les centres de lutte anti-tuberculose (CLAT), les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) ou encore les centres médico-psychologiques (CMP). Certains délivrent les médicaments nécessaires.

### ***Accès aux droits en santé : de multiples difficultés***

Les dispositifs de couverture maladie sont multiples et la compréhension des conditions d'accès peut s'avérer complexe. Ces droits en santé ne sont pas toujours connus des personnes à qui ils s'adressent. En 2022, lors de leur entretien d'accueil, plus des deux tiers des personnes re-

çues dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du Monde étaient éligibles à la protection maladie mais près de 83 % ne l'avaient pas. Parmi les personnes éligibles à l'AME, près de 87 % n'avaient pas de droits ouverts en France. Parmi les demandeur·se·s d'asile éligibles à l'assurance maladie, près de 77 % n'en avaient pas. Parmi les personnes rencontrées en 2022 dans les CASO, 28 % ne disposaient pas d'adresse postale ou de domiciliation lors de leur entretien d'accueil (nécessaire à l'ouverture de leurs droits) [4].

La réforme de 2019 a introduit de nombreuses mesures restrictives concernant l'accès aux droits de santé des personnes : un délai de carence de trois mois pour les demandeur·se·s d'asile pour pouvoir bénéficier de la couverture maladie de base, un délai de trois mois d'irrégularité et non plus trois mois de présence sur le territoire a été instauré comme condition pour pouvoir déposer une première demande d'AME, et le dépôt physique des première demande d'AME au guichet des CPAM a été rendu obligatoire. Certaines CPAM ont instauré des modalités d'accueil spécifiques, avec un nombre réduit d'agences dédiées à l'accueil des demandes d'AME sur certains territoires, ou encore des prises de rendez-vous préalables au dépôt des demandes [12]. Dans un contexte général de dématérialisation des services publics, les difficultés d'accès aux droits pour les publics les plus précaires s'aggravent. De nombreux obstacles viennent entraver les parcours administratifs d'ouverture des droits en santé : manque d'information, saturation des lignes téléphoniques pour obtenir un RDV, éloignement des lieux d'accueil, peur de se déplacer face au risque de contrôle et d'interpellation, manque de formation des agent·e·s d'accueil, absence de dispositif d'interprétariat. Près de 31 % des personnes reçues dans les CASO évoquaient les difficultés administratives (manque de pièces demandées, complexité, absence de preuve d'arrivée en France, etc.) [4].

Face aux difficultés et aux restrictions d'accès aux dispositifs de couverture maladie susmentionnés, certaines personnes s'orientent vers des dispositifs où elles peuvent bénéficier d'une consultation médicale, prescription de traitements ou d'explorations complémentaires, sans avoir à avancer les frais : PASS, associations, médecine de ville via des actes gratuits ou consultation aux urgences (générant une facturation a posteriori). En l'absence

d'une couverture maladie intégrale, ces dispositifs ne peuvent pas toujours assurer la continuité des soins des personnes au-delà des premiers soins délivrés et les patient·e·s financièrement précaires sont alors exposé·e·s à des renoncements aux soins pour des questions financières. En effet, la répétition de soins ou la nécessité de soins spécialisés sont incompatibles avec les dispositifs de prise en charge sans avance de frais mentionnés précédemment (ex : hospitalisations non-urgentes, thérapeutiques coûteuses, bilans réguliers et traitements quotidiens pour les affections chroniques). Pour ces patient·e·s, la continuité des soins n'est possible qu'en cas de couverture maladie intégrale avec dispense d'avance des frais [10].

### ***Pas de santé sans accès aux soins dans un parcours de droit commun***

La barrière de la langue est aussi un obstacle important de l'accès à des soins de qualité : 22 % des personnes reçues dans les CASO la mentionnent. Littérature scientifique et acteur·rice·s de terrains s'accordent sur l'impact de l'interprétariat sur la qualité des soins (diagnostics retardés ou inappropriés, relations patient·e·s/soignant·e·s). Plusieurs dispositifs d'interprétariat en santé existent, mais ils sont limités à certaines structures, certains publics, ce qui pose un problème fondamental d'iniquité dans la qualité de l'accès aux soins des personnes non-francophones. De plus, ces limites encouragent la concentration de ces patient·e·s dans certains dispositifs dédiés à la précarité, nuisant à la mise en place d'un parcours de santé coordonné. [4]

Parallèlement, la dégradation générale du système de santé (crise de l'hôpital public, saturation des services des urgences, baisse de la démographie médicale, etc.) confronte les personnes en situation de précarité à des obstacles supplémentaires pour accéder aux soins et à la prévention. Le forfait patient urgences risque d'augmenter les inégalités en impactant fortement des publics sans droits ou avec des droits au rabais, déjà éloignés des soins. Les PASS sont également affectés par le manque de personnel social et médical. Malgré un engagement de nombreux·ses professionnel·le·s, les délais de rendez-vous peuvent s'étendre. Les files actives augmentent, conséquence visible de la perte de droits de santé pour de nombreux étrangers en situation de précarité dans l'impossibilité de payer leurs soins. Au cours des 12

mois précédant la première visite dans les CASO, 17 % des personnes ont déclaré avoir renoncé à des soins, dont 87 % pour des raisons financières. Il arrive que des PASS n'aient pas rétabli d'accueil sans rendez-vous, lesquels peuvent être difficiles à obtenir. Les personnes précarisées ne peuvent donc pas être réinsérées dans le système de soins de droit commun. [4]

L'ensemble de ces obstacles conduit à des renoncements aux soins et des retards de recours aux soins coûteux en termes économiques et humains. Les mesures et financements dans le cadre du « Ségur de la santé » ont opéré des changements assez importants permettant un renforcement des dispositifs existants, la création de nouveaux dispositifs et notamment de dispositifs « d'aller-vers ». Les équipes mobiles santé-précarité ont été renforcées. Mais l'aller-vers doit aussi être un « ramener-vers ». Ces dispositifs ne peuvent pallier les carences ni se substituer au système d'accès aux soins. Le réseau médico-psycho-social vers lequel orienter et accompagner les personnes doit être solide pour accueillir les personnes concernées. La promotion de la médiation en santé dans les services médico-sociaux intègre la possibilité d'aller vers et d'accompagner vers, favorise le renforcement des capacités d'agir des personnes et s'inscrit pleinement dans la démocratie en santé. Cependant, les médiateur·rice·s ne pourront pallier des dysfonctionnements qui relèvent de carences et/ou de choix stratégiques du système de santé. Ils·elles ne peuvent à eux·elles seul·e·s constituer une solution aux difficultés rencontrées par les personnes en situation de précarité : non-accueil, conditions de vie précaires, discriminations, violences, mal-logement, etc. [4]

### ***La santé des personnes détériorée par leur situation de précarité***

Le cercle vicieux de la santé et de la précarité expose à des difficultés dans l'accès aux soins et dans l'exercice des droits à la santé. Les politiques publiques peuvent impacter la réduction ou l'aggravation des inégalités des conditions de vie ou d'accès au système de santé et de soins. Les équipes de Médecins du Monde rencontrent des adultes, des enfants et des adolescents démunis, perdus, abîmés par leur parcours de vie, leur parcours migratoire, leurs conditions d'accueil en France. Les patient·e·s présentent des troubles anxieux et dépressifs couplés à des problématiques sociales (situation administrative et économique précaire, habitat, etc.). Que les per-

sonnes aient ou non une couverture maladie, leur détresse psychosociale sévère doit être prise en compte par les professionnel-le-s, qu'il s'agisse de consultations de médecine générale ou d'activités de soutien psychosocial, psychologique et psychiatrique. Il est important que les politiques publiques puissent agir sur les déterminants sociaux de la santé. [4]

En 2022, les troubles identifiés chez les patient-e-s ayant consulté dans les CASO étaient notamment liées au système digestif, aux troubles ostéoarticulaires, dermatologiques, respiratoires ou psychologiques. Selon l'avis des médecins, au moins 84 % des patient-e-s nécessitaient un suivi ou un traitement pour au moins une pathologie. Parmi eux-elles, près de la moitié n'étaient pas suivi-e-s ou traité-e-s avant leur venue dans les CASO. Selon l'avis des médecins, près de la moitié des personnes reçues en consultation avaient un retard de recours aux soins, et 45 % nécessitaient une prise en charge urgente ou assez urgente. Plus de la moitié des patient-e-s souffraient d'au moins une pathologie chronique d'après les médecins, les conditions de vie précaires favorisant leur survenue et leur aggravation. Les médecins ont diagnostiqué que les retards de soins concernaient plus souvent des pathologies chroniques que des pathologies aiguës. [4]

### Enjeux de santé-précarité sur le territoire messin

Le Diagnostic Local de Santé (DLS) de Metz réalisé en 2016 recommandait d'avoir une approche globale, transversale et adaptée aux différentes situations, de sortir du cloisonnement des interventions en rassemblant l'ensemble des services du médico-social et d'organiser l'accompagnement des publics en situation de précarité. Par ailleurs, les acteur-ric-e-s réuni-e-s autour des thématiques santé et précarité soulignaient des situations de précarité de plus en plus multidimensionnelles et complexes. Le cumul des difficultés favorisait des stratégies de priorisation impactant les retards de soins, le renoncement aux soins pouvant parfois entraîner l'apparition ou l'aggravation des pathologies, notamment chroniques, et créer des fragilités supplémentaires. Une diversité de publics en situation de précarité était observée : personnes âgées vivant une précarité économique, usagers-ères de drogues, personnes en situation irrégulière, personnes en errance, familles monoparentales, femmes victimes de violences,

enfants de familles en situation de pauvreté, travailleur-se-s du sexe, demandeur-se-s d'asile, personnes présentant des troubles mentaux, personnes âgées immigrées, personnes à la rue, migrant-e-s, etc. [13].

Travailler sur une coordination et une mise en réseau des différent-e-s acteur-ric-e-s et dispositifs amenés à rencontrer les publics concernés s'inscrit alors comme une nécessité pour lutter contre la précarité. Il est également important de travailler sur le retour d'une offre médicale accessible et plus importante en centre-ville de Metz et de favoriser l'accès à la PASS hospitalière. Le mode d'intervention doit permettre une approche globale de la personne, la création d'un lien de proximité, la simplification des démarches administratives (en tenant compte de la fracture numérique) et l'aller vers l'autonomie des personnes.

Dans le même sens, le schéma régional de santé 2018-2023 comporte un programme spécifique pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS). Les objectifs et actions du PRAPS visent toute personne en difficulté dans son parcours de santé du fait d'une situation de fragilité [14]. Parmi les enjeux du PRAPS, il est question de :

- Faciliter l'accès des personnes en situation de précarité à des parcours de santé coordonnés pour favoriser le retour au droit commun qui permettra d'améliorer la qualité de leur prise en charge.
- Proposer des dispositifs spécifiques d'accès aux soins pour les personnes démunies ou en situation de précarité pour prendre en compte une situation préexistante inégalitaire et d'exclusion (démarches transversales d'aller-vers ou accompagnement spécifique pour réduire les inégalités territoriales de santé).

D'un point de vue opérationnel, le PRAPS Grand-Est vise en partie à :

- Faciliter l'accès aux droits et l'entrée dans un parcours de santé, en partenariat notamment avec l'Assurance maladie, en agissant en direction des personnes bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c - Aujourd'hui CSS)
- Faciliter l'accès aux soins et à la prévention, dans une démarche globale de promotion de la santé, en permettant un accompagnement de qualité par le développement de la médiation en santé et l'interprétariat pour la

médecine de ville et la mise en place d'actions de prévention et de promotion de la santé adaptées aux publics en difficulté

- Développer l'articulation entre secteurs sanitaire, médico-social et social afin de faciliter la prise en charge des personnes en difficultés sociales. L'offre de soins de droit commun doit pouvoir acquérir une connaissance, une souplesse ainsi que des moyens permettant d'inclure des personnes avec des difficultés très diverses liées à la précarité.

Le nouveau PRAPS s'inscrit, par ailleurs, dans la continuité de ces objectifs.

Tout comme au niveau régional, la métropole de Metz et les collectivités locales *s'engagent à mettre en œuvre une politique volontariste en matière de santé publique qui se veut au plus proche des besoins de la population, pour faire face aux défis collectifs à relever en matière de santé*. Ainsi, parmi les six grands enjeux de santé publique priorités dans le CLS 2022-2026 apparaît l'amélioration de l'accès aux soins et des parcours de santé des personnes vulnérables. Les enjeux sont de développer les conditions favorables pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins et améliorer le niveau de recours au soin des personnes vulnérables les plus éloignées du système de santé. [15]

**C'est dans ce contexte que la fiche action 31 « Coordination locale de l'accompagnement médico-psycho-social des publics en situation de précarité » portée par Médecins du Monde dans le cadre du projet plus ambitieux de plateforme d'accueil et d'accompagnement médico-psycho-social, a été inscrite.**

## OBJECTIFS

Cette enquête s'inscrit dans une étude plus globale visant à identifier les opportunités et les barrières à la mise en place et au fonctionnement d'un réseau de santé de proximité en centre-ville de Metz, en 2023.

Plus spécifiquement, cette enquête a pour objectifs de

- définir les profils des potentielles personnes accueillies au sein du dispositif;
- analyser les barrières à l'accès aux soins et aux droits de santé des personnes en situation de précarité.

Les résultats de cette enquête vont permettre d'adapter le dimensionnement du projet aux réalités des personnes concernées, la finalité étant d'avoir une approche globale de la personne, de créer un lien de proximité, de simplifier les démarches et d'aller vers son autonomie. Cette enquête permet également la mobilisation des acteur·rice·s du champ médico-psycho-social messin pour une coordination adaptée aux besoins des personnes concernées afin de les mettre au cœur des dispositifs existants. Les résultats de cette enquête seront mis en relief avec l'autre volet de l'étude adressé aux professionnel·le·s de santé libéraux·ales sur les difficultés rencontrées concernant la prise en charge des personnes en situation de précarité. L'idée étant d'identifier les leviers d'action du projet pour saisir les opportunités et lever les barrières à la mise en place et au fonctionnement du réseau de santé de proximité en cours de construction.

