

Vers une meilleure qualité des soins pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'État (AME) en Gironde : enquête qualitative par focus-groupes auprès des médecins généralistes des bénéficiaires de l'AME de Bordeaux Métropole

Marion Gimenez Tessier

▶ **To cite this version:**

Marion Gimenez Tessier. Vers une meilleure qualité des soins pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'État (AME) en Gironde : enquête qualitative par focus-groupes auprès des médecins généralistes des bénéficiaires de l'AME de Bordeaux Métropole. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01910361

HAL Id: dumas-01910361

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01910361

Submitted on 31 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2018 N°125

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le 04 octobre 2018

Par Marion GIMENEZ TESSIER
Née le 16 octobre 1988 à Paris 13e (75)

Vers une meilleure qualité des soins pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'État (AME) en Gironde

Enquête qualitative par focus-groupes auprès des médecins généralistes des bénéficiaires de l'AME de Bordeaux Métropole

Sous la direction de M. le Docteur Nicolas GOUJON

Membres du jury :

M. le Professeur Jean-Louis DEMEAUX (Président)
M. le Docteur Christophe ADAM (Rapporteur)
M. le Professeur Fabrice BONNET
M. le Docteur Emmanuel PROTHON
Mme la Docteure Marie BOISVERT



Remerciements

Aux membres du jury :

À Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX pour nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Christophe ADAM pour avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail. Je vous remercie pour les remarques apportées ainsi que pour votre engagement quotidien auprès des populations précaires. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

À Madame la Docteure Marie BOISVERT pour avoir accepté de juger ce travail. J'admire le travail que vous effectuez au sein de la PASS. Soyez assurée de mon respect et de ma gratitude.

À Monsieur le Professeur Fabrice BONNET pour avoir accepté de juger ce travail. Merci de l'intérêt que vous portez à mon travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON pour avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de mon respect et de ma reconnaissance.

Et enfin à Monsieur le Docteur Nicolas GOUJON pour avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour ton soutien, ta gentillesse, tes remarques toujours positives et ton aide durant ces trois années. Merci de m'avoir montré qu'on pouvait être médecin généraliste, père, militant, impliqué dans pleins de projets et rester ouvert, à l'écoute et toujours souriant.

À l'équipe Premier Pas. Merci a Laurence Kotobi et Marie-Laure Pouchadon pour leurs conseils et pour m'avoir aidé à organiser et animer les focus-groupes. Merci à Clara Lemonnier pour son aide. Merci a tous pour votre aide et votre implication. Vous voir travailler avec autant de passion est une véritable source d'inspiration.

À tous les médecins qui ont accepté de participer aux focus-groupes malgré des emplois du temps surchargés.

À tous les professionnels que j'ai pu croiser durant mes études.

Au Dr Seillan qui pendant l'externat m'a fait découvrir la médecine générale. À l'équipe de gériatrie de Périgueux pour m'avoir soutenu pendant mon premier stage d'internat. À celle de l'hôpital de jour de Bagatelle et à mes co-internes pour leur bonne humeur. À l'équipe des urgences de Lesparre, merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir tant appris. À mes maître de stage de médecine générale. Au Dr Lalanne, pour m'avoir enseigné la patience, la rigueur scientifique et la passion. Au Dr Neuffer pour m'avoir appris à écouter les patients et à savoir dire non. Au Dr Castera pour m'avoir fait découvrir l'entretien motivationnel. À tous les bénévoles de l'équipe SQUAT et du CASO de Médecins du Monde, j'ai tellement appris pendant ce stage, un merci spécial au Dr Rouquier Françoise pour tout ce que tu m'as enseigné.

À ma famille.

Merci à mes parents pour leur soutien, leurs conseils et leur amour sans faille. À Martin pour son caractère de cochon et sa gentillesse : merci de me faire rire et de me permettre de jouer la grande sœur. À Margaux pour être une merveilleuse petite sœur et une des plus belle personne que je connaisse. À Laurette pour m'avoir hébergée et soutenue pendant l'internat d'abord puis les long remplacements en Dordogne. À mamie pour me montrer qu'on peut vieillir mais rester toujours au top de la modernité et du fun. Merci à ma belle famille pour leur accueil dans leur grande famille.

À mes amis, de Bordeaux à Chicago et bientôt à Lugano.

Merci à Faustine pour être toi et cela depuis 20 ans, merci d'avoir toujours été là. Merci à Marie pour toutes ces années d'amitié et de rire, de plage, de souvenir, on est loin mais on ne s'oublie pas. Merci à Christelle, je ne sais pas quoi dire pour exprimer à quel point ton amitié et ton soutien ont été importants depuis toutes ces années, merci d'être toi. Merci à Lætitia, super externe, super interne, super cheffe et super amie. Merci à Antoine et José-Luis, les gars vous êtes au top et je vous aime.
Merci aux copains en France, Fabien, Fanny, Patrick, Regis, Laetitia et tous les autres pour votre bonne humeur et votre amitié.
Merci aux copains de Chicago pour cette formidable aventure d'expat' de 2 ans et demi et tous ces souvenirs.

Et enfin merci à François qui partage ma vie, qui me soutient depuis si longtemps et qui me fait vivre chaque jour de belles aventures, vivement la prochaine !

Glossaire

- ACS : Aide à la Complémentaire Santé
- ALD : Affection Longue durée
- AMG : Aide Médicale Gratuite
- AMD : Aide Médicale Départementale
- AME : Aide Médicale de l'État
- ARS : Agence Régionale de Santé
- CASO : Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation de Médecins du Monde
- CCAS/CIAS : Centre d'Action Communale/Intercommunal d'Action Sociale
- CESEDA : Code d'Entrée et de Séjour des Étrangers et Demandeurs d'Asile
- CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
- CIMADE : Comité Inter Mouvements Auprès Des Évacués
- CMU : Couverture Maladie Universelle
- CMU c : Couverture Maladie Universelle complémentaire
- CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie et des Travailleurs Salariés
- COMEDE : COmité MEDical pour les Exilés
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- DREES : Direction des Recherches, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- FNARS : Fédération Nationale d'Accueil et de Réinsertion Sociale
- GISTI : Groupe d'Information et de Soutien des Immigré·e·s
- IGAS/IGF : Inspection Générale des Affaires Sociales/des Finances
- INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé
- MdM : Médecins du Monde
- PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- PRIPI : Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrés
- PUMA : Protection Universelle MAladie
- ODSE : Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers
- OFFI : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
- OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
- OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français

Tables des Matières

Glossaire....4
Tables des Matières....5
Contexte....9
1 L'aide sociale à destination des migrants en France....9
1.1 Historique de l'accès aux droits sociaux avant la création de l'AME....9
1.2 Historique de l'accès aux droits sociaux depuis la création de l'AME....10
1.3 L'Aide Médicale de l'État en 2018....13
1.3.1 Qui peut en bénéficier....13
1.3.2 Le dossier AME....13
1.3.3 Le panier de soins....14
1.3.4 Les bénéficiaires de l'AME....16
1.3.5 Financement de l'AME....18
1.3.5.1. L'AME est financée par l'État....18
1.3.5.2. La consommation moyenne d'un bénéficiaire de l'AME....20
2 L'étude « Premiers Pas »....22
2.1 Objectifs de la recherche....22
2.2 Méthode....23
2.2.1 Volet qualitatif....23
2.2.2 Volet quantitatif....24
2.3 Financements....25
Enquête auprès des médecins généralistes exerçant dans Bordeaux Métropole....26
1 Objectifs de la recherche....26
1.1 Objectif principal....26
1.2 Objectifs secondaires....26
2 Matériels et Méthodes....27
2.1 Choix de la méthode....27
2.2 Recherche bibliographique....27
2.3 Guide d'entretien....28
2.4 Recrutement des médecins généralistes....29
2.4.1 Critères d'inclusion....29
2.4.2 Échantillonnage et recrutement des médecins généralistes....29
2.5 Collecte des données....31
2.6 Méthode d'analyse....31
2.6.1 Retranscription....31
2.6.2 Codage....32
2.6.3 Saturation des données....32
2.7 Procédures réglementaires....32
2.8 Rétributions et conflits d'intérêt....32
3 Résultats....33
3.1 Description des focus-groupes....33
3.1.1 Focus-groupe numéro 1....33
3.1.2 Focus-groupe numéro 2....34
3.1.3 Focus-groupe numéro 3....34
3.2 Analyse par thèmes....35
3.2.1 Représentations des médecins sur les bénéficiaires de l'AME....35
3.2.1.1. Différents profils sociologiques de patients AME....35

3.2.1.2. Les spécificités des bénéficiaires de l'AME....36
Des patients presque comme les autres....36
Des patients précaires....36
Des pathologies spécifiques....37
L'insécurité....38
3.2.1.3. Représentations, préjugés et idées reçues....38
3.2.2 Représentations des médecins sur le système de l'AME....41
3.2.2.1. Le rôle de l'AME....41
L'AME est indispensable....41
L'AME comme marqueur dans la société....41
3.2.2.2. L'AME, un dispositif complexe pour les patients....42
Une démarche active....42
Des difficultés pour se saisir du dispositif....43
3.2.3 Les difficultés rencontrées par les médecins....44
3.2.3.1. La communication....44
Les différences culturelles....44
Les problèmes d'attitude et de comportement....45
Les conséquences de l'absence d'interprètes professionnels lors des consultations. .46
Histoire et contexte de vie difficile....47
3.2.3.2. Le volet administratif....48
Les feuilles de soins papier....48
Le renouvellement de la carte et les ruptures d'affiliation....49
Trop de temps consacré aux tâches administratives....50
La prise de rendez-vous....51
Les bénéficiaires de l'AME ne peuvent pas déclarer de médecin traitant....51
3.2.3.3. L'accès aux soins spécialisés....53
L'accès aux spécialistes....53
L'accès aux soins de santé mentale....54
3.2.3.4. Le sentiment d'isolement....55
Le manque de connaissance des partenaires....55
Le manque de connaissances théoriques....56
Le manque d'information sur l'AME....57
Un sentiment d'injustice et d'instrumentalisation....57
3.2.3.5. Des consultations chronophages....58
3.2.3.6. Le métier de médecin généraliste....59
3.2.4 Les solutions apportées : réalité de la pratique....60
3.2.4.1. Adaptation de la pratique en consultation....60
L'adaptabilité du planning....60
Fragmenter les consultations....61
L'interprétariat non professionnel....61
Davantage de dépistages systématiques....62
Adaptation des prescriptions jusqu'à contourner la loi parfois....62
Le choix des correspondants....64
3.2.4.2. Des médecins très impliqués et militants....65
Accompagnement des patients dans le dispositif de l'AME....65
Aide à la prise des rendez-vous....65
L'implication dépasse parfois le cadre médical : quel est le rôle du médecin généraliste ?....66
3.2.5 Recommandations pour l'aide à la pratique....68
3.2.5.1. Le volet administratif....68

Des feuilles de soins électroniques....68
Une caisse nationale unique pour la gestion de l'AME....68
Un secrétariat médical pour tous....69
3.2.5.2. Accès aux partenaires....69
Faciliter l'accès aux spécialistes....69
Faciliter l'accès aux soins de santé mentale....69
Faciliter l'accès à des assistantes sociales ou à des travailleurs sociaux....70
Annuaire des partenaires....70
3.2.5.3. Accès à un interprétariat professionnel....71
3.2.5.4. Organiser différemment l'exercice de la médecine générale....72
La Rémunération....72
Plus de structures interdisciplinaires....72
3.2.5.5. Augmenter la cohérence du système social et de santé....73
4 Discussion....74
4.1 Forces et limites de l'étude....74
4.1.1 Validité externe....74
4.1.2 Validité interne : la méthode....74
4.1.3 Limites liées à la méthode....76
4.1.3.1. Biais de sélection....76
4.1.3.2. Biais de classement....76
4.1.4 Limites liées à l'analyse....77
4.2 L'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME....77
4.2.1 Caractéristiques des bénéficiaires de l'AME....78
4.2.1.1. Démographie....78
4.2.1.2. État de santé....79
4.2.1.3. La santé mentale....82
4.2.1.4. La précarité....86
4.2.1.5. Des patients « chronophages »....88
4.2.2 Les enjeux d'une bonne communication....89
4.2.2.1. Interculturalité et préjugés....90
4.2.2.2. La barrière de la langue....92
Le recours à un interprète non professionnel....93
L'utilisation de pictogramme ou de site de traduction en ligne....94
L'utilisation d'une langue tierce....95
L'interprétariat professionnel....95
4.2.3 Démarches administratives : des contraintes pesantes au quotidien....97
4.2.3.1. Pour les médecins....97
Les feuilles de soins papier....97
Le renouvellement de la carte et les ruptures d'affiliation....98
4.2.3.2. Pour les patients....99
Hétérogénéité de fonctionnement des organismes....100
La domiciliation....101
4.3 Le métier de médecin généraliste....102
4.4 Perspectives et recommandations....107
4.4.1 La formation des médecins généralistes....108
4.4.1.1. Formation à l'accompagnement des patients en situation de précarité....108
4.4.1.2. Formation à l'interprétariat....108
4.4.1.3. Formations à l'interculturalité et la médiation culturelle....109
4.4.2 Travailler en réseau....109
4.4.2.1. Avec les partenaires médicaux....109

Avec les médecins spécialistes....109
Avec les PASS et les pharmacies hospitalières....110
Avec le CHU....110
Avec les psychiatres et psychologues libéraux....111
4.4.2.2. Avec les partenaires non médicaux....111
Avec les médiateurs en santé....112
Avec les interprètes professionnels....114
4.4.2.3. Le projet CARE dans Bordeaux Métropole....114
4.4.3 Modification des pratiques....115
4.4.3.1. Modification et diversification des types de rendez-vous....115
4.4.3.2. Modification de la rémunération des médecins généralistes....115
4.4.3.3. Faciliter l'accès aux médecins généralistes à un secrétariat médical....116
4.4.3.4. Fusion AME et PUMA : une carte vitale pour tous....117
4.4.3.5. Améliorer les conditions de vie des patients migrants précaires....118
Conclusion....120
Bibliographie....122
Annexes....128
1. Exemplaire carte AME....128
2. Formulaire Cerfa....129
3. Guide d'entretien des focus-groupes....131
4. Courrier adressé aux médecins généralistes....132

Contexte

1 L’aide sociale à destination des migrants en France

1.1 Historique de l’accès aux droits sociaux avant la création de l’AME

L’Assistance Publique sous la forme du Bureau de Bienfaisance Publique commence à se développer en France au 19e siècle. À l’origine à visée de la classe laborieuse ouvrière, elle fournit alors une aide plus sociale que médicale puisque l’essentiel des dépenses concerne l’alimentation et l’entretien des malades pensionnaires, et assez peu les médicaments ou les soins [1]. Dès 1893 et la fin de la phase d’industrialisation, la loi du 15 juillet crée l’Assistance Médicale Gratuite aux termes de longs débats. Elle couvre les résidents français et étrangers sans distinction. La révolution industrielle a en effet entraîné l’afflux d’une importante main d’œuvre immigrée surtout européenne. Son article premier établit que :

> « *Tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l’État suivant son domicile de secours, l’assistance médicale à domicile, ou s’il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un lieu hospitalier. Les femmes en couche sont assimilées à des malades. Les étrangers malades, privés de ressources, seront assimilés aux Français toutes les fois que le Gouvernement aura passé un traité d’assistance réciproque avec leur nation d’origine.* »

Ainsi dès le début du 19e siècle, la France prend en charge les étrangers malades, sous conditions.

Après la Seconde Guerre Mondiale, la loi du 22 mai 1946 pose le principe de la généralisation de la Sécurité Sociale à l’ensemble de la population qui travaille. Il n’y a aucune condition de régularité de séjour pour être affilié à l’assurance maladie. Les travailleurs en situation irrégulière peuvent cotiser pour être couvert par le régime général au même titre que les autres salariés. Pendant et après les deux guerres mondiales, la France fait appel à des migrants français des colonies à la fois pour participer à l’effort de guerre mais également à la reconstruction du pays. Ainsi jusqu’en 1960 la France était le premier pays d’immigration européen [2].

« *La sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain, de cette incertitude constante qui crée chez eux un sentiment d'infériorité et qui est la base réelle et profonde de la distinction des classes entre les possédants sûrs d'eux-mêmes et de leur avenir et les travailleurs sur qui pèse, à tout moment, la menace de la misère*. » (extrait de l'exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945)

Cependant, un nombre non négligeable de personnes pauvres ne travaillant pas et donc ne cotisant pas, restaient en dehors du système. Il a donc été refondé en 1953 avec la création de l'Aide Médicale Gratuite (AMG), à la charge de l'État, accordant la gratuité des soins à toutes personnes résidant en France et ne pouvant y subvenir [3]. En 1983, le dispositif de l'AMG est transféré aux départements par la « loi de décentralisation » et l'Aide Médicale Départementale (AMD) est créée. Subordonnée à la seule condition de ressources, elle est accessible aux Français et aux étrangers qu'ils soient en situation régulière ou non.

Ainsi jusqu'en 1993, il n'existait aucune condition de régularité de séjour tant pour l'assurance maladie que pour l'AMD (réservée aux plus pauvres).

La loi 93-1027 du 24 août 1993 relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers, dite « deuxième loi Pasqua » subordonne l'affiliation à l'assurance maladie à la régularité du séjour. Cette loi exclut désormais l'ensemble des personnes en situation irrégulière de ce droit [4]. Pour les étrangers sans papier, il reste le dispositif de l'AMD. Cette dernière leur permet uniquement d'avoir accès à l'aide médicale hospitalière sur dossier. Pour bénéficier des soins de ville, « aide médicale à domicile », il faut justifier de trois ans de résidence sur le territoire sauf pour les mineurs. En cas d'urgence vitale, il reste toujours les urgences hospitalières.

1.2 Historique de l'accès aux droits sociaux depuis la création de l'AME

Le dispositif de l'AMD aurait dû disparaître avec la loi 99-641 du 27 juillet 1999 relative à la Couverture Maladie Universelle (CMU) et ainsi réunir tous les résidents français dans une

protection maladie « universelle », égale pour tous. Mais le maintien de l'exigence de régularité de séjour pour l'assurance maladie a conduit à la pérennisation d'un dispositif d'aide médicale spécifique pour les étrangers en séjour irrégulier. Ce dispositif spécifique est alors dénommé « Aide Médicale de l'État (AME) ». Ainsi, l'affiliation à la CMU ou à l'AME se fait sur des critères juridico-administratifs : être ou ne pas être en situation régulière sans notion de durée de résidence sur le territoire. Cette distinction n'est pas strictement technique, car dépendre de la CMU ou de l'AME confère des droits différents. En effet, les bénéficiaires de l'AME ne sont pas des assurés sociaux, mais des bénéficiaires d'assistance [5], [6].

Depuis sa création en 1999, l'AME a subi de nombreuses transformations.

En 2002, la loi de finances rectificative n°2002-1576 est votée. L'accès aux soins de ville et donc à la médecine libérale est autorisé pour les personnes en situation irrégulière qui bénéficient de l'AME. La clause des trois ans de présence sur le territoire avant de pouvoir consulter un médecin de ville est abolie. Par ailleurs, l'article 57 souhaitait introduire le principe d'un ticket modérateur pour les bénéficiaires de l'AME. Devant la mobilisation des associations de défense des droits des étrangers (MdM, COMEDE, GISTI…), entre autre, il n'a pas été appliqué [7] [8].

En 2003, suite à la nouvelle loi de finances du 30 décembre, l'article 49 impose une condition de stabilité de séjour de 3 mois sur le territoire pour prétendre à une couverture maladie quelle que soit la régularité du séjour, y compris pour les mineurs. De plus, elle crée le fond pour les soins urgents et vitaux (Article L254-1 du CASF).

Six ans plus tard, en 2009, à la suite notamment des recommandations du rapport des inspections générales de 2007 [9], un titre d'admission sécurisé avec photographie (Annexe 1) est mis en place par l'arrêté du 10 juillet afin de remplacer la précédente attestation papier. Différente de la carte vitale, ne permettant pas la télétransmission, la carte AME sécurisée est créée.

Le projet de loi de finances de 2011, qui sera ratifié par le parlement inclut une série de mesures modifiant profondément l'AME et ce juste avant les élections présidentielles de 2012. Il instaure un droit annuel d'entrée dans l'AME de 30 euros par personne majeure malgré les recommandations du rapport de l'IGAS-IGF de 2010 [10] et les appels des nombreuses associations à renoncer à cette franchise [11]. Par ailleurs, il crée une restriction du panier de soins pour les bénéficiaires de l'AME [12]: exclusion de l'assistance médicale à la procréation, des cures thermales, des frais

d’hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés, ainsi que des frais de l’examen de prévention bucco-dentaire pour les enfants. De plus, il instaure une procédure d’agrément préalable avant toute hospitalisation dont le coût dépasse un seuil fixé chaque année par décret en Conseil d’État.

En 2012, la loi de finances rectificative du 16 août est votée après les élections présidentielles. Elle supprime définitivement, via l’article 29, le droit de timbre de 30 euros pour les bénéficiaires de l’AME conformément à l’engagement de François Hollande, président nouvellement élu, lors de sa campagne. Elle entraîne également la suppression de l’entente préalable pour les soins lourds coûteux en hospitalisation. Cette mesure n’a d’ailleurs jamais été mise en pratique en l’absence d’arrêté ministériel.

En 2015 est promulgué le décret n°2015-120 du 3 février relatif à la prise en charge des frais de santé par l’AME. Ce décret vient compléter la liste des prestations qui ne sont pas prises en charge pour les bénéficiaires de l’AME pour y inclure les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible et dont la participation de l’assurance maladie est généralement de 15 %. Auparavant, les dépenses en officine pharmaceutique des bénéficiaires de l’AME étaient prises en charge à 100% s’ils pouvaient bénéficier de génériques ou si le prescripteur avait indiqué la mention « non substituable ». Le service médical rendu n’était pas pris en compte. Le panier de soin des patients bénéficiaires de l’AME est ainsi différent de celui d’un patient dépendant du régime général ou de la CMU [13].

Depuis l’ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016, les bénéficiaires de l’AME peuvent participer aux protocoles de recherches thérapeutiques comme les autres assurés du régime général [14].

En 2016, la protection universelle maladie (PUMA) est créée [15]. Elle garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière, un droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie. Le dispositif de la CMU de base est donc supprimé. Les personnes en situation irrégulière résidant sur le territoire français ne peuvent par principe en bénéficier. Le système de l’AME reste donc un système d’exception, aux caractéristiques propres et aux droits en santé inférieurs au système de droit commun et universel pour le reste de la population.

1.3 L’Aide Médicale de l’État en 2018

1.3.1 Qui peut en bénéficier

Tout mineur, à son entrée sur le territoire français, peut bénéficier de l’AME sans conditions. Pour les adultes, les critères pour bénéficier de l’AME sont les suivants :

- Être une personne étrangère résidant en France métropolitaine ou dans un Département d’Outre-mer (DOM) de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois ;
- En situation irrégulière (absence de titre de séjour ou de récépissé de demande) ;
- Ayant des ressources inférieures à un plafond identique à celui exigé pour bénéficier de la CMU complémentaire [16].

1.3.2 Le dossier AME

Depuis 2012, les patients peuvent déposer leur dossier dans les CPAM, les CCAS, auprès des services sanitaires et sociaux du département de résidence ou encore auprès des associations ou organismes à but non lucratif agréés à cet effet par décision du représentant de l’État dans le département. (valable 3 ans renouvelable). Ce dossier comporte :

- Le formulaire CERFA n°11 573*05 (Annexe 2) ;
- Une attestation de domiciliation ;
- La copie d’un document attestant de l’identité ;
- Un document attestant de la résidence en France depuis plus de 3 mois ;
- Les documents relatifs aux ressources, imposables ou non imposables, perçues en France et à l’étranger au cours des douze mois précédant la demande, pour le demandeur et les personnes à sa charge. Ces pièces pouvant être difficiles à réunir pour les demandeurs, une attestation sur l’honneur est suffisante ;
- Une photo d’identité.

En cas de refus, un recours gracieux auprès du directeur de la caisse d’Assurance Maladie et/ou un recours contentieux devant la commission départementale d’aide sociale peut être demandés dans la limite des deux mois suivant ce refus.

Des écarts ont été constatés entre la loi et les pratiques parfois abusives des agents des CPAM pour les pièces justificatives demandées aux potentiels bénéficiaires de l'AME [17]. Ces pratiques peuvent ainsi rallonger le délai d'obtention et même favoriser le non-recours à l'AME.

Après dépôt, l'instruction du dossier peut en théorie durer jusqu'à 2 mois. En l'absence de réponse de la CPAM au bout de ces 2 mois, le dossier est considéré comme refusé. Dans la pratique, certaines caisses primaires dépassent ce délai et ne pratiquent pas le rejet implicite du fait de leurs délais habituels de traitement. En cas de dossier accepté, l'ouverture des droits à l'AME est rétroactive. Les droits à l'AME sont attribués pendant un an à compter de la date d'ouverture des droits figurant sur la carte. La demande de renouvellement doit être faite deux mois avant la date d'échéance.

1.3.3 Le panier de soins

L'Aide Médicale d'État, comme pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire permet la prise en charge à 100% des tarifs de la Sécurité Sociale, évite les avances de frais pour les dépenses de soins à l'hôpital ou en médecine libérale mais le panier de soins des bénéficiaires de l'AME est moindre. [14] Ce dernier comprend (Articles L251-1 à L251-3 du Code de Santé Publique) :

- les frais de médecine générale et spécialiste et de soins dentaires ;
- les frais pharmaceutiques et d'appareils à l'exception de ceux dont le service médical rendu a été classé comme faible ;
- les frais d'analyses et d'examens de laboratoire y compris les frais relatifs aux actes d'investigations individuels ;
- les frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle ;
- les frais d'intervention chirurgicale nécessaires, y compris les médicaments, produits et objets contraceptifs et frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue des prescriptions contraceptives ;
- les frais de soins afférents à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) ;
- les frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état de santé ;
- les frais de vaccinations obligatoires ;

- les frais relatifs aux examens de dépistage organisés pour les maladies aux conséquences mortelles évitables et les consultations de prévention ;
- les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, les frais d'examens pré-nataux et post-nataux obligatoires, les frais liés à l'examen médical du père et aux examens obligatoires des enfants de moins de 6 ans ;
- le forfait journalier hospitalier ;
- Les frais en lien avec un accident de travail.

Les bénéficiaires de l'AME, ainsi que leurs enfants, bénéficient d'une prise en charge à 100 % au tarif fixé par la Sécurité sociale des prothèses dentaires et des lunettes ainsi que des autres dispositifs à usages individuels (béquilles, fauteuil roulant…). Malheureusement, en pratique, le reste à charge pour ces prestations est généralement beaucoup trop cher pour le budget des personnes concernées.

Les bénéficiaires de l'AME peuvent bénéficier de la reconnaissance d'une ALD (affection de longue durée). Elle n'augmente pas le panier de soins des bénéficiaires de l'AME déjà à 100 % mais peut être utile à demander. En effet, elle conditionne la prise en charge des transports médicalisés dans de nombreux cas.

Ainsi, le panier de soins d'un bénéficiaire de l'AME est identique à celui d'un assuré social diminué de six prestations :

- les cures thermales ;
- la procréation médicalement assistée (PMA) ;
- les médicaments dont le service médical rendu est considéré comme faible ;
- les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés ;
- les frais de l'examen de prévention bucco-dentaire pour les enfants ;
- les indemnités journalières d'arrêt de travail (prestation en espèces).

Les bénéficiaires de l'AME ne peuvent pas déclarer de médecin traitant. Ils ne bénéficient pas non plus des prestations sociales qualifiées d'annexes des bénéficiaires de la sécurité sociale :

- pas de carte vitale ;
- pas d'accès au fond de secours dit « fond social » des caisses ;
- pas de tarif de solidarité sur l'énergie (électricité et gaz naturel) ;
- pas d'examen de santé périodique gratuit de la Sécurité Sociale ;
- pas d'accès aux soins des hôpitaux militaires (article L6147-7 du Code de la santé publique) ;
- pas d'accès à l'Allocation Adulte Handicapé (AAH). En effet, pour bénéficier de l'AAH, le demandeur doit résider de façon permanente sur le territoire français (les étrangers hors Union Européenne (UE) doivent être en possession d'un titre de séjour régulier).

1.3.4 Les bénéficiaires de l'AME

D'après le rapport 2017-18 de la mission santé de l'Assemblée Nationale [18]: 311 310 personnes bénéficient de l'AME au 31 mars 2016 contre près de 160 000 en 2002, soit une augmentation de près de 95% en quinze ans.

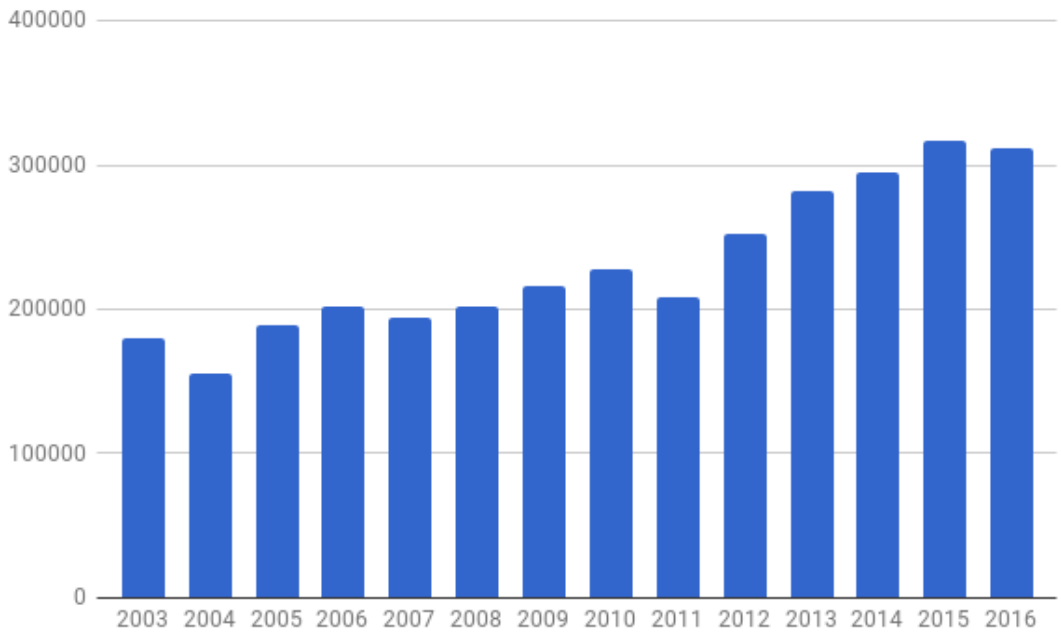


Illustration 1: Evolution du nombres de bénéficiaires de l'AME. Sources : Sénat

Le nombre de bénéficiaires de l'AME n'a cessé d'augmenter depuis sa création (Illustration 1), avec quelques variations. La diminution en 2004 du nombre de bénéficiaires peut s'expliquer par la mise en place de la condition de résidence ininterrompue sur le territoire d'au moins trois mois pour bénéficier de l'AME. Puis la hausse du nombre de bénéficiaires en 2005 peut être mise en relation avec l'accélération du traitement des demandes d'asile pendant cette période. Les déboutés du droit d'asile se sont reportés sur le dispositif de l'AME. En 2011, est instauré entre autre, le droit annuel d'entrée de 30 euros entraînant la diminution du nombre de bénéficiaires en 2012. Ce droit d'entrée est supprimé en 2012, expliquant le rebond de plus de 20% constaté cette même année. Les demandes d'asile n'ont également pas cessé d'augmenter notamment en lien avec les déplacements de populations vers l'Europe (Syrie, Irak, Soudan, Érythrée, etc.). Depuis 2016, on constate une légère inflexion de la courbe (-2%) qui se confirme pour 2017 [18] et cela malgré la constante augmentation du flux migratoire. Le recours à l'AME semble diminuer.

Les bénéficiaires de l'AME ne sont pas répartis de façon homogène sur le territoire français. Environ 55% d'entre eux résident en Île-de-France (dont 20 % à Paris et 16 % en Seine-Saint-Denis) et plus de 6 % en Guyane. D'après le PRIPI (Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées) de 2012, l'Aquitaine recense 90 000 personnes immigrées soit 2,5 % de la population régionale [19]. Ce chiffre est en dessous de la moyenne nationale qui est de 5,1 % (France métropolitaine uniquement). Les départements de la Gironde et des Pyrénées-Atlantiques concentrent près des 3⁄4 de ces personnes. D'après le rapport de l'OFPRA [20] en 2016, la Nouvelle-Aquitaine est la 5e région française métropolitaine et la Gironde, le 5e département à accueillir le plus de demandeurs d'asile.

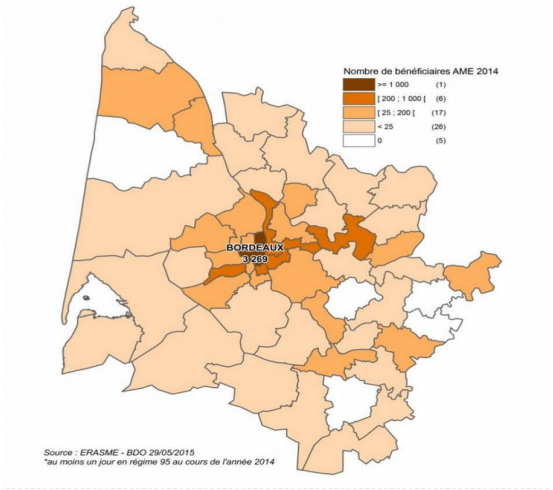


Illustration 2: Répartition des patients AME en Gironde en 2014 Source : CPAM Gironde

D’après les chiffres de la CPAM, en Gironde en 2014, on dénombre 6 248 bénéficiaires qui ont eu au moins un jour d’affiliation au titre de l’AME. Ces derniers représentent environ 0,3 % de l’ensemble des bénéficiaires affiliés à la CPAM. comme au niveau national, la majorité des bénéficiaires de l’AME se concentre sur des territoires particuliers. En effet, 87 % d’entre eux résident à Bordeaux Métropole contre 52 % du total des affiliés à la CPAM (Illustration 2).

1.3.5 Financement de l’AME

1.3.5.1. L’AME est financée par l’État

L’AME est une aide sociale qui ne fait pas partie de l’assurance maladie. Le financement relève de l’État (via l’impôt) et non de l’assurance maladie qui n’est qu’un gestionnaire des prestations. Autrement dit, les soins délivrés aux étrangers en situation irrégulière sont financés par l’État, qui rembourse aux caisses d’assurance maladie les sommes versées aux prestataires de soins. Ainsi, par définition, il ne peut y avoir de déficit de l’AME puisque chaque année, l’État budgétise ce qu’il reversera à l’assurance maladie pour les dépenses engagées au titre de l’AME. Systématiquement, le dispositif est sous-doté lors de la loi de finances (d’au moins 20%), et ce depuis 1999, générant une dette prévisible de l’État envers la Sécurité Sociale qui avance donc les frais en lien avec l’AME. Cette dette était de 57,3 millions en 2014 et plus que 11,4 millions d’euros en 2016 [21]. Le gouvernement semble avoir épuré la dette en 2018 d’après le projet de loi finance 2018 [22].

Le budget de l’AME pour l’année 2016 est estimé à 744,5 millions d’euro [21] soit moins de 0,4% du budget de la santé qui s’élève à 198,5 milliards d’euros [23]. Il comprend la gestion de l’AME « de droit commun » (qui correspond à 87 % des dépenses) ainsi que les soins urgents des étrangers en situation irrégulière présents depuis moins de trois mois sur le territoire communément appelés AME « humanitaire », les évacuations sanitaires de Mayotte vers la Réunion et les soins des personnes gardées à vues ou en rétention administrative.

En Gironde, la CPAM a versé près de 7 millions d’euros au titre de l’Aide Médicale d’État pour des soins réalisés en 2014.

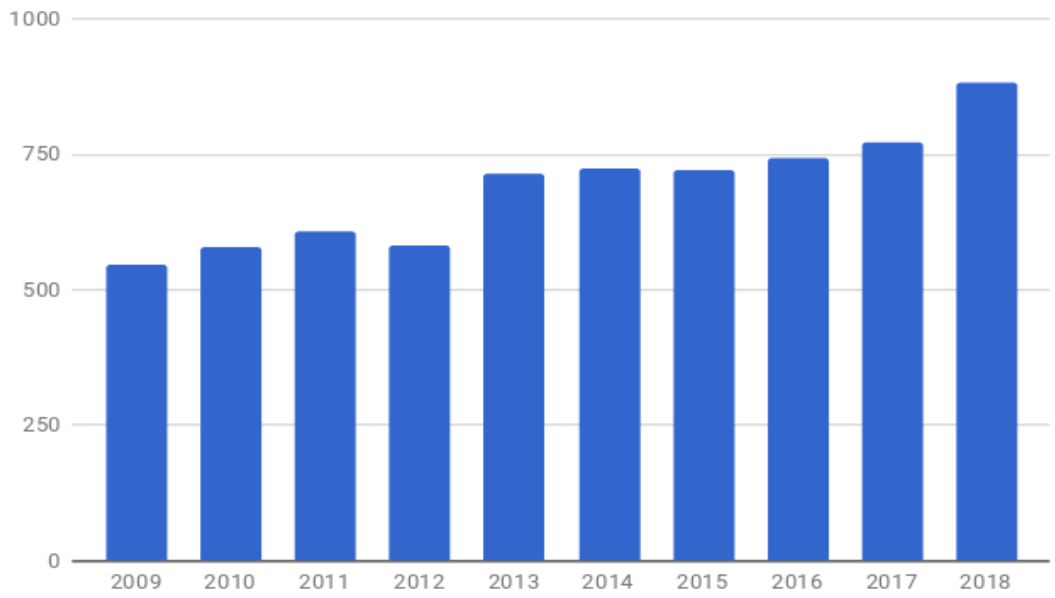


Illustration 3: Evolution du budget de l'AME (en millions d'euros) Source : Sénat

Le budget de l'AME n'a cessé d'augmenter depuis sa création (Illustration 3), entraînant, tous les ans, son lot de polémiques. Suspicion de fraude massive, « gouffre financier », filière de « migrants sanitaires », l'AME est régulièrement au centre de l'actualité politique et journalistique. D'après les rapports parlementaires et l'analyse des données statistiques de la CNAMTS, la hausse de la dépense est avant tout due à celle du nombre de bénéficiaires. Ces évolutions du budget de l'AME sont en adéquation avec la politique de gestion des demandes d'asile. En effet, les migrants déboutés du droit d'asile et qui bénéficiaient jusqu'alors de la CMU, se retrouvent en situation irrégulière et deviennent de potentiels bénéficiaires de l'AME [10].

Les cas de fraude à l'AME avérés sont rares, 54 cas en 2014 et 115 cas en 2015 (dont 73 personnes d'une même « filière » de patients géorgiens porteurs de tuberculose multi-résistante) pour un préjudice total estimé à 1,4 millions d'euros. Toutefois, en 2017, le gouvernement a décidé de renforcer et même d'augmenter les contrôles [21], [22] en introduisant une série de mesures :

- en 2018, introduction d'un contrôle ciblé sur 10 % des dossiers, soit un taux nettement plus élevé que pour les autres dispositifs. Des opérations de contrôles aléatoires, notamment dans le cadre de signalements réalisés par des administrations auprès des caisses primaires d'assurance maladie, ont été accentuées depuis 2016. Ainsi, les consulats français doivent

signaler les situations leur paraissant suspectes. Ce partage de l'information a été renforcé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 ;

- Centralisation de l'ensemble des demandes d'instruction des demandes d'AME en métropole auprès des trois caisses les plus concernées (Paris, Bobigny et Marseille) à partir de 2018 ;
- possibilité pour les caisses d'accéder aux informations détenues par le ministère de l'intérieur sur les titres de séjour afin de renforcer les contrôles.

1.3.5.2. La consommation moyenne d'un bénéficiaire de l'AME

La dépense moyenne annuelle par bénéficiaire de l'AME de droit commun ayant effectivement consommé des soins en 2016 s'établissait à 590 euros en médecine de ville, dont 25 % représentent les honoraires des médecins généralistes et spécialistes et 43 % les dépenses de médicaments. Les soins hospitaliers représentent 2140 euros par bénéficiaire « consommant » (65%). Soit au total une dépense moyenne de 3320 euros par consommant et par an [24]. Un affilié au régime général dépense quant à lui 2970 euros en moyenne par an en France [23], soit une différence de 350 euros par personnes et par an (+11%).

Plusieurs explications sont avancées pour comprendre cette différence.

Premièrement, chez les bénéficiaires de l'AME, l'état de santé est régulièrement décrit comme plus dégradé et les pathologies généralement plus lourdes par rapport au reste de la population (les maladies infectieuses graves telles que les hépatites virales, infections par le VIH ou encore la tuberculose constituent 9 % des diagnostics dans la seule étude de la DRESS sur les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins, alors même que l'incidence de ces pathologies est très faible en population générale) [25]. Ainsi, 10 % des consommateurs de soins les plus importants atteints de pathologies lourdes représentent 73% des dépenses totales pour l'AME contre 63% en population générale [26].

Deuxièmement, la consommation de soins des patients bénéficiaires de l'AME n'est pas comparable à celle de la population générale. En effet, l'obtention de l'AME est une démarche active et difficile, à la différence de l'assuré « de base » qui est automatiquement affilié à la sécurité sociale. Il est nécessaire de constituer un dossier pour en bénéficier. Or parmi les patients ayant fréquenté les Centres d'Accueil de Soin et d'Orientation (CASO) de MdM en 2016, près de 80%

des patients ont des droits théoriques à la couverture maladie dont plus de 50% qui relèvent de l'AME, mais ils n'en bénéficient pas au jour de leur première visite [27]. Les patients qui font les démarches pour bénéficier de l'AME en ont le plus souvent besoin rapidement. Ils font la démarche (ou des associations le font pour eux) parce qu'ils sont malades et ont besoin de soins, à la différence des assurés du régime général qui ne consomment pas systématiquement de soins au cours d'une année. Par conséquent, le nombre de personnes qui consomment au moins un soin par an est plus élevé que parmi les bénéficiaires du régime général. D'autre part, toujours d'après la même étude [25] plus de 40% des adultes bénéficiaires de l'AME consultants est porteur d'une maladie chronique donc d'une santé plus altérée avec la nécessité de soins réguliers (même si pas toujours sollicités). À titre de comparaison, 16,9% des assurés affiliés au régime général bénéficient d'une ALD (affection longue durée) en 2016 [28].

2 L’étude « Premiers Pas »

À l’heure actuelle, la majorité des études et des données produites s’intéressent aux « migrants », aux « immigrés » ou aux patients « précaires » sans se focaliser sur la population spécifique des bénéficiaires de l’AME. Les politiques migratoires de plus en plus strictes ces dernières années, qui tendent à remettre en cause l’accès des migrants aux soins (dont l’AME) comme au territoire, interrogent sur le dispositif même de l’AME ainsi que sur le vécu des professionnels de santé et des autres acteurs de soins au contact de cette population particulière.

Par ailleurs, malgré leur inscription dans le droit commun, les patients bénéficiaires de l’AME semblent continuer à utiliser des dispositifs d’exception comme les centres de consultations de Médecins du Monde (8 % en 2016 [29]) ou les PASS (9,4 % en 2016 [30]) ce qui questionne sur les freins et les barrières existants pour l’accès effectif aux soins.

2.1 Objectifs de la recherche

« Premiers Pas » est le nom d’un projet de recherche-action pluridisciplinaire universitaire portant sur les logiques d’entrée et d’appropriation du dispositif de l’AME par les bénéficiaires effectifs (après obtention du droit et réception de la carte) ou potentiels sur Bordeaux-métropole et Paris/Île-de-France. Il s’agit d’une étude multi-centrique utilisant une méthodologie qualitative et quantitative. Elle a pour objectif :

- produire des connaissances sur les parcours migratoires, les profils socio-démographiques, la réalité des besoins et des conditions d’accès et de recours au système de soins des populations résidant en France en situation irrégulière ;
- recueillir et analyser les représentations, les connaissances et les expériences des usagers de l’AME dans le système de soins (obtention de l’AME, renouvellement, parcours de soins, renoncement aux soins, etc.);
- recueillir les représentations, les connaissances et le vécu des professionnels et bénévoles des champs sanitaires et sociaux vis-à-vis de l’AME ;
- décrire l’état de santé perçu des bénéficiaires de l’AME ;
- identifier les principaux facteurs favorisants et freins à l’accès effectif aux soins de qualité et analyser leurs interactions.

Ainsi, « Premiers Pas » entend identifier des pistes concrètes pour améliorer l'accès aux soins des adultes bénéficiaires de l'AME en proposant des adaptations des stratégies d'accueil, d'orientation et d'accompagnement de ces populations dans le système de soins. Cette recherche s'inscrit également dans la sensibilisation des acteurs de terrain et des futurs professionnels du champ sanitaire et social pour un meilleur accès aux soins des populations migrantes, précaires ou vulnérables. Elle organise également de nombreux séminaires gratuits ouverts aux étudiants, chercheurs, professionnels et bénévoles ainsi qu'aux citoyens, bénéficiaires de l'AME ou futurs bénéficiaires. Ces séminaires proposent des interventions pluridisciplinaires réalisées par des chercheurs travaillant sur l'accès aux soins des populations en situation de migration. Enfin, « Premiers Pas » s'attache aussi à produire des recommandations auprès des autorités de santé.

Notre enquête de type focus-groupe auprès des médecins généralistes de Bordeaux-métropole, s'inscrit donc dans ce projet de recherche.

2.2 Méthode

Cette étude multi-centrique pluridisciplinaire est conduite par des chercheurs appartenant à 3 institutions : Université de Bordeaux (ISPED), Université Paris Dauphine et IRDES. L'Institut Régional du Travail Social Aquitaine (IRTS) et Médecins du Monde (MdM) sont partenaires du projet.

2.2.1 Volet qualitatif

La méthode d'enquête qualitative repose sur la collecte et l'analyse de 3 types de données recueillies dans Bordeaux Métropole et l'Île-de-France entre janvier 2017 et décembre 2018 :

- des observations ethnographiques auprès des bénéficiaires mais également des acteurs de terrain au cours de consultations médicales et auprès d'autres professionnels ou encore dans les lieux de vie des bénéficiaires de l'AME ;
- des entretiens semi-directifs ou informels auprès de professionnels de terrain, de bénévoles et de patients. L'objectif fixé est de trois entretiens par personne sur deux ans (inclusion dans le dispositif, pendant sa validité et au moment de son expiration);

- des entretiens individuels ou en groupe auprès de professionnels du secteur sanitaire et social dont nos focus-groupes auprès des médecins généralistes de Bordeaux-métropole.

Les principaux collaborateurs de la partie qualitative de la recherche sont :

- Laurence Kotobi : docteur et maître de conférence en anthropologie, faculté d'Anthropologie sociale-Ethnologie, Université de Bordeaux. Responsable pédagogique du Master 2 professionnel « Santé, Migrations, Médiations ». Directrice scientifique de la Revue Sociologie santé. Membre de l'UMR ADESS-CNRS-UB (5185): Aménagement, Développement, Environnement, Santé, Sociétés. Thèmes de recherche : inégalités d'accès aux soins, santé des migrants, précarité, santé reproductive ;
- Marie-Laure Pouchadon : docteur en sociologie, chargée de recherche à l'Institut Régional du Travail Social Aquitaine (IRTSA), Talence, chercheuse associée au Centre Emile Durkheim (UMR 5116). Thèmes de recherche : sociologie de l'intervention sociale, de l'engagement et de la participation. Membre du comité de rédaction de la revue Sociologie Santé ;
- Nicolas Goujon : Médecin généraliste et bénévole à Médecins du Monde. Responsable de mission CASO MdM Bordeaux (2012-2015) ;
- Clara Lemonnier : docteur en anthropologie, faculté d'Anthropologie sociale-Ethnologie, Université de Bordeaux CNRS équipe Passages.

2.2.2 Volet quantitatif

Par le biais d'un questionnaire construit spécifiquement et qui inclut les résultats de l'enquête qualitative, l'équipe de recherche va recueillir auprès d'une cohorte de bénéficiaires de l'AME des données relatives aux parcours migratoires, aux caractéristiques socio-économiques et familiales, aux conditions de vie et de travail mais également à l'état de santé perçu, aux recours aux soins ainsi qu'au renoncement aux soins, aux parcours assurantiels et coûts des soins et aux moyens mobilisés pour faire face à leurs dépenses de santé, aux recours au droit, sur les aides reçues et les difficultés administratives rencontrées. De plus, des données extraites des bases de données de la CPAM concernant les bénéficiaires de l'AME permettront de renseigner sur les trajectoires de soins et les typologies de consommation de soins.

L’équipe de recherche est composée de :

- Jérôme Wittwer : Professeur d’économie à l’université de Bordeaux, Collège Santé, ISPED (Institut de Santé Publique, d’Épidémiologie et de Développement). Responsable de l’équipe Économie et Management des Organisations de Santé (EMOS), centre Inserm U897 Épidémiologie et Biostatistique. Responsabilités scientifiques dans des projets de recherche sur l’accès et le recours aux soins. Il est le coordonnateur de la recherche Premier Pas ;
- Paul Dourgnon : IRDES, chercheur associé au LEGOS (Université Paris Dauphine) et à Hospinnomics. Économiste, directeur de Recherche (thèmes de recherche : équité dans le système de santé, évaluation des politiques publiques, méthodologie d’enquête et big data). Responsable français du projet Européen EUNAM 2011-2015 sur la santé des migrants Nord Africains ;
- Florence Jusot : Université Paris Dauphine et IRDES. Économiste, Professeur des universités. Chercheuse associée au LEDA-LEGOS et à l'INED, unité Mortalité, Santé, Épidémiologie.

2.3 Financements

Cette recherche est financée par l’ANR (Agence Nationale de la Recherche) [31], l’ARS Nouvelle-Aquitaine (Agence Régionale de la Santé) [32] et la Fondation des amis de Médecins du Monde [33].

Enquête auprès des médecins généralistes exerçant dans Bordeaux Métropole

1 Objectifs de la recherche

1.1 Objectif principal

L'objectif principal de notre recherche est de proposer des pistes d'amélioration dans la pratique professionnelle des médecins généralistes auprès d'un public spécifique, les adultes bénéficiaires de l'AME, pour au final améliorer la qualité et l'accès aux soins de cette population et favoriser le bien être au travail des soignants.

1.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de notre étude sont :

- décrire les représentations des pratiques professionnelles des médecins généralistes bordelais dans leurs consultations avec les bénéficiaires de l'AME ;
- identifier des pratiques spécifiques aux médecins généralistes, reconnaître et valoriser leur travail de terrain ;
- identifier les principaux leviers à l'accès aux soins primaires des patients bénéficiaires de l'AME ;
- établir des recommandations pour une meilleure pratique de soins des médecins généralistes.

2 Matériels et Méthodes

2.1 Choix de la méthode

L'approche méthodologique qualitative nous a semblé la plus adaptée à notre thématique. D'après la revue Exercer [34]: « l*a recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative »*. En effet, cette étude cherche à recueillir le vécu, connaître les difficultés rencontrées, par les médecins généralistes dans leurs pratiques de soins avec les patients adultes bénéficiaires de l'AME. Nous avons préféré la méthode des entretiens collectifs (ou focus-groupes) à celle des entretiens individuels, car il nous a semblé pertinent d'offrir un espace de partage des expériences vécues et des avis des professionnels en contact direct avec les bénéficiaires de l'AME. Un des avantages particulier de l'entretien en groupe est de susciter les souvenirs d'expériences vécues grâce à la parole du groupe, la discussion, le débat, l'émergence de pratiques communes, singulières voire contradictoires. D'autre part, cette méthode a pour objectif de donner aux participants un espace de parole, la possibilité de modifier favorablement leurs pratiques par l'expérience des autres participants.

2.2 Recherche bibliographique

Afin de réaliser une revue de la littérature, nous avons utilisé différentes sources d'informations :

- Les bases de données : CISMEF (Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française), GoogleScholar, Cairn, SUDOC (Système Universitaire de Documentation), Google ;
- La littérature « grise » : Prescrire, HAS, Exercer.

Les mots clés utilisés pour la recherche documentaire sont : « AME », « Aide médicale de l'état », « accès aux soins », « migrants précaires », « renoncement aux soins », « recours aux soins », « médecine générale », « soins primaires »

Les critères de sélection utilisés pour les articles sont :

- Articles de revue, articles de recherches, en anglais ou en français ;
- Traitant de l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME ;
- Comportant des résultats identifiants des freins ou des facilitateurs de cet accès aux soins ;
- Publié entre 1999 et 2017.

Nous n'avons pas retenu les articles avec les critères suivant :

- Articles traitant des patients bénéficiaires de la CMU ;
- Articles de revues générales non sourcés.

Nous avons utilisé le logiciel Zotero© afin d'organiser et d'utiliser au mieux les articles les plus pertinents.

2.3 Guide d'entretien

D'après l'ouvrage de S. Duchesne et F. Haegel [35] dans un entretien collectif, « l*e guide utilisé par l'animateur ne doit pas être conçu comme une version orale d'un questionnaire ni comme une liste de questions dont on attend une série de réponses* ». Il a pour fonction de recentrer, de temps à autres, les propos sur le thème de recherche. Il vise aussi à introduire une dynamique et une progression dans la discussion. Le guide d'entretien (Annexe 3) a été élaboré avec l'aide de mon directeur de thèse et de Marie-Laure Pouchadon, sociologue à l'Institut Régional du Travail Social (IRTS) au moment de l'enquête. Nous avons ainsi défini 5 axes de recherche :

- les représentations et connaissances des médecins généralistes sur le dispositif de l'AME ;
- les représentations et connaissances des médecins généralistes sur les bénéficiaires de l'AME ;
- les difficultés rencontrées dans la pratique quotidienne avec les bénéficiaires de l'AME ;
- les solutions apportées aux difficultés rencontrées dont la sollicitation des partenaires de terrain ;
- les besoins identifiés pour améliorer la pratique.

2.4 Recrutement des médecins généralistes

2.4.1 Critères d'inclusion

Pour le choix des participants, nous avons retenus les critères d'inclusion suivants :

- Médecins généralistes, installés ou non ;
- exerçant dans une zone où la population vivant avec l'AME est importante (selon les données de la CPAM et de la « Mission Squat » de Médecins du Monde Bordeaux) ;
- en contact régulier avec des bénéficiaires de l'AME.

Nous avions souhaité dans l'objectif initial recruter un deuxième groupe de médecins généralistes exerçant dans ces mêmes zones mais ne recevant pas ou peu de bénéficiaires de l'AME (i.e pas de patients réguliers et/ou pas de contrats « médecin traitant »). Malheureusement, nous n'avons pas réussi à réunir un nombre suffisant de médecins pour réaliser un focus-groupe. Nous avons également proposé des entretiens individuels qui ont été systématiquement refusés pour des motifs divers (manque de temps, pas d'intérêt pour la thématique, barrière de la secrétaire, message répondeur sans rappel, etc.).

2.4.2 Échantillonnage et recrutement des médecins généralistes

Nous avons souhaité constituer des groupes relativement homogènes, sans hiérarchie entre les participants et avec des expériences professionnelles comparables vis-à-vis de l'AME. Ce choix a été motivé par le fait de favoriser la prise de parole de chacun et d'éviter des situations où l'aisance et la maîtrise des uns inhibent l'expression libre des autres.

Pour recruter les médecins généralistes au contact des bénéficiaires de l'AME nous avons procédé dans un premier temps par la technique du « bouche à oreille » ou par « effet boule de neige ». Nous avons contacté les structures de soins habituellement connues des patients migrants et nous leur avons demandé une liste de leurs principaux correspondants.

Nous avons ainsi contacté :

- la PASS du CHU de Bordeaux et de la clinique Rive Droite (Lormont) ;
- le CASO et l'équipe squat de Médecins du Monde Bordeaux ;
- l'association MANA ;
- l'association Ippo (Information, Prévention, Proximité, Observation) ;
- le GAPS-CPS (Groupe d'aide psychologique et sociale coordination des parcours de santé) basé au CHU (site Saint André) ;
- l'EMPP (Équipe mobile psychiatrie et précarité) rattachée au centre hospitalier Charles Perrens ;
- L'équipe des LHSS (Lits Halte Soins Santé) de Bordeaux ;
- L'association Promofemmes basée à Bordeaux.

Nous avons pu ainsi repérer 13 médecins généralistes. Certaines équipes contactées nous ont fait savoir qu'elles n'avaient pas de partenaires préférentiels et qu'elles rencontraient peu de problèmes d'adressage et de réorientation en médecine de ville. Nous avons donc contacté ces médecins par courrier (Annexe 4) ainsi que par téléphone afin d'organiser le premier focus-groupe. Parmi ces 13 médecins sollicités, 5 ont pu participer aux focus-groupe.

Dans un second temps, afin de compléter ce panel, nous avons dressé la liste des médecins généralistes installés (110 médecins) en zones géographiques abritant de fortes densités de bénéficiaires de l'AME (d'après les données de la CPAM et de l'expérience de terrain des équipes en charge de ces populations). Nous avons donc ainsi délimité sept zones de la Métropole Bordelaise avec un fort taux de résidents AME.

Cela étant, nous avons procédé à un échantillonnage aléatoire dans chacune des sept zones grâce à la fonction *aléa* d'Excel© afin de sélectionner trois médecins par zone. Nous les avons ensuite contacté par téléphone puis par e-mail afin de confirmer leur présence au focus-groupe et donner plus de renseignements sur la recherche « Premiers Pas ». Nous avons dû faire face à de multiples refus et désistements au cours de ces focus-groupes. Les barrières principales à la participation ont été principalement la barrière du secrétariat, un désintérêt pour l'étude et le manque de temps des médecins sollicités. Ainsi nous avons contacté plus de 70 médecins afin d'arriver à organiser les entretiens de groupe.

2.5 Collecte des données

Les entretiens collectifs se sont déroulés dans des lieux neutres, dans une des salles de l'université de Bordeaux Victoire entre mars et octobre 2017.

Afin de ne perdre aucune information, les entretiens ont été intégralement enregistrés grâce à deux dictaphones numériques indépendants après avoir obtenu l'accord verbal de tous les participants.
Chaque entretien collectif a été conduit par :

- Deux animateurs (ou modérateurs) qui s'assurent que les thématiques d'intérêt sont débattues par les participants, et si ce n'est pas le cas, utilisent des questions de relances en veillant à la bonne circulation de la parole et au respect de chacun. Le modérateur peut être amené à demander des précisions, reformuler et/ou proposer régulièrement des points de synthèse.
- Un observateur qui consigne les échanges non verbaux (posture, aparté, retrait, manifestations diverses) ou les dynamiques relationnelles (climat de la discussion par exemple), les temps forts, les tournants dans la discussion qui pourraient échapper à l'enregistrement audio et qui auraient du sens pour l'analyse des données.

La modération des entretiens a été réalisée par mon directeur de thèse ainsi que par Marie-Laure Pouchadon, sociologue à l'IRTS, pour le premier et le troisième focus-groupes. Laurence Kotobi, maître de conférence en anthropologie au CNRS, a co-animé avec mon directeur de thèse le second entretien. J'ai de mon côté endossé le rôle d'observatrice.

2.6 Méthode d'analyse

2.6.1 Retranscription

Les données d'entretiens ont été intégralement retranscrites, mot pour mot, sans modification, dans un logiciel de traitement de texte (LibreOffice Writer). Les éléments du discours non verbal ont-été ajoutés par la suite. Les entretiens ont été anonymisés ; chaque participant se voyant attribuer la lettre F (comme focus-groupe) suivi d'un numéro (entre 1 et 13) selon son ordre de prise de parole. La retransmission des entretiens ne figure pas en annexe mais pourra être communiquée aux membres du jury à sa demande.

2.6.2 Codage

Une fois la retranscription réalisée et plusieurs relectures du verbatim, le codage a été réalisé manuellement via le logiciel LibreOffice Calc. Le codage consiste, dans un premier temps à identifier les mots, phrases ou expressions porteuses de sens, puis à les confronter, regrouper et classer en sous-thèmes (occurrences) et en grands thèmes (dimensions). Nous avons également cherché à identifier les récurrences et points de convergence thématique entre les médecins ainsi que les points d'opposition ou de tension dans l'échange. Dans un second temps, il nous a fallu recontextualiser le code afin de dégager des grands axes d'analyse.

Afin de limiter les biais d'interprétation, nous avons effectué un double codage, un par moi-même et l'autre codage étant effectué par mon directeur de thèse.

2.6.3 Saturation des données

La saturation des données a été obtenue au terme de trois focus-groupes i.e les nouvelles données recueillies lors des entretiens n'ajoutaient pas de nouveau éléments à ce qui était déjà compris.

2.7 Procédures réglementaires

Nous avons contacté les médecins généralistes via leurs données publiques (accessibles dans n'importe quel moteur de recherche). Les données recueillies au cours des entretiens ont ensuite été anonymisées. Il n'a donc pas été jugé nécessaire de répondre à d'autres démarches réglementaires.

2.8 Rétributions et conflits d'intérêt

Ces entretiens entrent dans le cadre de la recherche « Premiers Pas », financée par l'ARS (Agence Régionale de Santé), l'ANR (Agence Nationale pour la Recherche) ainsi que la fondation des amis de Médecins du Monde.

Une proposition de dédommagement à hauteur de 5 consultations par session de focus-groupes a été proposée à chaque participant.

3 Résultats

Quatre entretiens focus-groupes ont été organisés sur la période allant de mars à octobre 2017. Un des focus-groupe a dû être annulé en raison de plusieurs désistements de participants en dernières minutes.

3.1 Description des focus-groupes

3.1.1 Focus-groupe numéro 1

Ce premier groupe se compose de 5 médecins généralistes, 3 femmes et 2 hommes travaillant dans 5 zones géographiques différentes de la Bordeaux Métropole. Il a eu lieu le 8 mars 2017.

- F1, femme, installée depuis 17 ans dans une Maison de santé Pluridisciplinaire (MSP). Impliquée dans des projets associatifs à destination du public précaire et maître de stage (accueille les médecins généralistes en formation en stage professionnel de 6 mois) ;
- F2, homme, installé depuis 9 ans dans un cabinet de 2 médecins généralistes ;
- F3, homme, installé depuis 18 ans dans un cabinet, seul mais avec un collaborateur. Expérience dans l'action humanitaire à l'étranger ;
- F4, femme, installée depuis 10 ans, dans une MSP. Expérience dans l'action humanitaire et impliquée dans des associations locales pour public précaire ;
- F5, femme, installée seule. Elle travaille en collaboration avec une infirmière qui voit une partie des patients avant et après les consultations.

Tous les médecins ont pu s'exprimer sur l'ensemble des sujets abordés. Le positionnement d'un des médecins, très clivant et stigmatisant a polarisé la discussion dès le début de l'entretien. La plupart des médecins de ce groupe avaient une expérience de plusieurs années auprès du public précaire. Pour la majorité d'entre eux, ils ont été en mesure de décrire clairement leurs pratiques, ce qui témoignait d'une réflexion approfondie et d'une auto-évaluation régulière sur leurs pratiques de soin. Ainsi le débat a été constructif, argumenté et de nombreux thèmes ont été abordés.

3.1.2 Focus-groupe numéro 2

Ce deuxième focus-groupe regroupe 5 médecins généralistes, 2 femmes et 3 hommes. Il a été organisé le 26 juillet 2017.

- F6, homme, installé depuis 26 ans dans un cabinet de groupe. Enseignant universitaire au Département de Médecine Générale (DMG) et maître de stage ;
- F7, femme, installée depuis 3 ans, exerçant seule. Auparavant médecin en Algérie ;
- F8, femme, remplaçante en médecine générale dans des cabinets qui reçoivent beaucoup de bénéficiaires de l'AME. Fait également des consultations au CASO de Médecins du Monde et est maître de stage ;
- F9, homme, installé depuis 6 ans dans un cabinet de 2 médecins et 1 collaborateur (F12). Très impliqué auprès des patients précaires (milieu associatif, PASS, etc.) ;
- F10, homme, installé dans un cabinet de 2 médecins généralistes. Son collègue a beaucoup travaillé avec Médecins du Monde et partage cet intérêt auprès des patients précaires.

L'ambiance est bonne, conviviale, respectueuse, la prise de parole partagée. F7 semble avoir une pratique un peu en décalage par rapport au reste du groupe et se retrouve parfois à contre courant par rapport aux impressions des autres interviewés. La majorité des médecins de ce groupe est impliquée, au niveau associatif ou professionnel dans l'accompagnement des patients précaires, ce qui a rendu le débat fluide.

3.1.3 Focus-groupe numéro 3

Le troisième groupe est composé de 3 médecins, 1 femme et 2 hommes, tous les trois installés à quelques rues les uns des autres dans un secteur très urbain à proximité d'un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS). F12 et F13 se rencontrent au moins une fois par an pour échanger sur leur pratique et F13 et F11 se sont déjà contactés une fois par téléphone pour échanger autour d'un patient commun. Lors de ce focus-groupe, il y a eu 4 désistements de dernières minutes. Il a eu lieu le 18 octobre 2017.

- F11, femme, installée depuis 8 ans, exerçant seule. Originaire d'Algérie, arabophone. A travaillé à l'OFII (Office Français à l'Immigration et à l'Intégration) pendant 3 ans ;

- F12, homme, collaborateur de F9, récemment diplômé ;
- F13, homme, installé depuis 4 ans, précédemment à SOS médecin pendant 20 ans et en même temps au CASO de Médecins du Monde pendant 10 ans ainsi que sur une mission auprès des « gens du voyage ». Travaille également à la régulation du centre 15.

L'ambiance est bonne, détendue, la prise de parole est partagée bien que F12 reste un peu en retrait. C'est le groupe avec le moins d'expérience d'installation en cabinet de médecine générale.

3.2 Analyse par thèmes

3.2.1 Représentations des médecins sur les bénéficiaires de l'AME

3.2.1.1. Différents profils sociologiques de patients AME

Les médecins généralistes interrogés semblent distinguer plusieurs sous-populations de patients au sein du dispositif de l'AME. **Ces profils varient selon le parcours migratoire**. Comme le dit F5 : « *sous l'AME il y a différentes sortes de personnes* »: Le parcours migratoire semble d'après les interviewés influencer la capacité des patients à solliciter leurs droits à bénéficier de soins via l'AME et à renouveler ce droit.

> *F9. Il y en a certain avec des grosses populations donc du coup ou il y a une entraide au sein de cette population, par exemple les Bulgares, ou certains pays d'Afrique. Par contre j'ai des patients qui sont isolés quoi… ils, quand on est géorgien on a pas beaucoup de…*

> *F8. Il y a quelqu'un qui fait les papiers, il y a quelqu'un qui les aide, qui les accompagne, s'il faut aller faire un examen, le fameux scanner là… Ils savent, ils vont les accompagner et ils vont servir d'interprète.*

Ainsi, ils distinguent :

- Les patients isolés sans soutien communautaire ;
- Les patients entourés par leur famille ou une communauté et qui migrent souvent dans le cadre de regroupements familiaux ;
- Les patients aux prises avec des réseaux d'esclavage moderne et/ou de traite humaine, comme les travailleurs du sexe.

Mais, comme pour F10, « *on ne peut pas systématiser* » les patients bénéficiaires de l'AME. C'est une **population hétérogène** comme la population générale.

3.2.1.2. Les spécificités des bénéficiaires de l'AME

Des patients presque comme les autres

Les médecins généralistes interrogés ont pour la plupart souligné le fait que la consultation médicale avec les patients bénéficiaires de l'AME ne différait fondamentalement pas d'une consultation avec un patient du régime général en ce sens que leur éthique de travail est la même dans toutes les situations. **Néanmoins, la place des patients bénéficiaires de l'AME dans la société est de fait à part**, ainsi leur prise en charge dans leur globalité est ressentie comme différente.

> *F4. Nous en tant que médecins, nous considérons que c'est des patients comme les autres, mais ce n'est pas vrai en termes de société. Leur place dans la société n'est pas comme les autres. (…) je les considère comme n'importe lesquels de mes patients, parce que je ne les stigmatise pas, je ne vais pas prendre moins de temps pour eux ou moins d'attention MAIS effectivement on est bien d'accord que c'est des patients particuliers parce qu'ils n'ont pas de place dans la société. (…) En termes de contexte social : ils sont dans une non-existence.*

Des patients précaires

Ainsi certains médecins qualifient les bénéficiaires de l'AME de patients particulièrement précaires. En effet, ils ont le sentiment que ces patients peuvent vivre dans une insécurité permanente. Ils ont des conditions de vie que les médecins présentent comme **très précaires avec des droits limités et des capacités d'actions de soins limitées.**

> *F2. Quand t'as une carte d'AME, t'as le voyant misère sociale, pas les même pathologies mais voilà…*
>
> *F4. C'est qui qui a l'AME ? c'est les gens les plus pauvres donc…*
>
> *F10. ceux qui ont l'AME sont souvent les cas les plus précaires quoi… c'est surtout ça. C'est le même patient mais avec une plus grande précarité…je pense qu'il y a surtout des cas plus lourds sur l'AME parce que plus grande précarité, moins de droit.*

Sur le plan de la santé, certains médecins soulignent le fait que l'état de santé des bénéficiaires de l'AME leur paraît dégradé.

> *F*8. *Moi je trouve que ce sont des gens qui sont pas en bonne santé*

Ainsi certains médecins interrogés ont remarqué une plus grande **fréquence de pathologies psychiatriques** en rapport avec le contexte de vie des patients.

> *F4. Il y a énormément de cas psychiatriques ou qui se psychiatrisent parce qu'ils sont dans la rue. Ils ont tous des Syndromes de Stress Post Traumatiques (SSPT) très important qui s'expriment de différentes manières (…) quand on a des patients qui sont dans la rue, qu'est-ce que vous voulez que ça donne comme pathologies. Ils dépriment, ils sont anxieux, ils ont leur traumatisme derrière eux en plus donc c'est très spécifique leurs pathologies !*

> *F9. Des gens avec des gros problèmes psychosomatiques ou psychologiques.*

Il en est de même avec les patientes et les **pathologies gynécologiques**.

> *F4. Les filles qui sont dans la rue, c'est les problèmes gynéco, les IVG* (Interruption Volontaire de Grossesse), *les problèmes de contraception.*

La majorité des médecins ont également mis en avant leur ressenti de la prépondérance de certaines **maladies infectieuses** comme la tuberculose, le VIH ou encore les hépatites.