# MÉTHODES

## SCHÉMA D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et transversale dont la méthode d'enquête est quantitative.

## POPULATION D'ÉTUDE

### Population cible et source

La population cible concerne toute personne en situation de précarité, quelle que soit sa situation sociale, administrative et économique, présente sur le territoire messin. La population source concerne les personnes en situation de précarité accueillies et/ou accompagnées par différentes structures sur le territoire messin. Une trentaine de structures intervenant dans le champ du médico-psycho-social à Metz furent sollicitées.

### Échantillonnage

En l'absence de base de sondage, nous avons ciblé l'échantillon maximal considérant un intervalle de confiance de 95 % et une marge d'erreur de 5 % à savoir 383 répondant.e.s. Des structures d'accueil et d'accompagnement des publics en situation de précarité du territoire messin furent mobilisées pour la collecte des données via leurs activités. L'idée était de multiplier les portes d'entrées et de toucher un maximum de personnes tout en ayant une pluralité de profils pour assurer une meilleure représentativité des données. Concernant la représentativité des données, il a été demandé aux structures de questionner un panel représentatif de leur public.

Au total, nous avons interrogé 280 personnes à travers la mobilisation de trente structures, nous permettant un niveau de confiance de 95 % et une marge d'erreur de 5,8 %.

### Critères d'inclusion

- Être en lien avec les différentes structures d'accueil et d'accompagnement du territoire messin
- Accepter de répondre au questionnaire

## MODE ET OUTIL DE RECUEIL

Un questionnaire a été administré aux personnes ayant consenti à participer à l'étude. Il a été administré en face-à-face par les équipes des structures d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation de précarité mobilisées. Une rencontre bilatérale fut organisée avec chaque structure pour permettre une bonne compréhension du projet, de l'enquête et de ses outils. Un guide d'appui à l'administration des questionnaires a également été partagé pour limiter les biais de sélection et d'information. Ce guide soulève les points d'attention sur le questionnaire, fournit des conseils pour la conduite d'entretien et informe sur les considérations éthiques de l'étude (confidentialité, consentement). Des mesures pour pallier les difficultés liées à l'interprétariat ont été proposées pour les structures qui en avaient besoin : traduction du questionnaire en anglais, mobilisation de bénévoles de Médecins du Monde pour l'utilisation d'Inter Service Migrant (ISM) qui est une plateforme téléphonique d'interprétariat professionnel. Certaines structures ont fait appel à leurs traducteur-ric.e.s. Pour pallier le risque d'éventuels doublons (personnes en lien avec différentes structures), il a été demandé de s'assurer que la personne n'a pas déjà répondu au questionnaire avec une autre structure.

## ANALYSE DES DONNÉES

Les données ont été extraites sous format Excel et analysées avec ce même logiciel. Pour la réalisation des tests statistiques, le logiciel R a été utilisé.

## ASPECTS RÉGLEMENTAIRES ET ÉTHIQUES

Le questionnaire a été conçu de manière à respecter le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). L'identité des répondant·e·s n'était pas demandée et les modalités de réponse ont été pensées pour ne pas identifier le·la répondant·e en croisant les réponses des différentes questions. Aussi, les questions portant sur des informations sensibles au sens de la RGPD n'ont pas été intégrées dans le questionnaire. Il était recommandé d'administrer le questionnaire en ligne, et quand il était administré en format papier, Médecins du Monde s'est assuré de la destruction des copies papier.

# RÉSULTATS

## DESCRIPTION DE LA POPULATION INTERROGÉE

### Caractéristiques démographiques

Sur les 280 personnes interrogées (*tableau 1*), 90 % vivent dans l'Eurométropole de Metz dont 69 % vivent à Metz. L'ensemble des répondant-e-s ont été interrogé-e-s par des structures ayant des activités à Metz et alentours proches (les répondant-e-s vivant en Moselle et Lorraine étaient accueilli-e-s et/ou accompagné-e-s par des structures travaillant dans l'Eurométropole de Metz). Au regard du sexe des répondant-e-s, 50 % s'identifient comme des femmes. Enfin, toutes les tranches d'âge sont représentées avec une prépondérance des 18-29 ans (36 %) et une plus faible part des 65 ans et plus (6 %).

### Caractéristiques administratives

Un tiers des répondant-e-s sont de nationalité française (*tableau 2*). Le groupe continental le plus représenté parmi les répondant-e-s de nationalité étrangère est l'Afrique subsaharienne (20 %), l'Europe hors Union européenne (15 %) ainsi que l'Asie (8 %) et le Proche et Moyen-Orient (8 %). Parmi les répondant-e-s de nationalité étrangère, 8 % sont des primo-arrivant-e-s (en France depuis moins de 3 mois - à partir de la dernière date d'entrée en France) et 66 % ont effectué une demande d'asile. Par ailleurs, les femmes représentaient 42 % des répondant-e-s de nationalité française et 54 % des répondant-e-s de nationalité étrangère ainsi que 55 % des demandeur-se-s d'asile et 60 % des primo-arrivant-e-s.

### Caractéristiques sociales

Comme évoqué en introduction, la précarité relève de l'absence d'une ou de plusieurs sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. La précarité est donc un phénomène multidimensionnel qui ne se réduit pas au seul aspect financier. La population interrogée dans cette enquête présente plusieurs facteurs précarisant,

dont des ressources insuffisantes, des lieux de vie inadaptés ou des difficultés avec l'usage du français (*tableau 3*).

Concernant la composition des ménages concernés par l'enquête, 59 % des personnes interrogées vivent seules, 25 % vivent en couple dont 19 % avec des enfants et 11 % sont en situation de monoparentalité. On observe par ailleurs une différence de composition des ménages entre les femmes et les hommes interrogé-e-s. En effet, 84 % des hommes répondants vivent seuls contre 33 % des femmes. Les ménages des femmes sont davantage composés d'enfants avec 19 % de mères seules et 34 % de femmes en couple avec des enfants, dont la moitié avec 3 enfants ou plus.

Concernant les types de logements où les personnes interrogées ont vécu au cours des 30 derniers jours, 35 % ont déclaré avoir vécu dans un logement personnel et 34 % avoir été hébergé-e en structure pour plus de 15 jours. Une part importante des répondant-e-s est dans une situation de grande précarité vis-à-vis du logement avec 10 % ayant déclaré avoir vécu à la rue, 5 % en hébergement d'urgence, 15 % par des proches ou par un collectif/réseau et 1 % en squat. On observe une plus grande précarité vis-à-vis du logement chez les hommes interrogés avec 16 % ayant vécu à la rue (contre 4 % des femmes) et seulement 23 % dans un logement personnel (contre 47 % des femmes). Parmi les ménages ayant un ou plusieurs enfants, 44 % ont vécu dans un logement personnel (contre 31 % des ménages sans enfant) et 4 % ont vécu à la rue ou en squat (contre 15 % des ménages sans enfant). On observe également une plus grande précarité au logement chez les personnes de nationalité étrangère avec seulement 25 % ayant vécu dans un logement personnel contre 53 % des personnes de nationalité française.

On observe toutefois un fort taux de domiciliation au sein de la population interrogée (2 % des répondant-e-s ont déclaré ne pas avoir d'adresse). C'est un élément positif à prendre en considération, car l'ouverture des droits de santé nécessite

**Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de la population interrogée**

	n	%
<b>Lieu de vie</b>	<b>280</b>	<b>100</b>
Metz ville	194	69
Eurométropole de Metz	60	21
Moselle	24	9
Lorraine	2	1
<b>Sexe</b>	<b>280</b>	<b>100</b>
Femme	139	50
Homme	141	50
<b>Âge</b>	<b>280</b>	<b>100</b>
18-29	101	36
30-39	65	23
40-49	54	19
50-64	42	15
65 et plus	17	6
Non-réponse	1	> 1

**Tableau 2 : Caractéristiques administratives de la population interrogée**

	n	%
<b>Groupe continental</b>	<b>280</b>	<b>100</b>
France	93	33
Afrique Subsaharienne	55	20
Europe (hors UE)	43	15
Asie	23	8
Proche et Moyen-Orient	22	8
Maghreb	15	5
Union Européenne	15	5
Autre	11	4
Non-réponse	3	1
<b>Période d'entrée en France</b>	<b>184</b>	<b>100</b>
Moins de 3 mois	15	8
3 mois et plus	163	89
Non-réponse	6	3
<b>Situation demande d'asile</b>	<b>184</b>	<b>100</b>
Demande d'asile	122	66
Pas de demande d'asile	54	29
Non-réponse	8	4

\* Il s'agit de questions à choix multiples donc la personne interrogée pouvait sélectionner plusieurs réponses.

\*\* Il s'agit des ressources déclarées indépendamment de la composition familiale.

**Tableau 3 : Caractéristiques sociales de la population interrogée**

	n	%
<b>Situation du ménage</b>	<b>280</b>	<b>100</b>
Personne seule	165	59
Famille monoparentale	30	11
Couple avec 1 ou 2 enfants	29	10
Couple avec 3 enfants ou plus	26	9
Couple sans enfant	17	6
Autre	9	3
Non-réponse	4	1
<b>Logement(s) au cours des 30 derniers jours*</b>	<b>280</b>	<b>100</b>
Logement personnel	97	35
Hébergé.e en structure > 15 jours	96	34
Personne à la rue	29	10
Hébergé.e par de la famille ou des amis	24	9
Hébergé.e en réseau, collectif	18	6
Hébergement d'urgence ≤ 15 jours	13	5
Autre situation	7	3
Logement sans bail (squat, bidonville)	3	1
<b>Possession d'une adresse</b>	<b>280</b>	<b>100</b>
Dans une institution ou une association	138	49
Adresse personnelle ou chez famille, amis	133	48
N'a pas fait les démarches / Ne sait pas	5	2
Non-réponse	4	1
<b>Sources de revenus*</b>	<b>280</b>	<b>100</b>
Aucune ressource	76	27
Autres allocations	54	19
Salaire (activité professionnelle)	49	18
Revenu de solidarité active (RSA)	39	14
Aides au logement	26	9
Allocation chômage	24	9
Autre	20	7
Retraite	15	5
Aides financières aux familles	15	5
Prime d'activité	8	3
Non-réponse	4	1
<b>Revenu mensuel**</b>	<b>280</b>	<b>100</b>
Aucune ressource	76	27
798 € par mois ou moins	105	38
Entre 799 € et 1077 € par mois	47	17
Plus de 1077 € par mois	31	11
Non-réponse	21	8
<b>Possession d'un compte bancaire</b>	<b>280</b>	<b>100</b>
Oui	193	69
Non	67	24
Non-réponse	20	7
<b>Niveau de français</b>	<b>280</b>	<b>100</b>
Maîtrise le français écrit et oral	149	53
Difficultés à l'écrit et/ou à l'oral	87	31
Besoin d'un-e traducteur-ric	40	14
Non-réponse	4	1

l'obtention d'une adresse postale. À noter que 49% ont une adresse dans une institution ou une association, parmi lesquels 64% sont des hommes et 77% sont de nationalité étrangère. Il existe cependant un biais du fait que les personnes interrogées sont accompagnées par des structures. Il y a donc une probable surestimation des personnes domiciliées.

Les sources de revenu déclarées par les répondant-e-s démontrent également une forte précarité financière avec seulement 18% des répondant-e-s ayant une activité professionnelle (à noter que la nature du contrat n'est pas précisée et peut s'avérer présenter des conditions précaires : temps partiel, contrat à durée déterminée, contrat d'insertion, etc.). 27% des répondant-e-s ont déclaré n'avoir aucune ressource, les rendant totalement dépendant-e-s aux dispositifs sociaux en place sur le territoire. À noter que 6% des répondant-e-s de nationalité française n'ont aucune ressource contre 38% des personnes de nationalité étrangère. Cette précarité financière s'observe également sur le montant des revenus mensuels déclarés par les personnes interrogées. Seul-e-s 11% des répondant-e-s ont un revenu supérieur à 1 077 € (seuil à partir duquel une personne seule n'est pas éligible à la CSS contributive<sup>2</sup>). Par ailleurs, 24% des répondant-e-s n'ont pas de compte bancaire (3% des personnes de nationalité française et 34% des personnes de nationalité étrangère).

Enfin, 31% des répondant-e-s ont déclaré avoir des difficultés en français à l'écrit et/ou à l'oral et 14% avoir besoin d'un-e traducteur-ice. Parmi les répondant-e-s de nationalité française, 8% ont déclaré avoir des difficultés à l'écrit et/ou à l'oral. Parmi les répondant-e-s de nationalité étrangère, 33% ont déclaré maîtriser le français écrit et oral. Ces données mettent en exergue une difficulté supplémentaire concernant l'accès aux droits de santé et aux soins.

**Tableau 4 : Couverture santé de la population interrogée**

	n	%
<b>Droits de santé actuels</b>	<b>280</b>	<b>100</b>
Couverture maladie de base	179	64
Aide médicale de l'État (AME)	57	20
Assurance dans le cadre d'un visa	1	> 1
Aucun droit de santé	40	14
Ne sait pas	2	1
Non-réponse	1	> 1
<b>Complémentaire santé</b>	<b>179</b>	<b>100</b>
Complémentaire santé solidaire (CSS)	112	63
Autre complémentaire (mutuelle)	35	20
Pas de complémentaire	23	13
Ne sait pas	7	4
Non-réponse	2	1

## ACCÈS AUX DROITS DE SANTÉ

### Couverture santé

Parmi les 280 répondant-e-s (*tableau 4*), 64% ont une couverture maladie de base, 20% ont l'AME et 14% n'ont aucun droit de santé. Parmi les personnes n'ayant aucun droit de santé (n = 40), quatorze ont leurs droits en cours de régularisation ou on fait la demande d'activation, neuf sont en période de carence car sur le territoire depuis moins de trois mois, cinq ont déclaré ne pas avoir de droits éligibles, trois ont abandonné les procédures et une personne a oublié de régulariser sa situation, deux ne connaissent pas les aides et deux ne comprennent pas les démarches.