> *F4. Il y a des pathologies qu'on doit rechercher de toute façon de manière systématique (…) en fonction de l'origine des gens VHB, VHC, HIV...*

> *F11. Dans les pathologies un peu particulières (…) beaucoup d'hépatite par exemple (…) j'en ai eu pas mal… et j'ai eu même quelques cas de tuberculose…*

L’insécurité

Les interviewés sont conscients que les bénéficiaires de l’AME vivent avec un **sentiment d’insécurité qui peut impacter les soins**. En effet, les bénéficiaires de l’AME sont par définition en situation illégale sur le territoire français, donc plus à risque d’être reconduits à la frontière sur décision de justice via l’OQTF (Ordre de Quitter le Territoire Français).

> *F6. J’avais un de mes patients, qui arrivait systématiquement le soir à la tombée de la nuit ou la nuit tombée même d’ailleurs pour éviter d’être vu… Parce qu’ils avaient eu des problèmes, des contrôles avec la police.*

> *F9. Quand elles* (les patientes nigérianes*) ont la CMU elles sont protégées (…) Mais) et ça veut dire que tant qu’ils ont l’AME euh ils sont… Ils peuvent être expulsés…*

> *F13. Les déperditions qu’on a des fois c’est qu’ils sont en centre de rétention…*

Certain médecins ont remarqué que ces problèmes d’insécurité influencent l’état mental des patients ainsi que la présentation de leur problème de santé.

> *F9. l’AME il y a une anxiété relative à… quand même, qui peut jouer sur la présentation, sur l’état de santé quoi. L’anxiété du patient qui est due à…il sait qu’il a l’AME, il est sur la sellette quoi… parce que c’est par définition quelqu’un qui n’a pas de papiers…*

3.2.1.3. Représentations, préjugés et idées reçues

Au cours des différents focus-groupes, certaines représentations qui peuvent être considérées comme des a priori, des préjugés ou des amalgames culturels, et qui peuvent être apparentées à du **racisme**, ont été avancées par certains participants.

Ainsi l’idée que les patients AME sont parfois des « touristes médicaux » à été plusieurs fois évoquée.

> *F3. Bien souvent on a affaire à, je dirais des… des touristes médicaux… hein, ils viennent pour se faire soigner, voilà.*

F2. J'en ai 2 ou 3 qui arnaquent un peu le système de l'AME. C'est des mamies marocaines ou algériennes qui sont rapatriées par les petits enfants et qui viennent en « vacances » et en fait c'est une forme de tourisme médical.

F9. C'est clair dans certains cas euh cette population dont vous parlez, les gens viennent avec un visa pour rendre visite à la famille parfois pour se soigner. Moi je vois très clairement, les…dans des familles originaires du Maghreb qui font venir un parent et il reste pour avoir l'AME et aussitôt il l'amène, ils disent il est cardiaque, on veut tout le bilan ici.

Certains participants ont l'impression que les patients bénéficiaires de l'AME sont des patients avec un certain « nomadisme médical ».

F11. Peut-être qu'ils démultiplient les médecins… le médecin qui est disponible le jour même ils vont beaucoup plus facilement y aller…

F7. On a affaire à des populations… des nomades en fait, qui bougent…

F2. Dans des familles où je vais voir des enfants, genre 7 enfants en rafales qu'ils me ramènent où il faut faire tous les carnets de santé machin, mais je vais pas les voir tous les ans… je les vois une fois tous les 3 ans…

De plus l'idée que les bénéficiaires de l'AME ont un niveau socio-éducatif limité semble être admise par certains praticiens.

F11. Pour moi ils ont un niveau d'éducation inférieur… je vois les familles syriennes que j'ai pu recevoir et qui sont bénéficiaires de la CMU souvent, les femmes, les mères de famille elles ont fait des études supérieures, elles ont leur bac, l'AME non…

Cette idée n'est pas partagée par tous.

F3. Non, mais on doit dire que ce ne sont pas que des gens incultes, il y en a qui comprennent très vite, il y en a même qui sont dans leur pays d'origine instituteur, ingénieur enfin… et ils aident les autres d'ailleurs, ceux qui sont du même pays et qui sont moins au courant qu'eux, ils les aident faut pas… faut pas les prendre pour des imbéciles !

F5. C'est pas parce qu'ils sont en situations de précarité. On ne sait pas qui est derrière la personne…
F3. Parfois ils sont extraordinaires.

F5. Ils se sont retrouvés dans la galère, mais ils n'ont pas toujours été dans la galère…

De même certains préjugés qualifiables de racistes ont été ouvertement évoqués.

F3. Le contact est parfois difficile en fonction de l'origine des gens (…) Les bulgares sont des brutes épaisses (…) Les Africains sont plus nonchalants.

F4. Les bulgares (…) s'insèrent dans une société qui n'est pas du tout à la même vitesse que la leur… C'est comme si eux ils vivaient dans les années 50-60 et nous on vit dans les années 2000

F3. Enfin il y a des gens, un groupe ethnique qu'on appelle les gitans, qui ont des enfants, (…) ils viennent pendant les 3 premiers jours de l'année scolaire, ils obtiennent le bulletin d'entrée mais quand tu vas les voir en visite l'après-midi par exemple, les enfants sont tous assis sur le… ou plus affalés sur le lit des parents en train de regarder des mauvaises séries américaines et ils vont pas à l'école.

Ces idées énoncées ont provoqué des réactions d'agacement et de colère parmi certains participants entraînant ainsi des tensions et parfois une polarisation à l'excès des échanges (chacun restant sur ses positions « extrêmes »).

F4. Il y a une légitimité, les soins sont légitimes, il n'y a aucun excès !

*F1. (*ton agacé*) Quand on dit il y a quelques AME, comme tu disais des mamies qui sont amenées par leurs petits-enfants et tout… c'est quand même très marginal ;*
*F4. Oui c'est très marginal (*rire appuyé*) ;*
F5. Ça existe mais c'est très marginal ;
F1. L'AME qui vient avec son sac Gucci c'est très marginal quand même…

F2. Non je pense pas du tout, c'est le discours de Marine (Le Pen)*… Pas de surconsommation. De toute façon je pense que personne ne va faire exprès de dire « je suis malade, je veux des médicaments », faut arrêter de se prendre la tête avec ça…*

3.2.2 Représentations des médecins sur le système de l'AME

3.2.2.1. Le rôle de l'AME

L'AME est indispensable

Tous les médecins interrogés sont d'accord, **le dispositif de l'AME leur semble indispensable**, il serait contre-éthique et contre-productif de le supprimer. Certains le justifient par des raisons de santé publique.

F3. Il n'en est pas question (à propos de la suppression de l'AME) *puisqu'il y a des gens qui ont des pathologies très lourdes euh… des tuberculoses, des cancers, des choses comme ça… si on laisse ces gens-là dans la nature, ça va être pire.*

F11. Moi ça m'inquiète de… d'avoir entendu au cours des derniers mois que peut être elle allait être supprimée…
F13. C'est le retard de soin assuré quoi

D'autres pour des raisons idéologiques : **le droit à la santé est fondamental.**

F4. Le droit à la santé est primordial et qu'il est hors de question de… L'AME on ne peut pas la supprimer !!
F1. Surtout pas

F2. On peut dire que c'est une usine à gaz de plus et que tout le monde aurait droit à la santé. Ça serait inscrit dans la constitution et n'importe quelle personne qui pose le pied sur le sol a le droit à la santé et puis voilà…

L'AME comme marqueur dans la société

Pour certains médecins, l'AME a une **vertu intégratrice dans la société**, un marqueur social. Elle peut parfois aider les patients migrants à acquérir des droits, obtenir un statut dans la société

française, être sur la voie de l'intégration sociale. Comme le dit F1, c'est un premier pas de « *trajectoire de socialisation, de marquage dans la société* ».

F4. Une fois qu'ils ont l'AME, ils sont dans le droit commun et ils parviennent à aller chez un médecin généraliste et c'est le premier droit qu'ils ont et parfois le seul quand ils sont dans ce pays. Parce qu'ils n'ont pas accès à aucun autre droit…

F1. Parce que finalement c'est la première fois qu'ils ne sont plus parqués dans un cadre bien spécifique où il n'y a que des noirs, que des arabes et que des trucs… et là on les met dans une salle d'attente où ils sont comme vous et moi et donc c'est déjà un passage important.

F1. il y a des gens qui passent de l'AME à la CMU puis qui repassent à l'AME et beaucoup le vivent, pour ceux que j'ai eu, très mal.
F2. Comme un déclassement.
F5. C'est vrai j'ai remarqué ça aussi.
F1. Et c'est quelque chose de particulier, et ça montre bien que c'est une trajectoire de socialisation, de marquage dans la société. Une sorte de caste.

F13. J'ai toujours l'impression quand je les vois arriver dans mon cabinet que c'est pour justement sortir de dispositifs spéciaux type Médecins du Monde, c'est justement pour être dans une démarche comme tout le monde, d'avoir un médecin et tout… (…) voilà, une normalité sociale.

3.2.2.2. L'AME, un dispositif complexe pour les patients

Une démarche active

Certains médecins sont conscients que la démarche pour bénéficier de l'AME est une démarche active : il est nécessaire de remplir un dossier pour en bénéficier. L'AME est prioritairement sollicitée quand il y a **un besoin de soin**.

F5. Pour avoir l'AME il faut aller se faire voir ;
F4. Exactement ;
F5. Ceux qui ont l'AME ils se sont fait voir…

F4. Ou ils sont venus au cabinet du MG.
F5. En tout cas ils avaient besoin. Sinon parce que par exemple, s'il n'a pas besoin pour les soins, s'il n'a rien, s'il n'est pas malade, il ne cherchera pas à venir voir le médecin donc forcément ceux qu'on voit qui ont la carte, ils ont dû faire des démarches.

De plus, F6 a évoqué le problème du **non recours aux soins par ces populations** même si d'après F6, les requérants sont satisfaits du dispositif. Il exprime ainsi la difficulté de se prononcer sur « le bénéficiaire de l'AME » type.

F6. Moi je pense qu'ils sont contents du dispositif mais en même temps, (…) qu'ils l'apprécient au coup par coup. Parce qu'en fait il y en a qui l'ont et qu'on voit pas, qui l'utilisent pas. Mais finalement ceux que l'on voit ils sont contents donc… on a une petite vision dans la population, il y en a qui consultent pas…

Des difficultés pour se saisir du dispositif

Le système de santé en général et en particulier celui de l'AME est parfois décrit par les médecins comme **complexe**.

F2. (…) C'est une usine à gaz de plus.

F8. Expliquer aux gens comment marche notre système de santé… parce qu'ils sont propulsés là-dedans…
F10. Ouais c'est super dur à expliquer ça

F13. (à propos des patients qui se saisissent du dispositif) C*'est de plus en plus clair… après je dirais pas simple euh… (rire)*

La majorité des médecins sont d'accord, les patients rapportent une expérience de galère pour arriver à utiliser le dispositif de l'AME, tout du moins initialement, ainsi que des difficultés à la compréhension des règles de fonctionnement du système de soins français en général (logique du parcours de soins, identification des lieux de soins et de leurs rôles, interactions entre les différentes composantes du système de soins…).

F5. Au début ils rament, mais ils arrivent à avoir une expérience du système.

F11. Ça leur paraît souvent compliqué, lourd (...) ils ont l'impression de pas s'en sortir et souvent… j'ai… parfois j'ai l'impression que je passe du temps à leur expliquer que oui ici c'est comme ça…

F6. Il y a la méconnaissance du fonctionnement local et de l'organisation… rien que d'expliquer dans l'espace où est l'hôpital pour quelqu'un qui vient d'arriver il y a peu de temps et qui est resté cloîtré dans un endroit sans bouger…

3.2.3 Les difficultés rencontrées par les médecins

3.2.3.1. La communication

Les différences culturelles

Les médecins généralistes sont conscients de l'existence des différences culturelles et des **phénomènes d'acculturation qui peuvent perturber la relation soignant-soigné**. Intégrer les représentations culturelles des migrants qu'ils prennent en charge ne se fait pas sans difficulté.

F6. C'est vrai que le masque, la présentation clinique est très liée à quelque chose que nous finalement on ne connaît pas très bien, c'est même plus de l'anthropologie ou même de la socio-anthropologie c'est savoir bin… d'où viennent les gens, qu'est-ce qu'il se passe dans leur pays, quelles sont leurs us et coutumes on voit bien que… (…) on manque un petit peu de clés pour bien capter les choses en dehors même du problème linguistique.

F4. Les bulgares (…) s'insèrent dans une société qui n'est pas du tout à la même vitesse que la leur… C'est comme si eux ils vivaient dans les années 50-60 et nous on vit dans les années 2000, donc ils ont quand même une trajectoire à faire avant de s'intégrer dans les pays, c'est ce qu'on voit. C'est le problème d'acculturation.

Certains médecins qui ont travaillé en dehors de la France Métropolitaine en font le parallèle afin d'expliquer les différences culturelles ressenties et leur influence dans la pratique des soins.

F12. C'est-ce que je voyais quand j'avais bossé à Mayotte et euh c'était incroyable quoi j'avais l'impression de pas parler la même langue et puis en plus (…) il y avait plein d'informations perdues, transformées.

F2. Je pense que c'est une histoire culturelle plus que de papiers. Il y a des gens tu leur dis « t'as un diabète c'est une maladie chronique », ils comprennent pas. Moi j'ai travaillé

pendant longtemps aux Antilles, tous les mois il faut répéter à la fin de la consultation « tu reviens le mois prochain parce que les médicaments pour le diabète, il faut toujours les prendre. » Pourtant voilà, c'est la France, tout va bien…(…) non, mais ils comprennent pas le coup de la maladie chronique mais ça c'est culturel, ça a rien à voir avec un papier ou une AME. (rire)

Les problèmes d'attitude et de comportement

Les interviewés ont souligné parfois des tensions avec les patients bénéficiaires de l'AME à cause de certains comportements ou attitudes pendant la consultation ou au moment de la prise de rendez-vous. Ces problèmes d'attitude ne sont pas toujours jugés par les médecins comme problématiques et nécessitent souvent de la **pédagogie** pour les contourner.

F3. Il y a des problèmes de compréhension, des problèmes d'attitude qu'il faut expliquer, qu'il faut gérer, c'est pas toujours facile mais c'est tout !

F4. C'est vrai que, parfois la consultation peut paraître différente. Parce que moi j'ai travaillé dans les pays de l'Est donc je peux comprendre parfois certains comportements parce que c'est parfaitement culturel. Par exemple dans les pays de l'Est, il y a pas de consultation seul à seul avec le médecin. La porte est ouverte, il y a 3-4 patients pour le médecin, il y a pas cette confidentialité que nous on a… C'est notre habitude, on trouve ça tout à fait normal mais dans les pays de l'Est ça se passe pas comme ça. (…) Mais je comprends aussi que ça vient de leur culture médicale qui est complètement différente. Et je pense que c'est très important d'en tenir compte.

Parfois, les difficultés de communications rencontrées entre patients et médecins engendrent des problèmes de comportement, de rejet des patients.

F9. Et c'est dur d'expliquer parce qu'il y a une, pas une gêne… mais bon, les gens arrivent avec des maux de tête, ils veulent un scanner, bon… faut leur expliquer que je vais pas leur prescrire de TDM… avec… c'est des consultations parfois tendues hein… (…) mais d'autant plus parce qu'il y a une incompréhension et puis parfois aussi « parce que je suis étranger »… parfois on a « vous voulez pas me prescrire de scanner parce que j'ai l'AME »… ça peu arriver mais c'est comme tout le monde qui veut son truc…bon…

La quasi totalité des médecins a abordé leurs difficultés ressenties avec un patient allophone. Cette « non-rencontre » est parfois source de frustration.

> *F6. Quand on peut plus communiquer avec le patient on est vraiment très embêté. Parce que toute la dimension humaine, la dimension psychologique elle est éludée du coup.*
> *F12. C'est vrai que parfois on a des gens… on essaye, mais on a aucune langue en commun on trouve aucune solution pour leur parler, ils viennent comme ça et euh… eux ils sont en demande d'une prise en charge et on peut rien faire quoi…*

De même les limites de vocabulaire du patient ne s'exprimant pas dans sa langue d'origine et donc entraînant une théâtralisation de certaines situations ou à une simplification grossière peuvent conduire à des **incompréhensions de part et d'autre**.

> *F5. C'est leur niveau de « leur parler » en français donc du coup moi j'ai pris l'habitude et je dis à la secrétaire : attention quand on vous dit « j'ai très très très mal »… c'est parce qu'il a peut être 5 mots dans son vocabulaire pour dire à la pauvre secrétaire qui doit intégrer qu'il a peut être pas le mal urgentissime qui nous emmènerait aux urgences de Pellegrin mais que bon il a un besoin… et c'est des fois comme il peut pas dire autre chose c'est vrai que ça se présente brut de décoffrage.*

De plus, les patients allophones peuvent utiliser le « langage corporel » qui est aussi culturel et donc être mal compris par les professionnels de santé. Ces situations peuvent également **parasiter la communication.**

> *F6. Moi je vois bien avec les Bulgares, les présentations et les dodelinements de la tête qui varient inversement à la nôtre c'est-à-dire que quand ils approuvent on a l'impression qu'ils disent non et inversement…*

Ainsi la plupart utilisent des moyens détournés afin de mieux comprendre leur patient. L'utilisation d'un tiers (famille, enfants, connaissance) et donc d'un **interprète non professionnel** est souvent choisie.

> *F5. Le pompon c'était aujourd'hui moi : la compagne, elle est italienne, lui il est arabe et c'est sa maman. Déjà elle traduit pour lui quand il vient, il a l'AME et en plus là il y avait la maman. Donc je pose la question à la compagne italienne, elle pose la question en italien*

à son compagnon qui parle arabe et qui lui pose la question à la maman en arabe et la maman répond à son fils qui répond à sa belle fille et voilà…(…) je me disais ça dans ma tête : pourvu que ce soit bien re-traduit !

Les liens d'influence, qui peuvent exister entre le patient et l'interprète tiers et qui peuvent entraîner la **perte d'informations recueillies** lors de la consultation ont été pointés.

F5. On est jamais à l'aise, quelquefois on a pas le choix, c'est mieux que rien…(…) On ne sait pas par exemple quand c'est des dames nigérianes, on ne sait pas vraiment si la dame là, elle est là pour écouter pour l'aider ou pour la surveiller…

F8. Il leur est recommandé… il leur est bien dit de rien dire. Donc elles sont bien priées de ne pas raconter toute leur histoire et comment elles sont arrivées sur le territoire français et qu'est-ce qu'elles sont venues faire…

Le problème de **traduction par les enfants** a également été mis en avant à plusieurs reprises.

F13. C'est vrai qu'il y a cette histoire avec les enfants… par exemple avec les enfants on va pas pouvoir parler de tout…

F6. Parfois on recourt à la famille parce que en général il y a toujours des enfants… je sais qu'on dit les enfants comme traducteurs… voilà mais c'est ce qui marche le mieux, sinon c'est un voisin ou…

Histoire et contexte de vie difficile

Les patients bénéficiaires de l'AME peuvent avoir des trajets de vie compliqués et un vécu au quotidien qui peut gêner le bon déroulement des soins au cabinet. Les médecins se sentent souvent en difficulté**s face à ces situations pour lesquelles ils se trouvent démunis.**

F12. Des fois ils viennent pour quelque chose enfin des fois c'est une connerie quoi (…) enfin j'ai l'impression qu'ils sont complètement détruits.

F9. Je pense qu'elle avait beaucoup de mal à exprimer sa douleur quoi… (…) Et souvent c'est vrai que les consultations c'était de la somatisation, ça se voit d'emblée. soit elles te disent j'ai mal dans le ventre, j'ai mal à la tête… j'ai très mal à la tête et là elles ont des ordonnances de 3-4 médecins parfois et… on arrive pas à communiquer…

De plus il a été souligné que le manque d'informations recueillies du fait de certains contextes de vie peut impacter la prise en charge et limiter les praticiens dans leurs soins.

> *F8.* (à propos des patientes nigérianes dans les réseaux de prostitution) C*'est toujours les même histoires, mais on sent bien que derrière cet… ce non-dit, cette interdiction, c'est pas une question de traduction, c'est une question de je suis obligée de garder ça pour moi (…)*

3.2.3.2. Le volet administratif

Les feuilles de soins papier

La plupart des médecins généralistes interrogés trouve que faire des feuilles de soins papier pour les bénéficiaires de l'AME est bien plus **contraignant et chronophage** que de faire des feuilles de soins électroniques par le biais de la Carte Vitale.

> *F3. Au départ je faisais des soins papiers que j'ai envoyés, j'ai jamais eu de retour donc j'ai décidé une bonne fois pour toutes de ne plus rien faire… J'ai horreur de la paperasse,(…) on perd du temps à faire des feuilles de maladie puisqu'ils n'ont pas de Carte Vitale (…)*
>
> *F5. Les feuilles, dites donc vous avez raison, c'est chiant.*
>
> *F13. c'est-à-dire qu'il y a la difficulté de la consultation tout ça et ça rajoute en plus le fait qu'il faut faire des papiers, mais c'est pas un problème on le fait mais…*

De même la **gestion des erreurs et des retours par la CPAM** est une source d'agacement et de frustration.

> *F6. Il a la perte d'argent, mais il y a aussi l'augmentation de la charge administrative, parce qu'il faut faire des papiers, faut les envoyer, etc.*
> *F10. Et puis l'énervement aussi… parce que tu reçois les trucs c'est gonflant, faut être clair.*
> *F8. On perd du temps à chercher la faute.*
>
> *F9. Oui alors là, moi je reçois beaucoup de retour quand je fais ça… J'en ai eu encore un paquet cette semaine euh c'est dire que c'est refusé et je ne sais pas pourquoi… Il est marqué le bon numéro, enfin le nom qui est écrit sur la carte et malgré ça…*

Le fait que les feuilles de soins papier doivent être envoyées à une caisse précise auquel le bénéficiaire est affilié, et donc qui engendre un **surcoût de temps et d'énergie** pour les médecins a également été pointé.

> *F7. Normalement l'AME doit être, le papier doit être national et pas être régional parce qu'on a affaire à des populations, des nomades en fait qui bougent, donc il faut pas chercher où est ce qu'il, habite, ou il habite pas, la sécurité sociale c'est une institution nationale donc je ne vois pas pourquoi le papier il n'est pas national (…) comme ça je fais un papier je le mets à Bordeaux, et voilà…*

Les médecins soulignent néanmoins que la CPAM fait des efforts en termes de délais de remboursement.

> *F11. La sécu a fait quand même quelques petits efforts depuis quelques années, c'est traité plus rapidement qu'avant j'ai l'impression les feuilles de soins.*

Le renouvellement de la carte et les ruptures d'affiliation

Il est ressorti de ces focus-groupes que de nombreux médecins se retrouvent en difficulté face à des patients dont la carte AME n'est plus à jour par défaut de renouvellement. La grande majorité continue tout de même à recevoir les patients gratuitement tout en étant conscient des **limites de l'acte gratuit et donc du risque de rupture de soins et de traitements**.

> *F8. Bin il y a une perte…enfin on a vu que déontologiquement on continue de recevoir les gens quand il y a une rupture mais…*

> *F9. Ça nous est arrivé à tous, après la consultation quelqu'un qu'on connaît, on se rend compte à la fin de la consultation qu'on sera pas payé, l'AME est finie moi c'est très fréquent.*

> *F2. Si les droits sont pas ouverts je dis bof mais tant pis (en rigolant) !*
> *F4. Non, mais ils peuvent plus faire de prise de sang, ils peuvent plus faire…*
> *F5. Non mais si toi tu veux faire un acte gratuit c'est pas grave, mais ils peuvent plus avoir de médicament… si l'enfant a besoin… c'est pour ça qu'on leur rappelle.*

F7. Mais on a pas le choix. C'est-à-dire on est devant un cas social, donc en tant que médecin il faut le faire et c'est comme ça.
F6. Il reste de la déontologie quand même (rire)
F7. Mais je leur dit quand même écoutez la, aujourd'hui c'est bon, mais j'écris le courrier pour la sécurité sociale et je les envoie pour…
F10. Par contre on est jamais sûr qu'ils vont aller chercher l'ordonnance, pour les cardiaques et diabétiques, souvent ceux-là ils ont des ruptures de traitement, ils ont pas des ruptures de…

Trop de temps consacré aux tâches administratives

Les bénéficiaires de l'AME comme tous les patients précaires sont soumis à une forte pression administrative avec la nécessité de faire des dossiers et de « faire des papiers », de **justifier de leur pauvreté pour la majorité des actes essentiels de la (sur)vie humaine** (logement, santé, nourriture…).

F5. Les histoires de papiers, ça leur prend beaucoup de temps. Ils doivent aller à gauche à droite à droite à gauche… Quand ils reviennent à la consultation moi je prends quand même la peine de demander où ça en est, je fais pas semblant de pas comprendre.
F2. C'est des indicateurs sociologiques de précarité, t'as plus d'emmerdes que…

Les médecins se retrouvent donc parfois à aider leur patient et à passer un **temps non négligeable** à « faire des papiers », des certificats.

F4. Quand ils viennent te demander un dossier étranger malade, parce que grâce au dossier, ils pourront peut-être avoir un papier, tu fais partie du scénario.
F2. Oui non mais moi les papiers…on m'en amène tous les jours.

F2. J'ai l'impression qu'on se démène sans cesse à essayer de faire du travail d'assistante sociale alors qu'on est que médecin.

F4. Alors évidemment on fait du travail social. Moi j'ai une secrétaire qui fait la majorité de son temps elle fait des papiers pour mes patients ! (…). Pour les patients, remplir les papiers c'est NO WAY !

F9. Il m'est arrivé de remplir des dossiers, le SAMU social, etc.

Plusieurs médecins dans le focus-groupe numéro 2 ont souligné que les patients bénéficiaires de l'AME sont parfois « victimes » de **demandes administratives abusives** et qu'ils avaient dû donc prendre de leur temps pour aider les personnes à faire valoir leurs droits, régulariser des situations abusives ou tout au moins les soutenir.

> *F9. J'ai eu plusieurs patientes (…) qui avait l'AME, et qui recevaient des factures pour des frottis. Et en disant que l'AME ne rentre pas dans la prévention (…) c'était des lettres de recouvrement qui disaient votre couverture sociale ne permet pas…(…) il y en a une qui en pleurait, elle est arrivée en pleurant dans le cabinet en me disant je peux pas payer…*

> *F10. C'est bien vrai qu'il peut y avoir du harcèlement par les services comptables de l'hôpital qui envoient des factures aux adresses des patients, je l'ai vu pour des patients dialysés (…) avec des injonctions de payer par les comptables (…) et je te dis pas les sommes pour la dialyse…*

La prise de rendez-vous

Pour les médecins travaillant sur rendez-vous, la gestion des patients bénéficiaires de l'AME semble plus compliquée que pour les autres patients.

> *F11. C'est vrai que les rendez-vous c'est compliqué donc moi je je… je refuse jamais, je les prends toujours même s'ils viennent sans rendez vous, je suis très* (insiste sur le très) *tolérante… c'est pour ça que je suis souvent très très en retard…et cela créé, je vois parfois des tensions dans la salle d'attente et tant pis.*

> *F12. Ça m'énerve quand même, moi l'après midi j'ai du mal à pas m'énerver quand ils viennent sans rendez vous mais euh…(…) en fait je sais pas c'est juste que je suis organisé, dans ma tête j'ai ma journée et puis là… c'est vrai que j'ai pas envie d'être en retard…*

> *F13. C'est des gens qui viennent sans rendez-vous ou au moins les premières fois ou alors les institutions prennent rendez-vous la première fois…*

Les bénéficiaires de l'AME ne peuvent pas déclarer de médecin traitant

Plusieurs médecins interrogés regrettent et se questionnent sur la raison qui fait qu'il n'est pas possible pour un bénéficiaire de l'AME de déclarer un médecin traitant.

F11 d'ailleurs par rapport à ça je me posais la question, les bénéficiaires de l'AME ils ont pas à déclarer de médecin traitant c'est pourquoi ?

F1. Moi ce que je trouve dommage c'est que le médecin traitant ne soit pas obligatoire chez les AME (…) si jamais tu as un patient que tu suis et que tu n'as pas un repérage médecin traitant comme tu as un suivi à avoir et des courriers à avoir c'est quand même…

Ils essayent alors de trouver des explications rationnelles à cette situation. L'application de ce marquage « médecin traitant » permettrait une « normalisation » de ces patients, un **ancrage dans le droit commun.**

F5. En fait ils n'ont pas de médecin traitant pour ne pas que ce soit gênant pour leur prise en charge, il faut pas que ce soit un obstacle, ils me l'on dit à la sécurité sociale.
F5. Parce que c'est pas obligatoire et quand les gens viennent chez moi avec leur carte AME je leur explique ce à quoi on sert et de telles sorte que s'ils veulent bien, on le fait et même si ça sert à rien, eux ils ont l'impression que c'est quelque chose de bien. Parce que celui qui a la CMU il a un médecin traitant donc…

F1. Je pense que c'est important que comme les autres patients on leur demande s'ils ont un médecin traitant, que ça soit marqué. Ça permet aussi de mettre tout le monde sur le même pied. Et pourquoi l'AME il y a pas besoin.

F1. C'est bien quand même que ça soit dit officiellement. Pourquoi il y a cette différence-là ?
F2. C'est parce que la sécu elle aime faire compliquer !
F4. C'est ce que notre collègue a dit, pour qu'en fait ils puissent aller partout ;
F5. C'est pour qu'il n'y est pas de limite…
F1. C'est une incitation à consommer du soin (en riant) !
F5. Non non c'est pas pour consommer, c'est pour ne pas mettre de frein non pas à la consommation mais à leur prise en charge…
F2. Tu sais c'est des bureaucrates qui ont pensé à ça, c'est pas des médecins (rire) !

3.2.3.3. L'accès aux soins spécialisés

L'accès aux spécialistes

Le **refus de soins à l'égard des bénéficiaires de l'AME** est une problématique à laquelle les médecins sont régulièrement confrontés. Ils ont rapporté des anecdotes de situations problématiques lors de l'adressage de leurs patients bénéficiaires de l'AME.

> *F1. la carte AME, on a du mal à les orienter vers certains spécialistes.*
> *F2. Bah, les spécialistes ils veulent pas…*

> *F2. C'est pas systématique mais c'est une sur trois des demandes d'examens spécialisés.*
> *F5. Ah oui ils* (les patients bénéficiaires de l'AME) *rament un peu.*
> *F9. Donc euh voilà refus de soin… j'avais eu un accrochage il y a quelques années avec une chef de service de la maternité qui m'avait reproché de lui avoir adressé…*

> *F11. Du coup il m'a dit « c'est pas la peine de me le renvoyer, je le verrais pas, je l'opérerais pas… envoyez-le ailleurs »…*

Ils allèguent que ces refus viendraient essentiellement des **médecins de secteur 2 avec dépassement d'honoraire.**

> *F6. (…) en tout cas en ce qui me concerne j'évite assez souvent mes collègues de secteur 2 et je me pose même plus la question… souvent parce que j'ai déjà eu des petits soucis…*
> *F9. Enfin il y a des spécialités, c'est difficile d'échapper au secteur 2 quand même…*

> *F8. Le secteur 2 a obligation d'avoir au moins 20 % de ces actes… (…)*
> *F10. C'est une obligation théorique, on est d'accord, c'est théorique hein, il y en a beaucoup qui ne le font pas…*

> *F13. En plus je pense qu'à* (clinique du secteur) *en plus c'est le secteur privé donc il y a des dépassements d'honoraires donc je pense que les chirs sont pas tout à fait intéressés … par une opération… je pense hein… franchement.*

Même si au moins un médecin raconte son expérience avec un médecin généraliste secteur 1 :

> *F7. J'ai peut-être une fois, un patient qui est venu me voir et il m'a dit « un autre médecin, vers le quartier (…), a refusé de me voir avec cette carte ».*

Ils ont constaté que **le refus de soin peut prendre plusieurs formes** : du refus franc à celui, moins visible, qui consiste à proposer des délais de rendez-vous très longs ou des consultations expéditives :

> *F9. Je me souviens, je m'étais accroché avec une secrétaire d'uro à* (clinique privée) *qui… les patients me disaient, rendez-vous à 6 mois.*

> *F8. Quand les patients qui ont l'AME viennent reconsulter à Médecins du Monde alors qu'ils pourraient aller consulter en médecine générale… la première des choses qu'ils évoquent c'est… « je peux pas lui parler » ou « il me comprend pas », mais des fois c'est même pas, il… voilà « il me fait une ordonnance, mais je lui ai pas dit euh… ce que je voulais lui dire ».*

> *F10. Moi j'ai pas rencontré de difficultés pour les adresser à un spécialiste, au pire il y a le CHU… au pire ça passe. Il y a par contre un refus linguistique, de prendre du temps pour essayer de parler, ça oui. On reçoit des courriers pour des patients non francophones, à priori c'est toujours très bref et il n'y a pas de vraie prise en charge.*

L'accès aux soins de santé mentale

Les participants ont souligné dans la grande majorité leurs difficultés à adresser leurs patients bénéficiaires de l'AME à des psychiatres. En effet la majorité ont fait état de **correspondants non disponibles, saturés avec des délais de rendez-vous très long.**

> *F6. On sent qu'il faut passer la main, mais le problème c'est de passer la main à des structures dans lesquelles le patient pourra mieux s'exprimer avec des gens qui auront plus l'habitude, ou parfois avec d'autres personnes.*

> *F9. Je pense à la psychiatrie… qui est quand même une problématique très récurrente (…) donc j'oriente à MANA, l'EMPP, même s'ils sont saturés…*
> *F10. Tu y arrives sur MANA ? Parce que moi je … vraiment, c'est extrêmement difficile.*

F9. Après moi j'ai du réseau pour… (rire) c'est des cas particuliers comme je connais MANA, je sais j'ai des patients, j'appelle, je leur dit : ils ont le profil, et du coup…
F10 et F6. Non, mais ils prennent pas quoi, ils ont pas moyen.
F12. Rapidement j'essaye quand même de les orienter vers des psychologues ou des psychiatres… des associations qu'on peut avoir autour mais… avec plus ou moins de succès.

F13. Je sais pas trop où les orienter parce que MANA c'est compliqué pour avoir de la place… Mais c'est super ! Une fois j'ai eu une place pour un… c'était exactement ça, je savais bien que c'était ça qu'il fallait mais bon disons qu'ils ont pas de, ils ont pas de place quoi…

3.2.3.4. Le sentiment d'isolement

Le manque de connaissance des partenaires

Des médecins dans chacun des groupes ont cités spontanément la PASS et Médecins du Monde ainsi que d'autres associations comme le CACIS et IPPO. Mais certains médecins, même en étant proche géographiquement de la PASS ne connaissent pas bien son rôle, à l'instar d'autres structures comme l'EMPP ou MANA.

F13. La PASS pour moi c'est quelque chose qui est une entrée pour l'hospitalisation (…) j'étais quand même dans l'idée que c'était l'hôpital… donc c'était un motif plus ou moins urgent ou plus ou moins grave…mais effectivement j'avais jamais pensé à eux comme partenaire.

F12. Ouai c'est en face (…) c'est juste que j'ai l'impression que quand ils viennent chez nous après ils sont… enfin c'est nous qui devons les suivre et voila, après…

Certains médecins se trouvent en difficulté quand ils souhaitent **trouver un relais** pour aider leurs patients sur le plan social. Le contact avec des assistantes sociales du secteur semble compliqué voir inexistant.

F12. C'est vrai que je trouve qu'on connaît pas du tout assez le dispositif et les associations enfin, le réseau… tous ceux qui peuvent nous aider autour quoi…

F6. J'ai découvert des associations que je ne connaissais pas alors que j'étais un utilisateur du dispositif donc on voit bien que même qu'on est utilisateur régulier du dispositif…

Ils ont également exprimé des **difficultés effectives pratiques à utiliser des dispositifs existants.**

F2. En l'espace de 2 ans, ils ont changé trois fois de numéro de téléphone… (…) je fais plus rien sur internet, plus de courrier… j'ai arrêté, c'est chronophage, ça sert à rien…

F7. Contacter l'hôpital, de plus en plus, c'est une corvée hein ?

Le manque de connaissances théoriques

Certains médecins interrogés, semblent avoir une connaissance partielle du dispositif de l'AME ainsi que sur le panier de soins.

F11. En tout, ça fait plusieurs années sûres qu'il a l'AME, ça je n'ai pas bien compris pourquoi… je sais pas comment c'est renouvelé…(…) je sais pas exactement ce que ça couvre l'AME, si ça couvre la totalité j'ai l'impression enfin… je sais pas exactement…
F13. C'est le 100% de la CMU.

F7. Leur carte leur donne les même droits qu'à quelqu'un qui a la CMU donc euh…
F9 et F8. Pas tout à fait.

À l'inverse, d'autres médecins ont des connaissances fines sur les spécificités de l'AME et ont donc développé des stratégies qui favorisent l'accès aux soins (prescriptions pour adultes qui passent sur les enfants, etc.).

F4. Après il y a les crèmes qui sont remboursées pour les enfants mais pas pour les adultes…
F5. Ce n'est plus remboursé le Dexeryl pour l'AME sauf pour les enfants…

Certains ont évoqué le **manque de connaissances acquises pendant leur formation initiale.**

*F1. Alors moi, quand je vois mes étudiants en médecine ils disent mais c'est quoi ce truc (*à propos de la carte AME)…
F2. Non mais moi aussi quand je me suis installé, la première fois que j'en ai vu, je me demandais aussi hein.

F12. Pour mon expérience par rapport à l'AME, bin moi d'abord, c'était un dispositif que je connaissais très peu malgré ma sortie des études récente… enfin je savais à peu près quand on l'avait quoi, après 3 mois de résidence en France mais après… c'est pas beaucoup…
F9. J'ai eu des remplaçants que ça avait choqué il y a quelques années, je me rappelle, ils n'avaient jamais vu de carte AME et là ils avaient fait une matinée avec 10 personnes avec la carte…

Le manque d'information sur l'AME

Certains médecins interrogés ont dit **se sentir isolé** du fait du manque de communication des instances officielles.

F1. (à la question que savez vous des droits des bénéficiaires de l'AME) *Pas grand-chose, on le sait par le retour des patients. Tels médicaments, ils ont dû payer… pour la FIV je savais ça avait été dit…(…) Mais on a pas de papier officiel de la sécu.(…) et tout ça c'est le retour des patients*
F5. Après il y a le réseau aussi, moi le pharmacien il me dit.
F2. Moi j'ai un patient sur quatre qui va revenir en me disant c'est pas remboursé…

Un sentiment d'injustice et d'instrumentalisation

Les praticiens interviewés ont ainsi parfois l'impression que la population des bénéficiaires de l'AME se concentre sur certains médecins généralistes, entraînant un **sentiment d'injustice**.

F4. La seule chose que je trouve dommageable, c'est qu'il y a très peu de médecins, enfin j'ai l'impression… qu'il y a très peu de médecins qui ont beaucoup d'AME et il y en a qui en ont pas du tout…
F2. Tout à fait.
F3. Je te le confirme.

De plus, les médecins rapportent un **sentiment d'isolement** à devoir porter seul certaines situations difficiles et complexes, ce qui renforce alors ce sentiment d'injustice.

F4. Parfois on se retrouve dans des situations sociales qui ne devraient pas être. Et on est obligé d'intervenir en tant que médecin…

Q.Donc finalement vous êtes assez seuls et démunis ?
F11. Ouais…
F13. À fond oui, on est tout seul…

Par ailleurs, ils témoignent d'un **ressenti d'instrumentalisation** en tant que soignant. En effet, ils ont parfois l'impression de se faire « piéger » par certaines demandes de patient, comme devoir certifier une pathologie qui peut donner une reconnaissance, un statut potentiel au patient demandeur.

F6. On l'a l'impression que les pathologies sont peut-être sous tendues par la volonté d'être régularisé.

*F9. Il y a beaucoup de demandes pour faire des dossiers aux filles (*population nigériane travailleuses du sexe) *euh pour essayer d'avoir des papiers pour rester quand même…*

F13. On sent bien ça, qu'ils demandent des certificats histoire de… en essayant de se dire plus mon dossier…

3.2.3.5. Des consultations chronophages

La plupart des médecins interrogés trouve que les consultations avec les bénéficiaires de l'AME **prennent plus de temps que les autres assurés du système de soin**.

F5. C'est sûr que ça prend plus de temps (...). La première consultation en tout cas…
F3. Toujours… même la deuxième et la troisième.
F5. Par rapport à l'interrogatoire qu'on doit mener qui est beaucoup plus exhaustif.
F3. Les explications qu'on doit donner.

F3. Il y a simplement des consultations un peu plus longues, parce qu'il y a des problèmes de langage, il y a des problèmes de compréhension, des problèmes d'attitude qu'il faut expliquer, qu'il faut gérer, c'est pas toujours facile.

F6. Des fois, quand tu fais quelque chose en une consultation avec quelqu'un qui est blanc, avec carte vitale tout va bien, et bé là faut trois consultations pour arriver au même résultat.

F12. Je peux pas aller au même rythme que les autres parce que sinon… j'étais obligé de prendre plus de temps pour mieux les comprendre, essayer de…(...) beaucoup plus les aider dans leur prise en charge.

F13. Ça nous demande… du travail et de l'investissement qui me donne l'impression d'en voir beaucoup…

3.2.3.6. Le métier de médecin généraliste

Les médecins ont souvent le sentiment de ne pouvoir mettre en jeu leurs compétences que très partiellement avec les bénéficiaires de l'AME. Les consultations sont essentiellement centrées sur l'examen clinique, délaissant la part relationnelle et générant ainsi un **sentiment de frustration**.

F13. Je vais plus me retrouver sur des trucs que je faisais à SOS, c'est-à-dire gérer le motif de consultation, essayer de gérer ça et puis voilà… après alors après l'histoire de la prévention en tant que médecin généraliste tout ça…

F9. Moi c'est une souffrance (…) j'arrive à parler un demi-mot d'espagnol ou anglais mais bon moi j'ai beaucoup de gens anglophones donc pour les consultations on va dire basique, organique ça pose pas de problème.
F8. Après j'ai appris que bin (rire) pour des soins très primaires on peut arriver à dépatouiller une consultation, il y a peut-être beaucoup d'erreur de diagnostic qui sont faites euh qu'avec des gestes hein.
F10. Pratiquement oui.
F8. (fait des mimes en montrant des différentes parties du corps humain)… *alors bon après à coup de 4-5 mots bon voilà quoi… mais après il faut quand même être tout à fait conscient que c'est euh…l'histoire… comment on en est arrivé là, etc. ça on sait pas.*

F10. Sur les soins primaires moi j'ai pas trop de difficultés linguistiques, mais ils ont pas des demandes trop complexes non plus…

Ils ont le sentiment de **passer à côté d'une partie importante de leur métier** : le suivi, la prévention, les dépistages.

F13. L'histoire du suivi, je sais pas, j'ai l'impression d'avoir des exigences euh… en dessous de ceux que devrait être le suivi habituel, clairement…

F13. Le dépistage du cancer colorectal… voilà ça c'est… la mammographie j'arrive à m'expliquer sans qu'on parle la même langue mais le dépistage du cancer colorectal… (tout le monde rit) j'ai commencé puis j'ai arrêté…

F11. Le suivi de grossesse, il est plus compliqué chez les bénéficiaires de l'AME (tous d'accord) *par exemple, faire des échos aux bonnes dates, demander les tests biologiques de dépistage, ça c'est compliqué, souvent c'est pas fait…*
F9. Je pense aux nigérianes qui ont beaucoup de somatisation, donc on croise les consultations au Doliprane tout ça, on tourne en rond machin, etc. après quand elles reviennent reviennent reviennent, il faut passer au-dessus, moi j'ai pas le niveau pour euh… faire une consultation qui soit un peu élaborée.

Ainsi, certains médecins ressentent un **sentiment de frustration globale et d'impuissance** parfois face aux bénéficiaires de l'AME.

F2. J'ai l'impression qu'on se démène sans cesse à essayer de faire du travail d'assistante sociale alors qu'on est que médecin. Donc après le problème qu'on a essentiellement c'est qu'on voit bien (…) qu'une liste avec trois médicaments sur une feuille, ça suffira pas. Et malheureusement on est très emmerdé pour faire la suite quoi…

3.2.4 Les solutions apportées : réalité de la pratique

3.2.4.1. Adaptation de la pratique en consultation

L'adaptabilité du planning

La prise de rendez-vous et le respect des horaires de rendez-vous a été évoqué à plusieurs reprises par les médecins comme une difficulté ressentie à accompagner les patients bénéficiaires de l'AME. Pour y pallier, certains utilisent leur **tolérance**, leur empathie et une certaine adaptabilité du planning, quitte à se mettre en retard.

*F11. Je refuse jamais, je les prends toujours même s'ils viennent sans rendez vous, je suis très (*insiste sur le très*) tolérante… c'est un peu d'empathie… je me dis que ça doit être compliqué euh… c'est compliqué pour eux c'est dur euh…*

F13. On fait un quart d'heure par consultation donc on enlève un quart d'heure toutes les deux heures ce qui suffit pas donc… je suis quand même en retard (rire).

Fragmenter les consultations

Devant la complexité ressentie parfois des consultations, certains praticiens interrogés adaptent leurs pratiques en fragmentant les consultations en essayant de **hiérarchiser les problèmes et les demandes.**

> *F5. Je fais le premier examen, j'évalue la difficulté et je reprogramme. Je pense que systématiquement, j'ai souvent trois voir quatre consultations de rang pour bien… On est obligé, sinon on sait que, même en ayant terminé la consultation, on sait qu'on ne nous a pas dit tout, on sait qu'il y en aura encore derrière…*
> *F1. On plus tendance à fragmenter…*
> *F5. On pare au plus urgent.*
> *F1. On fait ça, vous partez, vous revenez et on verra.*
> *F3. Oui on fait tout ça.*

L'interprétariat non professionnel

Quand les praticiens sont face à des patients avec qui ils n'arrivent pas à communiquer à cause de la barrière de la langue, ils utilisent parfois l'**entourage du patient** comme cité plus haut : enfant, ami, voisin, membre de la même communauté. Mais si l'entourage proche du patient n'est pas disponible, certains médecins rapportent utiliser la **traduction par internet** pour essayer de communiquer avec leur patient. Ils utilisent également la **communication non verbale** (utilisation de dessins, croquis, planches anatomiques, langage gestuel).

> *F5. Moi je rajoute internet (…) s'il y a un problème gynécologique faut un frottis je mime, je montre le croquis.*
> *F2. Moi j'utilise beaucoup l'ordinateur pour Google Image pour montrer pour demander ou ça, et le langage gestuel.*
> *F10. Je dirais pour la traduction avec internet on y arrive, moi j'y arrive toujours, ça fait de très longues consultations (…) je tape les mots, je leur montre…(…) je me dépatouille toujours, tu tapes vésicule biliaire… ça sort en russe, ils le lisent ils comprennent (…) sur Google, qui traduit au moins les mots quoi.*

> *F13. Des fois je cherche sur internet les traductions, et ça marche pas mal.*

Seul F6 a indiqué utiliser parfois d'autre outils qu'internet et l'utilisation des proches pour essayer de communiquer avec son patient.

> *F6. Après j'utilise mon réseau par exemple, je sais qu'on peut adresser le patient à la PASS par exemple à Saint André parce qu'il y a parfois des traducteurs qui sont là, à certain moment, donc on arrive à gérer comme ça. Mais c'est vrai que c'est quelque chose…*

Parmi les médecins généralistes interrogés, quelques-uns connaissent la possibilité d'utiliser **l'interprétariat professionnel par téléphone**. Certains d'entre eux l'ont déjà utilisé dans des structures associative (CACIS et Médecins du Monde) mais aucun ne l'a utilisé dans sa pratique quotidienne de médecin de ville. En effet, les médecins sont unanimes : « *ça a un coût », « c'est super cher »*.

Davantage de dépistages systématiques

Avec les bénéficiaires de l'AME, les praticiens sont plus vigilants à dépister des pathologies qu'ils estiment plus fréquentes chez ces patients.

> *F11. La première consultation je sais qu'à la clé, (…) je vais demander des sérologies quasi systématiquement oui… à la première consultation je leur demande de revenir me voir avec un bilan.*
> *F12. J'ai plus tendance à faire les sérologies assez rapidement.*

> *F4. Il y a des pathologies qu'on doit rechercher de toute façon de manière systématique (…) en fonction de l'origine des gens VHB, VHC, HIV systématiquement par rapport à des risques.*

Adaptation des prescriptions jusqu'à contourner la loi parfois

Afin de contourner certaines lacunes du panier de soin des bénéficiaires de l'AME ainsi que le problème des ruptures de soin dû au non renouvellement de la carte AME, les praticiens adaptent leur pratique et leurs prescriptions. Ces **stratégies d'adaptation peuvent être légales ou illégales.** Ainsi, dans ces cas, F9 **travaille en réseau** avec la pharmacie de la PASS.

> *F9. Alors moi je m'appuie sur la PASS dans ces cas-là* (quand la carte AME n'est plus valide)… *je les* (les patients bénéficiaires de l'AME) *envoie et ils tamponnent, et la pharmacie de l'hôpital leur délivre les médicaments… je me sers régulièrement de ça (…) enfin moi ils me connaissent mais tout médecin je pense… Je leur demande de tamponner*

l'ordonnance, et avec le tampon de la PASS, ils peuvent accéder, on les emmène là, quelqu'un de la PASS les amène à la pharmacie de l'hôpital, à l'intérieur de l'hôpital qui leur délivre les médicaments gratuitement.

Parfois, les médecins font des consultations gratuites quand leurs patients sont en fin de couverture sociale, tout en étant conscient du risque de rupture de soins que cela peut engendrer.

F9. Ça nous est arrivé à tous, après la consultation quelqu'un qu'on connaît, on se rend compte à la fin de la consultation qu'on sera pas payé, l'AME est finie moi c'est très fréquent.

F2. Si les droits sont pas ouverts je dis bof mais tant pis (en rigolant)
F4. Non, mais ils peuvent plus faire de prise de sang, ils peuvent plus faire…

F5. Non mais si toi tu veux faire un acte gratuit c'est pas grave, mais ils peuvent plus avoir de médicament… si l'enfant a besoin… c'est pour ça qu'on leur rappelle.

Certains praticiens rédigent des ordonnances sous le nom d'un autre patient qui lui a des droits ouverts en contournant ainsi la loi, avec l'appui de leur réseau parfois (pharmacien par exemple) pour être en accord avec leurs valeurs.

F5. Moi le pharmacien il me dit « Et il a pas un enfant ? Tu pourrais pas le mettre sur l'enfant ? ».

F8. Et alors, qui c'est qui change le nom sur l'ordonnance ? moi je l'ai fait…
F10. Moi je l'ai fait plein de fois.
F9. Oui.

F10. Faire un faux.
F8. Oui voila, moi mon plan c'est de faire un faux.
F9. Oui oui, après moi qui fais pas mal de gynéco, c'est pas toujours possible…
F10. Prescription sur leur gamin.

F4. Quand elles n'ont pas l'AME, je fais des ordonnances sur celles qui en ont… parce que j'estime que euh comment dirais-je, je dois les traiter, je suis désolée…
F2 et F3. Vous n'êtes pas la seule à le faire.

Afin de contourner le problème des refus de soins, la majorité des médecins interrogés rapportent avoir développé un **réseau de spécialistes**, et adresser les patients là où ils ont la certitude qu'ils seront bien reçus.

> *F6. Il y a un biais d'adressage aussi… parce que je pense qu'on adresse beaucoup plus à des médecins secteur 1 ou à l'hôpital* (tout le monde acquiesce) *et du coup souvent on évite, en tout cas en ce qui me concerne j'évite assez souvent mes collègues de secteur 2 et je me pose même plus la question… souvent parce que j'ai déjà eu des petits soucis…*

> *F2. C'est l'importance du réseau, c'est d'avoir des spécialistes éventuellement à qui adresser. C'est connaître les centres qui peuvent faire une radio et où ils sont pas embêtés… (…) on est obligé d'avoir un réseau qui matche avec le patient.*

> *F8. On s'arrange toujours. Quand on adresse les gens,enfin, tout le monde doit faire pareil, on les adresse dans des réseaux où on sait qu'ils ne seront pas refusés. Voila…*

> *F9 je me rends plus compte parce que je crois que je fais attention en orientant…*

Ainsi certains praticiens adressent leurs patients bénéficiaires de l'AME préférentiellement sur le CHU.

> *F13. Moi j'ai effectivement tendance à l'envoyer à l'hôpital public que… par rapport à ça pour éviter justement… toujours dans l'idée effectivement que voilà ça va… je vais rajouter un truc là qui peut être un peu… de temps en temps un peu difficile quoi.*

À l'inverse, F10 ne veut pas faire de distinction entre ses patients et les adresse tous aux mêmes spécialistes quelle que soit leur couverture maladie.

> *F10. J'essaye de pas adresser les patients bénéficiaires de l'AME ou de la CMU à des endroits différents des autres.(…) je vais pas me casser la tête à chercher un autre réseau que celui que j'ai habituellement.*

De même, F4 s'inquiète de la dérive que peut entraîner la sélection des correspondants et **la création de « filière AME » à l'écart du droit commun.**

> *F4. Non mais attendez, on va pas les stigmatiser, les parquer dans un centre (…) non, mais ils sont dans le droit commun, on les garde dans le droit commun.*

3.2.4.2. Des médecins très impliqués et militants

Accompagnement des patients dans le dispositif de l'AME

Parmi les praticiens interviewés, certains pensent que les bénéficiaires de l'AME, nouveaux dans le dispositif ont besoin d'être accompagnés au début afin de mieux comprendre les règles administratives et sociales du système médical français.

> *F1. Quand on sent que c'est la première fois qu'ils arrivent, ils ont besoin qu'on les accueille en leur disant « voilà ici, quand vous voulez venir nous voir, il faut prendre un rendez-vous, il faut… » Voila… c'est toute une éducation…*

Aide à la prise des rendez-vous

Afin de dépasser la barrière de la langue et d'**aider leurs patients dans leurs démarches de soin,** plusieurs médecins consultés affirment prendre les rendez-vous médicaux à la place de leurs patients.

> *F11. Je prends les rendez-vous pour eux, avec eux… j'appelle ça prend effectivement plus de temps et ça c'est systématique.*

> *F12. Je vais prendre beaucoup plus de temps (…) et puis prendre le temps de téléphoner aux spécialistes, essayer d'organiser…*

> *F4. On est obligé d'aider les gens qui ne peuvent pas prendre rendez-vous, qui ne peuvent pas faire le lien entre nous et l'extérieur. On a une obligation ne serait-ce que morale de les aider, je veux dire, ça fait partie de notre travail d'être témoin de ce qui se passe, aussi, enfin c'est comme ça que je l'entends. S'ils sont mal reçu quelque part, je prends mon téléphone et j'appelle pour voir ce qui se passe. Ne serait-ce que ça…*

D’autres confient cette tâche à leur secrétaire.

> *F4. C’est la secrétaire qui prend tous les rendez-vous.*
> *F6. Oui voilà, où quand ils ne peuvent pas appeler eux même je demande à ma secrétaire de le faire ou si c’est trop tard je lui demande de le faire le lendemain, ça, ça arrive très souvent.*

D’autres utilisent les messages écrits pour faciliter la prise de rendez-vous.

> *F5. Quand j’ai… Il y a problème de langue, j’écris « demande de rendez-vous » en gros sur ma lettre. Au lieu de faire comme d’habitude j’écris en gros sur ma lettre et comme ils ont souvent du temps je leur dis d’aller à l’hôpital et je leur dis de leur donner ça. Ça devient le messager.*

De même certains médecins ont souligné les difficultés pour les patients à se repérer dans la ville. Ils les aident donc à s’orienter afin de se rendre au rendez-vous, en fournissant un plan par exemple.

> *F6. Rien que d’expliquer dans l’espace où est l’hôpital pour quelqu’un qui vient d’arriver il y a peu de temps et qui est resté cloîtré dans un endroit sans bouger… ben parfois c’est compliqué et il n’y a pas d’autre moyen de présenter les… c’est moins affiché, il y a moins de panneaux.*

> *F12. J’étais obligé de prendre plus de temps pour mieux les comprendre, essayer de… et oui aussi d’être beaucoup plus euh… enfin beaucoup plus les aider dans leur prise en charge enfin leur donner euh je sais pas un plan pour aller à plein d’endroit enfin…*

L’implication dépasse parfois le cadre médical : quel est le rôle du médecin généraliste ?

Sur 13 médecins interrogés, la moitié a une expérience dans une association militante des droits humains. Parmi ces praticiens, certains considèrent que **leur rôle dépasse le cadre médical strict** et aident les patients en investissant beaucoup de temps ou d’énergie.

> *F4. L’autre fois j’avais des Bulgares très précaires aussi bien intellectuellement que matériellement et leurs enfants n’allaient pas à l’école* (ton scandalisé). *Et tout ça parce que les parents ne comprenaient pas à la mairie comme ça se passe. À la mairie on les renvoyait dans des situations qui n’étaient pas possibles pour que eux comprennent. Et c’est moi qui*

ai dû gérer ça avec ma secrétaire. (…) dans mon cabinet on a pris le temps de regarder le dossier qui est compliqué et on a fait venir le père qui parlait un petit peu parce que la mère ne parlait pas du tout… ce que je veux dire c'est j'ai pu débloquer l'histoire (…) pour moi un enfant qui va pas à l'école pour moi ça fait partie de mon travail ! Excusez-moi !.

De même F7 a été jusqu'à se déplacer en personne à la pharmacie de l'hôpital, remplir elle-même des dossiers administratifs pour aider une de ces patientes.

F7. Pour vous dire j'étais choqué à ce geste de la part de la pharmacienne, je suis allé la voir, elle n'a rien voulu comprendre (…) Je demande de voir l'économe de l'hôpital pour lui expliquer (…) ah, mais j'ai bataillé (…) oui, oui je le remplis avec elle, je l'ai présenté.

F3 fait quant à lui des actes gratuits sans faire de feuilles de soins papiers pour tous ses patients bénéficiaires de l'AME. F5 le faisait également avant de se faire rappeler à l'ordre par la sécurité sociale.

F3. Personnellement au départ je faisais des feuilles de soins papiers que j'ai envoyées, j'ai jamais eu de retour donc j'ai décidé une bonne fois pour toutes de ne plus rien faire. J'ai horreur de la paperasse, j'ai … ça… on perd du temps à faire des feuilles de maladie puisqu'ils n'ont pas de Carte Vitale donc chez moi c'est euh… puisque je gagne rien à voir des gens qui sont à AME.
F5. Alors, pour la carte, je voulais vous dire parce que vous avez dit, je fais plus de feuilles. Moi je me suis fait engueuler comme ça maintenant je les fais. (…) Parce que pour la renouveler (l'AME), *on leur demande pourquoi le médecin il a rien fait. Moi la sécu m'a appelée direct, « pour votre patiente là vous n'avez pas fait les feuilles, vous ne les avez pas envoyés ? ».*

Ainsi chaque médecin a une idée propre de ce qu'est le rôle d'un médecin généraliste vis-à-vis de sa militance en faveur des droits des personnes bénéficiaires de l'AME. Cette **conception de ce rôle varie en fonction de paramètres individuels et personnels** (expériences de vie, valeurs, temps disponible, etc.) **et de paramètres systémiques nationaux, régionaux ou locaux** (des réseaux, des lois, dispositifs en place, associations, etc).

F2. (à propos de F4 qui s'implique pour que les enfants aillent à l'école) N*on mais c'est pas notre rôle (…) c'est un tiers de notre temps où on fait pas de la médecine de toute façon.*

Certains médecins se sentent trop **débordés** pour faire plus.

> *F9. J'ai l'impression de travailler de plus en plus mal quand même avec ce type de population…* (…) *il m'est arrivé de remplir des dossiers, le SAMU social etc mais là c'est fini depuis longtemps et c'est la course à l'échalote… le matin j'arrive à 7h30 au cabinet et c'est la course à l'échalote quoi… et la je me dis mais merde quand même je travaille mal quoi…*
> *F13. quelquefois je ne pose pas la question* (celle des problèmes autres que somatiques) *parce que je me dis que ça va m'entraîner trop loin et que c'est pas possible, je vais m'occuper de ce problème-là…*

3.2.5 Recommandations pour l'aide à la pratique

3.2.5.1. Le volet administratif

Des feuilles de soins électroniques

La plupart des médecins, après avoir exprimé leur lassitude vis-à-vis des contraintes administratives liées à la carte AME (nécessité de faire des feuilles de soins papier, gestion des retours de paiement avec des caisses de soin multiples, etc.), ont, pour la majorité, fait part de leur souhait d'**évolution de la carte AME vers une forme électronique.**

> *F11. On peut imaginer qu'ils aient aussi une carte à eux.*

> *F8. Déjà une carte qu'on pourrait mettre dans la machine, je répète hein, ça c'est pour le côté professionnel pratique, ça serait une grande simplification la carte qu'on met dans la machine…*

Une caisse nationale unique pour la gestion de l'AME

Les feuilles papiers faites pour les bénéficiaires de l'AME doivent être adressées à la caisse départementale dont dépend chaque patient. Certains médecins interrogés souhaitent une simplification du système et donc une **centralisation des démarches**.

> *F7. Le papier doit être national et pas être régional parce qu'on a affaire à des populations, des nomades en fait qui bougent, donc il faut pas chercher où est ce qu'ils habitent… La*

Sécurité Sociale c'est une institution nationale donc je ne vois pas pourquoi le papier il n'est pas national.

Un secrétariat médical pour tous

Parmi les médecins interrogés, c'est une minorité qui a une **secrétaire médicale sur place**. F6 l'explique par « *surtout le coût de la vie et de l'immobilier* » en centre-ville. Mais la plupart des médecins aimeraient bien en bénéficier, toujours dans le même objectif de dégager du temps médical supplémentaire et mieux accompagner les patients dans leurs besoins administratifs ou de démarches sociales.

F9. Moi je rêve d'avoir une secrétaire, qui soit sympa qui ait une fibre sociale, qui soit polyglotte…

3.2.5.2. Accès aux partenaires

Faciliter l'accès aux spécialistes

Afin de contourner les refus de soin des médecins spécialistes, les participants ont parfois proposé d'augmenter la formation des médecins de second recours ainsi que de leurs secrétaires.

F5. Alors que les spécialistes, ils fassent leur formation parce qu'ils ne connaissent pas l'AME. Il faudrait les former pour qu'ils en aient pas si peur de cette carte (…) Il faut faire des formations même aux secrétaires.

Et pour certains participants, la nécessité de rappeler les obligations légales :

F8. Le secteur 2 a obligation d'avoir au moins 20 % de ces actes… en secteur 1.
F10. C'est une obligation théorique on est d'accord, c'est théorique hein, il y en a beaucoup qui ne font pas.

Faciliter l'accès aux soins de santé mentale

La majorité des médecins interrogés ont mis en avant la fréquence des troubles psychiatriques et de la souffrance psychique chez les bénéficiaires de l'AME, et donc leur souhait que l**'accès aux soins de psychiatrie soit amélioré.**

F10. Il faudrait un système de traduction pour les psychiatres qui sont prêts à se mouiller quoi…
F9. Faudrait encourager les psychiatres libéraux à entrer dans le réseau parce que… c'est zéro… parce qu'il y a des spécialités c'est zéro…

Ils ont également proposé l'**ouverture du remboursement par la Sécurité Sociale des psychologues.**

F6. Moi je pense que c'est pas le problème, le problème est moins le problème de la psychiatrie que de la psychologie parce que… en fait.(…) Parce que c'est du temps de parole, c'est pas forcément de la maladie mentale on sait pas… faudrait qu'il y ait un pré-tri avec des accès à des psychologues.

Faciliter l'accès à des assistantes sociales ou à des travailleurs sociaux

La grande majorité des généralistes interrogés ont souhaité un accès facilité à des assistantes sociales ou des travailleurs sociaux de manière à **libérer du temps de travail médical.**

F4. L'attente, c'est des assistantes sociales qui puissent mieux les écouter, et mieux faire leur dossier parce que parfois on se retrouve dans des situations sociales qui ne devraient pas être. Et on est obligé d'intervenir en tant que médecin…

F3. Que le médecin puisse avoir du temps disponible pour faire son boulot de médecin et non pas de faire l'assistante sociale par intérim.

F6. Avoir des accès… à des assistantes sociales qui viendraient consulter, qui pourraient être là… (…) des structures couplées avec psychologue, assistante sociale et qu'il y ait un guichet unique avec traducteur ça rendrait un service majeur…

F1.En fonction du pourcentage du nombre d'AME qu'ils ont, on devrait leur ajouter une vacation d'une assistante sociale.

F2. On pourrait avoir, sur demande, recours à un interprète, à une assistante sociale…

Annuaire des partenaires

Afin de pouvoir avoir accès aux partenaires associatifs plus facilement, certains interviewés ont suggéré de **centraliser les informations dans un annuaire unique.**

F6. Les carnets d'adresses aussi pour le tissu associatif qui bouge quand même… que ça soit disponible en ligne, ça pourrait quand même nous aider… mais faudrait aussi développer le tissu associatif. (…) j'ai découvert des associations que je ne connaissais pas alors que j'étais un utilisateur du dispositif donc on voit bien que même quand on est utilisateur régulier du dispositif… alors celui qui l'utilise ponctuellement il sait pas quoi… il faudrait un annuaire.

Le support pour cet annuaire n'est pas unanime.

F10. Pas forcément une plateforme téléphonique mais une plateforme en ligne ça serait déjà énorme.
F12. Ouai je pense que centraliser l'information je trouve enfin…pour tous… les associations, tous ceux qui peuvent nous aider pour euh… (…) ou alors des plaquettes où on sait qu'on a tel numéro enfin, telle personne qu'on peut contacter dans tel cas…

F2 souligne également qu'il ne faut pas multiplier les annuaires ou les partenaires et proposer une seule solution, **un seul interlocuteur unique** afin de simplifier et de faciliter la pratique médicale des médecins.

F2. En ce moment, il faut plutôt simplifier qu'autre chose. Plutôt que d'arriver avec un truc, t'as 14 initiales différentes qui ont toutes des assistantes sociales qui font toutes du lien, de la coordination et on est noyé dans une espèce de masse. On ne sait plus qui appeler, on ne sait plus comment faire, on ne sait pas par où passer et au milieu il y a les gens qui savent plus non plus. Il faudrait vraiment simplifier…

3.2.5.3. Accès à un interprétariat professionnel

La majorité des médecins, après avoir soulignés leurs difficultés face à la barrière de la langue avec leurs patients étrangers bénéficiaires de l'AME, ont souhaité un accès à un **interprétariat professionnel de qualité.**

F13. Alors c'est vrai qu'avec les interprètes, une personne étrangère (…) donc le fait que ce soit par téléphone c'est assez intéressant, que ce soit dématérialisé, personnalisé.

F12. Après, il faut quand même une bonne qualité d'interprète parce que enfin… on a plein d'informations perdues dans l'interprétariat (non professionnel)
F2. On pourrait avoir sur demande recours à un interprète, à une assistante sociale…

3.2.5.4. Organiser différemment l'exercice de la médecine générale

La Rémunération

Certains praticiens ont évoqué l'idée d'avoir une **rémunération complémentaire** (à l'acte ou au forfait global) pour les médecins recevant des patients bénéficiaires de l'AME, dans l'idée d'une meilleure reconnaissance du travail complexe et spécifique que constitue le suivi de ces patients.

F5. Mais moi je voudrais bien qu'il nous les paye plus hein… c'est plus long.

F2. Mais on pourrait dire que comme pour les bébés c'est une consultation complexe et que tu fais un bonus.

F2 à également émis l'idée qu'à la place d'une rémunération à l'acte, les instances pourraient **financer une partie du budget secrétariat**.

F2. Mais c'est vrai qu'il y a tout un tas de quartiers où tu pourrais dire… les Belges ils vont te filer une secrétaire médicale je crois à chaque temps plein généraliste comme aide financière au lieu de lui donner de l'argent.

D'autres médecins ont proposé le **salariat** des médecins généralistes pour pallier au refus de soin et au sentiment d'isolement et d'injustice. Cette proposition n'a pas fait l'unanimité.

F3. (…) qu'il y ait non plus des cabinets individuels ou comme le mien ou comme ceux qui sont ici qui travaillent seul mais une maison médicale où les médecins seraient salariés…
F4. Pas d'accord
F5. (rigole) C'est ça…

Plus de structures interdisciplinaires

Les médecins interrogés ont parfois proposé de favoriser la mise en place de « **maison médicale interdisciplinaires** » comme des dispensaires avec différents spécialistes présents, médicaux et paramédicaux (IDE, assistante sociale…).

F5. Une maison de santé, où les spécialistes pourraient nous les recevoir sans nous faire trop suer la tête.

Tous ne sont pas d'accord, F4 s'est inquiété de la dérive que peut entraîner la **création de « filière AME » dans des dispensaires à l'écart du droit commun.**

F4. Non mais attendez on va pas les stigmatiser, les parquer dans un centre (…) non, mais ils sont dans le droit commun, on les garde dans le droit commun.

Ils ont également proposé que ce soit des instances officielles, comme le Conseil de l'Ordre qui organisent au mieux l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME.

F2. T'as un truc qui est fait pour ça, organiser la médecine, c'est le Conseil de l'Ordre quoi. Au lieu d'organiser des réunions (….) ils devraient organiser notre exercice quoi. Et là tu pourras avoir quelqu'un au Conseil l'Ordre qui est payé, tant d'euros par tous les médecins de France pour faire du secrétariat ou pour faire de la coordination mais à un endroit, un seul endroit.
F7. Ou alors faudrait carrément transféré le problème à l'OMS… l'AME…

3.2.5.5. Augmenter la cohérence du système social et de santé

La proposition de **fusionner le système AME et PUMA** en une même couverture sociale à été évoquée par plusieurs médecins interrogés. Certains, comme F12, qualifient le système actuel d' « *un peu schizophrène (…) on leur donne des trucs pour la santé et puis en même temps il faut les virer* ».

F7. Tous les étrangers par exemple qui arrivent en France par la guerre ou par… il est encadré, pas encadré, réfugié, pas réfugié machin ou avec une AME. De toutes les façons la contribution à l'État français est égale à zéro pour tout le monde. Donc je ne vois pas pourquoi il a l'AME et celui-là il a la CMU. C'est pas logique parce qu'ils sont tous quasiment dans la même situation sociale…

F9. Tout le monde à la même couverture sociale…

F2. Dans l'absolue on a marqué liberté, égalité, fraternité donc pourquoi pas traiter tous les gens qui arrivent pareil ? Avec une carte, point !