Parmi les personnes couvertes par la couverture maladie de base (n = 179), 63% bénéficient de la CSS, 20% d'une autre complémentaire type mutuelle payante et 13% n'ont pas de complémentaire santé. Parmi les personnes n'ayant pas de complémentaire santé (n = 23), six ont leurs droits en cours de régularisation ou on fait la demande d'activation, quatre n'ont pas fait la demande, quatre ont déclaré ne pas avoir de droits éligibles, deux ne connaissent pas les dispositifs, deux ont abandonné les procédures d'inscription/de régularisation, une personne a déclaré avoir oublié de régulariser sa situation et une personne ne comprend pas les démarches.

<sup>2</sup> Du 01/07/2022 au 31/03/2023, les plafonds d'attribution de la CSS en Métropole pour une personne seule étaient de de 798 € pour la CSS gratuite et 1 077 € pour la CSS contributive

**Tableau 5 : Freins à l'accès aux droits de santé de la population interrogée**

	n	%
<b>Freins à l'accès aux droits*</b>	<b>280</b>	<b>100</b>
Complexité administrative	107	38
Délai d'attente, conditions d'accueil	102	36
Difficultés linguistiques	82	29
Méconnaissance	79	28
Usage du numérique	59	21
Mobilité	31	11
Fermeture des guichets	19	7
Autre	20	7
<b>Connaissance des droits de santé</b>	<b>280</b>	<b>100</b>
Bonne	92	33
Moyenne	101	36
Faible	78	28

\* Il s'agit de questions à choix multiples donc la personne interrogée pouvait sélectionner plusieurs réponses.

**Tableau 6 : Situation de santé de la population interrogée**

	n	%
<b>Considération de l'état de santé</b>	<b>280</b>	<b>100</b>
Pense être en bonne santé	167	60
Pense ne pas être en bonne santé	89	32
Ne sait pas	19	7
Non-réponse	5	2
<b>Dernière consultation chez un médecin (en France)</b>	<b>280</b>	<b>100</b>
Moins de 6 mois	185	66
Entre 6 mois et 1 an	43	15
Entre 1 an et 2 ans	17	6
Plus de 2 ans	16	6
Jamais consulté de médecin (en France)	19	7
<b>Déclaration d'un médecin traitant *</b>	<b>179</b>	<b>100</b>
Oui	135	75

\* Cette question ne concerne que les personnes qui ont une couverture maladie de base.

Aussi, 29 % des personnes ayant déclaré avoir une couverture maladie de base et des revenus inférieurs à 1 077 € ne bénéficient pas de la CSS. Plus de 50 % d'entre eux-elles ayant une autre complémentaire type mutuelle payante et moins de 50 % n'ayant pas (encore) de complémentaire.

### Freins à l'accès aux droits de santé

Les freins à l'accès aux droits rencontrés par les répondant-e-s sont multiples (**tableau 5**). Plus d'un tiers des répondant-e-s ont mentionné en premier lieu les complexités administratives (38 %) et les délais d'attentes ou conditions d'accueil (36 %). Les difficultés linguistiques (29 %) et la méconnaissance du système de santé (28 %) constituent également des freins importants pour les répondant-e-s. La question suivante montre d'ailleurs que seul un tiers des répondant-e-s ont déclaré avoir un bon niveau de connaissance de leurs droits de santé. Parmi les freins identifiés, l'usage du numérique a également été mentionné par 21 % des répondant-e-s et dans une moindre mesure, la mobilité (11 %) et la fermeture des guichets (7 %).

*NB : Cette question s'est parfois avérée difficile pour les répondant-e-s et il se peut que certaines personnes n'aient pas distingué l'accès aux droits de santé et l'accès aux soins. Ces réponses sont donc à relativiser au regard de ce biais potentiel.*

## ACCÈS AUX SOINS

### Situation de santé

Un tiers des répondant-e-s considèrent ne pas être en bonne santé, parmi lesquelles 73 % ont consulté un médecin en France dans les 6 mois ayant précédé l'enquête et 13 % entre 6 mois et un an (**tableau 6**). Parmi les 7 % de répondant-e-s n'ayant jamais consulté de médecins en France, près d'un tiers sont des primo-arrivant-e-s et 5 % sont de nationalité française.

Par ailleurs, parmi les personnes ayant une couverture maladie de base, 75 % ont un déclaré avoir un médecin traitant (nb : afin de limiter les erreurs de compréhension, le médecin traitant avait été défini dans le questionnaire comme le médecin qui tient à jour le dossier médical, coordonne le parcours de soins et centralise les avis des autres soignant-e-s. Il avait également été spécifié que Médecins du Monde ne peut pas être considéré comme un médecin traitant).

Parmi les personnes ayant une couverture maladie de base et n'ayant pas de médecin traitant (n = 41), seize l'expliquent par le fait qu'il n'y a plus de médecin traitant sur le secteur, huit ne savent pas comment faire, six évoquent un refus dû à la barrière de la langue, quatre un refus sans explication et une personne un refus en

raison de la CSS. Aussi, cinq personnes l'expliquent car elles consultent chez Médecins du Monde ou une autre structure, deux personnes car elles n'ont jamais consulté de médecin en France et huit personnes pour d'autres raisons parmi lesquelles le fait de ne pas en avoir besoin, de ne pas voir l'intérêt ou de ne pas avoir le temps (n = 4), les déménagements et transferts de dossiers (n = 3) et le départ du médecin traitant en retraite (n = 1).

### Refus de soins

27 % des répondant-e-s ont déclaré avoir vécu du refus de soins au cours des 12 mois ayant précédé la collecte des données (**tableau 7** et **figure 2**). Parmi les personnes ayant déclaré avoir vécu un refus de soins (n=75), vingt-quatre ont mentionné que le-la professionnel-le de santé ne prenait plus de nouveaux-elles patient-e-s, seize n'ont pas reçu d'explication, douze ont déclaré que c'était lié à l'absence de couverture maladie, douze que cela était dû à l'AME ou la CSS et douze ont mentionné d'autres raisons. La barrière de la langue fut également mentionnée par huit répondant-e-s. Concernant les professions de santé, il s'agissait principalement de médecins généralistes (67 %), de médecins spécialistes (33 %), de dentistes (31 %) et dans une moindre mesure de pharmaciens (15 %).

Suite à la réalisation de tests statistiques ( $X^2$  ou Fisher), on ne note pas de relation significative à  $p < 0,05$  entre le refus de soins et le sexe, la nationalité et le niveau de français. En revanche, on observe une relation statistiquement significative entre le type de droits de santé et le refus de soins. En effet, on note un taux de refus de soins plus important chez les personnes ayant l'AME (41 %) et encore important pour les personnes ayant une CSS (23 %). On note également une relation significative entre l'état de santé et le refus de soins où on observe un taux de refus de soins plus important chez les personnes qui pensent ne pas être en bonne santé (44 %) que chez les personnes qui pensent être en bonne santé (22 %). Cela peut aussi s'expliquer par le fait que les personnes se considérant en bonne santé n'ont pas ou peu essayé de voir un médecin au cours des 12 derniers mois et se sont donc potentiellement moins exposées au refus de soins.

### Report de soins

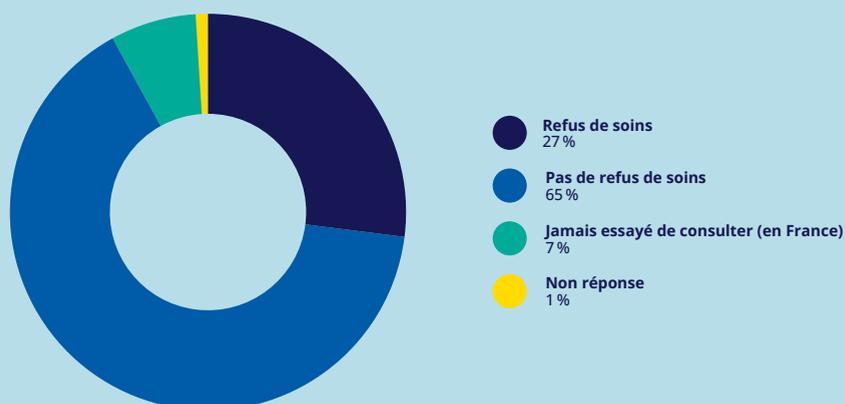
*NB: Afin d'éviter les erreurs de compréhension, le report de soins était défini comme le fait de renvoyer les soins à plus tard.*

23 % des répondant-e-s ont déclaré avoir reporté des soins au cours des 12 mois ayant précédé la collecte de données (**tableau 8** et **figure 3**).

Le report de soins concernait principalement les soins dentaires (36 %), les consultations chez un médecin généraliste (31 %), les actes chirurgicaux (20 %), les consultations chez un médecin spécialiste (17 %), chez un-e gynécologue (14 %) et chez un psychiatre (14 %). Les analyses et examens médicaux étaient mentionnés par 13 % des répondant-e-s et les appareillages auditifs, lunettes ou lentilles par 11 %.

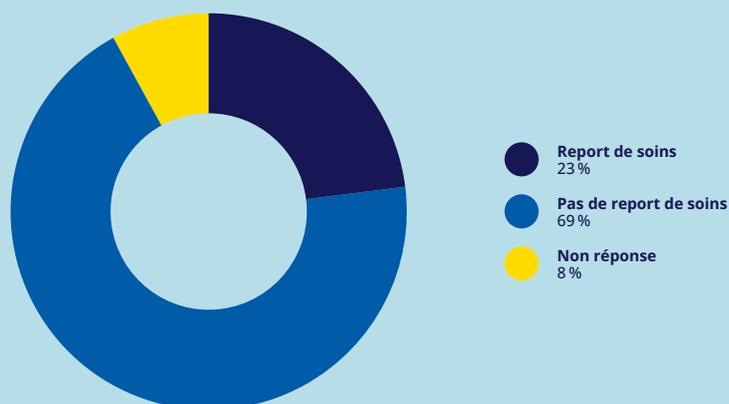
Les principales raisons évoquées sont l'avance de frais (20 %), le reste à charge trop élevé (19 %), les délais de rendez-vous trop longs (17 %), les mauvaises expériences antérieures (16 %), le refus de soins (9 %), la stigmatisation, la disponibilité et le caractère non-urgent (8 %). Dans une moindre mesure, étaient aussi mentionnés l'impossibilité physique de se déplacer et le besoin d'accompagnement (6 %), ainsi que la peur des médecins / du diagnostic, la non-connaissance de praticiens et les craintes de manquer le travail (5 %).

Suite à la réalisation de tests statistiques ( $X^2$  et Fisher), on ne note pas de relation significative à  $p < 0,05$  entre le report de soins et le sexe, la nationalité, la couverture santé, la considération de l'état de santé et le niveau de français. En revanche, on observe une relation statistiquement significative entre le report de soin et le refus de soins. En effet, on observe un taux de report de soins plus important chez les personnes ayant vécu un refus de soins (38 %) que chez les personnes n'en ayant pas vécu (20 %).

**Figure 2 : Refus de soins vécu au cours des 12 derniers mois par les répondant-e-s****Tableau 7 : Refus de soins vécu au cours des 12 derniers mois par les répondant-e-s selon le sexe, la nationalité, les droits de santé, l'état de santé et le niveau de français**

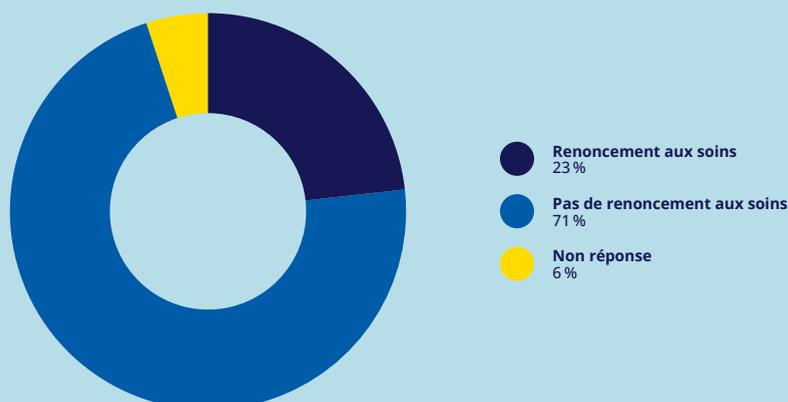
	Refus de soins % (n)	Pas de refus de soins % (n)	p-value
<b>Sexe (n=256)</b>			
Femme	25 (32)	75 (96)	p > 0,05
Homme	34 (43)	66 (85)	
<b>Nationalité (n = 253)</b>			
Française	28 (25)	72 (65)	p > 0,05
Étrangère (UE)	42 (5)	58 (7)	
Étrangère (hors UE)	29 (44)	71 (107)	
<b>Droits de santé (n = 244)</b>			
Couverture maladie de base sans complémentaire	30 (7)	70 (16)	p < 0,05
Couverture maladie de base + Complémentaire autre que CSS	12 (4)	88 (30)	
Couverture maladie de base + Complémentaire santé solidaire (CSS)	23 (25)	77 (83)	
Aide médicale de l'État	41 (20)	59 (29)	
Aucun droit	47 (14)	53 (16)	
<b>Considération de l'état de santé (n = 236)</b>			
Pense être en bonne santé	22 (34)	78 (123)	p < 0,05
Pense ne pas être en bonne santé	44 (35)	56 (44)	
<b>Niveau de français (n = 252)</b>			
Maîtrise le français écrit et oral	26 (37)	74 (105)	p > 0,05
Difficultés à l'écrit et/ou à l'oral	29 (24)	71 (58)	
Besoin d'un-e traducteur-ric	46 (13)	54 (15)	

\* Les effectifs ne sont pas les mêmes selon les critères d'analyse car les modalités autres que celles d'intérêt (ex : non-réponses) ont été retirées

**Figure 3 : Report de soins vécu au cours des 12 derniers mois par les répondant-e-s****Tableau 8 : Report de soins vécu au cours des 12 derniers mois par les répondant-e-s selon le sexe, la nationalité, les droits de santé, l'état de santé et le niveau de français**