4 Discussion

4.1 Forces et limites de l'étude

4.1.1 Validité externe

Dans le contexte social et politique actuel sur le dispositif de l'AME, l'accès effectif aux soins par les bénéficiaires de l'AME à Bordeaux Métropole et leur accompagnement en médecine générale n'ont pas été investigués. À ce jour, il reste difficile de mesurer tant l'efficacité du dispositif (suivi des soins pour limiter des complications de santé), que son efficience (réalité de l'accès des personnes qui pourraient en bénéficier). Les quelques enquêtes nationales exploratoires dont nous disposons montrent que ce dispositif, souvent décrié par une partie de la classe politique française, provoque parfois des résistances chez les médecins et spécialistes médicaux [9], [10], [25] entraînant des parcours thérapeutiques jalonnés d'obstacles, des discriminations et, subséquemment des ruptures de traitement, ou des renoncements aux soins. Cette étude cherche à apporter des éléments concrets sur l'utilisation du dispositif par les médecins généralistes et son efficacité pour répondre aux besoins de la population des bénéficiaires de l'AME.

Cette enquête s'inscrit dans le cadre d'une étude plus vaste « Premier Pas » avec un volet qualitatif et quantitatif (cf. supra), ce qui constitue également une force. En effet, l'expérience des autres chercheurs (anthropologues, sociologues, économistes) ainsi que la diversité des séminaires ANR-Premiers Pas proposés ont enrichi ma réflexion et permettent une diversité des points de vue sur le sujet.

4.1.2 Validité interne : la méthode

La méthode qualitative permet d'explorer les émotions, les ressentis, les attitudes ainsi que les comportements (leurs déterminants) et les expériences vécues. Recueillir des données de terrain, concrètes constitue une force de notre étude. Les recommandations que nous pouvons établir proviennent des acteurs de terrain qui connaissent et vivent au quotidien les leviers d'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME.

Les entretiens collectifs permettent de discuter, d'échanger, de confronter et de commenter les pratiques de chacun de manière à la fois libre et semi-guidée par un guide d'entretien préétabli. Les

informations données par les uns vont générer d'autres informations par les autres. Les données qui découlent de la mise en commun des discussions du groupe sont souvent beaucoup plus riches que celles obtenues lors de la réalisation d'entretiens individuels. Ainsi, le focus-groupe permet de saisir les prises de positions parfois confrontantes, en interaction les unes avec les autres, et non de manière isolée. Le focus-groupe permet à la fois l'analyse des accords mais aussi des désaccords grâce à la prise en compte des interactions sociales qui se manifestent dans la discussion. C'est la méthode privilégiée pour les enquêtes de type « retour d'expérience » dans la mesure où le public cible (ici les médecins généralistes) appartient à la même communauté (i.e. sont soumis aux mêmes règles et incertitudes). Par ailleurs, le traitement des bénéficiaires de l'AME et donc des patients migrants irréguliers en France est un sujet souvent polémique. Cette méthode contribue à réduire les inhibitions individuelles par un effet d'entraînement (il suffit qu'un participant, plus bavard, commence à divulguer ses impressions personnelles pour que les autres y soient entraînés). Elle facilite, en outre, le travail de remémoration (l'échange des souvenirs et des perceptions opère comme un déclencheur) entre les participants.

Au cours des trois entretiens de groupe réalisés nous avons pu constater un certain nombre d'effets bénéfiques du focus-groupe sur les participants. En effet, les médecins ont pu partager leurs expériences, affirmer leurs valeurs (ce qui semblait être important pour une majorité de participants) et décrire leurs fonctionnements respectifs. Cela a pu avoir plusieurs effets positifs :

- prendre conscience du travail qu'ils accomplissent chaque jour et mieux en apprécier la valeur (réussites comme difficultés) ;
- renforcer leur sentiment d'appartenir à un groupe qui partage des valeurs communes que l'on pourrait qualifier d'humanistes ;
- profiter de l'expérience des uns et des autres (par échanges de « tuyaux », de coordonnées téléphoniques par exemple) ;
- améliorer leurs pratiques personnelles et consolider leurs compétences à l'égard de la population migrante et précaire ;
- échanger sur leurs difficultés et les injustices qu'ils ressentent sur le « chaos » et le paradoxe du monde dans lequel ils évoluent.

Ainsi les focus-groupes ont pu jouer le rôle de catharsis et par conséquent entraîner un effet de remobilisation des médecins généralistes à agir pour un meilleur accès aux soins des bénéficiaires de l'AME.

4.1.3 Limites liées à la méthode

4.1.3.1. Biais de sélection

Afin de constituer notre échantillon, nous avons contacté plus de soixante-dix médecins généralistes travaillant dans les zones où vivent des bénéficiaires de l'AME. Seuls 13 médecins ont pu participer aux différents focus-groupes. Ainsi nous pouvons donc constater un biais de volontariat : les médecins venus aux focus-groupes sont intéressés par la thématique de l'AME et ne sont peut-être pas représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes exerçant dans les zones sus-nommées.

De plus la majorité des médecins interrogés ont une expérience auprès du public étranger, en situation irrégulière sur le territoire français, et/ou précaire ce qui constitue un biais de recrutement : les praticiens interrogés sont actifs au sein du dispositif de l'AME et peuvent donc avoir des difficultés différentes ou moindres par rapport à la population générale des médecins.

Enfin, les participants à l'étude ont reçu une compensation pour le temps consacré aux entretiens de groupe. Même si la plupart des participants nous ont fait savoir qu'ils n'avaient pas participé pour la rémunération, cela a pu constituer un biais de sélection ou un équivalent de conflit d'intérêt.

4.1.3.2. Biais de classement

Les médecins interrogés nous ont relaté leurs expériences passées les plus marquantes. Ils ont pu oublier avec le temps d'autres situations moins caricaturales et notamment les situations qui ne présentaient pas de difficulté. De même, ils ont peut-être rapporté davantage les anecdotes les plus récentes laissant de côté d'autres situations marquantes plus anciennes. Cela constitue donc un biais de mémorisation.

De par la prise de position clivante et stigmatisante d'un des participants du premier focus-groupe, les autres participants ont pu réagir, en colère, par une prise de position tranchée, moins nuancée, à l'extrême opposé en « forçant le trait » de leurs pratiques de soin dans une attitude défensive. Il s'agit là d'une des limites de la méthodologie, à savoir produire un discours normé sur le groupe.

De plus, de part la méthode même des entretiens de groupe, des informations concernant certaines situations ou difficultés ont pu être omises ou maquillées par honte ou par peur du jugement des

pairs par les participants. Et à l'inverse, d'autres situations de vie plus « glorieuses », à l'origine d'une certaine fierté personnelle, ont pu être exagérément mises en avant. Cela entraîne un biais d'information.

La multiplication des focus-groupes jusqu'à saturation des données est un facteur protecteur de ces biais de classement.

4.1.4 Limites liées à l'analyse

Le contenu des verbatims et l'exacte retranscription des entretiens n'est pas vérifiable, cela pourrait ainsi constituer un biais de déclaration. Enfin, un biais d'interprétation est indissociable de la recherche qualitative car c'est son objectif principal. Néanmoins il est contrebalancé par la retranscription « *ad integrum* » des enregistrements, et par le double codage.

4.2 L'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME

Il existe un paradoxe largement souligné par les interviewés, au niveau de la prise en charge des patients étrangers bénéficiaires de l'AME. En effet, il s'agit de patients qui devraient être théoriquement reçus en consultation de médecine générale dans les mêmes conditions que les autres assurés du régime général mais qui du fait de particularités propres (difficulté de communication et de compréhension mutuelle via des différences linguistiques et culturelles, vie précaire, présence récente sur le territoire, connaissance très partielle du système de soins français, etc) ne le peuvent pas. Ces particularités influencent les stratégies de soins et impactent la nature même du travail du médecin : consultation plus longue, parfois centrée sur les symptômes, limitation des stratégies de soins de long terme, moins de soins de prévention, etc. Comme soulignés par les médecins généralistes interrogés et par certaines études [36], [37], les besoins particuliers de ces patients et donc leurs besoins en santé, évoluent en fonction du temps et de la stabilisation possible des gens sur le territoire et de leur parcours de vie. Ces évolutions transforment également la pratique professionnelle des médecins généralistes qui les reçoivent.

4.2.1 Caractéristiques des bénéficiaires de l'AME

Au cours des focus-groupes, chaque médecin interrogé a pu décrire la réalité de sa pratique médicale et de ses rencontres avec des patients bénéficiaires de l'AME. Chacun des participants s'inscrit dans son propre environnement particulier (localisation proche de foyer d'hébergement, de l'hôpital, environnement associatif, etc.). Les médecins avaient l'impression de rencontrer plusieurs sous-types de patients bénéficiant de l'AME.

4.2.1.1. Démographie

D'après le rapport 2017-18 de la mission santé de l'assemblé nationale [18], les personnes prises en charge sont pour la plupart des personnes seules (80%), majoritairement des hommes (56 %), plus jeunes que la population générale, 38 % ont entre 18 et 35 ans, 20% sont des mineurs. D'après l'enquête de la DRESS en 2007 [25], parmi les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soin, près de huit hommes et six femmes sur dix travaillent ou ont travaillé en France.

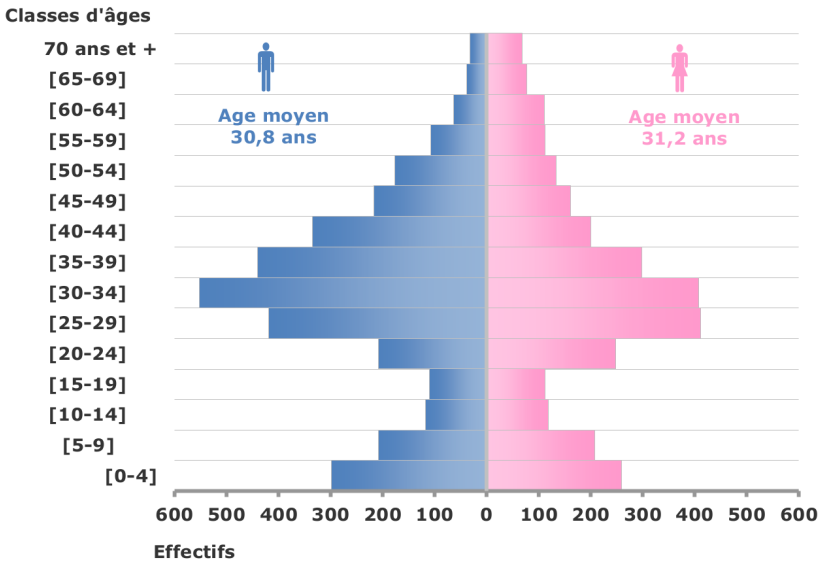


Illustration 4: Pyramide des âges des bénéficiaires de l'AME en Gironde en 2014. Source : CPAM Gironde

En Gironde, comme au niveau national, les bénéficiaires de l'AME sont en majorité, jeunes (l'âge moyen est de 31 ans) et de sexe masculin (53 % contre 57% au niveau national). Nous n'avons pas d'information concernant leur statut marital (personnes seules ou en famille) ou leur activité

professionnelle. Les médecins généralistes de notre étude individualisent 3 sous-groupes de patients bénéficiaires de l'AME : isolés, en famille, dans les réseaux de prostitution.

4.2.1.2. État de santé

Dans notre étude, F8 soutenue par d'autres participants, a souligné qu'elle avait le sentiment que les bénéficiaires de l'AME n'étaient pas en bonne santé. Une enquête de 2007 [38] auprès de la population immigrée a montré qu'ils sont plus nombreux à déclarer un mauvais état de santé perçu que les Français nés en France même en l'absence de grande précarité.

Les informations disponibles sur la santé des bénéficiaires de l'AME sont réduites. Les problèmes de santé rencontrés en médecine ambulatoire sont particulièrement difficiles à apprécier. Il n'existe en effet pas de système recueillant et analysant les consultations et visites pour les bénéficiaires de l'AME, que ce soit auprès des médecins spécialistes de médecine générale ou des autres spécialités exerçant en cabinet libéral. Pourtant d'après le rapport conjoint de l'IGAS-IGF (Inspection Générale des Affaires Sociales et Inspection générale des finances) de 2010 [10]: la grande majorité (97 %) des bénéficiaires de l'AME en Île-de-France ont eu recours à des prestations de ville. Ces prestations ne concernent pas seulement des délivrances de pharmacie mais également, de manière significative, des consultations de généralistes à hauteur de 82%. D'après une étude de l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé) [39], les personnes immigrées ont un taux de recours à la médecine de ville, au généraliste comme au spécialiste, plus bas que le reste de la population française (5 % de moins).

Catégorie de l'exécutant	Nombre de bénéficiaires consommants	Montant remboursé	Poids de la catégorie	Taux de recours*	Montant par consommant	Nombre d'exécutants du département*
Médecins généralistes	3 236	419 420 €	14%	52%	130 €	733
Médecins spécialistes	1 852	309 515 €	10%	30%	167 €	878
Médecins libéraux	3 492	728 935 €	24%	56%	209 €	1 611
Dentistes	907	131 465 €	4%	15%	145 €	301
Sages-Femmes	128	36 104 €	1%	2%	282 €	62
Auxiliaires médicaux	465	155 226 €	5%	7%	334 €	463
Pharmacies	3 748	1 586 331 €	53%	60%	423 €	448
Fournisseurs	133	40 760 €	1%	2%	306 €	60
Laboratoires d'analyses médicales	1 603	232 363 €	8%	26%	145 €	129
Transporteurs	203	83 384 €	3%	3%	411 €	96
Total	**4 048**	**2 994 569 €**		**65%**	**740 €**	**4 781**

Illustration 5: Consommation de soins réalisés en ville en 2014 au titre de l'AME par catégorie de l'exécutant. Source : CPAM Gironde

En Gironde près de 65% des bénéficiaires de l'AME en 2014 ont eu au moins un soin remboursé au titre de l'AME. 52% ont eu recours à un médecin généraliste (Sources : CPAM Gironde) contre 82% en Île-de-France. Ainsi en Gironde, les bénéficiaires de l'AME ont moins recours au médecin généraliste qu'en région parisienne. Plusieurs hypothèses sont possibles : moins de besoin de soins en Gironde, car la population est en meilleur état général qu'à Paris ou sur-utilisation de lieu de consultations ne nécessitant pas l'utilisation de la carte vitale (CASO, PASS, associations, etc.).

Les médecins spécialistes les plus consultés, en termes de taux de recours par les bénéficiaires de l'AME en Gironde (Illustration 6), sont les radiologues, les ophtalmologues, les gynécologues et les psychiatres. Ce classement semble cohérent avec les données de santé connues à propos de cette population. En montant remboursé, le classement est différent pour des diverses raisons : les tarifs des actes pratiqués sont différents, le nombre d'actes par bénéficiaire est plus important chez les spécialistes pratiquant des séries de soins, etc.

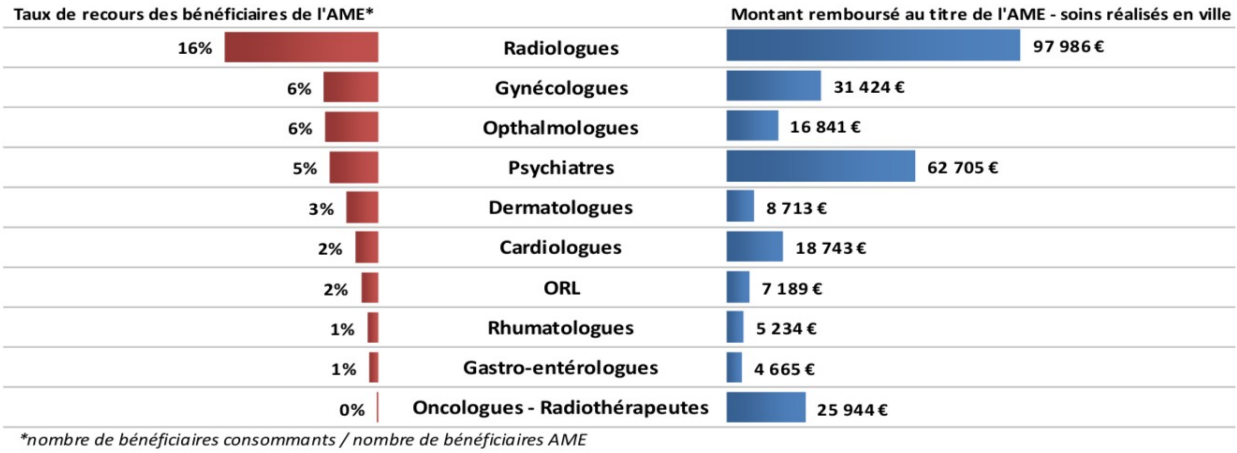


Illustration 6: Consommation de soins réalisés en ville en 2014 au titre de l'AME : 10 principales spécialités de médecins. Source CPAM Gironde

Une des principales études sur la santé des bénéficiaires de l'AME a été réalisée par la DRESS en 2007 [25]. Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins sont nombreux à déclarer un état de santé mauvais ou très mauvais (1 personne interrogée sur 5). D'après cette même étude, les maladies des voies aériennes ou de la sphère ORL, les troubles du système digestif et les pathologies ostéo-articulaires rassemblent plus de 45 % des diagnostics posés chez les hommes en consultation de médecine générale. La répartition des motifs de consultation et d'hospitalisation est très différente chez les femmes. En effet le suivi de grossesse et l'accouchement, simple ou compliqué, sont à l'origine de trois recours sur dix à la consultation et de sept sur dix pour les

hospitalisations. Un besoin de soins urgents est relevé pour un patient sur six en consultation et un patient sur deux en hospitalisation.

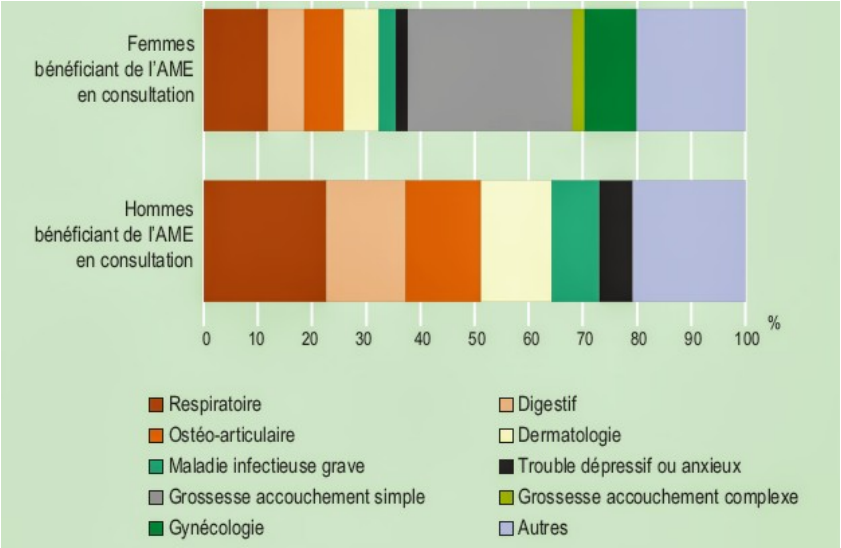


Illustration 7: Répartitions des motifs ayant motivé une consultation. Source : [25]

Grâce à l'observatoire de Médecins du Monde, les PASS ou encore des associations comme le COMEDE, nous disposons de chiffres et d'études recentes sur la population migrante en contact avec le système de soin à défaut d'autres études sur les bénéficiaires de l'AME.

D'après le rapport de l'observatoire de MdM de 2016 [27], sur la population de patients consultants dans les CASO, les pathologies les plus fréquemment diagnostiquées sont les problèmes respiratoires et digestifs (près de 50 %) puis ostéo-articulaires (20%), dermatologiques (16%), cardiovasculaires (10%) et psychologiques (9 %). Par ailleurs, plus de la moitié (56%) des patients consultants dans les CASO ont des pathologies chroniques nécessitant un suivi. Plus de la moitié (60%) de ces patients chroniques ont eu un retard de prise en charge. Une étude comparative entre les patients de médecine générale de ville et les consultants des CASOs [40] indique que chez ces derniers les infections sont plus fréquemment diagnostiquées, notamment les infections aiguës hivernales et les hépatites virales comme cela est souligné par les médecins de nos focus-groupes. La fréquence des problèmes digestifs, cutanés et respiratoires est également plus élevée parmi les consultants des CASOs. À l'inverse, les situations de prévention étaient peu fréquentes dans les CASOs (0,1%) alors qu'elles représentaient le premier résultat de consultation en médecine générale de ville (11,7%). Ce résultat peut s'expliquer par plusieurs particularités liées au fonctionnement même des CASOs qui ont pour volonté de ne pas s'engager dans une démarche de

suivi médical et d'orienter les patients dès que possible vers le système de droit commun et par celles des patients qui peuvent avoir d'autres priorité comme nous le verrons ultérieurement.

4.2.1.3. La santé mentale

Dans notre enquête, les médecins généralistes posaient le constat que leurs patients bénéficiaires de l'AME présentaient fréquemment des troubles psychologiques, voire des pathologies psychiatriques. Plusieurs facteurs peuvent expliquer la fréquence de ces troubles chez les étrangers en situation irrégulière. En effet, on retrouve souvent la notion de violences et de traumatismes vécus dans le pays d'origine ainsi qu'au cours du parcours migratoire. À l'arrivé dans le pays d'accueil, s'ajoute alors des phénomènes d'acculturation avec la perte des liens avec les proches et les repères habituels, la précarité administrative, les conditions de vie et les incertitudes sur l'avenir qui peuvent générer également des souffrances psychiques.

Plusieurs études auprès du public étranger en situation précaire [41] viennent corroborer ce constat. Par exemple, d'après une étude auprès de patients migrants consultants au COMEDE publiée dans le BEH de 2017 [42], 16,6% des patients présentent des troubles psychiques graves (23,5% chez les femmes versus 13,8% chez les hommes). Ces troubles sont constitués pour les deux tiers de syndromes psycho-traumatiques (60%) et de traumas complexes (8%). Les tableaux dépressifs représentent 22% et sont plus fréquents chez les exilés en situation de détresse sociale et les personnes déboutées de leur demande d'asile.

D'après l'enquête menée par MdM au cours de l'hiver 2015/2016 [27], parmi les personnes sans logement ayant fréquenté les CASOs de Paris et Saint-Denis, 86 % des personnes à la rue déclarent un sentiment d'insécurité, et 48 % disent avoir été exposées à des violences.

D'après le rapport MdM de 2016 [27], chez les patients consultants aux CASOs, des troubles d'ordre psychologique ont été diagnostiqués chez 9 % des patients reçus en consultation. Les syndromes dépressifs sont les principaux problèmes diagnostiqués, suivis par les troubles anxieux (angoisse, stress, troubles psychosomatiques). D'après la DRESS en 2007 [25] la fréquence des troubles dépressifs ou anxieux chez les bénéficiaires de l'AME était de 6 %. Dans ces deux enquêtes, ces chiffres relativement peu élevés peuvent surprendre, mais ils sont probablement sous estimés. Les troubles psychologiques ne sont généralement pas les motifs principaux de consultation et ne sont que rarement exprimés par les patients. De plus, lors de consultations au

CASO, les patients sont souvent vus une seule fois et les médecins ne recherchent pas systématiquement ces troubles.

La problématique de l'accès aux soins de santé mentale pour ces patients étrangers en situation irrégulière a été largement rapportée par les médecins généralistes interrogés. Pourtant, les interviewés ont dit être parfois en difficulté et ce pour plusieurs raisons :

- Comme nous l'avons souligné précédemment, les troubles psychologiques ne sont généralement pas les motifs principaux énoncés de consultation en médecine générale (en population générale comme chez les bénéficiaires de l'AME même si un acte de médecine générale sur dix comporte un soutien psycho-thérapeutique comme composante principale selon certaines études [43]). Ainsi s'il n'y a pas un suivi sur le long terme des patients, mais des consultations au « *coup par coup* » où ne sont traités que les motifs somatiques dit urgents comme décrit par certains des médecins interrogés, alors le dépistage de ces troubles ne se fait pas ;
- Parfois, la multitude des problèmes abordés en consultation font que les médecins se concentrent sur les problèmes somatiques jugés les plus aisés à régler. Parfois cela peut permettre de tisser une relation de confiance afin de pouvoir par la suite aborder les problèmes psychiatriques ou psychologiques plus personnels et difficiles ;
- Certains médecins du focus-groupes ont dit se sentir désarmés face à certaines problématiques jugées compliquées (sexe, mort, violence, détresse psychologique) et adoptent des stratégies d'évitement en préférant parfois ne pas les aborder de peur de découvrir des situations qu'ils ne s'estiment pas capables de gérer ;
- Aborder des problématiques de santé mentale nécessite de prendre du temps que les médecins n'ont ou ne s'octroient pas toujours ;

S'ajoute au sous-dépistage par les médecins, le fait que les difficultés psychologiques ne peuvent être que rarement exprimées par les patients bénéficiaires de l'AME avec le sentiment vécu par les médecins de « tourner en rond » autour du vrai problème et donc de traiter des somatisations de problèmes psychologiques. En effet, plusieurs facteurs peuvent expliquer les non-dits des patients :

- les différences culturelles : les présentations cliniques, les symptômes décrits, ne sont pas compris par les médecins généralistes comme des manifestations psychologiques et/ou

psychiatriques. Parfois à l'inverse, certaines études [41] retrouvent un sur-diagnostic de troubles psychotiques du fait de l'écart culturel existant entre l'examinateur et le patient ;

- la barrière linguistique : dans le domaine de la psychiatrie ou de la psychologie, l'existence d'interférences entre le patient et l'interprète (quand il y a interprétariat) parasite la qualité de la relation de soins. En effet, il est très délicat pour un patient de raconter son histoire de vie, d'autant plus si elle contient un vécu traumatique, à une personne non neutre [44]. Ainsi, par l'absence de programme financé d'interprétariat professionnel pour les professionnels de santé de ville, la prise en charge de la santé mentale des patients allophones est compromise. Le recours à un interprète non professionnel est particulièrement inadapté dans le contexte de la santé mentale ;
- le bien-être psychologique qui souvent n'est pas une priorité pour les patients qui peuvent être aux prises avec des problématiques de survie immédiate (logement, nourriture, sécurité) ;

À Bordeaux Métropole, il existe plusieurs partenaires ressources en santé mentale pour prendre en charge les patients migrants allophones :

- La PASS psychiatrique de l'hôpital Charles Perrens organisée en équipe mobile intra-hospitalière ;
- l'EMPP (Équipe Mobile Psychiatrie Précarité Migrants) qui se déplace dans les lieux d'accueil et d'hébergement d'urgence (CAIO (Centre d'Accueil, d'Information et d'Orientation), CCAS (Centre Communal d'Action Sociale), Emmaüs, Halte de nuit, Foyer Leydet, Foyer Tregey, Samu social…) ;
- Les consultations transculturelles de l'association MANA.

Malheureusement, les médecins interrogés lors de notre enquête éprouvent de réelles difficultés à orienter leurs patients du fait de la saturation de ces partenaires.

D'après les focus-groupes, les patients bénéficiaires de l'AME semblent essentiellement orientés par les médecins généralistes vers des dispositifs d'exception et non vers les dispositifs de droit commun que représentent les psychiatres libéraux, les Centre Médico Psychologiques (CMP), ainsi que les psychologues libéraux.

Depuis 1990, le CMP est conçu comme le pivot du dispositif de soins du secteur. Il a pour mission d'organiser et de coordonner toutes les actions extra-hospitalières, en lien avec les unités d'hospitalisation. Les patients bénéficiaires de l'AME peuvent consulter dans les CMP [45]. Mais c'est le lieu d'habitation qui définit le CMP de rattachement. Il existe huit CMP dans Bordeaux Métropole. Les hôtels, foyers d'urgence et les boîtes postales ne peuvent pas servir de domiciliation. Si une personne n'a pas de résidence effective, elle est accueillie à tour de rôle sur l'un des établissements selon un calendrier établi. L'un des points négatifs qui découle de cette règle peut être la distance entre le lieu de soins et le lieu de vie de la personne lorsqu'elle vit dans un hôtel, un foyer d'urgence, un squat ou autre. De plus, la sectorisation des soins psychiatriques engendre d'autres difficultés pour une prise en charge optimale des patients étrangers en situation irrégulière. En effet, ces derniers vivent dans des conditions de vie instables, tout du moins dans les premiers temps de leur arrivée sur le territoire (pas de logements fixes, insécurité…). Le changement de secteur inhérent aux déménagements et donc le changement d'interlocuteur avec qui une relation de confiance s'établit peut engendrer un frein dans l'accès aux soins. Les patients n'ayant pas envie de répéter à plusieurs intervenants leur histoire souvent traumatique. Comme pour les autres dispositifs, les CMP sont saturés, les délais moyens pour un premier rendez-vous hors urgence sont longs. Par exemple, en région Rhône-Alpes, le délai moyen en psychiatrie adulte pour obtenir un premier rendez-vous en CMP est de plus de 67 jours avec des extrêmes pouvant aller d'un à cinq cent cinquante jours [46]. Une enquête similaire est en cours en Aquitaine.

L'accès aux psychiatres de ville à été constaté comme difficile par les médecins généralistes interrogés. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer. Les psychiatres libéraux comme les médecins généralistes ne disposent pas des ressources nécessaires au bon déroulement du suivi de patients allophones ; en effet, ils n'ont pas accès à l'interprétariat professionnel. De plus, les délais de consultations pour les psychiatres libéraux conventionnés secteur 1 sont longs (souvent plusieurs mois). Les psychiatres conventionnés du secteur 2 ont comme tous les spécialistes de secteur 2 l'obligation déontologique de ne pas pratiquer de dépassement d'honoraires aux bénéficiaires de l'AME. Malheureusement, comme pour l'ensemble de spécialistes de secteur 2, les patients sont confrontés à des refus de soin (50 % des psychiatres opposent un refus de soins aux bénéficiaires de la CMU d'après une enquête menée en 2006 [47]).

L'accès aux psychologues est difficile pour les patients précaires. En effet, en dehors des psychologues présents dans les CMP ou dans les dispositifs d'exceptions comme ceux de MANA ou de l'EMPP, les soins ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. Pourtant, la prise en

charge psychologique et psychiatrique est complémentaire [48], [49] En population générale, deux expérimentations sont en cours dans certaines régions pour le remboursement des consultations chez un psychologue libéral sur prescription médicale, l'une concerne les jeunes de 6 à 21 ans et l'autre la prise en charge des troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée pour les adultes [50].

4.2.1.4. La précarité

D'après l'INPES, la précarité se définit comme la condition qui résulte de l'« *absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir des 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 grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, quand elle devient persistante, quand elle compromet les chances d'assumer à nouveau ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même.* » Ainsi, et comme l'ont souligné les médecins des focus-groupes, la plupart des bénéficiaires de l'AME qui sont en situation illégale sur le territoire français avec un logement non stabilisé, dans l'impossibilité d'avoir une activité professionnelle et coupés de leur réseau social et familial, dans un pays culturellement différent peuvent être considérés comme précaires et même « précaires parmi les précaires ».

D'après l'observatoire de Médecins du Monde en 2016 [27], plus du tiers (34 %) des consultants indiquent limiter leurs activités et leurs déplacements de peur d'être interpellés par les forces de l'ordre. De fait, si l'on considère juste le nombre de déplacements à effectuer à l'occasion d'une demande d'AME (domiciliation, entretiens à la CPAM, contact avec les travailleurs sociaux, rendez-vous divers), c'est à l'évidence un facteur supplémentaire de non accès aux droits et de renoncement aux soins.

Depuis plusieurs décennies, la lutte contre l'immigration irrégulière est une des priorités affichées du gouvernement français. Avec le ralentissement de la croissance et l'envolée du chômage provoqués par le choc pétrolier de 1973, les étrangers font de plus en plus figure de concurrents indésirables sur un marché du travail devenu trop étroit, justifiant, pour les gouvernements successifs, que soient mises en place des politiques de maîtrise des flux migratoires. L'interpellation de l'étranger en situation irrégulière est l'étape première de la procédure conduisant à l'éloignement

effectif du territoire français. D'après une circulaire de 2006 [51], elle peut se faire sur la voie publique, dans les transports en commun, au décours d'un contrôle d'identité ou même à la préfecture, dans la salle d'attente d'un médecin, le hall d'accueil de l'hôpital mais également dans les parties communes des hébergements-foyer de migrants.

Comme souligné par F12, il existe un paradoxe sociétal. D'un côté l'État français propose une couverture maladie aux étrangers en situation irrégulière bien plus large que dans la majorité des pays européens et ce, notamment pour des raisons historiques (la France, pays des droits de l'homme, etc.) et de l'autre, démantèle les lieux de vie informels, assigne à résidence ou enferme en centre de rétention et expulse du territoire français ces mêmes personnes. Au centre de ce paradoxe, les patients et les soignants qui les prennent en charge peuvent se trouver désemparés.

Par ailleurs, une des spécificités des bénéficiaires de l'AME soulignée dans notre enquête est la difficulté, ressentie par les médecins, qu'ils ont à prendre et à tenir un rendez-vous. Cette difficulté est également retrouvée dans la littérature mais ne semble pas spécifique aux bénéficiaires de l'AME mais plutôt aux patients précaires en général.

Prendre un rendez-vous est un acte complexe [52]. En effet, cet acte suppose dans un premier temps l'accès à un téléphone, ou tout du moins un déplacement préalable chez le médecin. Il nécessite de savoir s'exprimer et de comprendre la langue pour pouvoir répondre à certaines questions. Enfin, cela nécessite de pouvoir écrire la date du rendez-vous ou de se souvenir de la date et de l'heure de celui-ci. Malheureusement, le public visé par l'AME fait régulièrement face à des circonstances de la vie qui impliquent que parfois, le jour du rendez-vous, d'autres priorités ont surgi ou que le papier où était noté le rendez-vous est perdu (patients sans domicile fixe ou stable). Ainsi dans des histoires de vie compliquées, la prise de rendez-vous peut être difficile, voire impossible et devenir un obstacle à l'accès aux soins.

Cette constatation a été soulignée par une thèse qualitative de médecine générale de 2016 [53] s'attachant à rechercher les causes de rendez-vous manqués par les patients bénéficiaires de l'AME, et de la CMU ou de l'ACS. Une autre thèse soutenue en 2013 [54] a comparé les profils socio-démographiques des patients consultant avec et sans rendez-vous, ainsi que les raisons motivant ce choix. Il s'agit d'une enquête épidémiologique cas/témoins transversale auprès de 314 patients, toutes couvertures sociales confondues, dans les salles d'attente de quatre cabinets de médecins généralistes du secteur 1 à Paris. Dans cette étude, 9 patients bénéficiaires de l'AME étaient inclus

et tous étaient dans le groupe des sans rendez-vous. De plus, les patients venant en consultation sans rendez-vous étaient plus souvent de nationalité et d'origine étrangères (43% des patients venant sans rendez-vous contre 18% des patients venant avec rendez-vous). La thèse pointe également que pour une minorité de patients (4%), les raisons qui faisaient préférer le sans rendez-vous témoignaient d'une situation de grande précarité : barrière linguistique (4.1% des réponses), difficultés pour téléphoner (3.7%) et prise de rendez-vous jugée trop compliquée (4%). Certes le faible échantillon de patients empêche d'extrapoler à l'ensemble de la population hétérogène des bénéficiaires de l'AME. Néanmoins, cette étude tend à confirmer le fait que le « tout sur rendez-vous » serait un frein à l'accès aux soins des patients AME et aux patients précaires en général.