	Report de soins % (n)	Pas de report de soins % (n)	p-value
<b>Sexe (n=257)</b>			
Femme	27 (35)	73 (94)	p>0,05
Homme	23 (29)	77 (99)	
<b>Nationalité (n = 254)</b>			
Française	31 (27)	69 (61)	p>0,05
Étrangère (UE)	7 (1)	93 (13)	
Étrangère (hors UE)	24 (36)	76 (116)	
<b>Couverture santé (n = 244)</b>			
Couverture maladie de base sans complémentaire	25 (5)	75 (15)	p>0,05
Couverture maladie de base + Complémentaire autre que CSS	21 (7)	79 (27)	
Couverture maladie de base + Complémentaire santé solidaire (CSS)	29 (31)	71 (75)	
Aide médicale de l'État	16 (8)	84 (42)	
Aucun droit	24 (8)	76 (26)	
<b>Considération de l'état de santé (n = 252)</b>			
Pense être en bonne santé	21 (33)	79 (122)	p>0,05
Pense ne pas être en bonne santé	31 (25)	69 (55)	
Ne sait pas	29 (5)	71 (12)	
<b>Niveau de français (n = 254)</b>			
Maîtrise le français écrit et oral	29 (40)	71 (99)	p>0,05
Difficultés à l'écrit et/ou à l'oral	23 (19)	77 (62)	
Besoin d'un-e traducteur-riche	15 (5)	85 (29)	
<b>Refus de soins (n = 256)</b>			
Oui	38 (26)	62 (42)	p<0,05
Non	20 (35)	80 (136)	
Jamais essayé de consulter en France	18 (3)	82 (14)	

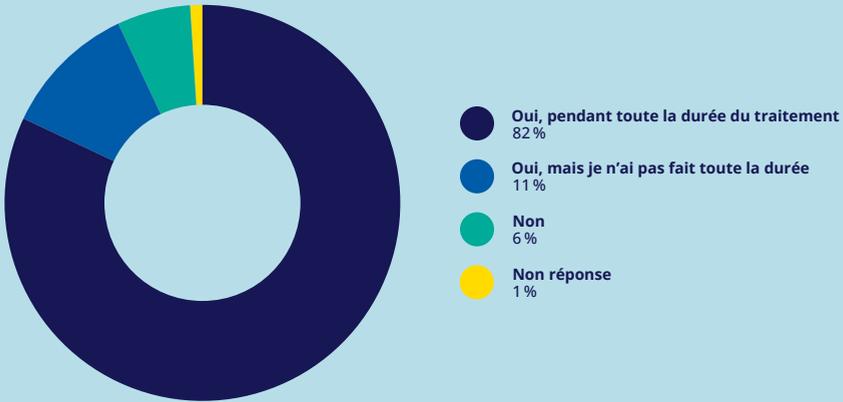
\* Les effectifs ne sont pas les mêmes selon les critères d'analyse car les modalités autres que celles d'intérêt (ex : non-réponses) ont été retirées.

**Figure 4 : Renoncement aux soins vécu au cours des 12 derniers mois par les répondant-e-s****Tableau 9 : Renoncement aux soins vécu au cours des 12 derniers mois par les répondant-e-s selon le sexe, la nationalité, les droits de santé, l'état de santé et le niveau de français**

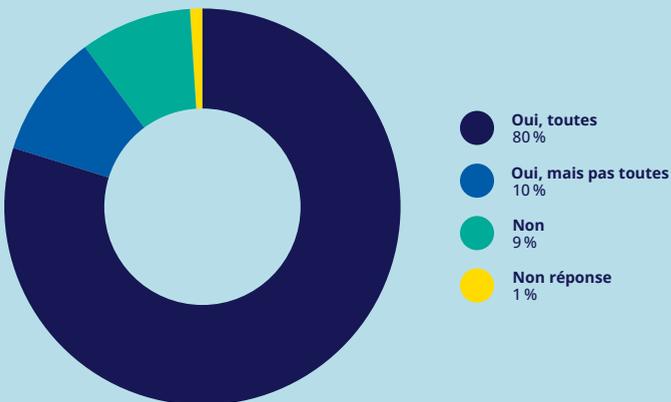
	Renoncement aux soins % (n)	Pas de renoncement aux soins % (n)	p-value
<b>Sexe (n = 265)</b>			
Femme	25 (33)	75 (101)	p>0,05
Homme	24 (32)	76 (99)	
<b>Nationalité (n = 262)</b>			
Française	28 (26)	72 (66)	p>0,05
Etrangère (UE)	20 (3)	80 (12)	
Etrangère (hors UE)	23 (36)	77 (119)	
<b>Couverture santé (n = 253)</b>			
Couverture maladie de base sans complémentaire	36 (8)	64 (14)	p>0,05
Couverture maladie de base + Complémentaire autre que CSS	20 (7)	80 (28)	
Couverture maladie de base + Complémentaire santé solidaire (CSS)	24 (26)	76 (83)	
Aide médicale de l'État	21 (11)	79 (41)	
Aucun droit	26 (9)	74 (26)	
<b>Considération de l'état de santé (n = 260)</b>			
Pense être en bonne santé	18 (29)	82 (131)	p<0,05
Pense ne pas être en bonne santé	34 (28)	66 (54)	
Ne sait pas	33 (6)	67 (12)	
<b>Niveau de français (n = 261)</b>			
Maîtrise le français écrit et oral	23 (33)	77 (111)	p>0,05
Difficultés à l'écrit et/ou à l'oral	26 (21)	74 (61)	
Besoin d'un.e traducteur.rice	26 (9)	74 (26)	
<b>Refus de soins (n = 262)</b>			
Oui	41 (29)	59 (41)	p<0,05
Non	18 (31)	82 (144)	
Jamais essayé de consulter en France	24 (4)	76 (13)	
<b>Report de soins (n = 251)</b>			
Oui	51 (32)	49 (31)	p<0,05
Non	15 (28)	85 (160)	

\* Les effectifs ne sont pas les mêmes selon les critères d'analyse car les modalités autres que celles d'intérêt (ex : non-réponses) ont été retirées.

**Figure 5 : Observance thérapeutique des médicaments par les personnes ayant eu des prescriptions au cours des 12 derniers mois (n = 199)**



**Figure 6 : Observance thérapeutique des radios et analyses par les personnes ayant eu des prescriptions au cours des 12 derniers mois (n = 156)**



## Renoncement aux soins

*NB: Afin d'éviter les erreurs de compréhension, le renoncement a été défini comme l'abandon de soins.*

Concernant le renoncement aux soins, 23 % des répondant-e-s ont déclaré l'avoir vécu au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (**tableau 9** et **figure 4**). À noter que 11 % des répondant-e-s ont déclaré avoir à la fois renoncé à des soins et reporté des soins.

Les types de soins concernés étaient principalement les soins dentaires (38 %), les consultations chez un médecin généraliste (37 %), les achats de médicaments (22 %), les consultations chez un médecin spécialiste (20 %), les actes chirurgicaux (15 %), les analyses ou examens médicaux (14 %) et les appareillages auditifs, lunettes ou lentilles (11 %). Dans une moindre mesure, les consultations gynécologiques et les consultations psychiatriques ont été évoquées par 6 % des répondant-e-s.

Les principales raisons au renoncement aux soins évoquées sont les délais de rendez-vous trop longs (25 %), les mauvaises expériences antérieures (23 %), l'avance de frais (23 %), la peur des médecins/du diagnostic (15 %), le reste à charge trop élevé (15 %), le refus de soins (14 %), le besoin d'accompagnement en raison de démarches trop compliquées (14 %), la stigmatisation (12 %) et le fait que ce soit peu ou pas urgent (12 %).

Suite à la réalisation de tests statistiques ( $X^2$  et Fisher), on ne note pas de relation significative à  $p < 0,05$  entre le renoncement aux soins et le sexe, la nationalité, la couverture santé et le niveau de français. En revanche, on observe une relation statistiquement significative entre le renoncement aux soins et le refus de soins où le taux de renoncement aux soins plus important chez les personnes ayant vécu un refus de soins (41 %) que chez les personnes n'en ayant pas vécu (18 %). On observe aussi une relation statistiquement significative entre le report de soins et le renoncement aux soins où les personnes ayant déjà reporté des soins renoncent davantage aux soins (51 %) par rapport aux personnes n'ayant pas reporté de soins (15 %). Enfin, on observe également une relation statistiquement significative entre le renoncement aux soins et la considération de l'état de santé. En effet, les personnes qui ne pensent pas être en bonne santé renoncent davantage aux soins (34 %) que les

personnes qui pensent être en bonne santé (18 %). Cela peut s'expliquer par une plus grande exposition au besoin de soins en raison d'un mauvais état de santé, et donc à une plus grande exposition au renoncement aux soins.

## Observance thérapeutique

Parmi les personnes ayant eu une prescription pour des médicaments au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête, 11 % n'ont pas observé le traitement durant toute sa durée et 6 % n'ont pas du tout suivi le traitement (**figure 5**). Les raisons principalement évoquées sont les difficultés financières (56 %), le fait de ne pas être convaincu-e par l'utilité du traitement (24 %), la méfiance concernant le traitement et/ou ses effets secondaires (18 %) et la non-compréhension du traitement (6 %).

Concernant les radios et/ou analyses, 10 % des répondant-e-s ayant eu une prescription au cours des 12 derniers mois ne l'ont pas observé dans sa totalité et 9 % ne l'ont pas du tout observé (**figure 6**). Les raisons avancées sont les difficultés financières (30 %), le fait de ne pas être convaincu-e de l'utilité (13 %), l'incompréhension (10 %) et la méfiance (7 %).

## Communication et interprétariat

Cette série de données (**tableau 10**) porte sur les répondant-e-s ayant consulté un-e professionnel-le de santé au cours des 24 derniers mois ( $n=245$ ). Parmi ces répondant-e-s, 23 % ont déclaré ne pas avoir reçu des réponses à toutes leurs questions concernant leur état de santé et leur traitement, 21 % ne se sont pas senti attentivement écoutés sur leur situation médicale et leurs antécédents familiaux et 75 % n'ont pas discuté de leur situation économique et sociale faisant le lien avec les déterminants sociaux de la santé.

Parmi les répondant-e-s qui ont consulté au cours des 24 derniers mois et qui ont préalablement déclaré avoir des difficultés à l'écrit et/ou à l'oral ou avoir besoin d'un-e traducteur-riche vis-à-vis de la langue française ( $n=108$ ), 63 % ont déclaré avoir eu des difficultés pour comprendre ou se faire comprendre par le-la professionnel-le de santé. Parmi ces derniers, un quart ont déclaré ne pas avoir eu recours à un mécanisme d'interprétariat alors qu'ils en auraient eu besoin. Le mode d'interprétariat le plus mentionné est l'aide d'un proche (37 %) et l'application de traduction (19 %).

**Tableau 10 : Analyse de la qualité de la communication avec les professionnel-le-s de santé pour les personnes interrogées ayant consulté dans les 24 mois ayant précédé l'enquête**

	n	%
<b>Difficultés pour comprendre ou se faire comprendre par le-la professionnel-le de santé (dernière consultation)</b>	<b>108*</b>	<b>100</b>
Oui	68	63
Non	38	35
Non-réponse	2	2
<b>Mécanisme d'interprétariat utilisé lors de cette consultation</b>	<b>68</b>	<b>100</b>
Par un proche	25	37
Par une application de traduction	13	19
Par un.e interprète	6	9
Par une personne du service	2	3
Pas d'interprétariat et en avait besoin	18	26
Pas d'interprétariat et n'en avait pas besoin	2	3
Non-réponse	2	3
<b>Le-la patient-e a reçu des réponses à toutes ses questions concernant son état de santé, traitement, etc. (dernière consultation)</b>	<b>243**</b>	<b>100</b>
Oui	175	71
Non	55	23
Non-réponse	13	5
<b>Le-la patient-e s'est senti-e attentivement écouté sur sa situation médicale, antécédents familiaux, etc. (dernière consultation)</b>	<b>243**</b>	<b>100</b>
Oui	180	74
Non	52	21
Non-réponse	11	5
<b>Le-la patient-e a discuté de sa situation économique et sociale (conditions de vie, emploi, etc.) avec le-la professionnel-le de santé (dernière consultation)</b>	<b>243**</b>	<b>100</b>
Oui	54	22
Non	182	75
Non-réponse	7	3

\* Cette question concerne les personnes ayant déclaré avoir des difficultés à l'écrit et/ou à l'oral ou avoir besoin d'un-e traducteur-ric(e) et ayant consulté il y a moins de 2 ans.

\*\* Ces questions concernant les personnes ayant consulté il y a moins de 2 ans.

**Tableau 11 : Attitude des personnes interrogées vis-à-vis des professionnel-le-s de santé**

	n	%
<b>Peur d'aller chez le médecin en France</b>	<b>280</b>	<b>100</b>
Jamais	174	62
Parfois	45	16
Toujours	14	5
Non-réponse	47	17
<b>Confiance aux professionnel-le-s de santé</b>	<b>280</b>	<b>100</b>
Toujours	166	59
Parfois	75	27
Jamais	10	4
Non-réponse	29	10
<b>Réticences à consulter un-e professionnel-le du sexe opposé</b>	<b>280</b>	<b>100</b>
Oui	49	18
Non	205	73
Non-réponse	26	9

## ATTITUDES ENVERS LES PROFESSIONNEL·LE·S DE SANTÉ

21 % des répondant·e·s ont déclaré avoir parfois ou toujours peur d'aller chez le médecin en France (**tableau 11**). La barrière de la langue est l'une des premières raisons mentionnées par les répondant·e·s ainsi que la peur des résultats négatifs. La crainte du jugement, de ne pas être écouté ni compris fut aussi évoquée, tout comme la situation sociale et administrative (sans papiers). Enfin, des mauvaises expériences passées ou des traumatismes sont aussi la raison de peurs.

31 % des répondant·e·s ont déclaré ne pas toujours voire ne jamais faire confiance aux professionnel·le·s de santé. La qualité de la communication avec le·la professionnel·le de santé est l'une des principales raisons au manque de confiance rencontré (ne pas être compris, ne pas être écouté, se sentir jugé, le manque de temps durant les consultations). La remise en question des compétences des professionnel·le·s de santé est également l'une des raisons (analyses trop rapides, avis différents selon les médecins, manque de confiance dans les prescriptions médicamenteuses). La barrière de la langue est aussi l'une des raisons évoquées, tout comme des mauvaises expériences antérieures/expériences traumatisantes (violences médicales, erreurs de diagnostic, décès de l'entourage, découverte tardive de maladie chronique).