4.2.1.5. Des patients « chronophages »

La majorité des médecins interrogés s'accordent à dire que recevoir des patients bénéficiaires de l'AME est chronophage et ce pour plusieurs raisons :

- la barrière de la langue et les différences culturelles demandent plus de temps (temps de la traduction et de la reformulation, le temps passé à la levée des incompréhensions, etc.) ;
- les difficultés sociales et administratives à prendre en compte ;
- la prépondérance des problématiques psychologiques à prendre en charge ainsi que les maladies chroniques à éduquer ;
- du temps d'éducation des patients à la médecine de ville (prendre rendez-vous, arriver à l'heure, consultations à plusieurs sur le même créneau, etc.).

Globalement, les médecins arrivent à s'accommoder de ces difficultés (en prenant souvent du retard dans les consultations) mais demandent à ce que chaque médecin « *prenne son lot de patients précaires* » et regrettent que « *ce soit toujours les mêmes* » qui prennent en charge cette population. En effet, de part la proximité géographique de certains cabinets avec des lieux de vie de ces patients ou encore par le « bouche à oreille » entre membres de même famille ou de même communauté, les médecins se sentent « *envahis* ». Ce « ciblage » des praticiens est une source d'épuisement pour les médecins. Néanmoins et en théorie, les patients bénéficiaires de l'AME comme tous patients gardent le libre choix de leur médecin et il n'existe pas actuellement de « quota » ou d'obligation pour les médecins à recevoir dans leur patientèle, tel ou tel pourcentage de bénéficiaire de l'AME.

Au vu de l'investissement nécessaire à la fois personnel mais également en matière de temps et donc de coût (dû au système actuel de paiement à l'acte), certains médecins ont proposé de créer une cotation ou une majoration de consultation spécifique pour ces patients afin de reconnaître et de mieux rémunérer le travail et le temps passé. À l'inverse de la solution incitative précédente, imposer des quotas de patients bénéficiaires de l'AME aux médecins généralistes et spécialistes semble compliqué et peut être contre-productif. En effet, la relation de soin imposée aux médecins comme aux patients semble difficilement pouvoir mener à des soins de qualité et à une alliance thérapeutique entre soignant et soigné.

4.2.2 Les enjeux d'une bonne communication

En situation de soins et en médecine générale, les enjeux d'une bonne communication sont importants et parfois vitaux. En effet, la qualité de la communication et de l'échange avec le patient apparaît essentielle pour établir un diagnostic, annoncer une maladie, expliquer les prescriptions d'un traitement ou faire de la prévention. Se comprendre est une des premières étapes pour permettre la rencontre entre soignant et soigné. Comme souligné par les participants de notre étude, dans le contexte des pathologies aiguës, où l'on soigne essentiellement l'organe, la consultation peut se dispenser d'une relation médecin/patient de qualité, alors que la qualité de cette même relation influence considérablement l'évolution des situations de maladies chroniques et les consultations de prévention. En effet, la maladie chronique ainsi que les consultations de prévention et d'éducation à la santé nécessitent une adhésion à un projet thérapeutique, une compréhension de la maladie, une participation du patient dans le processus de soin ou le maintien de la santé (comportements protecteurs, abandon de comportements néfastes, participation aux contrôles cliniques ou biologiques, etc.), ce qui nécessite un niveau d'échange qui semble nettement supérieur à celui nécessaire à la gestion de la maladie aiguë.

Les freins principaux pour une bonne communication soignant/soigné pour cette population des bénéficiaires de l'AME identifiés dans la littérature ainsi que dans les focus-groupes sont d'une part la barrière linguistique et d'autre part la différence culturelle. La difficulté à communiquer réduit la consultation à un soin technique biomédical centré sur un organe malade et ainsi grève la qualité du soin proposé et la capacité du patient à « bien vivre » avec sa maladie. Il s'agit donc là d'une véritable inégalité d'accès aux soins qui est dommageable pour le patient et pour le médecin. En effet, en plus d'une perte de chance pour le patient (impossibilité à être acteur de la gestion de sa

maladie chronique), cela peut décourager les médecins à les recevoir ou réduire leur implication dans les consultations. Les médecins peuvent ressentir un sentiment d'impuissance, d'agacement ou de colère à ne pas pouvoir gérer correctement des situations comme l'ont souligné certains praticiens des focus-groupes. De plus, sur le plan de la sécurité sanitaire, une mauvaise communication peut induire des prescriptions inadaptées par le médecin, une moindre observance et davantage d'événements indésirables.

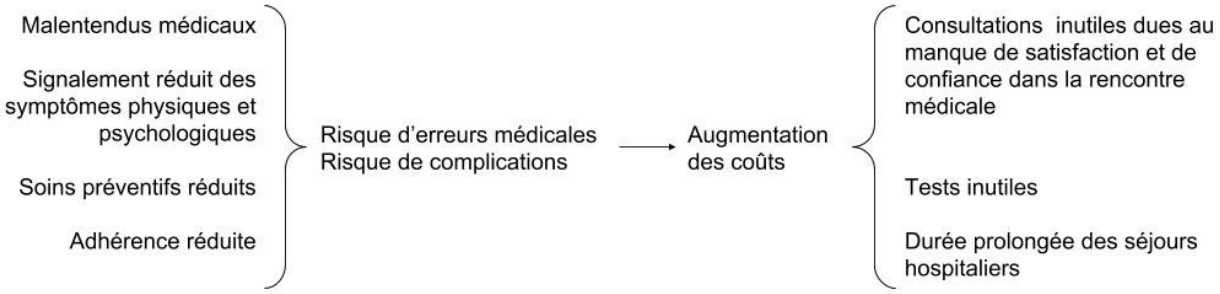


Illustration 8 : Les problèmes de communication peuvent induire une augmentation des dépenses. Source : [44]

D'un point de vue économique, les difficultés de communication peuvent induire une augmentation des dépenses (Illustration 8). Le médecin va être amené à demander davantage de tests à visée diagnostique, car il doit considérer un plus large éventail de diagnostics différentiels. De plus, pour le patient, elles sont associées à une augmentation de la possibilité d'être hospitalisé (notamment les hospitalisations non programmées) et du temps passé à l'hôpital, et la prescription de plus de traitements qui auraient pu ne pas être prescrits [44].

4.2.2.1. Interculturalité et préjugés

La clinique auprès des patients migrants est marquée par la rencontre de cultures différentes, celle du patient et celle du professionnel. Il est donc important pour le soignant de prendre en compte les représentations du soin, de la maladie et de ses conséquences qui peuvent être différentes chez les patients étrangers. Les représentations de la maladie, du corps, de la mort, de la sexualité ou encore les moyens de guérir, liés aux références culturelles et religieuses, déterminent l'ensemble des attitudes, connaissances et comportements face aux événements de vie. Mais pour autant, le recours à l'ethnomédecine ne doit pas être systématique [55]. Bien entendu, la dimension socioculturelle est à prendre en compte, mais ce sont surtout les déterminants socio-économiques qui jouent de façon générale un rôle important sinon prépondérant dans le comportement des patients face à leur maladie [56]. Cette différence de « point de vue » sur la santé, peut générer de l'exclusion de soins

ou du soin dégradé ainsi que des amalgames chez les praticiens (un patient de telle ou telle nationalité peut être jugé inapte à comprendre la démarche de soins, donc le plus simple pour le médecin est de ne pas la faire du tout). Lorsque la relation soignant/soigné bute sur un obstacle « insaisissable », une consultation avec médiation culturelle ou une prise en charge en ethnopsychiatrie peut contribuer à éclairer la situation : « *la médiation permettra d'amorcer un déblocage non pas en mettant en œuvre des « gris-gris » bien exotiques mais en donnant au patient la possibilité d'exprimer sa détresse, ses doutes ou ses difficultés dans un registre qui lui est familier* » [56].

Il est reconnu que pour les personnes en situation de précarité, les questions de santé peuvent passer au second plan des préoccupations [27], [57]. En effet, les patients bénéficiaires de l'AME font souvent face à des événements de vie compliqués et à des difficultés matérielles (logement, emploi, alimentation, etc.). La santé est parfois reléguée au second plan, la survie au jour le jour devenant prioritaire. Cette relégation a pour corollaire une plus grande fréquence des comportements à risque, ainsi que le rapport jugé « particulier » des personnes précaires au système de soins. Un recours aux soins qui est souvent tardif [58] et en particulier à ceux de prévention [40]. Ces choix peuvent engendrer de l'incompréhension de la part des médecins.

On retrouve régulièrement dans les médias généralistes et cela a également été évoqué par certains médecins lors des entretiens, la représentation selon laquelle des étrangers, ne participant pas au système de cotisations sociales, viendraient en France pour bénéficier du système de santé et seraient ainsi des « touristes médicaux » (F3). Dans les débats soulevés autour de l'AME, les réfractaires à ce dispositif dénoncent entre autres les risques d'« appel d'air » que constituerait un modèle social trop « généreux ». Pourtant d'après le rapport européen de MdM de 2015 [59], seulement 3% des personnes ayant émigré l'ont fait pour des raisons de santé. L'hypothèse du « healthy migrant effect » qui a été étudiée aux États-Unis [60] et étendue en Europe [61], [62] et en France [38] soutien que ce sont les personnes en bonne santé qui prennent le chemin de la migration car plus apte à faire le trajet et à trouver du travail dans le pays d'accueil. L'état de santé des patients migrants semble se dégrader une fois arrivés sur le territoire à cause de déterminants socio-économiques [38]. Les migrants restent en moyenne 6,5 ans en Europe avant de venir pour la première fois chercher de l'aide chez MdM. Enfin, plus de 90% des patients atteints d'une maladie chronique ne sont pas au courant de leur condition avant d'arriver en Europe [59].

L’idée que les patients migrants ont des « capacités mentales » inférieures à la population française a été avancée par certains participants et est aussi partagée par une frange non marginale de la population française. Pourtant d’après l’étude de la DRESS [25], le niveau scolaire des bénéficiaires de l’AME est relativement élevé, pour les hommes comme pour les femmes. 17 % de personnes n’ont jamais été scolarisées ou seulement jusqu’à 12 ans, et 30 % ont suivi des études au-delà de 20 ans. La non-maîtrise de la langue diminue les capacités d’expressions et notamment la finesse du propos, ce qui peut mimer des capacités mentales inférieures, là où il ne peut s’agir que d’une contrainte linguistique ou d’une incompréhension culturelle.

On retrouve dans la littérature, des préjugés sur ces patients à tous les niveaux d’exercice, médecins installés, remplaçants mais aussi chez les internes. Ainsi, d’après une thèse de médecine générale de 2009 [63] portant sur les connaissances des internes de médecine générale d’Île-de-France sur l’accès aux soins des migrants en séjours précaires, sur les 290 internes interrogés : un interne sur cinq a le sentiment que les bénéficiaires de l’AME abusent du système. De plus, un interne sur deux ne sait pas que les dépassements d’honoraires ne peuvent pas être appliqués à un patient bénéficiaire de l’AME et un interne sur cinq pense qu’il est possible de les refuser pour des raisons financières. Une autre thèse de médecine générale [64] a montré que les internes ont des représentations de la précarité plus proches de la grande pauvreté (alors que ce sont deux concepts différents), conformes au discours populiste croissant en Europe plus tourné vers l’exclusion de ces populations étrangères qu’à la plus-value sociétale que constitue leur présence sur le territoire.

4.2.2.2. La barrière de la langue

D’après la revue de littérature de la PASS Internationale en 2008 [44], la barrière linguistique affecte de manière négative plusieurs facteurs :

- l’accès aux ressources médicales, en particulier aux soins préventifs ;
- la qualité des soins ;
- la satisfaction des patients ;
- la satisfaction du personnel de santé.

Nous ne connaissons pas la proportion de francophones parmi les bénéficiaires de l’AME. Nous allons ainsi extrapoler à partir des données d’études faites auprès des patients immigrés en contact avec le système de soins français. En 2016 [27], près d’un patient immigré sur cinq cite la barrière

linguistique comme étant un des principaux obstacles du recours aux soins. Bien qu'il ne s'agisse pas de la population bénéficiaire de l'AME, dont la proportion d'allophones reste inconnue à ce jour, il est retrouvé dans notre enquête et dans la totalité des études que l'obstacle linguistique est un frein majeur à l'accès à des soins de qualité, en 2018, en France. Dans les CASOs de MdM en 2014 [65], sur plus de 10 000 premières consultations, 41 % nécessitaient un interprète. Dans près de huit cas sur dix, l'interprétariat a pu être assuré sur place, le plus souvent par une personne accompagnante. Une enquête menée par la direction générale de la santé en 2012 [66] auprès de 200 patients non francophones suivis pour des pathologies chroniques dans des hôpitaux a montré que lors des consultations médicales, plus de la moitié des patients accompagnés auraient préféré un interprète professionnel plutôt qu'une traduction par leur accompagnant.

Deux thèses qualitatives de médecine générale, l'une réalisée en Gironde [67] et l'autre à Lyon [68] ont souligné l'isolement des généralistes face à la barrière linguistique et le recours majeur à l'interprétariat non professionnel. De manière complémentaire, une évaluation quantitative de la pratique des médecins généralistes cette fois-ci dans métropole toulousaine concernant le recours à un interprète professionnel face à un patient non francophone ou utilisateur élémentaire de la langue française a été réalisée en 2014 pour une thèse de médecine générale. Elle a montré que la majorité des médecins généralistes (69%) avait recours à l'accompagnant sur place. De plus, 81% des médecins ont déclaré que l'interprète sollicité (sur place ou par téléphone) avait été au moins une fois un mineur [69].

Le recours à un interprète non professionnel

Le recours à des interprètes informels est très courant, surtout en médecine générale et peut être tout à fait valable dans certains contextes. Dans notre enquête la majorité des médecins l'utilise avec toutefois des réserves (peur du risque d'incompréhension, de temps perdu, sentiment de frustration). En effet comme décrit par la revue de la littérature de la PASS internationale [39] ainsi que le rapport de la HAS [60] « *il présente de nombreuses limites* ».

Du fait de la proximité entre le patient (qui doit livrer une part de son intimité) et son accompagnateur (ami, famille, proche), le dialogue est transformé, parfois limité, biaisé voir tronqué pour des raisons de pudeur, de confidentialité ou même de fiabilité de la traduction. Le respect du cadre déontologique de la consultation n'est alors pas respecté. De même selon les sujets abordés en consultation, le patient risque d'occulter des informations importantes de peur des

rumeurs et des risques d'exclusion dans sa communauté (VIH, Tuberculose, etc.) [58]. Parfois, le traducteur-accompagnateur peut même avoir une influence directement néfaste sur la consultation. Par exemple, comme souligné par certains médecins, le lien entre traducteur et patient est parfois inconnu (proxénète et travailleuses du sexe) et il est difficile de préserver une relation et des soins de qualité dans de telles circonstances.

L'utilisation du tiers mineur pour interprète a également posé question lors des focus-groupes. D'après les médecins interrogés, le fait d'utiliser les enfants comme traducteur limite la consultation, « *on ne peut pas parler de tout* » (F13). Mais ce qui n'a pas été évoqué par les médecins c'est que l'utilisation de mineurs comme traducteur familial semble même aller contre l'article 36 de la convention internationale des droits de l'enfant : « *Les États partis protègent l'enfant contre toutes autres formes d'exploitation préjudiciables à tout aspect de son bien- être. »*. En effet, en inversant les rôles on place ainsi les enfants dans une position d'adulte capable de partager des « secrets » et des informations qui risquent d'influencer son développement psychique et sa future identité d'Homme. Ainsi, *« Le fait d'utiliser des enfants comme interprètes informels non seulement augmente le risque des erreurs d'interprétation, mais place également une responsabilité insoutenable sur les épaules des enfants. »* [44].

L'utilisation de pictogramme ou de site de traduction en ligne

Des outils disponibles sous forme papier et numérique existent afin de communiquer a minima avec les patients. Dans ces situations, la communication se fait souvent unilatéralement (le médecin pose des questions uniquement fermées). Ils permettent la « débrouille » sans interprète mais en aucun cas ne le remplace. Les médecins de notre enquête n'ont pas cité de site de traduction médicale en ligne ou d'application pour smartphones (comme Traducmed). Ils ont évoqué l'utilisation de Google Traduction. Cependant, il est reconnu que les « dictionnaires en ligne » même s'ils s'améliorent d'années en années sont limités et ne permettent pas toujours une juste traduction. De plus, ils ne sont pas adaptés dans un contexte médical (outil plus performant pour les termes administratifs) et pour toutes les langues et surtout les langues « rares » car ils n'utilisent pas une traduction directe mais depuis l'anglais (avec donc une perte d'information). De plus, l'utilisation d'un ordinateur interfère dans la relation médecin-patient en dégradant la qualité des soins et de la communication [70]. Ainsi « *Il n'est pas possible d'y avoir recours avec l'objectif de communiquer* »[71].

L’utilisation d’une langue tierce

Plusieurs médecins à défaut de connaître la langue maternelle du patient utilisent une langue tierce pour communiquer avec leur patient. Les médecins interrogés ont le plus souvent cité l’anglais, l’espagnol ou l’arabe. Cependant, sauf dans les cas de bonne maîtrise de cette langue tierce, les nuances apportées aux discours ne sont souvent pas possibles. Ainsi, cela peut-être une source d’incompréhension, de malentendu et d’imprécision [71].

Mais l’utilisation d’une langue tierce peut parfois être un atout pour les patients et peut permettre « *de dire ce qui ne peut se dire dans sa langue, comme par exemple le sujet de la sexualité ou bien l’expression d’une critique transgressant la religion. Une langue tierce peut s’avérer également décisive lorsque l’expression doit éviter la langue première du fait d’une charge affective traumatique ou bien trop entachée de déplaisir »* [72].

L’interprétariat professionnel

Les freins principaux rencontrés par les médecins généralistes à l’utilisation d’interprètes professionnels dans notre étude viennent confirmer les obstacles retrouvés dans plusieurs études [67], [69], [71], [73] :

- le temps : les consultations avec un interprète sont naturellement plus longues qu’une consultation « normale ». De plus, en cas de demande d’interprétariat téléphonique, le service peut être saturé et le délai d’attente pour y avoir accès s’ajoute au temps de la consultation ;
- le coût : les médecins interrogés ont dit regretter l’absence de financement de l’interprétariat par les patients ou par un autre mécanisme tiers ainsi que l’absence de valorisation financière des consultations jugées plus longues et complexes avec un interprète ;
- l’organisation : organiser une consultation avec un patient, l’interprète et le médecin de ville peut parfois être compliqué selon la disponibilité de chacun ;
- la gestion d’une consultation à trois demande une adaptation au « colloque singulier » habituel et nécessite une formation, ce qui signifie dégager du temps supplémentaire.

Pourtant l’apport d’un interprète professionnel en consultation médicale (ou sociale) n’est plus à démontrer[44], [71]. La HAS considère que seul le recours à un interprète professionnel permet de

garantir d'une part, aux patients/usagers 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 professionnels les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical. Le recours à l'interprétariat professionnel améliore le dialogue entre le soignant et le soigné, évite la multiplication des consultations, voire les errances ou les erreurs de diagnostics et par conséquent réduit les risques de retard de recours aux soins et de complications médicales dont les coûts humains et financiers sont sans aucune mesure avec le coût même de la traduction [71].

Les interprètes professionnels possèdent non seulement une formation en interprétariat au cours de laquelle ils acquièrent aussi bien des notions culturelles, mais également des connaissances dans le domaine de la santé et de la terminologie médicale. Ils sont tenus de respecter la confidentialité de l'entretien soignant-soigné. Même si comme le rappelle le Dr Mestre (psychiatre et anthropologue), « *les interprètes influencent le processus de la traduction, par leur histoire personnelle bien sûr, mais aussi par leur parcours migratoire, de l'idée qu'ils se font de la situation, de l'intérêt qu'ils portent aux patients, et du contexte* ». Il existe un « code déontologique » des interprètes médicaux [74]: respect de la fidélité de la traduction, devoir de confidentialité et respect du secret professionnel, impartialité et respect de l'autonomie des personnes. Ainsi l'interprétariat professionnel participe à la diminution des inégalités d'accès aux soins des patients allophones [75] et augmente le confort de travail des soignants ainsi que la qualité du soin proposé.

Il existe trois types d'intervention pour l'interprétariat : en face-à-face, par téléphone (utilisé actuellement en pratique courante) et par vidéo (en cours d'implémentation par ISM interprétariat, sous un format Skype professionnel).

Malheureusement pour le moment en France, en dehors de l'hôpital ou de certaines associations, l'interprétariat professionnel en ambulatoire est peu développé. En 2012, a été signée la Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France [74] afin de promouvoir le développement de l'interprétariat professionnel. Dans notre étude, certains praticiens interrogés avaient connaissance d'associations ou d'organismes où leurs patients allophones pouvaient être adressés avec plus ou moins de succès. Dans la métropole Bordelaise, l'association MANA offre une activité professionnelle d'interprétariat et de traduction pour les administrations et les services publics (médicaux, sociaux, éducatifs, et administratifs) avec des interprètes qui se déplacent à la demande d'associations comme MdM ou dans les hôpitaux ainsi que des consultations transculturelles.

L’association Inter Service Migrant (ISM), créée en 1970, implantée à Paris propose un service d’interprétariat par téléphone accessible partout en France.

4.2.3 Démarches administratives : des contraintes pesantes au quotidien

Dans notre enquête et comme souligné dans la littérature, les contraintes administratives représentent un fardeau au quotidien pour les professionnels de santé ainsi que pour les patients. Source de frustration, d’énervement et d’incompréhension, elles participent aux raisons évoquées par les professionnels pour les refus de soins des bénéficiaires de l’AME [76]. Pour les patients, elles participent à la « charge mentale » imposée aux populations précaires. En effet, ces populations doivent sans cesse produire des « papiers » pour bénéficier de droits dans tous les aspects de leur (sur)vie quotidienne.

4.2.3.1. Pour les médecins.

Les feuilles de soins papier

Les bénéficiaires de l’AME ne possèdent pas de carte Vitale mais une carte plastifiée (modèle en annexe 1) sans puce électronique, rendant impossible la télétransmission des données. L’absence d’outils de télétransmission peut entraîner des difficultés de rémunération pour les médecins lorsqu’ils reçoivent des patients relevant de l’AME. En effet, les patients bénéficient de la dispense d’avance de frais (le 100% sécurité sociale). Dans une enquête auprès de quelques médecins généralistes en 2010 en Isère et dans la Vienne [77], seuls 50 % avaient connaissance des modalités de remboursement des soins d’AME. Dans notre enquête, où les médecins interrogés sont en contact régulier avec la population précaire, tous connaissent les démarches et procédures. En effet, il revient aux professionnels de santé de transmettre les informations à la CPAM afin d’être remboursés :

- soit en remplissant puis en envoyant une feuille de soins papier à la CPAM ;
- soit en faisant une télétransmission en mode dégradé de la feuille de soins. Ce mode de télétransmission n’est pas recommandé par certaines CPAM du fait de problèmes de gestion informatique.

Les médecins généralistes interrogés ont souligné la lourdeur des démarches à entreprendre afin de retrouver à quelle caisse sont rattachés les bénéficiaires de l'AME (comme pour les autres assurés du régime général) au moment de l'envoi de la feuille de soins papier. D'après le rapport IGAS-IGF de 2007 [9], le taux de rejet brut des feuilles de soins des bénéficiaires AME s'établit à 12,4 % contre 8,7 % pour les feuilles de soins papier de l'ensemble des assurés. Ce taux de rejet non négligeable semble s'expliquer par des difficultés d'identification des bénéficiaires par les professionnels de santé ou les caisses mais également par les cas de rupture des droits d'AME au moment des soins pour lesquels aucun règlement n'est possible tant que les droits ne sont pas renouvelés. Ainsi le taux de retour net des feuilles de soins vers les professionnels de santé, qui traduit la part de soins difficilement remboursables peut être estimé entre 5 % et 6 %. Ce taux de rejet oblige les professionnels de santé à engager des démarches fastidieuses afin d'être correctement remboursés ou à abandonner une rémunération à laquelle ils peuvent prétendre. Les professionnels de santé font face à une lourdeur administrative plus importante que pour traiter un assuré du régime général.

Le délai de remboursement des soins des bénéficiaires de l'AME a été pointé du doigt par certains médecins. Pourtant, toujours selon le rapport de l'IGAS en 2007 [9], le délai de remboursement moyen de traitement était de moins de sept jours dans 90% des cas, contre quatorze jours en moyenne pour l'ensemble des tiers payants par feuille de soins papier. Mais le traitement des feuilles de soins papier est plus long que le traitement des feuilles de soins électroniques télétransmises.

Le renouvellement de la carte et les ruptures d'affiliation

Une fois le dossier accepté, l'AME est accordée pour un an. Le renouvellement doit être demandé au moins 2 mois avant la date d'échéance figurant sur la carte de droit à l'AME. La tendance à la multiplication des demandes de documents justificatifs en matière d'instruction des dossiers par les CPAM [17] se traduit par un allongement des délais et ne peut qu'inciter les bénéficiaires à anticiper leur demande de renouvellement, autrement dit, à se replonger dans le parcours d'accès aux droits quelques mois seulement après avoir obtenu le bénéfice de l'aide. Il y a là une vraie barrière pour ces patients dont on sait qu'ils éprouvent des difficultés à se projeter au-delà de la résolution de leur survie quotidienne immédiate. De plus, il paraît invraisemblable d'imposer à une population vulnérable et en difficultés face au système de soin de devoir s'y confronter plus fréquemment que les autres assurés. Ainsi comme souligné par les médecins des focus-groupes, les

ruptures d'affiliation sont relativement fréquentes (de l'ordre de 10 % en 2007 d'après le rapport IGAS-IGF) [9]. La grande majorité des praticiens continue tout de même à recevoir les patients gratuitement tout en étant conscient du risque de rupture de soins et de traitements.

4.2.3.2. Pour les patients

En 2016, dans l'observatoire de MdM, 33 % des patients interrogés évoquent les difficultés administratives et la complexité des démarches comme un des obstacles à l'accès aux soins [27]. La méconnaissance des droits et des structures est rapportée par 23 % des patients. On constate donc bien une réelle inégalité ressentie dans l'accès aux droits des patients étrangers en situation irrégulière. Le taux de non-recours à l'AME est très important. En 2016, plus de quatre patients sur cinq consultant pour la première fois dans un CASO relèvent théoriquement d'un dispositif de couverture maladie au regard de leur situation administrative dont 53 % relèvent de l'AME mais n'en bénéficient pas [27]. Dans notre enquête, les praticiens sont conscients des difficultés des patients à se saisir du dispositif et essaient de les accompagner dans leurs démarches et dans leur compréhension du système de soins.

La démarche pour bénéficier de l'AME est une démarche active : il est nécessaire de remplir un dossier pour en bénéficier. De fait, seuls les patients nécessitant des soins en font la demande le plus souvent. Pour faire les démarches, prendre le risque d'être visible, il faut d'abord en ressentir le besoin, et le plus souvent ce besoin, vient de la présence d'une maladie active et handicapante. Le potentiel bénéficiaire de l'AME a devant lui un parcours long et compliqué. Il doit tout d'abord s'interroger sur ses droits potentiels puis identifier le bon interlocuteur, établir un contact avec ce dernier, remplir ou se faire accompagner pour remplir un dossier, obtenir l'aide ou les aides correspondantes et enfin en demander et obtenir le renouvellement. Autant d'étapes, autant de difficultés et de risques de venir gonfler les chiffres du non recours ou du renoncement en cours de procédure. En 2013, la sénatrice Mme Archimbaud, décrit très bien ce phénomène dans son rapport au premier ministre concernant l'accès aux soins des plus démunis [78]. Le Défenseur des droits en 2014 en arrivait à la même conclusion, « *la complexité d'accès à ces dispositifs et/ou du maintien de l'ouverture des droits se traduit par un phénomène croissant (…) de renoncement pur et simple au bénéfice des dispositifs concernés* »[79].

Par ailleurs, les bénéficiaires de l'AME peuvent également essayer de rentrer dans des procédures de demande de régularisation pour raison de santé, ce qui nécessite la rédaction de certificats

médicaux comme souligné par les médecins des focus-groupes. D'après l'article R313-23 du CESEDA, un certificat médical sur un formulaire spécifique (que le patient récupère en préfecture) doit être établi par le médecin qui suit habituellement la personne ou par un praticien hospitalier (disparition de l'exigence du médecin agrée). Ce certificat est alors adressé au médecin de l'OFII qui statuera (et non plus au médecin de l'ARS depuis le 1er janvier 2017) [80]. La rédaction de tels certificats peut ainsi avoir des répercussions conséquentes sur la vie des patients, il est donc important que les médecins prennent le temps et puisse accéder à tous les éléments du dossier du patient ce qui passe par une bonne communication entre soignants et entre le patient et son médecin.

Hétérogénéité de fonctionnement des organismes

Dans notre étude, les médecins ont remarqué des erreurs dans les traitements de dossier des bénéficiaires de l'AME à propos de certains remboursements de soins avec notamment des demandes de remboursements et de recouvrements abusifs. Les médecins interrogés sont unanimes pour décrier le fonctionnement parfois opaque et complexe du système de santé actuel.

Les CPAM sont des organismes de droit privé exerçant une mission de service public. Elles sont sous l'autorité hiérarchique de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) mais sur le plan organisationnel, elles fonctionnent comme des organismes autonomes : chacune gère ses employés, ses locaux et son organisation. L'accueil des demandeurs de l'AME diffère beaucoup selon les caisses. Ces pratiques « *divergentes et parfois illégales* » sont dénoncées par le défenseur des droits depuis plusieurs années [81] ainsi que par de nombreuses associations. Selon le COMEDE [37], 78% des difficultés rencontrées par les usagers relèvent de dysfonctionnements de l'assurance maladie.

Une étude sociologique [5] a été menée en 2012 dans deux centres CPAM en région parisienne et montre de grandes disparités entre les deux centres mais également au sein même de la structure avec des agents administratifs mal informés et soumis à la pression du résultat et à la course à la productivité. Ainsi les demandeurs d'AME sont souvent obligés de revenir plusieurs fois et de reprendre rendez-vous bien souvent un mois plus tard, afin de monter leurs dossiers par manque de pièces justificatives souvent abusives et inutiles. Ils voient ainsi leur accès aux soins retardé. Une autre étude à été réalisée auprès de sept CPAM de Bordeaux et la CUB en 2012 par l'institut ISPED [17] trouvant des hétérogénéités de fonctionnement entre les caisses et même au sein d'une même caisse entre les différents agents.

La domiciliation

Les médecins interrogés n'ont pas conscience ou n'ont pas évoqué le problème de domiciliation rencontré par les demandeurs de l'AME alors qu'il est retrouvé dans la littérature. Ils ne sont en effet pas engagés dans ce processus qui apparaît en amont de la demande. La demande d'AME nécessite une attestation de domiciliation afin de compléter le dossier. D'après le rapport MdM de 2016 [27], 28 % des patients de 16 ans ou plus n'ont pas de domiciliation administrative pour accéder à leurs droits. Parmi les potentiels bénéficiaires de l'AME ayant besoin d'une domiciliation accueillies dans les CASOs en 2016, 44 % sont hébergés par de la famille ou des proches. Étant en situation irrégulière, il est probable que ces personnes n'osent pas communiquer les coordonnées des personnes les hébergeant aux autorités par peur d'un éventuel contrôle. De plus, de nombreux patients pouvant prétendre à l'AME n'ont pas de domicile fixe et doivent ainsi se faire domicilier auprès des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS/CIAS), ou associations agréées dont ils dépendent. Initialement tenus à l'écart du mouvement de simplification initié par la loi DALO du 5 mars 2007, ils continuaient de relever d'un régime distinct matérialisé par un formulaire Cerfa spécifique et ne pouvaient donc pas bénéficier du principe déclaratif (déclaration sur l'honneur). Depuis la loi ALUR du 24 mars 2014, les conditions de domiciliation des bénéficiaires de l'AME sont alignées sur la domiciliation de droit commun.

Les organismes domiciliataires sont aujourd'hui saturés et certains appliquent des critères restrictifs excluant un grand nombre de personnes de l'accès à leurs droits. Les réticences de certains CCAS, sont généralement motivées par la crainte d'un afflux massif de candidats à la domiciliation et le manque de moyens pour y faire face. De plus, la couverture en CCAS et associations agréées est très inégale sur le territoire comme cela a été constaté en Île-de-France en 2015 par une enquête de la FNARS (Fédération Nationale d'Accueil et de Réinsertion Sociale) [82]. Ainsi « *dans cette situation, les personnes peuvent attendre une attestation de domicile parfois plusieurs mois et sont amenées à solliciter des organismes domiciliataires toujours plus éloignés de leurs lieux de vie, remettant alors en cause un principe fondamental de ce service, puisqu'il incarne l'adresse : la proximité* » [83].

4.3 Le métier de médecin généraliste

Le rôle attribué au médecin généraliste n'est pas le même selon les praticiens interrogés. Des phrases comme « *ce n'est pas notre rôle* » ou « *ce n'est pas à nous de le faire* » et à l'inverse, « *c'est notre rôle* », « *cela fait partie de nos missions* » ont plusieurs fois été utilisées. Nous avons pu différencier deux sous-populations de médecins en contact avec les populations précaires bénéficiant de l'AME lors de ces entretiens :

- les médecins « humanistes », qui ont un regard plus « assistentiel » sur ces patients à qui on fait presque l'aumône par charité et par devoir (serment d'Hippocrate) ;
- Les médecins qui veulent que les patients précaires soient des patients « comme les autres », dans le droit commun même si leur place dans la société est à part.

De plus, dans notre enquête et comme souligné par une thèse de médecine générale sur les difficultés de prise en charge des patients précaires [84], on peut différencier deux autres catégories de médecins :

- Ceux qui ne se sentent pas concernés par les questions sociales et qui considèrent que c'est le rôle des travailleurs sociaux ;
- Ceux qui considèrent que le médecin généraliste doit prendre en charge son patient dans sa globalité et qu'il est de leur compétence et de leur devoir de prendre en charge ces questions sociales.

En 2002, la WONCA (branche européenne de l'organisation mondiale de la médecine générale), en collaboration avec l'OMS, décrit onze critères regroupés en six compétences fondamentales qui définissent et caractérisent la médecine générale. Ceux-ci ont été repris dans le Code de Santé Publique suite à la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoires) du 21 juillet 2009 [85] :

- La gestion des soins de santé primaires : elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée. Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de

soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.

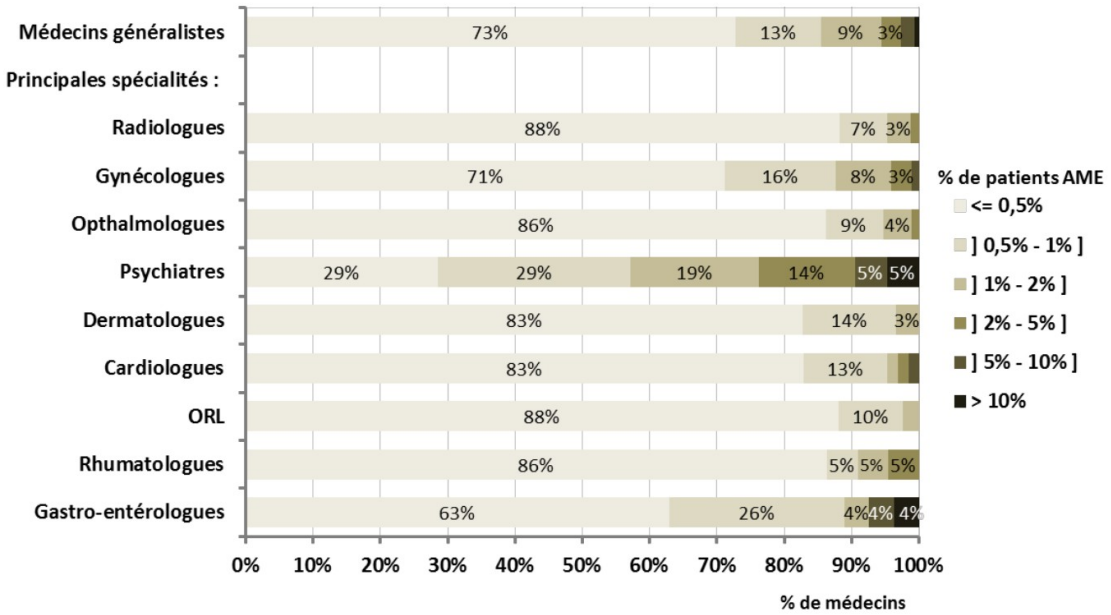
- Les soins centrés sur la personne : elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires. Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée. Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes : elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires. Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- L'approche globale : elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide. Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- L'orientation communautaire : elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- L'adoption d'un modèle holistique : elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

En matière de compétence en accompagnement social, cette définition bien que complète ne dresse pas de limite nette entre ce qui relève du rôle du médecin généraliste ou non (celui de l'État via les travailleurs sociaux ou l'école ou de celui de la famille et du réseau social, ou encore du rôle des entreprises privées). Dans notre enquête, ce qui semble cristalliser les difficultés et les souffrances de ces professionnels, c'est la compétence de coordinateur de soins attribuée au médecin généraliste qui par ce biais devient le pivot de santé. Dans ce rôle, le médecin généraliste qui accompagne beaucoup de patients précaires et/ou migrants est largement plus impacté lorsque les situations sont complexes et donc tout particulièrement avec les bénéficiaires de l'AME. Ainsi, bien que définie par une liste de grands cadres, la fiche de poste du métier de médecin généraliste n'existe pas. Cette conception personnelle de ce rôle varie en fonction de paramètres individuels et personnels (expériences de vie, valeurs, militance, engagement, temps disponible, etc.) et de paramètres systémiques nationaux, régionaux ou locaux (des réseaux, des lois, des dispositifs en place, des associations, etc.), ce qui se retrouve au travers de notre enquête.

Au cours de l'année 2014 en Gironde, 1611 médecins libéraux ont reçu des patients bénéficiaires de l'AME dont 733 médecins généralistes. Au même moment, 1639 médecins généralistes étaient

inscrits à l'ordre des médecins. Ainsi 45 % des médecins généralistes ont reçu au moins un patient AME en 2014. Pour ces médecins généralistes, les patients bénéficiaires de l'AME représentent en moyenne 0,7 % de leur patientèle (données CPAM).

D'après l'illustration 9 et ce qui est souligné dans les focus-groupes, la répartition des bénéficiaires de l'AME semble polarisée sur certains praticiens. Cette situation crée ainsi un sentiment d'injustice car pour que ces patients accèdent à des soins qualitatifs, les médecins doivent fournir des efforts particuliers et un investissement supplémentaire (nécessité de travailler en réseau, charge administrative augmentée, etc.) par rapport aux autres assurés du système de soins et cela sans contrepartie ou presque. En effet, les médecins généralistes sont en première ligne pour porter les contradictions et paradoxes du système de soins actuel : il faut soigner tout le monde sans distinction, mais de fait tout le monde n'est pas traité de la même façon par la société. Ainsi, les patients précaires font face à plus de « tracas » administratifs et doivent justifier tous les aspects de leur (sur)vie par des documents (justificatifs de santé, de ressources, etc.), ce qui peut avoir des répercussions sur leur médecin (nécessité de faire des certificats, etc.). Ils peuvent alors avoir le sentiment de devoir se substituer aux institutions sociales, de prendre sur eux quelque chose que le système de soins devrait gérer et ainsi d'être instrumentalisé par ces patients qui sont eux-mêmes victime de la violence du système de soin à leur égard.



**cabinets de médecins ayant reçu au moins un patient AME en 2014*
Exemple de lecture : 13 % des médecins généralistes ont reçu entre 1 et 2% de patients bénéficiaires de l'AME au cours de l'année 2014.

Illustration 9: Répartition des médecins selon la proportion de patients AME dans leur patientèle reçue en 2014. Source : CPAM Gironde

Certains praticiens peuvent y voir une manière de s'accomplir dans leur métier, de vivre leur militance (lutte contre des injustices), leur citoyenneté et leurs opinions politiques. En effet, auprès des bénéficiaires de l'AME et dans le contexte des migrants et de la précarité en général, les soignants recherchent à la fois la possibilité de travailler autrement (s'éloigner de la technique biomédicale) et un certain sentiment d'utilité sociale et de revalorisation [86].

D'autres médecins peuvent ressentir de la souffrance et de l'épuisement face à ces situations qui les mettent en tension éthique, morale et dans des conflits de valeurs (accès au soin inconditionnel pour les patients en rupture de couverture sociale mais nécessité de contourner la loi pour se faire payer par exemple). Ces ressentis peuvent alors les amener à renoncer à délivrer des soins de qualité, à sortir de la légalité (prescription sur un autre assuré) ou encore à refuser de soigner ces patients.

Le refus de soin des patients bénéficiaires de l'AME est une réalité ressentie et vécue par tous les médecins ayant participé aux entretiens. Une enquête qualitative auprès de 175 professionnels de santé par MdM [87] ainsi que celle menée par le Défenseur des Droits et le fond CMU [88] ont différencié plusieurs niveaux de discrimination qui s'associent entre eux et participent ainsi à entretenir les refus de soin :

- la disqualification ou stigmatisation : Les bénéficiaires de l'AME sont présentés comme des « assistés », des « profiteurs » dont les soins « coûtent cher à la société ». Au nom de ces représentations de délégitimation, certains professionnels justifient des pratiques différentielles, défavorables et illégitimes, et donc discriminatoires.
- la catégorisation et la différentiation : La prise en charge différenciée des patients selon des catégorisations opérées par les professionnels de santé (F2 parle de « *tiroirs* ») semble être justifiée dans la pratique médicale afin d'offrir une prise en charge adaptée à chaque patient. Mais la mise en avant de la barrière culturelle ou de l'origine des patients fait justifier par certains professionnels que la personne soit orientée vers une offre de services ou de soins à part du droit commun. Cette mise en avant de l'origine se fait au détriment des facteurs socio-économiques qui sont autant voire plus déterminants dans l'accès aux soins.

D'après l'article L. 1110-3 du code de la santé publique : « a*ucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins* ». Pourtant, le refus de soin est une réalité bien présente en France. Le testing téléphonique de Médecins du Monde de novembre 2006 [76] auprès de 725 médecins généralistes dans 10 villes de France a observé 37 % de refus de soin pour

les bénéficiaires de l'AME (soit pratiquement quatre fois plus souvent que la CMUc), 34% pour les généralistes de secteur 1, 59% pour les généralistes de secteur 2.

Les résultats de ces testings ont été confirmés par une étude de la DRESS en 2008 [25] un bénéficiaire de l'AME sur trois a été confronté à un refus de soin de la part d'un professionnel de santé. Depuis 2008, il n'y a pas eu de nouveau testing national sur le refus de soin par les professionnels de santé des bénéficiaires de l'AME mais le Défenseur des Droits a continué de faire des propositions [89] afin de lutter contre cette discrimination : signalement renforcé, sanction par les CPAM, campagne d'information. Le refus de soin reste néanmoins une réalité pour les bénéficiaires de l'AME.

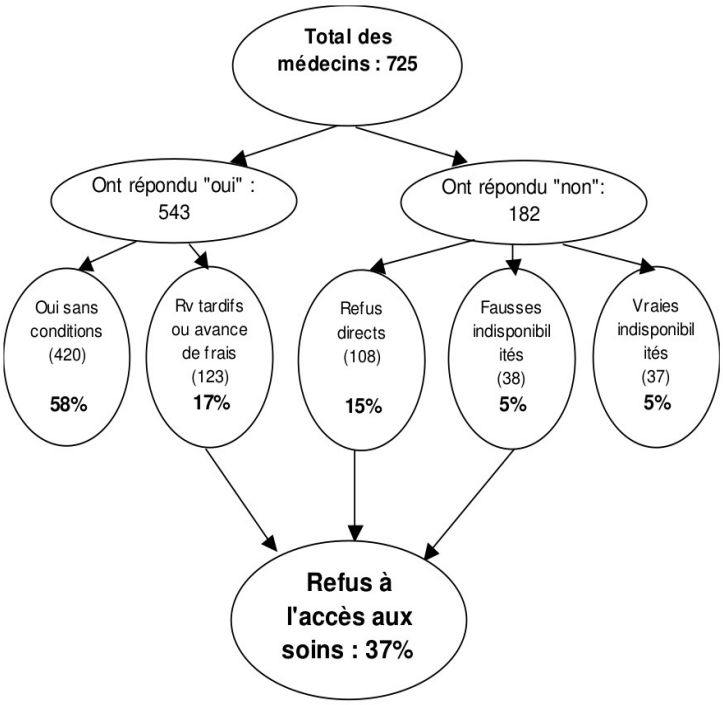


Illustration 10: Taux de refus de l'accès aux soins rencontrés par les bénéficiaires de l'AME. Source :[76]

Nous avons ainsi pu constater à l'aune de ces entretiens, une notion que nous pouvons retrouver dans la littérature, les médecins généralistes ne représentent pas un groupe homogène mais chaque individu façonne et oriente son exercice selon sa personnalité. Ainsi, doit-on laisser le choix au médecin généraliste de décider s'il veut soigner les patients précaires ou non ? Quelles sont les solutions pour que chaque patient bénéficiaire de l'AME ait un accès facilité et effectif aux soins de son choix ?

4.4 Perspectives et recommandations

Actuellement, les médecins généralistes bordelais éprouvent des difficultés à accompagner les patients bénéficiaires de l'AME et cela pour de multiples raisons que nous avons évoquées. Depuis quelques années, en France, des dispositifs et des initiatives étatiques ou associatives permettant de contourner ces difficultés émergent mais sont encore peu nombreux et mal connus des professionnels de santé.

Les bénéficiaires de l'AME sont dans le droit commun pourtant, à ce jour, les médecins jugent ces patients plus difficiles à soigner pour les raisons vues précédemment. Comme souligné par les médecins des entretiens, deux visions semblent s'opposer pour sortir de ce problème :

- D'un côté, une vision « universaliste » qui consiste à mettre en œuvre des solutions pour faciliter l'intégration de ces patients dans le droit commun. L'universalisme des droits de l'homme postule « l'*égalité et l'unité de l'humanité (…) Il réfute l'idée que la transmission des valeurs, des manières de faire et de penser puissent nécessiter une prise en charge spécifique, sous peine d'une atteinte aux fondements de la République* »[55] ;
- De l'autre, un différentialisme pratique, les bénéficiaires de l'AME sont des patients différents des autres et doivent donc être traités comme tels via des processus d'exception afin de tendre vers un meilleur accès aux soins de cette population. Il « *reconnaît la présence d'identités collectives et la nécessité pratique de sa prise en compte pour pallier les inégalités* » [55].

À l'heure actuelle, le système de soin français ne semble pas pouvoir choisir entre les deux approches. En effet, de nouveaux dispositifs viennent chaque jour aider les médecins généralistes à prendre en charge ces patients (création de réseaux de soins, développement de l'interprétariat et de la médiation en santé, etc.) mais pour autant l'AME ne fusionne pas avec la PUMA et les difficultés persistent. Il existe ainsi plusieurs axes d'amélioration que nous allons détailler.

4.4.1 La formation des médecins généralistes

4.4.1.1. Formation à l'accompagnement des patients en situation de précarité

Au cours de leur cursus et de leur formation initiale, les futurs médecins généralistes sont peu formés sur les inégalités de santé et la précarité. Dans une thèse de médecine générale [64], il a été montré qu'en 2012, seules 9 facultés de médecine sur les 38 existantes, disposent pendant le troisième cycle (post-Examen Classant National), d'un enseignement spécifique sur les thématiques des inégalités sociales de santé et de l'accès aux soins des personnes socialement vulnérables. À Bordeaux, on retrouve cet enseignement dans le module 5 de l'enseignement théorique du DES (Diplôme d'Étude Spécialisée) de médecine générale « Précarité, vulnérabilité sociale » en adéquation avec les compétences fondamentales du médecin généraliste soutenues par le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) [90]. Pour les spécialistes, le programme officiel de 2017 des DES de psychiatrie et de pédiatrie ne comprend pas de module précarité.

Une des solutions pour aller contre les refus de soin qui a été proposée par les praticiens des focus-groupes est de renforcer la formation des médecins (généralistes et spécialistes) ainsi que des para-médicaux (secrétaires médicales compris). En effet, les formations permettent de combattre les idées fausses et préjugés sur les patients précaires et permettent également d'obtenir des clés de compréhension et des compétences pour leur prise en charge (tant administratives qu'une meilleure connaissance des partenaires et des réseaux de soin) [119].

4.4.1.2. Formation à l'interprétariat

Introduire un tiers interprète dans une consultation médicale rompt avec l'habituel colloque singulier entre le médecin et le patient. Apprendre et comprendre l'intérêt et les limites de l'interprétariat est important pour que la consultation se déroule au mieux pour le patient et pour le médecin. En effet, l'interprète totalement neutre n'existe pas et le soignant doit apprendre à prendre en compte ces difficultés. Des temps d'échanges et donc de formation entre soignants et interprètes sont nécessaires [75], [91]–[93]. Cette formation pourrait être proposée lors de la formation initiale des médecins ou encore à plusieurs reprises lors de la formation continue.

4.4.1.3. Formations à l'interculturalité et la médiation culturelle

Il existe pour les personnels soignants non médecins (formation initiale d'infirmiers, de cadres de santé et d'auxiliaires de puériculture) un module d'ethnologie « *explorer la signification de la santé dans un contexte de diversité culturelle et sociale, diversité des valeurs et des croyances* ». Loin de se concentrer sur l' « essentialisation » par un quelconque livret explicatif sur telles ou telles cultures (i.e lister les particularités de chaque culture), cette formation a pour objectif de savoir reconnaître les éléments de culture et/ou de religion qui interagissent avec le soin (au sens large) ; être capable d'identifier ce qui n'en relève pas, malgré certaines apparences trompeuses, et de dénouer sereinement les malentendus ou les conflits [92].

À l'heure actuelle, l'université de Bordeaux ne propose pas de formation à l'interculturalité dans son DES de médecine générale en formation initiale. Il existe le Diplôme Universitaire « Médecines et soins transculturels ». Une des solutions à envisager pour faire évoluer la formation des médecins généralistes et l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME est donc l'intégration d'un module transculturel dans le DES de médecine générale. En effet, un tel module semble pertinent aux vues des compétences fondamentales du médecin généraliste proposées par le CNGE [90].

4.4.2 Travailler en réseau

4.4.2.1. Avec les partenaires médicaux

Avec les médecins spécialistes

Tous les médecins généralistes ont un « carnet d'adresses » de correspondants sélectionnés selon des critères propres à chacun [94]. Les médecins des focus-groupes afin de contourner les refus de soins et éviter des difficultés supplémentaires pour les patients bénéficiaires de l'AME rapportent travailler avec des correspondants spécialistes sélectionnés et ainsi se constituer un réseau de soin spécifique « filière AME » différent de celui utilisé pour les autres assurés du régime général. Ce réseau de soin semble rejoindre celui qu'ils utilisent pour les bénéficiaires de la CMU (afin de limiter les refus de soins ou les dépassements d'honoraire, etc.). Ainsi à MdM, certains CASOs comme celui de Lyon ont créé un carnet de médecins « partenaires » [95]. Les médecins qui acceptent de recevoir les patients adressés par le CASO reçoivent en « contrepartie » un soutien dans la prise en charge de ces patients sous la forme d'un guide pratique ainsi que la possibilité de contacter l'association en cas de difficulté avec une situation ou de rupture de droits, ainsi que des

rencontres une ou deux fois par an avec des temps de « formation » et d'échanges autour de la pratique clinique. Pourtant en créant ces « filières », le libre arbitre et l'autonomisation des patients sont dégradés et les systèmes d'exception à part du droit commun semble renforcés : « *La solidarité et la compassion ont des limites qui sont celles du respect fondamental de l'Autre, en tant que personne autonome, pensante et agissante* » [119].

Ainsi il apparaît compliqué de créer une liste de médecin « safe » officielle que les médecins peuvent utiliser même si officieusement ces listes semblent exister.

Des solutions répressives et de signalement à l'égard des professionnels de santé qui pratiquent des refus de soin existent mais sont peu utilisées et peu efficiente. Le défenseur des droits en 2014 [79] proposait déjà de renforcer le système :

- mieux informer les patients des possibilités de recours ;
- proposer aux victimes une aide d'association de défense des droits des usagers pour constituer le dossier de plaintes ;
- centraliser les plaintes à un guichet unique ;
- faire un rappel à la loi aux professionnels de santé et intensifier les sanctions ;
- constitution d'un fichier par les CPAM afin de mieux documenter les refus de soin.

Avec les PASS et les pharmacies hospitalières

Certaines PASS ont créé des courriers mêlant information sociale et médicale pour les patients adressés dans le droit commun vers des médecins généralistes [96]. De plus, communiquer auprès des médecins généralistes sur le rôle des PASS ainsi que celui des pharmacies hospitalières peut permettre aux patients en rupture de couverture sociale de bénéficier d'un suivi de traitement et donc de limiter les ruptures de soin en attente du renouvellement de l'AME.

Avec le CHU

Les praticiens interrogés rapportent adresser facilement les bénéficiaires de l'AME à l'hôpital et en particulier au CHU (Centre Hospitalier Universitaire). Ces constatations rejoignent la conclusion de l'étude prospectives du réseau Sentinelle [97] : les médecins orienteraient préférentiellement les patients vers les secteurs d'hospitalisation privés ou publics en fonction de critères de gravité, de

comorbidité ou de dépendance. Les patients bénéficiaires de l'AME sont ainsi jugés plus difficiles que les autres, les barrières de communication étant considérées comme des comorbidités.

Avec les psychiatres et psychologues libéraux

Afin de faciliter l'accès aux soins de santé mentale des bénéficiaires de l'AME, il faudrait encourager et aider les psychiatres libéraux (accès à l'interprétariat, formations). Ainsi que le soutient le COMEDE [48], il faudrait développer et renforcer les différents dispositifs existants (PASS, EMPP, CMP, etc.) et adapter leur offre de soins aux populations précaires et migrantes. De nouveaux lieux comme des consultations transculturelles sont également à multiplier. Pour cela les politiques gouvernementales doivent allouer des budgets adéquats afin de renforcer le virage ambulatoire de la psychiatrie comme souhaité par l'ARS Nouvelle-Aquitaine [98]. Les initiatives de prise en charge par la sécurité sociale des consultations par des psychologues sur prescriptions [50] sont à suivre, à développer et à étendre à l'ensemble du territoire.

4.4.2.2. Avec les partenaires non médicaux

Une étude quantitative en Meurthe et Moselle auprès de 385 médecins généralistes [99], confirme les impressions des focus-groupes. Près de 90 % des médecins interrogés déclarent mal connaître les structures relais médicales ou sociales à leur disposition pour les aider dans la prise en charge des patients précaires.

D'après une thèse de médecine générale de 2011 [100], parmi 31 médecins généralistes interrogés du 13e arrondissement de Paris, plus de 75 % déclaraient ne pas connaître la PASS de leur secteur. Dans notre étude, plusieurs médecins bien qu'exerçant à proximité de la PASS ont dit ne pas maîtriser ses rôles exacts et quand la solliciter.

Ainsi pour les médecins généralistes, il paraît essentiel de développer son réseau afin de connaître les dispositifs existants (associatifs ou non) qui peuvent aider leur patient et les décharger de certains problèmes sociaux. Les réseaux de santé [101] sont le plus fréquemment des associations de regroupement pluridisciplinaire de professionnels de santé (médecins et infirmiers), de travailleurs sociaux et de personnels administratifs. Leur objectif principal est de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge. Inscrits dans la

loi depuis 2002, les réseaux constituent également l'un des principaux dispositifs de coordination des acteurs (sanitaire, médico-social et social) intervenant sur le parcours des patients.

Il apparaît essentiel pour la pratique des médecins généralistes de bénéficier de l'accès aux informations sur les réseaux de soins et les associations existantes afin de les aider dans leur pratique quotidienne avec les patients précaires et/ou bénéficiaires de l'AME. La question se pose de la forme que peut prendre ce support comme l'ont soulevée les médecins des focus-groupes. En Meurthe-et-Moselle, un support d'informations pratiques, disponible sur le site internet de l'Ordre des Médecins [102], pour aider les professionnels à travailler en réseau a été mis en place. On y retrouve un ensemble de « fiches pratiques » à télécharger sur différents thèmes : « Le rôle du médecin dans la prise en charge de la précarité » ou encore « Récapitulatif des numéros urgents sur la fiche précarité », « Associations et services pour des personnes en précarité », « numéro d'accès direct aux associations de la région », explications sur le rôle de certaines associations comme la Cimade ou encore MdM. Un tel dispositif pourrait être mis en place sur Bordeaux Métropole ou en Gironde et à disposition des médecins en ligne sur le site de l'Ordre des Médecins par exemple. Des dispositifs innovants comme CARE (voir plus loin) peuvent également être le support et le relais de ces informations. Une des autres solutions qui pourrait être envisagée est la création d'un site dédié à l'aide à la prise en charge des patients précaires et donc des bénéficiaires de l'AME par les médecins (dans le même esprit que les sites comme antibioclic.com ou dermatoclic.com). Sur le site du « Guide du réfugié » [118], il est possible de trouver les informations utiles et contacts des dispositifs d'aides aux migrants de la région Nouvelle-Aquitaine centralisée sur une seule page internet. Cependant aucun des médecins interrogés ne connaissaient ce site. Il semble important de centraliser les informations sur une même plateforme et de la diffuser afin de ne pas démultiplier les ressources à disposition des médecins et qu'ainsi elles soient moins efficientes.

Avec les médiateurs en santé

Parmi les praticiens interviewés, certains pensent que les bénéficiaires de l'AME, ont besoin d'être accompagnés, tout du moins au début de leur présence sur le territoire, afin de s'approprier les règles de fonctionnement (administratives et sociales) du système sanitaire français, accompagnement pour repérer les lieux et les interlocuteurs essentiellement.

Depuis les années quatre-vingt-dix, la médiation en santé se développe en France [103]. L'article 90 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a donné un cadre de référence

ainsi qu'une définition de la médiation en santé. La HAS a ainsi élaboré un référentiel de bonnes pratiques en 2017 : elle « *désigne la fonction d'interface assurée entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé, dans le but de faciliter l'accès de ces personnes aux droits prévus au présent titre, à la prévention et aux soins. Elle vise à favoriser leur autonomie dans le parcours de santé en prenant en compte leurs spécificités*. » [104]. Le médiateur suit une formation spécifique et répond à un code déontologique de la même manière que les interprètes professionnels : confidentialité et secret professionnel, non-jugement et respect de la volonté des personnes. Il est un tiers entre institutions/professionnels et usagers qui ont des difficultés d'accès aux services, il aide les personnes à effectuer des démarches et il les accompagne vers une autonomie progressive (sans injonction à l'autonomie).

Elle concerne aussi bien les patients étrangers migrants donc potentiellement les bénéficiaires de l'AME que d'autres usagers du système de soins comme les habitants des zones urbaines sensibles et départements d'outre-mer, les « travailleurs pauvres » en situation de vulnérabilité sociale, les enfants et les jeunes, les personnes âgées de 55-85 ans en situation de difficulté financière, ainsi que les populations sans logement personnel et en milieu carcéral.

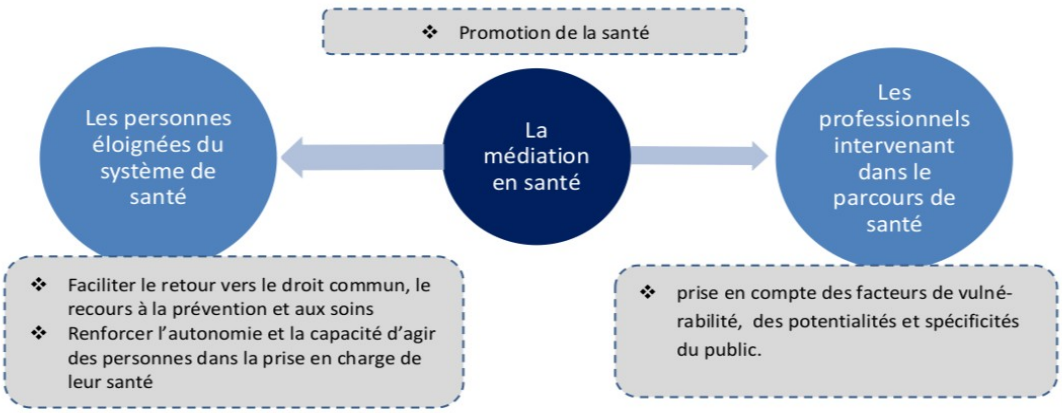


Illustration 11: objectifs de la médiation en santé. Source : [104]

Ainsi, le développement de la médiation en santé sur la Métropole bordelaise comme soutenu par le PRAPS de la nouvelle Aquitaine [105] ou encore via les projets comme CARE (voir plus loin) peut favoriser l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME et également alléger la charge portée par les médecins généralistes.

Nous l'avons vu, la communication est importante pour établir une bonne relation soignant/soigné et ceci passe par l'interprétariat professionnel. Depuis quelques années, des initiatives apparaissent dans plusieurs régions afin d'améliorer l'accès aux soins des patients allophones. En 2007, dans le cadre de l'action pour favoriser l'accès aux soins en médecine libérale la commission publique de l'Union Régionale des Médecins libéraux d'Alsace (URMLA) en collaboration avec l'ARS et l'association Migration Santé Alsace (MSA) propose de permettre aux populations migrantes de bénéficier d'interprètes professionnels lorsqu'elles consultent en médecine de ville [106]. Ce projet concerne tous les médecins libéraux (généralistes, spécialistes dont les psychiatres). En 2017, un projet similaire a vu le jour dans l'agglomération nantaise et angevine [91].

4.4.2.3. Le projet CARE dans Bordeaux Métropole

Depuis 2016, Médecins du Monde, la PASS St André, le CCAS de Bordeaux et l'association Mana développent une plateforme pour les médecins libéraux mettant à disposition un appui et des outils sociaux, administratifs et d'interprétariat favorisant le parcours de soins des patients précaires étrangers. Ce dispositif est financé par l'ARS Aquitaine ainsi que par Bordeaux Métropole via le CCAS. Le dispositif CARE propose :

- un dispositif d'interprétariat professionnel par téléphone ou en face-à-face (qui sera assuré par l'association Mana) ;
- un numéro d'accueil téléphonique direct avec le CCAS de Bordeaux à disposition des médecins afin de les renseigner sur un accès aux droits d'un patient ou bien de l'orienter vers un rendez-vous avec le CCAS ;
- des outils de liaison avec les médiateurs de la ville quand il existe un besoin d'accompagnement ;
- la mise à disposition de PAACO, logiciel sécurisé de partage de dossiers patients.

Actuellement, en phase expérimentale (depuis octobre 2017 et pour une durée de 1 an), la plateforme est déployée pour les médecins généralistes sur deux quartiers de la métropole Bordelaise (Bastide et Saint Jean).

Ainsi ce projet semble répondre à une partie des attentes des médecins généralistes de nos focus-groupes : un numéro unique pour avoir accès à l'interprétariat, à un réseau de soins et à des médiateurs, un soutien en cas de difficultés sociales.

4.4.3 Modification des pratiques

Plusieurs recommandations concrètes ressortent de ces focus-groupes et de la littérature [120] afin de faciliter l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME ainsi que la pratique des médecins généralistes. Certaines sont possibles directement par le médecin, d'autres nécessiteraient une modification plus globale du système de santé.

4.4.3.1. Modification et diversification des types de rendez-vous

La prise de rendez-vous par internet avec une interface multilingue peut être une solution pour certains patients bénéficiant d'une connexion internet car cela permet de contourner l'obstacle de la barrière de la langue. De plus, de nombreuses solutions de prises de rendez-vous en ligne proposent d'envoyer des rappels aux patients avant leur rendez-vous (par SMS essentiellement) afin de diminuer le taux d'oublis avec un certains succès [107].

La consultation sans rendez-vous est une porte ouverte à tous. Elle peut faciliter l'accès aux soins pour certains patients et être éventuellement une porte d'entrée vers une consultation sur rendez-vous.

Ainsi, adapter son planning en multipliant les possibilités de prise de rendez-vous ou en créant des plages de sans rendez-vous peut-être une des solutions pour faciliter l'accès aux soins des patients et à terme la pratique des médecins. L'exercice à plusieurs en cabinet de groupe ou maison médicale permet également de proposer aux patients des plages de rendez-vous plus étendus et de varier les pratiques et modes de rendez-vous au sein d'un même cabinet selon les préférences des praticiens.

4.4.3.2. Modification de la rémunération des médecins généralistes

Actuellement, les médecins généralistes libéraux sont payés à l'acte : leurs revenus sont directement liés à leur activité et au volume de soins qu'ils délivrent au cours de chaque consultation. Une des

solutions proposées par les médecins généralistes de notre enquête est de créer une cotation spécifique ou une majoration de la consultation de base pour les patients bénéficiaires de l'AME.

Changer complètement le mode de rémunération des médecins est une solution qui peut et doit être envisagée [108]. Une des possibilités est l'augmentation de la rémunération forfaitaire ou par capitation pour englober tous les « à-côtés » de l'exercice médical. À ce jour, l'ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel) permet une rémunération forfaitaire des professionnels exerçant dans une MSP (Maison de Santé Pluridisciplinaire) si le taux de patients en CMU ou AME de la structure dépasse les taux nationaux de 7,5 et 0,4%. Il n'existe pas d'équivalent pour les médecins installés seuls. Il n'existe pas de forfait inclus dans la ROSP par exemple (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique).

Une des autres possibilités, plébiscitée par F3 est la création de postes de médecins salariés par les institutions.

Par ailleurs, il convient aux autorités de rappeler également aux médecins de secteur 2 leur obligation de ne pas appliquer de dépassement d'honoraire aux patients bénéficiaires de l'AME.

4.4.3.3. Faciliter l'accès aux médecins généralistes à un secrétariat médical

Plusieurs médecins des focus-groupes ont émis l'envie, à défaut de bénéficier d'un changement de rémunération, de pouvoir embaucher une secrétaire médicale sur place pour les aider. La plupart des médecins interrogés n'ont pas de secrétaire médicale et disent ne pas avoir les moyens financiers pour en bénéficier.

Les secrétaires permettent de dégager du temps médical pour les médecins généralistes et spécialistes. Un secrétariat permet d'aider le médecin dans les tâches administratives mais également apporte une aide et un accompagnement pour les patients [109]. Les modalités de l'exercice médical évoluent et celles du médecin généraliste également. En effet, le temps effectif passé au contact de la patientèle (en visite ou au cabinet, en garde) s'entrecroise en pratique avec d'autres types d'activités telles que la coordination, la formation, les tâches de gestion (comptabilité, secrétariat), l'encadrement d'étudiant, etc. Dans une enquête menée en 2012, 80 % des médecins généralistes interrogés déclarent travailler plus de 50 heures par semaine [110]. Par ailleurs, 47 % des médecins généralistes présentent les symptômes d'un épuisement professionnel.

D’après une enquête de l’URLM Île-de-France, une des solutions qui est plébiscitée par les médecins pour lutter contre le Burn Out est l’aide à la gestion administrative (88%). De plus, 74 % des médecins souhaitent une aide financière pour faciliter l’embauche d’une secrétaire [111].

F5, qui reçoit quasi-exclusivement des patients précaires a une organisation particulière dans sa pratique. En effet, elle travaille conjointement avec une infirmière qui fait une consultation de « debriefing » après la consultation médicale. Plus qu’une secrétaire, une des solutions pour aider les médecins généralistes serait l’aide d’une secrétaire assistant(e) médico-social(e) (SAMS) [112]. Bénéficiant d’une formation spécifique, leur rôle est encadré par la convention collective nationale du personnel des cabinets médicaux [113]: assurer les travaux courants de secrétariat pour assister une équipe et assurer le traitement administratif dans un service médical ou social.

4.4.3.4. Fusion AME et PUMA : une carte vitale pour tous

Proposée par certains médecins des focus groupes, cette solution est demandée depuis plusieurs années par de nombreuses associations [114], plusieurs rapports de l’Inspection générale des affaires sociales et de l’inspection des finances [9], [10], le Conseil national de politiques de lutte contre la pauvreté et l’exclusion en 2011 [11], un rapport au premier ministre en 2013 par le sénat [78] ainsi que par le Défenseur des droits, dans un rapport sur les refus de soins [79] (2014).

Pourtant, à ce jour, l’État s’oppose toujours à cette idée pour plusieurs raisons [9]:

- symboliques : « *une telle fusion des dispositifs poserait des problèmes d’équité envers les assurés sociaux* » ;
- techniques : impossibilité d’attribuer systématiquement un numéro d’immatriculation définitif ;
- politiques : en effet, une fusion augmenterait encore plus le non-sens entre « accès aux soins pour tous » et le durcissement des politiques d’accueil vis-à-vis des immigrés de ces dernières années. De plus, une telle fusion ne serait pas dans le sens électoral actuel avec la montée du populisme et les demandes répétées des politiques de suppressions de l’AME et d’augmentation des contrôles.

Cette approche apporterait des solutions à certains problèmes rencontrés par les médecins et les patients : « *Simplifier ces démarches et éviter la stigmatisation, c'est ainsi limiter les ruptures de droits et de soins, faciliter l'accès à la médecine de ville et lutter contre le refus de soins*. » [114].

De plus, il faudrait développer les compétences des bénéficiaires de l'AME sur le système de soin français (AME ou PUMA). En effet, si les patients ont une connaissance plus fine du système, le travail des médecins généralistes sera facilité (moins de perte de temps, plus d'efficience du système). Il a été proposé par les médecins interrogés qu'une « formation » soit dispensée à tout nouveau détenteur de la carte par la CPAM lors de l'obtention des droits.

4.4.3.5. Améliorer les conditions de vie des patients migrants précaires

La santé des patients étrangers migrants se dégrade à leur arrivée sur le territoire français, et ce en particulier à cause de leurs conditions de vie [38]. Comme souligné par F2, les médecins ressentent parfois un sentiment d'impuissance à rédiger « *une liste de 3 médicaments sur une feuille… ça suffira pas* ». L'accès à l'emploi et à un logement décent sont des facteurs socio-économiques qui influencent l'état de santé. D'après une enquête de la DRESS en 2011 [115], le réseau d'entraide (familial, amical et associatif) sur lequel peuvent s'appuyer les bénéficiaires de l'AME conditionne directement leurs modalités d'existence et en particulier les conditions de logement et l'accès à l'emploi.