Enfin, 18 % des répondant·e·s ont des réticences à consulter un·e professionnel·le du sexe opposé au leur. Parmi les personnes ayant des réticences (n = 49), trente-cinq sont des femmes et dix-neuf sont de nationalité française.

## ATTENTES DES PERSONNES INTERROGÉES

La dernière question du questionnaire permettait aux personnes interrogées de suggérer des pistes d'amélioration concernant leur prise en charge et leur accompagnement en santé. Cinq thématiques ont émergé à partir des éléments de réponses : l'interprétariat, la simplification des démarches administratives et la réduction des délais administratifs, l'augmentation de l'offre de soins, l'accompagnement, la médiation et l'orientation pour les droits et les soins et davantage d'écoute et de communication de la part des professionnel·le·s de santé.

NB: Les verbatims ci-dessous sont issus des questionnaires donc il est possible que des propos aient parfois été reformulés par les personnes ayant accompagné le remplissage des questionnaires.

### Interprétariat

*« Que le médecin ait accès à des traducteurs pour une meilleure compréhension des informations transmises car le français reste encore difficile pour moi. »*

*« J'aimerais parler à une personne qui me comprend afin de lui faire part de tous mes problèmes de santé. Avec la barrière de la langue, j'ai l'impression de ne pas être comprise ou écoutée. »*

*« Avoir un médecin traitant qui peut appeler un interprète »*

### Simplification des démarches administratives et réduction des délais administratifs

*« Que les démarches auprès d'Ameli (CPAM) soient simplifiées (notamment pour l'acquisition d'une carte vitale) »*

*« Délais administratifs très longs pour obtenir une couverture médicale »*

*« Délais de rendez-vous moins long à la PASS, délai de carence moins long, des délais de traitement des dossiers à la CPAM réduits »*

## **Augmentation de l'offre de soins**

*« Augmentation du nombre de médecins, on ne peut pas trouver de médecin traitant et dentistes »*

*« Embaucher plus de personnel médical et paramédical. Manque de personnel donc mal accompagné et suivi »*

*« Il faut que les rendez-vous avec les médecins soient plus faciles et pas très loin, les médecins ne prennent pas de nouveaux patients »*

*« Réduire les délais de rendez-vous pour une consultation chez un spécialiste »*

*« Délais trop longs pour un rendez-vous et aux urgences »*

## **Accompagnement, médiation, orientation (droits et soins)**

*« J'aimerais avoir quelqu'un qui m'accompagne »*

*« Moins de complexité administrative et pouvoir être accompagné par un conseiller CPAM, une personne qui prenne le temps pour m'aider à comprendre ce qui ne va pas dans mon dossier. »*

*« Apprendre à m'orienter pour trouver les médecins et prendre un rendez-vous »*

*« Aide pour obtenir de l'aide médicale et explications sur le système de soins en France »*

## **Plus d'écoute et de communication de la part des professionnel-le-s de santé**

*« J'aimerais qu'on m'écoute quand je parle »*

*« Être à l'écoute, être pris au sérieux quand on s'inquiète sur un symptôme. Que le professionnel de santé puisse proposer des examens de santé pour répondre à ces inquiétudes sans tourner autour du pot »*

*« Que tous les professionnels de santé soient à l'écoute, sans discrimination en fonction du statut du patient »*

# DISCUSSION

## SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Les résultats mettent en exergue de multiples facteurs précarisant tels que des ressources insuffisantes, des lieux de vie instables, des difficultés avec l'usage du français ou encore des situations de monoparentalité.

Concernant l'accès aux droits de santé, les difficultés sont multiples. Les principales étant les complexités administratives, les délais d'attente et conditions d'accueil, les difficultés linguistiques, la méconnaissance des droits de santé et l'usage du numérique.

Concernant l'accès aux soins, les barrières sont également multiples. Parmi les personnes interrogées bénéficiant de la couverture maladie de base, près d'un tiers n'ont pas de médecin traitant. Il ressort par ailleurs que 27 % des répondant·e·s ont déclaré avoir vécu du refus de soins au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, notamment par des médecins généralistes, spécialistes, des dentistes et des pharmacies. Il apparaît également que 23 % des répondant·e·s ont reporté des soins au cours de la dernière année, principalement pour des raisons financières. Il en est de même pour le renoncement aux soins où 23 % des répondant·e·s l'ont vécu au cours de la dernière année, principalement pour des raisons financières, des délais de rendez-vous trop longs et des mauvaises expériences antérieures. Parmi les personnes ayant eu une prescription de médicaments au cours de la dernière année, 17 % des répondant·e·s n'ont pas suivi le traitement ou pas durant toute sa durée. Pour les prescriptions de radios et analyses, il s'agit de 19 %. Dans les deux cas, les difficultés financières constituent la barrière principale. Parmi les personnes ayant eu des difficultés à comprendre ou se faire comprendre par le·la professionnel·le de santé lors de leur dernière consultation, un tiers n'ont pas eu recours à un mécanisme d'interprétariat et en auraient eu besoin. Les données montrent également des difficultés de communication autres. En effet, au cours de la dernière consultation, 23 % des répondant·e·s n'ont pas reçu de

réponses à toutes leurs questions concernant leur état de santé, leur traitement, etc., 21 % ne se sont pas senti·e·s attentivement écouté·e·s sur leur situation médicale, leurs antécédents familiaux, etc. et 75 % n'ont pas discuté de leur situation socio-économique avec le·la professionnel·le de santé. À noter que ces éléments peuvent éclairer sur les déterminants sociaux de la santé.

Concernant les attitudes en santé, il apparaît que 21 % des répondant·e·s ont parfois ou toujours peur d'aller chez le médecin, 31 % font parfois ou jamais confiance aux professionnel·le·s de santé et 18 % ont des réticences à consulter un·e professionnel·le du sexe opposé au leur. Ces données démontrent la nécessité de l'accompagnement et de la médiation en santé.

Les attentes des personnes interrogées concernant l'amélioration de leur prise en charge et de leur accompagnement en santé constituaient également un élément fondamental de l'étude. Les principales suggestions concernent un besoin d'interprétariat, la simplification des démarches administratives et la réduction des délais administratifs, l'augmentation de l'offre de soins, la réduction des délais de rendez-vous, l'accompagnement, la médiation et l'orientation et une volonté de se sentir davantage écouté·e·s par les professionnel·le·s de santé, d'avoir plus de communication.

## MISE EN PERSPECTIVE AVEC LES PROFESSIONNEL·LE·S DE SANTÉ

Une enquête portant sur les difficultés rencontrées par les professionnel·le·s de santé dans la prise en charge des personnes en situation de précarité sur le territoire messin a également été réalisée. Les objectifs étaient d'identifier les difficultés rencontrées et les besoins en accompagnement des professionnel·le·s de santé. Au

total, 100 professionnel-le-s de santé ont participé à l'étude avec toutes les professions de santé représentées à l'exception des laboratoires d'analyses médicales et des centres d'imagerie médicale. On observe une répartition géographique des répondant-e-s entre la ville de Metz et son agglomération.

### Principaux résultats

Concernant la perception du temps dédié aux consultations, 47 % des répondant-e-s ont déclaré ne pas avoir suffisamment de temps pour les consultations. Parallèlement, 42 % des répondant-e-s considéraient qu'une consultation avec une personne ayant des droits de santé spécifiques type AME ou CSS demandait plus de temps. Les principales raisons avancées étaient la barrière de la langue et les démarches administratives (45 %), et dans une moindre mesure les situations médicales plus complexes (21 %). À noter que les professionnel-le-s de santé qui considéraient que la prise en charge des patient-e-s ayant des droits spécifiques demandaient plus de temps n'étaient pas nécessairement ceux qui estimaient ne pas avoir suffisamment de temps à consacrer à leurs patient-e-s.

Quant à l'interprétariat lors des consultations, 73 % des répondant-e-s ont déclaré ne pas avoir eu recours à des mécanismes d'interprétariat dans le cadre de leur exercice. Seulement 2 % ont déjà eu recours à ISM qui est un mécanisme d'interprétariat téléphonique financé par l'ARS sur la Région Grand Est depuis janvier 2021 pour tous les médecins généralistes libéraux-ales et les sages-femmes libéraux-ales et depuis mars 2022 pour les infirmier-e-s libéraux-ales et autres spécialistes libéraux-ales.

Un faible niveau de connaissance des dispositifs sociaux à Metz a été observé avec 48 % des répondant-e-s n'ayant pas de connaissances et 50 % des répondant-e-s en ayant peu. Parallèlement, 54 % des répondant-e-s ne sollicitent jamais les dispositifs sociaux face à des situations de précarité et 43 % les sollicitent parfois. Les données permettent d'établir une corrélation entre le niveau de connaissance des dispositifs sociaux et leur sollicitation face à une situation de précarité. Par ailleurs, il semble que les professionnel-le-s exerçant dans des quartiers prioritaires de la ville contactent plus fréquemment les dispositifs sociaux face à des situations de précarité.

Les principales difficultés cliniques rencontrées par les professionnel-le-s de santé ayant participé à l'étude sont le manque de connaissances sur les antécédents médicaux et le statut vaccinal, les difficultés de compréhension et de communication lors des consultations et la réalisation du suivi médical du-de la patient-e. Quant aux difficultés non-cliniques rencontrées, les principales mentionnées sont les difficultés linguistiques, les difficultés de paiement ou de remboursement des consultations et les démarches administratives.

Concernant les formations en lien avec la santé et précarité, 5 % des professionnel-le-s interrogé-e-s ont déclaré avoir déjà reçu une formation en lien avec la précarité. Cependant, 85 % des répondant-e-s ont présenté un intérêt pour au moins une des thématiques proposées pour recevoir de l'information sur le sujet. Les thématiques ayant suscité le plus d'intérêt sont l'accès aux droits de santé, le domaine de la femme, périnatalité, petite enfance, parentalité et précarité, les dispositifs de lutte contre la précarité et l'usage de l'interprétariat.

Les suggestions des professionnel-le-s de santé pour améliorer la prise en charge des patient-e-s en situation de précarité sont multiples. Celles-ci mettent en lumière un besoin d'avoir des interlocuteurs dédiés pour l'accès aux soins et aux droits de santé, de travailler avec un réseau de soins et de travailleur-se-s sociaux-ales et d'avoir une meilleure coordination des acteur-ric-e-s ainsi qu'une approche pluridisciplinaire. Les suggestions soulèvent aussi le besoin de connaître les dispositifs sociaux existants et d'être formé et/ou informé sur les sujets liés à la précarité. L'interprétariat, la médiation physique en santé et la mise à disposition de supports d'information à fournir aux patient-e-s ont également été suggérés.

### Lien entre les deux études

Les difficultés et les attentes des personnes en situation de précarité concernant leur prise en charge et leur accompagnement en santé concordent avec les suggestions des professionnel-le-s de santé pour améliorer la prise en charge des personnes en situation de précarité. On observe que le besoin d'interprétariat et de médiation/d'accompagnement des patient-e-s sont des actions mises en lumière dans les deux études. L'amélioration de la communication est aussi un enjeu majeur qui permettra

d'améliorer la relation soignant·e-patient·e . Il semble par ailleurs que le renforcement de la connaissance des acteur·rice·s et leur coordination impacteraient la fluidité de la prise en charge des patient·e·s.

Les résultats et les suggestions de ces deux études s'inscrivent dans des recommandations nationales de santé publique.

## RECOMMANDATIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

Suite à la loi de modernisation de notre système de santé (2016), la Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré, en 2017, un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques sur la **médiation en santé** en direction des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. « La médiation en santé, en facilitant l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, est un des outils disponibles pour tenter d'apporter des solutions à : 1) la complexité du système de santé (dispositifs et conditions d'accès) pour leurs bénéficiaires potentiel·le·s ; 2) la méconnaissance par les professionnel·le·s de santé des réalités vécues par les personnes ; 3) la multiplicité des dispositifs et des conditions d'accès aux droits qui provoquent non-recours et retards des soins ; 4) la méconnaissance des dispositifs par leurs bénéficiaires potentiel·le·s. » [16]. La HAS insiste sur la reconnaissance des acteur·rice·s et un financement adapté [17].

Dans le même contexte, la HAS a élaboré un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques sur l'**interprétariat linguistique** pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. « La HAS considère que seul le recours à un·e interprète professionnel·le permet de garantir d'une part, aux patient·e·s/usagers·ères, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnel·le·s, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du·de la patient·e et du secret médical. Elle reconnaît néanmoins que d'autres moyens de communication peuvent s'avérer utiles dans les cas où le recours à un·e interprète professionnel·le n'est pas possible. Le recours à un·e interprète issu·e de la famille, et tout particulièrement les enfants, du voisinage

ou de l'entourage immédiat, risque de méconnaître le droit du·de la patient·e au respect de sa vie privée et du secret des informations le·la concernant. En outre, ce recours constitue une charge lourde pour les aidant·e·s » [18]. Comme pour la médiation en santé, la HAS insiste sur la reconnaissance des acteur·rice·s et un financement adapté [17].

En 2020, la HAS a produit un argumentaire pour Soutenir et encourager l'**engagement des usagers·ères** dans les secteurs social, médico-social et sanitaire au bénéfice de leur santé, leur bien-être ou leur qualité de vie, ou ceux de leurs pair·e·s. Ce document décline plusieurs recommandations au sein des activités de soins ou d'accompagnements personnalisés, au sein des structures et du pilotage des projets et au sein de la formation des professionnel·le·s de santé et du travail social. Ce document met également en lumière des actions permettant de réunir les conditions favorables à cet engagement [19].

La thématique santé et précarité reste au centre des préoccupations et plusieurs dispositifs existent parmi lesquels les PASS, les lits halte soins santé (LHSS), les lits d'accueil médicalisé (LAM), les EMPP, les équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP) ou encore les appartements de coordination thérapeutique (ACT). La HAS a publié en 2020 un document qui regroupe des recommandations pour les dispositifs LHSS, LAM et ACT dans le **cadre de l'accompagnement des personnes et la continuité des parcours** [20]. Les recommandations concernent l'accompagnement des personnes au plus près de ses besoins (permettre à la personne d'être actrice de son accompagnement, proposer un accueil facilitant à la création d'un lien de confiance, accompagner la personne dans sa globalité et sa singularité). Elles concernent également l'organisation des établissements pour répondre aux besoins des publics du territoire (mise en place d'un cadre de vie bienveillant et sécurisant, organisation des équipes pour répondre à la diversité des besoins des personnes accueillies, développement d'outils et pratiques d'accompagnement adaptés aux besoins des personnes et favorisant la continuité des parcours).

Par ailleurs, le Collège de la Médecine Générale a publié, en 2014, des recommandations concernant la **prise en compte des inégalités sociales de santé en médecine générale**. Sept informations étaient considérées comme indispensables à recueillir dans le cadre d'une consultation : la

date de naissance, le sexe, l'adresse, le statut par rapport à l'emploi, la profession éventuelle, l'assurance maladie et les capacités de compréhension du langage écrit du/de la patient·e. Neuf informations étaient considérées comme utiles : le fait d'être en couple, le nombre d'enfants à charge, le fait de vivre seul, le pays de naissance, le niveau d'études, la catégorie socioprofessionnelle INSEE, le fait de bénéficier de minima sociaux, les conditions de logement, et la situation financière perçue [21].

Enfin, la HAS a publié en 2018 un guide pour la **coordination** entre le médecin généraliste et les différents acteur·rice·s de soins dans la prise en charge des patient·e·s adultes souffrant de troubles mentaux [22]. Cinq catégories d'expériences d'amélioration de la coordination étaient identifiées : amélioration de la communication, lieux d'exercice partagés, dispositifs de soins partagés, coordination de parcours de santé, dispositifs intégrés. Les expériences identifiées dans ce guide montrent que l'amélioration de la communication passe par des outils et leurs modalités d'utilisation pour améliorer le partage d'information et de liaison entre professionnel·le·s de santé ainsi que par des processus d'adressage renforcés via l'identification de contacts formels en cas de besoin, en définissant les situations dans lesquelles un adressage est adapté et les rôles de chaque professionnel·le dans la prise en charge du/de la patient·e. Concernant le partage ou l'échange des données, l'Agence française de la santé numérique et la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie ont élaboré un document de **bonnes pratiques sur l'échange et le partage des données de santé** [23].

L'ensemble de ces recommandations sont pertinentes pour le développement du volet santé de la plateforme d'accueil et d'accompagnement médico-psycho-social afin d'optimiser la qualité de sa mise en œuvre.

# LIMITES

## ÉCHANTILLONNAGE

La principale difficulté concernant l'échantillonnage était l'absence de base de sondage ce qui ne permettait pas d'avoir une visibilité claire de la population cible (effectif, caractéristiques, etc.). Afin de pallier cette difficulté, l'échantillon maximal pour avoir un intervalle de confiance de 95 % et une marge d'erreur de 5 % a été défini, à savoir 383 questionnaires. En raison des moyens et du temps disponibles ainsi que de la temporalité de la collecte de données, l'objectif n'a pas été atteint. Toutefois, 280 questionnaires ont été collectés permettant d'atteindre un niveau de confiance de 95 % et une marge d'erreur de 5,8 %. Afin d'observer la plus grande représentativité possible, il avait été demandé aux structures d'administrer les questionnaires à un groupe représentatif du public accueilli. L'échantillon présente une distribution parfaite entre les hommes et les femmes et toutes les tranches d'âge sont représentées. Près d'un tiers des répondant-e-s sont de nationalité française ce qui permet de comparer les résultats avec les répondant-e-s de nationalité étrangère. Cependant, la part de répondant-e-s de nationalité étrangère issu-e-s de l'Union européenne est beaucoup moins représentée, potentiellement en raison d'une « invisibilité » de ce public qui est moins capté par les structures d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation de précarité. Enfin, cette enquête s'adressait aux personnes accueillies et/ou accompagnées par des structures sociales et médico-sociales à Metz ce qui laisse penser qu'elles sont davantage accompagnées en matière d'accès aux droits. Les personnes qui ne fréquentent pas ces structures et qui sont en situation de précarité ne sont donc pas représentées au sein de cette étude.

## MODE ET OUTIL DE RECUEIL

Des biais d'information sont aussi à considérer dans cette étude. En effet, le recueil de données était uniquement basé sur du déclaratif et les personnes interrogées ont potentiellement pu répondre selon la désirabilité sociale. Des questions portaient également sur des expériences passées et il est possible qu'il y ait eu des biais de mémorisation. La section concernant les droits de santé s'est avérée plus compliquée à comprendre pour les répondant-e-s, sachant que certaines personnes ne connaissent pas et/ou ne comprennent pas leurs droits. Des indications étaient ajoutées pour limiter les biais liés à la compréhension (ex : médecin traitant, complémentaire santé solidaire, renoncement et report de soins, etc.). De plus, le fait que les questionnaires aient été administrés à travers une trentaine de structures différentes a pu biaiser les informations recueillies. Afin de pallier ce biais, un guide d'appui à l'administration du questionnaire a été conçu et partagé et une rencontre bilatérale a eu lieu avec chaque structure participante, de manière à ce qu'elles puissent avoir une compréhension commune de l'étude, de ses outils et du projet dans lequel cela s'inscrit. La langue a également pu interférer dans la compréhension de certain-e-s répondant-e-s. Afin de minorer ce risque, le questionnaire a été traduit en anglais et Médecins du Monde proposait d'accompagner les structures avec le dispositif ISM. Enfin, chaque question comportait une modalité « non-réponse » pour faire valoir le droit de refus des répondant-e-s (consentement éclairé de la personne).

## CHOIX MÉTHODOLOGIQUE

L'enquête relève uniquement d'une méthodologie quantitative. En complément, il aurait été intéressant de réaliser des entretiens qualitatifs, mais le temps et les moyens disponibles ne l'ont pas permis.

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

À partir des différents constats établis, les perspectives étaient d'aller vers un point d'ancrage en centre-ville de Metz, avec un travail de coordination et de maillage territorial entre professionnel-le-s pour permettre une prise en charge globale de la personne, faciliter une démarche de médiation et faciliter l'autonomie des personnes dans leur parcours de santé et leur accès à l'ensemble des droits sociaux.

Les acteur-ric-e-s du RESAM et du CCAS ont réfléchi à la mise en place d'une plateforme d'accueil et d'accompagnement médico-psycho-social couvrant les champs de la santé, des droits, de l'alimentation, de l'hébergement et de l'éducation/apprentissage du français. Médecins du Monde, avec la PASS hospitalière, la CPTS et la CPAM, travaille plus particulièrement sur le développement du volet santé de cette plateforme et s'est fixé comme objectifs de 1) Renforcer la coordination des partenaires de santé pour permettre l'entrée dans le parcours de santé de droit commun des personnes en situation de précarité et 2) Renforcer l'accompagnement individualisé des personnes en situation de précarité en matière d'accès aux droits, à la prévention et aux soins pour favoriser leur autonomie.

Cette étude, qui s'inscrit dans un processus d'identification des opportunités et barrières à la mise en place et au fonctionnement d'un réseau de santé de proximité en centre-ville de Metz, en 2023, vise plus spécifiquement à 1) Définir les profils des potentielles personnes accueillies au sein du dispositif et 2) Analyser les barrières à l'accès aux soins et aux droits de santé des personnes en situation de précarité.

Au regard des résultats obtenus, on constate que le public potentiellement accueilli présente de multiples facteurs précarisant tels que des ressources insuffisantes, des lieux de vie instables, des difficultés avec l'usage du français ou encore des situations de monoparentalité, ce qui confirme un besoin d'accompagnement global de la personne en tenant compte de sa singularité. Les données sur les droits de santé appuient la nécessité de penser à toutes les éventualités en termes de situations: personne

ayant des droits complets, non-complets, ouvrables et non ouvrables. Même si toutes les personnes interrogées ne solliciteront pas le volet santé qui est en cours de développement, les résultats obtenus peuvent donner une idée des effectifs à envisager dans la file active du dispositif: 14% des personnes n'ayant aucun droit de santé, 20% bénéficiant de l'AME, 64% ayant une couverture maladie de base parmi lesquelles 63% ont la complémentaire santé solidaire et 13% n'ont pas de complémentaire. Par ailleurs, des personnes ayant déclaré avoir une couverture maladie de base ont aussi déclaré ne pas avoir de médecin traitant. Parmi les personnes étrangères en France depuis plus de 3 mois, certaines n'ont aucun droit de santé alors qu'elles devraient être éligibles à la couverture maladie de base s'il y a une demande d'asile en cours ou obtenue, ou à l'AME dans le cas inverse. Aussi, des personnes ayant une couverture maladie de base et des revenus inférieurs à 1 077 euros ne bénéficient pas de la complémentaire santé solidaire selon les déclarations. À noter que les personnes interrogées sont déjà accompagnées par des structures et que les besoins de prise en charge du public cible seront probablement plus importants.

Concernant les barrières à l'accès aux droits, celles-ci sont multiples et nécessitent une approche holistique comprenant des réponses concrètes aux complexités administratives, aux difficultés linguistiques, à la méconnaissance du système de santé, à la fracture numérique, et dans la mesure du possible aux délais d'attente, aux conditions d'accueil et à la mobilité.

Concernant les barrières à l'accès aux soins, on note que près d'un quart des personnes ayant couverture maladie de base n'ont pas de médecin traitant, ce qui fragilise le parcours de soins coordonnés. Par ailleurs, les déclarations collectées montrent qu'en-dehors du fait de ne plus prendre de nouveaux-elles patient-e-s, la situation des droits de santé est l'une des principales causes du refus de soins (pas de couverture maladie, AME, CSS). Les principales raisons au report et au renoncement aux soins sont les difficultés financières (avance de frais, reste à

charge), les mauvaises expériences antérieures, ainsi que les délais de rendez-vous longs. De même, la principale raison du défaut d'observation thérapeutique est financière. On observe un manque de prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans les consultations médicales, et une fragilité du lien entre le-la patient-e et le-la professionnel-le de santé (confiance, peur, communication).

Enfin, les suggestions des répondant-e-s pour améliorer la prise en charge et l'accompagnement en santé sont variées et concernent un besoin d'interprétariat lors des consultations médicales, la simplification des démarches administratives et la réduction des délais pour obtenir des droits de santé, l'augmentation de l'offre de soins ainsi que la réduction des délais de rendez-vous, un besoin d'accompagnement, de médiation et d'orientation que ce soit pour l'accès aux droits ou l'accès aux soins et plus d'écoute et de communication de la part des professionnel-le-s de santé.

Toutes ces conclusions confortent la mise en place du projet de plateforme d'accueil et d'accompagnement médico-psycho-social tout en tenant compte de recommandations pour le formaliser et le structurer. Les recommandations énoncées dans ce rapport émanent des résultats obtenus au travers de la présente enquête. Par ailleurs, elles se cantonnent aux leviers d'action réalisables dans le cadre de la plateforme d'accueil et d'accompagnement médico-psycho-social, avec l'appui d'acteur-ric-e-s en présence travaillant également sur ces thématiques. À noter que ces recommandations vont continuer de s'enrichir à travers la co-construction du projet avec les partenaires.

## ACCÈS AUX DROITS DE SANTÉ

### Complexités administratives et méconnaissance du système de santé

- Intégrer un accompagnement physique pour l'ouverture des droits.
- Mettre en place des ateliers auprès des personnes concernées pour présenter les différents dispositifs existants et les documents clés d'ouverture de droits.

- Partager des supports de communication qui expliquent les différents dispositifs existants et leur articulation (faciles à lire, faciles à comprendre).
- Informer les acteur-ric-e-s du social, médico-social et sanitaire sur les différents dispositifs existants.

### Délai d'attente et conditions d'accueil

- Informer les personnes sur les délais d'instruction et les conditions d'accueil.
- Améliorer les délais d'instruction de dossiers d'ouverture de droits.
- Faciliter la prise en charge rapide des dossiers « urgents ».

### Usage du numérique

- Identifier et mettre en place des alternatives au tout numérique.
- Mettre en place des ateliers autour du numérique.
- Partager des supports de communication qui expliquent les procédures numériques d'ouverture de droits de santé (faciles à lire et faciles à comprendre).

### Barrière de la langue

- Traduire les supports de communication qui expliquent les différents dispositifs, les documents clés et les procédures numériques en plusieurs langues.
- Décliner les supports de communication avec des visuels pour les personnes analphabètes.

## ACCÈS AUX SOINS

### Connaissance du parcours de soins

- Mettre en place des ateliers pour informer sur le parcours de soins.
- Partager des supports de communication qui expliquent le parcours de soins, faciles à lire, faciles à comprendre et traduits.

## Entrée dans le parcours de soins

- Mobiliser la CPTS et son dispositif d'accès aux médecins traitants.
- Mobiliser via la CPTS un réseau incluant toutes les professions de santé.

## Lutte contre le report, le renoncement et le refus de soins

- Identifier les pistes d'actions pour suspendre la facturation durant l'ouverture des droits.
- Identifier des solutions pour alléger la charge administrative des professionnel-le-s de santé et augmenter le temps disponible pour la communication.
- Identifier des solutions pour préparer les dossiers patient-e-s en amont des consultations.

## Relation patient-e-professionnel-le de santé

- Intégrer la médiation physique pour accompagner les personnes en rupture de parcours de santé et faciliter la création du lien entre la personne et le-la professionnel-le de santé.
- Proposer des cycles d'information aux professionnel-le-s de santé sur des thématiques inhérentes à la précarité (ex : interprétariat, dispositifs sociaux, droits de santé, déterminants sociaux de la santé, etc.).
- Renforcer les capacités d'agir du.de la patient-e dans sa relation avec le-la professionnel-le de santé (ex : avoir connaissance et user de son droit de recours à l'interprétariat professionnel).

## COORDINATION DES DISPOSITIFS

Le volet santé est avant tout un dispositif qui va permettre l'entrée et l'accompagnement des personnes dans leur parcours de santé pour favoriser leur autonomie. Il est essentiel de mobiliser les dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux existants et de travailler sur une coordination adaptée pour avoir une prise en charge globale des personnes en tenant compte de leur singularité.

- Mobiliser la PASS pour la mise en place d'une antenne délocalisée dans le point d'ancrage.
- Mobiliser la CPTS pour l'animation et la coordination du réseau des professionnel-le-s de santé libéraux-ales.
- Mobiliser la CPAM pour l'ouverture des droits.
- Mobiliser des acteur-ric-e-s de médiation en santé.
- Mobiliser le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC).
- Mobiliser des dispositifs liés à la santé mentale, aux addictions, aux droits à la santé sexuelle et reproductive, aux soins infirmiers, à la lutte contre la fracture numérique et à tout autre dispositif adapté aux besoins.
- Partir de la préoccupation des personnes pour la prise en charge dans le dispositif : traiter les questions pour lesquelles la personne est arrivée à la plateforme, ce qu'elle cherche et comment le dispositif peut y répondre.
- Les entretiens au sein du dispositif doivent se dérouler au rythme de la personne et des informations qu'elle accepte de donner.
- Requestionner le consentement de la personne lors de chaque rencontre, et ne pas s'appuyer sur le consentement du premier entretien pour les entretiens suivants.
- Mettre à disposition de la plateforme un logiciel/outil de coordination commun qui respecte la RGPD.
- Identifier la personne de référence de chaque patient-e et coordonner l'ensemble des actions avec cette personne.

Pour une prise en charge globale des personnes, le volet santé devra être fortement coordonné avec les autres volets de la plateforme (hébergement, alimentation, droits, éducation/apprentissage du français). Cela permettra de prendre en compte les déterminants sociaux de la santé.

# BIBLIOGRAPHIE

- [1] Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin-22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
- [2] Organisation Mondiale de la Santé. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, <https://iris.who.int/handle/10665/349653>.
- [3] Joseph Wresinski. (1987). Rapport Grande pauvreté et précarité économique et sociale
- [4] Médecins du Monde. (2023). Observatoire de l'accès aux droits et aux soins, Rapport d'observation annuel, <https://www.medicinsdumonde.org/actualite/rapport-2023-de-medecins-du-monde-nos-constats-pour-contrer-linstrumentalisation-de-laide-medecale-detat>.
- [5] Banque Mondiale. (2021). Espérance de vie à la naissance. 2021, [https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.DYN.LE00.IN?most\\_recent\\_value\\_desc=true](https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.DYN.LE00.IN?most_recent_value_desc=true).
- [6] Observatoire des inégalités. (2020). Les inégalités d'espérance de vie entre les catégories sociales se maintiennent, <https://www.inegalites.fr/Les-inegalites-d-esperance-de-vie-entre-les-categories-sociales-se-maintiennent>.
- [7] Santé Publique France. (2021). Les inégalités sociales et territoriales de santé, <https://www.santepubliquefrance.fr/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante>.
- [8] Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. (2014). Exclusion sociale, <https://www.cnle.gouv.fr/exclusion-sociale.html>.
- [9] Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. (2009). Emergence des notions de santé, d'exclusion sociale et de privation des soins, <https://www.cnle.gouv.fr/emergence-des-notions-de-sante-d.html>.
- [10] Comede. (2023). Guide pratique pour les professionnel.le.s , <https://www.comede.org/guide-comede>.
- [11] Assurance Maladie. Droits et Démarches, <https://www.ameli.fr/moselle/assure/droits-demarches>.
- [12] Médecins du Monde, Cimade, Comede, Secours Catholique 93, Dom'Asile. (2023). Entraves dans l'accès à la santé. Les conséquences de la réforme de 2019 sur le droit à l'aide médicale de l'Etat, Rapport d'enquête, <https://www.medicinsdumonde.org/app/uploads/2023/07/Rapport-denquete-interasso-AME-IDF-Avril-2023.pdf>.
- [13] Observatoire Régional de la Santé. (2016). Diagnostic Local de Santé de Metz, <https://ors-ge.org/documents/diagnostic-local-de-sante-de-metz>.
- [14] Agence Régionale de Santé Grand Est. (2018). Schéma Régional de Santé 2018-2023, [https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-06/05\\_20180618\\_PRS\\_2018-2028\\_GE\\_SRS\\_2018-2028.pdf](https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-06/05_20180618_PRS_2018-2028_GE_SRS_2018-2028.pdf).
- [15] Agence Régionale de Santé Grand Est, Eurométropole de Metz. (2022). Contrat Local de Santé de l'Eurométropole de Metz 2022-2026, <https://www.calameo.com/read/004364224316892f6735c?page=1>.
- [16] Haute Autorité de Santé. (2017). La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. 2017, [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la\\_mediation\\_en\\_sante\\_pour\\_les\\_personnes\\_eloignees\\_des\\_systemes\\_de\\_preve...pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve...pdf).
- [17] Haute Autorité de Santé. (2017). Personnes vulnérables et éloignées du système de santé : s'appuyer sur les médiateurs et interprètes pour améliorer l'accès aux soins, [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2801473/fr/personnes-vulnerables-et-eloignees-du-systeme-de-sante-s-appuyer-sur-les-mediateurs-et-interpretres-pour-ameliorer-l-acces-aux-soins](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801473/fr/personnes-vulnerables-et-eloignees-du-systeme-de-sante-s-appuyer-sur-les-mediateurs-et-interpretres-pour-ameliorer-l-acces-aux-soins).
- [18] Haute Autorité de Santé. (2017). Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat\\_dans\\_le\\_domaine\\_de\\_la\\_sante\\_-\\_referentiel\\_de\\_competences....pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_competences....pdf).

- [19] Haute Autorité de Santé. (2020). Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire, [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/has\\_49\\_argumentaire\\_engagement\\_usagers.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/has_49_argumentaire_engagement_usagers.pdf).
- [20] Haute Autorité de Santé. (2020). Recommandations LHSS, LAM et ACT : l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la continuité des parcours, [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/recommandation\\_lhss\\_lam\\_act\\_08122020.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/recommandation_lhss_lam_act_08122020.pdf).
- [21] Collège de la Médecine Générale. (2014). Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ?, [https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2019/02/doc\\_iss\\_02\\_04-1.pdf](https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2019/02/doc_iss_02_04-1.pdf).
- [22] Haute Autorité de Santé. (2018). Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux, [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide\\_coordination\\_mg\\_psy.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf).
- [23] Agence Française de la Santé Numérique, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (2018). Echange et partage de données de santé, [https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media\\_entity/documents/ASIP\\_CNSA\\_RETEX\\_%C3%A9change%20et%20partage\\_VF.pdf](https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/ASIP_CNSA_RETEX_%C3%A9change%20et%20partage_VF.pdf).

# ANNEXE

## OUTIL DE COLLECTE DES DONNÉES

Code de la structure en charge de l'administration

-----

Langue du questionnaire

*Deux versions sont disponibles : français et anglais*

- Français
- Anglais

Recours à l'interprétariat

- Oui
- Non

Si oui, via quel dispositif ?

- ISM (Inter Service Migrants)
- Application de traduction
- Traducteur présent
- Autre

Médecins du Monde travaille actuellement sur la conception d'un projet qui vise à améliorer l'accès aux droits de santé et aux soins des personnes en difficultés. Afin d'adapter au mieux le dimensionnement du projet à la réalité des personnes concernées, un questionnaire est administré avec l'appui d'organisations qui accueillent et accompagnent les personnes en difficultés.

Ce questionnaire demande 15/20 minutes et les questions posées portent sur votre profil, votre situation administrative et sociale, l'accès aux droits et aux soins, vos considérations vis-à-vis du système de santé, et vos attentes pour une meilleure prise en charge de votre santé.

Ce questionnaire est anonymisé et les modalités de réponses ont été pensées de manière à exclure des données personnelles identifiables ainsi que les données sensibles. Les données recueillies via ce questionnaire sont traitées sur la base de votre consentement. Vos réponses sont facultatives et le défaut de réponse est sans conséquence. Vos données seront transmises aux seules personnes habilitées, lesquelles sont soumises au devoir de confidentialité. Vos données seront conservées pendant 12 mois après la clôture de l'enquête. Elles ne seront, en aucun cas, utilisées à des fins de prospection commerciale.

Consentez-vous à participer à cette enquête et au traitement de vos réponses ?

- Oui
- Non (*fin de questionnaire*)

Points d'attention

*Veillez vous assurer que la personne n'a pas déjà répondu à ce questionnaire à travers une autre structure*  
*Veillez rester vigilant à ne pas renseigner d'informations trop précises qui pourraient mener à l'identification du répondant dans les modalités « Autre » et dans les zones de texte libre*

### Caractéristiques démographiques, administratives, sociales

#### Caractéristiques démographiques

1. Dans quelle zone géographique habitez-vous ?

*Choix unique*

*Veillez sélectionner la modalité de réponse la plus précise correspondant au lieu de vie du répondant*

- Metz ville
- Eurométropole de Metz
- Moselle
- Lorraine
- Autre
- Ne souhaite pas répondre

2. Quel est votre sexe ?

*Choix unique*

- Masculin
- Féminin
- Autre
- Ne souhaite pas répondre

3. Quel est votre âge ?

*Choix unique*

- 18-29
- 30-39
- 40-49
- 50-64
- 65 et plus
- Ne souhaite pas répondre

**4. Quel est votre niveau de français ?***Choix unique*

- Maîtrise le français écrit et oral
- Difficultés à l'écrit et/ou à l'oral
- Besoin d'un traducteur
- Ne souhaite pas répondre

**Situation administrative****5. Parmi quelle zone géographique se trouve votre nationalité ?***Choix unique**Si la personne a une double nationalité dont la nationalité française, veuillez sélectionner la modalité France*

- France
- Union européenne
- Europe (hors Union européenne)
- Afrique Subsaharienne
- Maghreb
- Proche et Moyen-Orient
- Asie
- Océanie et Amériques
- Autre
- Ne souhaite pas répondre

*Si nationalité n'est pas française***6. Depuis quand êtes-vous en France (dernière entrée) ?***Choix unique*

- Moins de 3 mois
- 3 mois et plus
- Ne souhaite pas répondre

**7. Êtes-vous ou avez-vous été demandeur d'asile ?***Choix unique*

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

**Situation sociale****8. Situation du ménage***Choix unique*

- Personne seule
- Famille monoparentale
- Couple sans enfant
- Couple avec 1 ou 2 enfants
- Couple avec 3 enfants ou plus
- Autre
- Ne souhaite pas répondre

**9. Dans quel(s) type(s) de logement(s) avez-vous vécu au cours des 30 derniers jours ?***Veuillez sélectionner l'ensemble des lieux dans lesquels vous avez été logé au cours des 30 derniers jours**Choix multiples*

- Logement personnel
- Hébergé(e) par de la famille ou des amis
- Hébergé(e) par un réseau/collectif militant/hébergement solidaire
- Hébergé(e) par un organisme ou une association pour plus de 15 jours
- Hébergement d'urgence pour une durée de 15 jours ou moins
- Logement sans bail (squat, bidonville)
- Terrain sans droit (squat, bidonville)
- Personne à la rue
- Autre situation
- Ne souhaite pas répondre

**10. Disposez-vous d'une adresse pour recevoir votre courrier ?***Choix unique*

- Oui, adresse personnelle ou chez famille, amis
- Oui, dans une institution ou une association
- Non, n'a pas fait les démarches/Ne sait pas
- Non, car a rencontré un problème ou un refus
- Ne souhaite pas répondre

**11. Quelles sont vos sources de revenus actuelles ?***Choix multiples*

- Salaire (activité professionnelle)
- Prime d'activité
- Revenu de Solidarité Active (RSA)
- Allocation chômage
- Retraite
- Aides étudiantes (ex : bourse sur critères sociaux)
- Aides financières aux familles (exemple : allocations familiales)
- Aides au logement (exemple : APL)
- Autres allocations (exemple : personnes âgées, personnes en situation de handicap, invalidité, demandeurs d'asile)
- Autre
- Aucune ressource
- Ne souhaite pas répondre

**12. Quel est votre revenu mensuel actuel ?***Choix unique**Revenu net*

- 798 € par mois ou moins
- Entre 799 € et 1077 € par mois
- Plus de 1077 € par mois
- Ne souhaite pas répondre

**13. Disposez-vous d'un compte bancaire ?***Choix unique*

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

## Couverture santé

### 14. Quels sont vos droits de santé actuels ?

*Choix unique*

- Couverture maladie de base (remboursement de la sécurité sociale à hauteur de 70% ou 90% selon la région)
- AME – Aide Médicale d'Etat (Dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins)
- Droits de santé dans un autre pays européen
- Assurance dans le cadre d'un visa
- Aucun droit de santé
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

**15. [Si question 14 = Couverture maladie de base.] Si vous avez une couverture maladie de base, avez-vous également une complémentaire santé ? (Prise en charge à hauteur de 10% ou 30% selon la région pour compléter la couverture maladie de base)**

*Choix unique*

- Oui, Complémentaire Santé Solidaire (CSS) – Ex-CMU
- Oui, une autre complémentaire (mutuelle)
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

**16. [Si question 15 = Non.] Si vous n'avez pas de complémentaire santé, pouvez-vous expliquer pourquoi ?**

*Choix multiples. Ne pas énoncer les modalités de réponse (écouter la réponse de la personne interrogée et cocher les cases concernées)*

- Ne connaît pas les aides
- Ne comprend pas les démarches
- Les aides n'ont pas été proposées (connues ou non)
- Aides demandées mais pas activées
- Aides connues mais pas demandées
- Droits non-éligibles
- Présence sur le territoire français inférieure à 3 mois
- En cours de régularisation
- Oubli de régularisation
- Abandon des procédures d'inscription/de régularisation (procédures trop longues, trop compliquées, trop contraignantes)
- Autre : \_\_\_\_\_
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

**17. [Si question 14 = Aucun droit de santé.] Si vous n'avez aucun droit de santé, pouvez-vous expliquer pourquoi ?**

*Choix multiples. Ne pas énoncer les modalités de réponse (écouter la réponse de la personne interrogée et cocher les cases concernées)*

- Ne connaît pas les aides
- Ne comprend pas les démarches
- Les aides n'ont pas été proposées (connues ou non)
- Aides demandées mais pas activées
- Aides connues mais pas demandées
- Droits non-éligibles
- Présence sur le territoire français inférieur à 3 mois
- En cours de régularisation
- Oubli de régularisation
- Abandon des procédures d'inscription/de régularisation (procédures trop longues, trop compliquées, trop contraignantes)
- Autre : \_\_\_\_\_
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

## Freins à l'accès aux droits de santé

**18. Quels sont, selon vous, les principaux freins à l'accès aux droits de santé ?**

*Choix multiples*

- Méconnaissance du système
- Usage du numérique
- Complexité administrative
- Difficultés linguistiques
- Fermeture de guichets
- Délai d'attente, conditions d'accueil (horaires, etc.)
- Mobilité
- Autre : \_\_\_\_\_
- Ne souhaite pas répondre

**19. Quel est votre niveau de connaissance concernant vos droits de santé ?**

*Choix unique*

- Bon
- Moyen
- Faible
- Ne souhaite pas répondre

## Accès aux soins

### Situation santé

**20. Compte tenu de votre âge, pensez-vous être en bonne santé ?**

*Choix unique*

- Pense être en bonne santé
- Pense ne pas être en bonne santé
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

**21. À quand remonte votre dernière consultation chez un médecin en France ?**

*Choix unique*

- Moins de 6 mois
- Entre 6 mois et 1 an
- Entre 1 an et 2 ans
- Plus de 2 ans
- Jamais consulté de médecin (en France)
- Ne souhaite pas répondre

**22. Avez-vous un médecin traitant en France ?**

*Le médecin traitant tient à jour votre dossier médical, coordonne votre parcours de soins et centralise les avis des autres soignants. Si la personne répond Médecins du Monde, veuillez considérer que la réponse est non. Choix unique.*

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

**23. [Si question 22 = Non] Pour quelle raison n'avez-vous pas de médecin traitant en France ?**

*Ne pas énoncer les modalités de réponse (écouter la réponse de la personne interrogée et cocher les cases concernées). Choix multiples.*

- Pas de couverture maladie de base
- Ne sait pas comment faire
- Plus de médecin traitant sur le secteur (saturation, ne prend plus de nouveau patient)
- Refus de soins dû à l'AME ou la CSS
- Refus de soins dû à la barrière de la langue
- Refus de soins sans explication
- Consulte chez Médecins du Monde ou autre association
- Autre : \_\_\_\_\_
- Jamais consulté de médecin (en France)
- Ne souhaite pas répondre

**Communication - Interprétariat**

**24. En France, lors de votre dernière consultation avec un professionnel de santé (médecin, dentiste, etc.), avez-vous eu des difficultés à comprendre ou à vous faire comprendre par le professionnel de santé ?**

*Choix unique*

- Oui
- Non
- Jamais consulté de médecin (en France)
- Ne souhaite pas répondre

**25. [Si question 24 = Oui] Lors de cette consultation, avez-vous été aidé pour des problèmes de langue ?**

*Choix unique*

- Oui, par un proche

- Oui, par un interprète
- Oui, par une application de traduction
- Oui, par une personne du service qui parlait votre langue
- Non, vous n'en aviez pas besoin
- Non et vous en auriez eu besoin
- Jamais consulté de médecin (en France)
- Ne souhaite pas répondre

**26. En France, lors de votre dernière consultation avec un professionnel de santé (médecin, dentiste, etc.), avez-vous reçu des réponses à toutes vos questions concernant votre état de santé, votre traitement, vos soins, etc. ?**

*Choix unique*

- Oui
- Non
- Jamais consulté de professionnel de santé (en France)
- Ne souhaite pas répondre

**27. En France, lors de votre dernière consultation avec un médecin, vous êtes-vous senti attentivement écouté concernant votre situation médicale (symptômes, antécédents médicaux, antécédents familiaux, etc.) ?**

*Choix unique*

- Oui
- Non
- Jamais consulté de médecin (en France)
- Ne souhaite pas répondre

**28. En France, lors de votre dernière consultation avec un médecin, avez-vous discuté de votre situation économique et sociale (conditions de vie, moyens financiers, emploi, etc.) ?**

*Choix unique*

- Oui
- Non
- Jamais consulté de médecin (en France)
- Ne souhaite pas répondre

**Refus de soins**

**29. En France, au cours de cette dernière année, vous est-il arrivé qu'un professionnel de santé (médecin, dentiste, etc.) refuse de vous recevoir ou de vous revoir ?**

*Choix unique*

- Oui
- Non
- Jamais essayé de voir un professionnel de santé (en France)
- Ne souhaite pas répondre

**30. [Si question 29 = Oui] Pour quelle raison ce(s) professionnel(s) de santé vous a/ont-il(s) refusé des soins ?**

*Ne pas énoncer les modalités de réponse (écouter la réponse de la personne interrogée et cocher les cases concernées). Choix multiples.*

- Pas de couverture maladie de base
- Ne prend plus de nouveaux patients
- Refus de soins dû à l'AME ou la CSS
- Refus de soins dû à la barrière de la langue
- Refus de soins sans explication
- Autre : \_\_\_\_\_
- Ne souhaite pas répondre

**31. [Si question 29 = Oui] De quel(s) professionnel(s) de santé s'agissai(en)t-il(s) ?**

*Choix multiples*

- Médecin généraliste
- Médecin spécialiste
- Dentiste
- Pharmacien
- Kinésithérapeute
- Sage-femme
- Infirmier
- Autre : \_\_\_\_\_
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

### **Renoncement et report des soins**

**32. En France, au cours de cette dernière année, avez-vous ou d'autres personnes de votre foyer renoncé à des soins ?**

*Choix unique. Abandonner les soins.*

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

**33. [Si question 32 = Oui] Le renoncement portait sur quel(s) type(s) de soin(s) ?**

*Choix multiples*

- Acte chirurgical
- Consultation chez un médecin généraliste
- Consultation gynécologique
- Suivi précoce de la grossesse
- Consultation chez un médecin spécialiste
- Consultation chez un psychiatre
- Kinésithérapeute
- Soins dentaires
- Achat de médicaments
- Appareillage auditif, lunettes ou lentilles
- Analyses ou examens médicaux
- Repos prescrit (arrêt-maladie)
- Autre : \_\_\_\_\_
- Ne souhaite pas répondre

**34. [Si question 32 = Oui] Quelles étaient les raisons du renoncement des soins ?**

*Ne pas énoncer les modalités de réponse (écouter la réponse de la personne interrogée et cocher les cases concernées). Choix multiples.*

- Mauvaises expériences antérieures (accueil/prise en charge)
- Stigmatisation
- Peur des médecins, du diagnostic
- Non-connaissance de praticiens
- Avance de frais
- Reste à charge trop élevé
- Éloignement géographique
- Absence de moyens de transport
- Coût du transport élevé
- Impossibilité physique de se déplacer
- Refus de soins d'un praticien (discrimination/saturation)
- Délais de rendez-vous trop longs
- Retard du professionnel de santé (salle d'attente)
- Problème de disponibilité (pas le temps)
- Craintes liées au travail (pression)
- Perte de revenu dû à un arrêt de travail
- Démarches trop compliquées (besoin d'accompagnement)
- Peu ou pas urgent
- Choix personnel de ne pas se faire soigner
- Autre : \_\_\_\_\_
- Ne souhaite pas répondre

**35. En France, au cours de cette dernière année, avez-vous ou d'autres personnes de votre foyer reporté des soins ?**

*Renvoyer les soins à plus tard. Choix unique.*

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

**36. [Si question 35 = Oui] Le report portait sur quel type de soins ?**

*Choix multiples*

- Acte chirurgical
- Consultation chez un médecin généraliste
- Consultation gynécologique
- Suivi précoce de la grossesse
- Consultation chez un médecin spécialiste
- Consultation chez un psychiatre
- Kinésithérapeute
- Soins dentaires
- Achat de médicaments
- Appareillage auditif, lunettes ou lentilles
- Analyses ou examens médicaux
- Repos prescrit (arrêt-maladie)
- Autre : \_\_\_\_\_
- Ne souhaite pas répondre

**37. [Si question 35 = Oui] Quelles étaient les raisons du report des soins ?**

*Ne pas énoncer les modalités de réponse (écouter la réponse de la personne interrogée et cocher les cases concernées). Choix multiples.*

- Mauvaises expériences antérieures (accueil/prise en charge)
- Stigmatisation
- Peur des médecins, du diagnostic
- Non-connaissance de praticiens
- Avance de frais
- Reste à charge trop élevé
- Éloignement géographique
- Absence de moyens de transport
- Coût du transport élevé
- Impossibilité physique de se déplacer
- Refus de soins d'un praticien (discrimination/saturation)
- Délais de rendez-vous trop longs
- Retard du professionnel de santé (salle d'attente)
- Problème de disponibilité (pas le temps)
- Craintes liées au travail (pression)
- Perte de revenu dû à un arrêt de travail
- Démarches trop compliquées (besoin d'accompagnement)
- Peu ou pas urgent
- Choix personnel de ne pas se faire soigner
- Autre : \_\_\_\_\_
- Ne souhaite pas répondre

**Observance thérapeutique**

**38. En France, au cours de cette dernière année, un médecin vous a-t-il fait une ordonnance pour des médicaments ?**

*Choix unique*

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Jamais consulté de médecin (en France)
- Ne souhaite pas répondre

**39. [Si question 38 = Oui] Avez-vous pu prendre ces médicaments ?**

*Choix unique*

- Oui, pendant toute la durée du traitement
- Oui, mais je n'ai pas fait toute la durée
- Non
- Ne sait plus
- Ne souhaite pas répondre

**40. [Si question 39 = Non ou pas toute la durée] Pourquoi n'avez-vous pas pu prendre ces médicaments ou pas pendant toute la durée du traitement ?**

*Ne pas énoncer les modalités de réponse (écouter la réponse de la personne interrogée et cocher les cases concernées). Choix multiples.*

- Difficultés financières
- Incompréhension sur le traitement
- Méfiance sur le traitement/effets secondaires
- Non convaincu de l'utilité du traitement
- Autre : \_\_\_\_\_
- Ne souhaite pas répondre

**41. En France, au cours de cette dernière année, un médecin vous a-t-il fait une ordonnance pour une prise de sang ou des radios ?**

*Choix unique*

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Jamais consulté de médecin (en France)
- Ne souhaite pas répondre

**41. [Si question 40 = Oui] Avez-vous pu réaliser ces radios et/ou prises de sang ?**

*Choix unique*

- Oui, toutes
- Oui, mais pas toutes
- Non
- Ne sait plus
- Ne souhaite pas répondre

**42. [Si question 41 = Non ou pas toutes] Pourquoi n'avez-vous pas pu réaliser ces radios et prises de sang, ou pas l'intégralité de la prescription ?**

*Choix multiples. Ne pas énoncer les modalités de réponse (écouter la réponse de la personne interrogée et cocher les cases concernées).*

- Difficultés financières
- Incompréhension
- Méfiance
- Non convaincu de l'utilité
- Autre : \_\_\_\_\_
- Ne souhaite pas répondre

**Attitudes et comportements en santé**

**43. Avez-vous peur d'aller chez le médecin en France ?**

*Choix unique*

- Jamais
- Parfois
- Toujours
- Ne souhaite pas répondre

**44. [Si question 43 = Toujours ou Parfois] Pour quelles raisons vous arrive-t-il d'avoir peur d'aller chez le médecin en France ?**

*Texte*

**45. Faites-vous confiance aux professionnels de santé en France ?**

*Choix unique*

- Jamais
- Parfois
- Toujours
- Ne souhaite pas répondre

**46. [Si question 45 = Jamais ou Parfois] Pour quelles raisons vous arrive-t-il de ne pas faire confiance aux professionnels de santé en France ?**

*Texte*

**47. Avez-vous des réticences à consulter un professionnel de santé du sexe opposé au vôtre ?**

*Choix unique*

- Oui
- Non
- Ne souhaite pas répondre

**48. En France, lorsque vous avez un problème de santé, où allez-vous consulter habituellement en première intention ?**

*Choix unique. Ne pas énoncer les modalités de réponse (écouter la réponse de la personne interrogée et cocher les cases concernées).*

- Médecin libéral (en cabinet)
- Urgences
- Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)
- Hôpital (en-dehors des urgences et de la PASS)
- Centre de soins, centre de la sécurité sociale, Espaces Solidarité Insertion (ESI)
- Association (y compris Médecins du Monde)
- Médecine traditionnelle
- Pharmacie
- Autre : \_\_\_\_\_
- Ne consulte pas
- N'a pas eu de problème de santé en France
- Ne sait pas
- Ne souhaite pas répondre

**49. Dans votre pays d'origine (si la personne n'est pas française), lorsque vous aviez un problème de santé, où alliez-vous consulter en première intention ?**

*Choix unique. Ne pas énoncer les modalités de réponse (écouter la réponse de la personne interrogée et cocher les cases concernées).*

- Médecin (en cabinet)
- Urgences
- Hôpital (en-dehors des urgences)
- Dispensaire, centre de soins, ONG (Organisation Non Gouvernementale)
- Médecine traditionnelle
- Autre : \_\_\_\_\_
- Ne consulte pas

- Ne sait pas
- Non concerné
- Ne souhaite pas répondre

### Attentes des personnes interrogées

**50. Si vous aviez la possibilité d'améliorer votre prise en charge et votre accompagnement en santé, que suggèreriez-vous ?**

*Texte*

Nous vous remercions grandement pour votre participation à cette étude qui vise à dimensionner au mieux la mise en place d'un réseau de santé de proximité pour améliorer la prise en charge médico-sociale des personnes en difficultés. Si vous souhaitez transmettre une plainte, une remarque ou poser une question à Médecins du Monde, vous pouvez nous contacter aux coordonnées suivantes : [...]

Commentaires de l'administrateur :

-----







**SOIGNE AUSSI  
L'INJUSTICE**