La majorité des patients bénéficiaires de l'AME n'ont pas de logement propre (62 % sont logés par de la famille ou des amis et 14 % sont à l'hôtel ou en foyer [25]). Parmi la population reçue dans les CASOs de MdM en 2016 [27], seules 8 % des personnes accueillies disposaient d'un logement personnel ; plus de 6 sur 10 étaient hébergées par de la famille, des amis ou une association, 9,5 % vivaient en bidonville ou en squat et 21,5 % étaient sans domicile fixe. Des solutions comme « housing first » aux USA [116] et « un logement d'abord » en France ont été mises en place afin d'améliorer la vie et la santé des patients sans domicile fixe. En effet, il a été observé [117] qu'en mettant fin au « sans-abrisme » des personnes qui ont des besoins élevés d'accompagnement, le « logement d'abord » permettait potentiellement d'économiser de l'argent au niveau d'autres services, comme les services psychiatriques, les services médicaux d'urgence et le système judiciaire. Pour les patients réfugiés, la DIHAL (délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès aux logements), a mis en place des solutions via la plateforme nationale de logement des réfugiés qui centralise des logements vacants du parc social ou privé ainsi que des places en

résidences sociales, résidences sociales jeunes ou foyers de jeunes travailleurs, partout en France. Pour les patients bénéficiaires de l'AME qui sont en situation irrégulière sur le territoire, il n'existe pas de solution de logement pérenne institutionnelle. De plus, les lieux de vie comme les bidonvilles et les squats font régulièrement l'objet de destruction et d'expulsion par les autorités sans solutions de repli proposées. Seul l'entourage et le milieu associatif peuvent venir en aide à ces populations.

D'après l'enquête de la DRESS [25], les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soin sont généralement insérés sur le marché du travail, et ce d'autant plus que leur durée de résidence en France est importante : près de huit hommes et six femmes sur dix travaillent ou ont travaillé. Les domaines d'emploi sont principalement le bâtiment, la restauration et la manutention pour les hommes, le ménage et la garde d'enfants pour les femmes. Il s'agit d'emploi souvent peu qualifiés alors que les patients migrants ont pour la majorité un niveau scolaire élevé [25]. Mais les bénéficiaires de l'AME n'ont pas le droit de travailler. Ils font donc du travail illégal compte tenu de leur situation irrégulière sur le territoire.

La précarisation des migrants qui arrivent sur le territoire influence la consultation du médecin généraliste. En améliorant les conditions de vie (travail, logement) de ces patients, on peut prétendre à un meilleur accès aux soins et donc de meilleurs conditions de travail pour les médecins généralistes.

Conclusion

En 1999, la France a instauré l'Aide Médicale de l'État permettant aux étrangers précaires en situation irrégulière de bénéficier d'une couverture maladie. Les différents conflits et les changements climatiques amorcés ces dernières années ont amené chaque jour de nouvelles personnes sur les routes de l'exil et de la migration. De fait, le nombre de bénéficiaires de l'AME et, conséquemment, le budget alloué à ce mécanisme de prise en charge ont augmenté chaque année. Pourtant, les freins à l'accès effectif aux soins et au dispositif même de l'AME restent très présents tandis que les abus sont marginaux. Les médecins généralistes en contact avec cette population, en particulier, éprouvent de nombreuses difficultés pour une prise en charge de qualité de ces patients.

Nous avons présenté dans ce manuscrit de thèse une étude qualitative par focus-groupes que nous avons réalisée auprès de médecins généralistes au contact régulier avec des bénéficiaires de l'AME et exerçant dans Bordeaux Métropole. Notre enquête est inscrite dans le cadre de la recherche Premiers Pas qui regroupe des approches tant qualitatives que quantitatives afin d'étudier au mieux l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME au sein du système de santé ainsi que les pratiques des professionnels et des bénévoles au contact de cette population. Nous avons ainsi rencontré treize médecins généralistes au cours de trois focus-groupes que nous avons retranscrits puis analysés afin d'en dégager les principales difficultés qu'ils ont rencontrées durant leur exercice. Sur cette base, nous avons également proposé des solutions, parfois existantes mais dont nous estimons la mise en œuvre insuffisante.

Ainsi, nous avons pu mettre l'accent sur l'importance de la communication entre soignants et soignés, véritable clé de voûte de la consultation médicale de médecine générale. Elle semble cristalliser une grande partie des difficultés exprimées par les médecins. La barrière de la langue et les différences culturelles sont des freins que les médecins ont du mal à surmonter. De même la mauvaise communication entre soignants des champs médicaux (accès aux spécialistes) et psycho-sociaux (accès aux assistantes sociales, etc.) par méconnaissance et insuffisance des ressources disponibles nuit à l'accès aux soins des patients et renforce le sentiment d'isolement ressenti par les médecins. Par ailleurs, l'organisation même du système de santé et la surcharge administrative qui en découle est également un obstacle qui entrave une prise en charge optimale des patients. Ces contraintes participent en outre à dégrader l'image des patients bénéficiaires de l'AME auprès des

médecins (patients chronophages et compliqués) et accroissent une charge de travail déjà conséquente. Dans le système actuel, les soignants étant souvent parmi les seuls interlocuteurs (en dehors des associations) en contact avec cette population, la responsabilité des mauvaises conditions de vie des migrants leur incombe souvent de manière évidemment très injuste. Les instances officielles ayant peu de solutions à proposer à cette population (logement, travail légal, etc.), un sentiment d'injustice et d'impuissance semble inévitable chez ces médecins.

Dans un second temps, notre enquête a permis de dégager un certain nombre de recommandations afin d'améliorer l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME ainsi que la pratique des médecins généralistes. Nous avons proposé plusieurs solutions pratiques dont des réponses institutionnelles (plus de moyens alloués, plus de formation, plus de cohérence dans le système, plateforme dédiée) et des réponses individuelles (modification de planning et de mode de rendez-vous, formation, constitution de réseaux de soins). Depuis quelques années, de nouvelles initiatives nationales (comme la mise en avant de l'interprétariat et de la médiation sanitaire ou encore l'accès aux psychologues sur prescription) voient régulièrement le jour afin de venir en aide aux professionnels et aux patients précaires. Dans Bordeaux Métropole, le projet CARE semble répondre à une partie des demandes des médecins généralistes (un numéro unique pour l'accès à des ressources telles que l'interprétariat, la médiation, l'accès aux aides sociales). Il serait intéressant d'évaluer son impact dans l'accès aux soins des bénéficiaires AME par les médecins généralistes puis dans un second temps de l'étendre à l'ensemble des médecins spécialistes libéraux, dont les psychiatres, l'accès aux soins de santé mentale étant un vrai problème pour cette population.

Notre étude s'est focalisée sur des médecins généralistes en contact régulier avec des bénéficiaires de l'AME et avec une expérience auprès des associations soutenant ces populations précaires. Cette étude a traité le cas de Bordeaux Métropole, une zone d'accueil secondaire des migrants. Un aspect qui pourrait être étudié dans le futur concerne à l'inverse les médecins généralistes vivant dans des bassins de vie regroupant de nombreux migrants précaires mais qui ne reçoivent pas ou peu ces patients (par choix ou autres). Il serait également intéressant que d'autres travaux se focalisent sur d'autres régions françaises accueillant un grand nombre de patients bénéficiaires de l'AME (en Île-de-France, en Guyane ou encore dans les Hauts-de-France comme à Calais).

Bibliographie

[1] Valat B., *Introduction à :Répertoire méthodique de la série X et de la sous série 83J. La protection sociale en France de 1789 à 1940*, Archives départementales du Tarn. 2008.

[2] De Wenden C.W, « Ouverture et fermeture de la France aux étrangers, Abstract », *Vingtième Siècle Rev. Hist.*, vol. no 73, nº 1, p. 27-38, 2002.

[3] CNLE (Conseil National des Politiques de Lutte contre la Pauvreté et l'exclusion sociale), « De 1893 à 1999 : De l'Assistance médicale gratuite (AMG) à l'Aide médicale d'État (AME) en passant par l'Aide médicale départementale (AMD) ». oct-2009.

[4] Lochak D. GISTI, « La politique de l'immigration au prisme de la législation sur les étrangers ». nov-2000.

[5] Gabarro C, « Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique », *Rev. Eur. Migr. Int.*, vol. 28, nº vol. 28-n°2, p. 35-56, juin 2012.

[6] Gabarro C, « L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière en France : une prise en charge au titre de la pauvreté et de la compassion », *Migr. Société*, nº 171, p. 93-104, avr. 2018.

[7] COMEDE (Comité médical pour les Exilés), GISTI (Groupe d'Information et de Soutien des Immigrés), « Lettre adressé aux sénateurs. » déc-2003.

[8] « Compte rendu analytique officiel de la séance du 19 mars 2003 ». [En ligne]. Disponible sur: http://www.senat.fr/cra/s20030319/s20030319H2.html.

[9] Azoulay J, Havard H, Sourlas P, Chambaux L, Corlay D, et Gissler E, « Rapport sur la gestion de l'aide médicale d'Etat », IGF et IGAS, mai 2007.

[10] Cordier Al, Salas F, « Analyse de l'évolution des dépenses de l'AME », IGF et IGAS, nov. 2010.

[11] CNLE (Conseil National des Politiques de Luttes contre la Pauvreté et l'Exclusion sociale), « Accès aux soins des plus démunis : CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non-recours à la couverture maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis ». juill-2011.

[12] COMEDE (Comité médical pour les exilés), « Le contenu du "panier de soins" après la reforme du 29 décembre 2010 et le décret du 17 octobre 2011. » mars-2012.

[13] COMEDE (Comité médical pour les exilés), « Le contenu du "panier de soins" après la loi de finances rectificatives du 16 août 2012, le décret du 17 octobre 2011 et décret du 3 février 2015. » février-2015.

[14] COMEDE (Comité médical pour les exilés), « Le contenu du "panier de soins" après la reforme PUMa ». février-2018.

[15] améli.fr, le site de l'assurance maladie, « La protection universelle maladie ». .

[16] ameli.fr, « Aide médicale de l'État (AME) : vos démarches ». [En ligne]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame.

[17] Betemps K, « Enquête sur les écarts entre la réglementation de l'Aide Médicale de l'État et la domiciliation, et les pratiques des acteurs de la Communauté Urbaine de Bordeaux intervenant dans le processus d'obtention de l'Aide Médicale de l'État et de la domiciliation ». Mémoire de Master Sciences, Technologie, Santé, mention Santé publique, ISPED, 2012.

[18] Imbert C, « Projet de loi finances pour 2018: Santé », Commission des finances, 111, 2017.

[19] ARS Aquitaine, « PRAPS: Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis 2012-2016. » 2012.

[20] OFPRA, « Rapport d'activité OFPRA 2016: à l'écoute du monde », Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides, avr. 2017.

[21] Delattre F, « Mission « Santé » 2017 ». 2017.
[22] Imbert C, « Projet de loi de finance pour 2018: Santé ». 2018.
[23] Ministère des Solidarités et de la Santé, « Les dépenses de santé en 2016 - Résultats des comptes de la santé - édition 2017 - Panoramas de la DREES - ». [En ligne]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2016-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2017.
[24] Delattre F., « Mission “Santé” et article 62 quinquies ». 2016.
[25] Boisguerin B et Haury B, « Les bénéficiaires de l’AME en contact avec le système de soins », *DRESS Études Résultats*, vol. 645, juill. 2008.
[26] IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé), « Données de cadrage : dépenses de santé, compte de la santé 2014 ». oct-2015.
[27] Médecins du Monde, « Observatoire de l’accès aux droits et aux soins de la mission France », 2016.
[28] ameli/fr, « Prévalence des ALD en 2016 ». [En ligne]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2016.php.
[29] Medecins du Monde, « Observatoire de l’accès aux droits et aux soins de la mission France. » 2016.
[30] Tapié de Celeyran F *et al.*, « Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les permanences d’accès aux soins de santé en France en 2016. », *BEH 19-20*, vol. La santé et l’accès aux soins des migrants: un enjeu de santé publique, p. 396-405, sept. 2017.
[31] « Agence Nationale de la Recherche. », *ANR*. [En ligne]. Disponible sur: http://www.agence-nationale-recherche.fr/.
[32] « Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine ». [En ligne]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/.
[33] « Fondation des Amis de Médecins du Monde ». [En ligne]. Disponible sur: http://fondation-medecinsdumonde.org/.
[34] Aubin-Auger I, Mercier A, Bauman L, Lehr-Drylewicz A, et Imbert P, Letrilliart L, « Introduction à la recherche qualitative. », *Exercer*, vol. 19, nº 84, p. 142-145, 2008.
[35] Duchesne S et Haegel F, « Les entretiens collectifs ». Collection 128, 2004.
[36] Vignier N *et al.*, « Accès aux soins des personnes originaires d’Afrique subsaharienne vivant avec une hépatite B chronique, Health care access of Sub-Saharan African migrants living with chronic hepatitis B », *Santé Publique*, vol. 29, nº 3, p. 361-370, juill. 2017.
[37] COMEDE (Comité médical pour les exilés), « Rapport COMEDE 2014 ». .
[38] Jusot F, Silva J, Dourgnon P, et Sermet C, « Inégalités de santé liées à l’immigration en France, Summary », *Rev. Économique*, vol. 60, nº 2, p. 385-411, mars 2009.
[39] Berchet C et Jusot F, « Etat de santé et recours aux soins des immigrés: une synthèse des travaux français. », *Quest. Déconomie Santé IRDES*, nº 172, janv. 2012.
[40] Huaume H, Kellou N, Tomasino A, Chappuis M, et Letrilliart L, « Profil de santé des migrants en situation de précarité en France: une étude comparative des migrants accueillis dans les centres de Médecins du Monde et des patients de médecine générale de ville, 2011-2012 », Bulletin Epiémiologique hébdomadaire, sept. 2017.
[41] Bokuetenge F, Verbanck P, Pelc I, Pull C, et Fossion P, « Si loin, si proche : réflexions cliniques et sociales à propos d’un cas de psychose chez un sujet migrant », *Ann. Medico-Psychol. - ANN MEDICO-PSYCHOL*, vol. 165, p. 406-411, août 2007.
[42] Veïsse A, Wolmark L, Revault P, Giacopelli M, Bamberger M, et COMEDE (Comité médical pour les Exilés), « Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. », *BEH*, vol. 19-20, p. 405-414, sept. 2017.

[43] Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson J-F, et Boisnault P, « Existe-il une typologie des actes effectués en médecine générale? », *Rev. Prat. Médecine Générale*, vol. 18, nº 656/657, p. 781-784, juin 2004.
[44] PASS International, « Le recours aux interprètes dans les consultations médicales est-il justifié? » mars-2008.
[45] Bouchet L, « Réflexions à propos du suivi de patients migrants en situation de précarité en centre médico-psychologique. », Mémoire de DIU Santé, Société, migration, 2016.
[46] Ynesta S et Danguin A, « Enquête sur les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de la région Rhône-Alpes », ARS Rhône-Alpes, juin 2015.
[47] Despres C et Naiditch M, « Analyse des attitudes des médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiants de la couverture maladie universelle complémentaire. Une étude par testing dans 6 villes du Val-de-Marne. » Ministère de la santé et des solidarités, mai-2006.
[48] COMEDE (Comité médical pour les Exilés), « Guide pratique pour les professionnels. Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement. », 2015.
[49] Colombani M, Tabary J, et Zahid M, « L'alliance psychologue-psychiatre dans l'espace psychosocial », *Rhizome*, nº 19, juin 2005.
[50] Assurance Maladie, « Guide pratique à destination des cliniciens et des psychothérapeutes. Prise en charge par l'Assurance Maladie des thérapies non médicamenteuses. Dispositif expérimenté dans 3 départements. » oct-2017.
[51] *Circulaire française du 21 février 2006 sur les conditions d'interpellation d'un étranger en situation irrégulière (CRIM 2006 05 E1/21-02-2006, NOR : JUSD0630020C)*. .
[52] Foucras P., « Le rendez-vous, obstacle aux soins des plus pauvres. », *Rev Prescrire*, vol. 295, p. 392-393, 2008.
[53] Canazzi L, « Rendez-vous manqués en médecine générale: les raisons évoquées par les patients bénéficiant de la CMU, du TPS et de l'AME », Thèse de Médecine Générale, Tours, 2016.
[54] Batsch E, « Profils socio-démographiques et motivations des patients venant avec et sans rendez-vous en consultation de médecine générale. », Thèse de Médecine Générale, Paris 6 Pierre et Marie Curie, 2013.
[55] Sicot F et Touhami S, « Les professionnels français de la santé mentale face à la culture de leurs patients d'origine étrangère », *Anthropol. Santé Rev. Int. Francoph. Anthropol. Santé*, nº 10, mai 2015.
[56] Bouchaud O, « Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants », *Santé Homme*, nº 382, p. 25-27, déc. 2007.
[57] Navet J, « Rapport d'étude Santé et Précarité en Savoie », REVIH-STS, mars 2012.
[58] Burns F, Imrie J, Nazroo J, Johnson A, et Fenton K, « Why the (y) Wait? Key Informant Understandings of Factors Contributing to Late Presentation and Poor Utilisation of HIV Health and Social Care Services by African Migrants in Britain », *AIDS Care*, vol. 19, p. 102-8, févr. 2007.
[59] Medecins du Monde, « Rapport européen: L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité. » mai-2015.
[60] Fennelly K, « The "healthy migrant" effect », *Minn. Med.*, vol. 90, nº 3, p. 51-53, mars 2007.
[61] Domnich A, Panatto D, Gasparini R, et Amicizia D, « The "healthy immigrant" effect: does it exist in Europe today? », *Ital. J. Public Health*, vol. 9, nº 3, 2012.
[62] Gimeno-Feliu L, Calderón-Larrañaga A, Diaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R, et Prados-Torres A, « The healthy migrant effect in primary care », *Gac. Sanit.*, vol. 29, nº 1, p. 15-20, janv. 2015.
[63] Salle J, « Vulnérabilités, accès aux soins et santé des migrants en séjour précaire : connaissances et représentations des internes en médecine générale d'Île-de-France. », Thèse de Médecine Générale, Pierre et Marie Curie (Paris), 2010.

[64] Ernst. S et Meriaux. I, « Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé : Faire partie du problème ou contribuer à la solution ? Connaissances et représentations des internes Marseillais de médecine générale sur les inégalités sociales de santé, les dis positifs d'accès aux soins et les personnes bénéficiaires. Étude quantitative et qualitative », Thèse de Médecine Générale, Aix-Marseille Université, 2013.
[65] Médecins du Monde, « Rapport de l'observatoire 2014 de l'accès aux droits et aux soins en France ». 2014.
[66] Schwarzinger, Direction générale de la santé,., « Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé. Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du VIH/Sida, de la tuberculose et du diabète. » 2012.
[67] Beelur A, « Le médecin généraliste et la barrière linguistique, enquête qualitative exploratoire d'analyse de pratique auprès de 10 généraliste girondins. », Thèse de Médecine Générale, Bordeaux, 2011.
[68] Leng G, « Expérience vécue des médecins généralistes et proposition de prise en charge face au patient allophone (étude qualitative) », Thèse de Médecine Générale, Lyon-Est, 2017.
[69] Chaaban S, « "Rendre la parole pour mieux soigner" Évaluation de la pratique des médecins généraliste sur l'utilisation d'interprète professionnel face à un patient non francophone ou utilisateur élémentaire de la langue française à Toulouse », Thèse de Médecine Générale, Toulouse, 2014.
[70] Silverman J et Kinnersley P, « Doctors'non-verbal behaviour in consultations: look at the patient before you look at the computer », *Br. J. Gen. Pract.*, vol. 60, nº 571, p. 76-78, févr. 2010.
[71] HAS, « Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé », Haute Autorité de santé, Réferentiel de compétences, formation et bonne pratiques, oct. 2017.
[72] Mestre C, « L'interprétariat en psychiatrie: complexité, inconfort et créativité », *Cah. Rhizome*, nº 55, février 2015.
[73] Richard C, « Prise en charge des patients allophones en consultations de médecine générale: place de l'interprétariat professionnel », Thèse de Médecine Générale, Rennes, 2016.
[74] « Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, adoptée à Strasbourg le 14 novembre 2012. » .
[75] Kotobi L, « L'interprétariat médico-social : une exigence éthique. », *Santé En Action*, nº 442, p. 3, déc. 2017.
[76] Médecins du Monde, « "Je ne m'occupe pas de ces patients". Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale État dans 10 villes de France ». oct-2006.
[77] Thomas I, « La régularisation pour raison médicale, conduite pratique à l'usage du médecin généraliste », Thèse de Médecine Générale, Grenoble, 2010.
[78] Archimbaud A, « Rapport au Premier Ministre: L'accès aux soins des plus démunis. 40 propositions pour un choc de solidarité. », sept. 2013.
[79] Le Défenseur des Droits, « Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-c, ACS et AME. Rapport remis au premier ministre ». 2014.
[80] ODSE (Observatoire des Droits à la Santé des Étrangers), « Étrangers-es malades résidant en France. Démarches préfectorales et accès aux droits après le 1er janvier 2017 ». mars-2017.
[81] Le défenseur des droits, « Les droits fondamentaux des étrangers en France, synthèse. » 2016.
[82] FNARS (Fédération Nationale d'Accueil et de Réinsertion Sociale, « Enquête sur la domiciliation administrative des personnes sans domicile fixe à Paris. » 2013.
[83] FNARS (Fédération Nationale d'Accueil et de Réinsertion Sociale, « La domiciliation administrative associative en Île-de-France. » 2015.

[84] Tellier Muls M, « Études qualitative des difficultés de la prise en charge des patients en situation de précarité en médecin générale », Thèse de Médecine Générale, Université Paris Descartes- Paris 5, 2010.
[85] WONCA Europe, « La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille ». 2002.
[86] Ferreira J, *Soigner les mal soignés: ethnologie d'un centre de soins gratuits de médecins du monde*. L'Harmattan, 2004.
[87] Carde E, « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins, Summary », *Santé Publique*, vol. 19, nº 2, p. 99-109, 2007.
[88] Défenseur des Droits, « Résultats de l'étude: "des pratiques médicales et dentaires entre différenciation et discrimination". Une analyse de discours de médecins et dentistes. », mars 2017.
[89] Baudis D et Le Défenseur des Droits. Paris. FRA, « Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMUC, de l'ACS et de l'AME. », Le Défenseur des Droits, Paris, avr. 2014.
[90] Attali C *et al.*, « Compétences pour le DES de médecine générale », *Rev. Exerc.*, nº 76, p. 32, 2006.
[91] URLM Pays de Loire, « Interprétariat professionnel ». [En ligne]. Disponible sur: http://urml-paysdelaloire.org/precarite-et-interpertariat/interpretariat/.
[92] Tessier S, « Former les soignants à prendre en charge la diversité des publics », *Santé En Action*, nº 442, p. 2, déc. 2017.
[93] Le Goff G, Maury J, et Zeroug-Vial H, « Former des professionnels de santé aux pratiques avec interprète. », *Santé En Action*, nº 442, p. 2, déc. 2017.
[94] Sejourne E, Pare F, Moulevrier P, Tanguy M, et Fanello S, « Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes, Settlement of the general practitioner professional address book », *Prat. Organ. Soins*, vol. 41, nº 4, p. 331-339, 2010.
[95] Depierre A, « Orientation des patients précaires vers la médecine de ville. Création d'un réseau de médecins partenaires à Médecins du Monde à Lyon. », Mémoire de master « Santé Publique et environnement » spécialité « Intervention en promotion de la santé », Lorraine, 2014.
[96] Lordier N, « De la PASS au droit commun: Etat des lieux des difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients réorientés de la PASS du CHU de Nantes en 2010 et 2011 », Thèse de Médecine Générale, Nantes, 2013.
[97] Reuter P *et al.*, « Orientation des patients par leur médecin généraliste vers les secteurs hospitaliers publics ou privés en France : étude épidémiologique prospective du réseau Sentinelles », *Rev. Médecine Interne*, vol. 33, nº 12, p. 672-677, déc. 2012.
[98] Laforcade M, « Rapport relatif à la santé mentale », Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine, oct. 2016.
[99] Marie C, Querrioux I, Baumann C, et Patrizio P, « Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires », *Santé Publique*, vol. 27, nº 5, p. 679-690, déc. 2015.
[100] Aubry A, « Prise en charge des patients précaires par les médecins généralistes de villes. Intérêt d'un réseau médecin de ville-PASS », Paris Descartes Paris 5, 2011.
[101] Ministère des Solidarités et de la Santé, « Les réseaux de santé », 29-oct-2012. [En ligne]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante..
[102] « Fiches pratiques | Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle de l'Ordre des médecins ». [En ligne]. Disponible sur: http://www.conseil54.ordre.medecin.fr/content/fiches-pratiques-10.

[103] Revault P, « Médiation en santé: des origines à de nouvelles perspectives », *Santé En Action*, vol. 442, déc. 2017.
[104] HAS, « La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins », p. 70, oct. 2017.
[105] ARS Nouvelle-Aquitaine, « PRAPS 2018-2023 de la Nouvelle Aquitaine ». .
[106] URML Alsace, « Interprétariat médical en médecine libérale ». [En ligne]. Disponible sur: http://www.urml-alsace.fr/non-categorise/interpretariat-medical-en-medecine-liberale.
[107] Gurol-Urganci I, de Jongh T, Vodopivec-Jamsek V, Atun R, et Car J, « Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments », in *The Cochrane Library*, John Wiley & Sons, Ltd, 2013.
[108] Samson A, « Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? », *Regards Croisés Sur Léconomie*, nº 5, p. 144-158, avr. 2009.
[109] Lassalle-Gerard M, « Les secrétaires médicales en médecine générale: leur rôle, leurs taches, leurs projets. enquête auprès des cabinets libéraux de Loire-Atlantique. », Thèse de Médecine Générale, Nantes, 2010.
[110] Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E, et Tuffreau F, « Les emplois du temps des médecins généralistes », *DRESS Études Résultats*, mars 2012.
[111] URML Île-de-France, « L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: témoignages, analyses et perspectives ». juin-2007.
[112] Chanu A, Caron A, Ficheur G, Berkhout C, Duhamel A, et Rochoy M, « Préférences des médecins généralistes libéraux en France métropolitaine quant à la délégation des tâches médico-administratives aux secrétaires assistant(e)s médico-social(e)s : étude en analyse conjointe », *Rev. D'Épidémiologie Santé Publique*, vol. 66, nº 3, p. 171-180, mai 2018.
[113] Arrêté du 22 octobre 2012 relatif au titre professionnel de secrétaire assistant(e) médico-social(e) modifiant l'arrêté du 27 décembre 2004 modifié relatif au titre professionnel de secrétaire assistant(e) spécialisé(e) médico-social(e).
[114] Médecins du Monde, « Vers une sécurité sociale unique ». mars-2017.
[115] Boisguerin B, « Insertion socio-professionnelle, état de santé et recours aux soins des bénéficiaires de l'AME : le rôle des réseaux d'entraide - Ministère des Solidarités et de la Santé », *Doss. Solidar. Santé*, vol. Drees, nº 19, 2011.
[116] Padgett D, Henwood B, et Tsemberis S, *Housing First: Ending Homelessness, Transforming Systems, and Changing Lives*. Oxford University Press, 2015.
[117] Culhane D, « The costs of homelessness: a perspective from the United States », *Eur. J. Homelessness*, vol. 2, 2998.
[118] "Le Guide Du Réfugié, Région Nouvelle Aquitaine.". [En ligne]. Disponible sur: https://leguidedurefugie.com/dans-votre-region/10-dans-votre-region/12-region-nouvelle-aquitaine.
[119] Mechali D, Faucherre V, Pascal G, and Adam C. *La santé des populations vulnérables*, 2017.
[120] De Paw C. *Les Médecins Généralistes Face Au Défi de La Précarité*. Presse de l'EHESP., 2017.

Annexes

1. Exemplaire carte AME

CARTE FAMILIALE D'ADMISSION A L'AIDE MEDICALE DE L'ETAT



Nom	CNAMTS
Prénom	AMELIE
Immatriculation	2 82 10 99 235 629 / 12
Date de naissance	02-02-1982
Adresse	12, rue du cheval blanc Appt B – Bât 23 34000 Montpellier
Droits AME du	26-10-2010 au 25-10-2011

Prise en charge

100% des soins dans la limite
Des tarifs de responsabilité ;

Caisse d'assurance maladie	Code régime	n° mutuelle	Code contrat
CPAM de Seine Saint Denis	095	75500017	04

BENEFICIAIRES SUPPLEMENTAIRES

Noms et prénoms des Autres bénéficiaires	Né(e) le (rang)	Qualité	Droits A.M.E. Date début	Date fin
CNAMTS Léo	22/10/2001	E	26/10/2010	25/10/2011
CNAMTS Adèle	22/10/2004	E	26/10/2010	25/10/2011
CNAMTS Nicolas	22/10/2006	E	26/10/2010	25/10/2011

TOUTE PERSONNE TROUVANT CETTE CARTE EST INVITEE A LA DEPOSER AUPRES D'UNE CAISSE D'ASSURANCE MALADIE. POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE, VOUS POUVEZ JOINDRE UN TELECONSEILLER EN COMPOSANT LE 36 46 (PRIX D'UN APPEL LOCAL DEPUIS UN POSTE FIXE).

2. Formulaire Cerfa

cerfa
n° 50741#05

Aide médicale de l'Etat
demande d'admission

(art. L.251-1 à L.252-4 du Code de l'action sociale et des familles)

notice d'utilisation

L' aide médicale de l' Etat, si votre séjour en France n'est pas régulier, peut prendre en charge vos dépenses de santé et celles des personnes à votre charge pour les soins dispensés en ville et dans un établissement de santé. Le droit à l'AME, d'une durée de 12 mois, est subordonné à une double condition de résidence en France (3 mois) et de ressources qui doivent être inférieures à un certain seuil (conditions non exigées pour les mineurs). Si ces conditions sont remplies, vous serez convoqué pour la remise de votre carte d'admission à l'AME.

le demandeur

Indiquez dans cette rubrique les renseignements concernant votre identité.

Rubrique "nom" :
indiquez votre nom de famille. Il s'agit du nom de naissance suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu).

Rubrique "vous n'avez pas de domicile fixe" :
joignez à la demande une attestation de domiciliation établie par un organisme agréé (Centre Communal d'Action Sociale ou association agréée).

Vous devez présenter un des **documents suivants qui prouve votre identité et celle des personnes** qui sont **à votre charge (conjoint, concubin et enfants) et vivent en France :**

- passeport,
- carte nationale d'identité,
- copie du titre de séjour antérieurement détenu,
- extrait d'acte de naissance ou livret de famille traduit, soit par un traducteur assermenté auprès des tribunaux français, soit par le consul, en France, de votre pays ou du pays dans lequel le document a été établi,
- tout autre document de nature à attester votre identité et celle des personnes à votre charge.

votre durée de résidence en France

Vous résidez en France depuis plus de trois mois. Présentez un des documents ci-dessous :

- passeport indiquant la date d'entrée en France,
- copie du contrat de location ou quittance de loyer datant de plus de trois mois,
- facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone datant de plus de trois mois,
- avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu, à la taxe foncière ou d'habitation,
- facture d'hôtellerie datant de plus de trois mois,
- quittance de loyer ou facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone, datant de plus de trois mois, établie au nom de l'hébergeant lorsque le demandeur est hébergé par une personne physique,
- attestation d'hébergement établie par un centre d'hébergement et de réinsertion sociale datant de plus de trois mois,
- attestation de domiciliation établie par un organisme agréé, datant de plus de trois mois, si vous n'avez pas de domicile,
- tout autre document de nature à prouver que cette condition est remplie.

vos ressources et celles des personnes à votre charge

Indiquez la **nature** et le **montant** de vos **ressources et de celles des personnes à votre charge, perçues en France et à l'étranger (imposables ou non),** pendant les douze derniers mois.

Exemple : si vous déposez votre demande le 23 mars 2012, indiquez les ressources perçues du 1er mars 2011 au 28 février 2012.

Présentez les **documents relatifs à vos ressources** en votre possession.

Précisez si vous versez des pensions alimentaires. Indiquez le montant versé pendant les douze derniers mois.

Indiquez si vous, ou les personnes à votre charge, êtes logé(e) gratuitement.

Un contrôle de vos déclarations peut être opéré auprès de l'administration fiscale (art. L.114-14 du Code de la sécurité sociale).

les membres de votre famille en situation régulière habitant en France

L'**aide** susceptible de vous être **apportée par les membres de votre famille** habitant en France en situation régulière **(père, mère, conjoint, enfants)** pour vous aider à payer vos dépenses de soins et de médicaments, **n'est pas prise en compte pour vous attribuer l'aide médicale de l'Etat.** En revanche, après votre admission à l'aide médicale le préfet est habilité à leur demander le remboursement des sommes versées au titre de l'aide médicale.

important

Pour l'établissement de votre carte d'admission à l'AME, vous devez joindre, IMPERATIVEMENT, à cette demande, votre photo d'identité récente (format 3,5 x 4,5 cm) ainsi que celle de chacune des personnes à votre charge âgée de 16 ans et plus. Indiquez au dos de chacune des photos le nom, le prénom et la date de naissance de la personne.

S 3720d

cerfa
n° 11573*05

demande d'aide médicale de l'Etat

(art. L.251-1 à L.252-4 du Code de l'action sociale et des familles)

volet destiné à la caisse d'assurance maladie

A TRANSMETTRE DANS UN DELAI DE 8 JOURS A VOTRE CAISSE D'ASSURANCE MALADIE PAR L'ORGANISME AUPRES DUQUEL LA DEMANDE A ETE DEPOSEE

le demandeur

nom *(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))*

prénoms **date de naissance** | | | | | | | | |

lieu de naissance

nationalité **Espace Economique Européen** ☐ **autre** ☐

adresse en France

code postal | | | | | **commune**

si vous n'avez pas de domicile fixe, précisez l'organisme auprès duquel vous avez élu domicile (Centre Communal d'Action Sociale, association, autre organisme agréé...) :

avez-vous déjà demandé l'AME ? **non** ☐ **si oui** ☐, **année :** **département :**

avez-vous déjà bénéficié de l'AME ? **non** ☐ **si oui** ☐, **année :** **département :**

votre durée de résidence en France

- **vous résidez en France de façon stable et permanente depuis le :**

les personnes à votre charge résidant en France (conjoint, concubin, partenaire d'un PACS, enfants)

NOM	prénom	lien de parenté	date de naissance

vos ressources et celles des personnes à votre charge

nature des ressources	montant total perçu au cours des douze derniers mois

- **si vous versez des pensions alimentaires** *cochez la case* ☐ **et précisez depuis quelle date :** | | | | | | | | |
  Indiquez, dans ce cas, le montant total versé au cours des douze derniers mois : | | | | | |
- **si vous êtes logé(e) à titre gratuit** *cochez la case* ☐ **et précisez depuis quelle date :** | | | | | | | | |
- **si vous percevez ou avez perçu des indemnités journalières** *cochez la case* ☐
- **si vous percevez ou avez perçu des allocations familiales** *cochez la case* ☐ **n° d'allocataire** | | | | | | | |
- **si vous êtes au chômage total ou partiel lors de la demande** *cochez la case* ☐
- **si vous êtes en arrêt de travail ou l'avez été pour une maladie de longue durée** *cochez la case* ☐

les membres de votre famille, en situation régulière, habitant en France (père, mère, conjoint, enfants)

nom et prénom	adresse	lien de parenté

vos droits

- **si vous avez été assuré(e) social(e) :** fournissez votre carte Vitale ou, à défaut, indiquez votre n° d'immatriculation | | | | | | | |

3. Guide d'entretien des focus-groupes

Présentation des participants : lieux d'activité, seul/groupe, type d'activité/particularités
Introduction du projet/Présentation des techniques d'animations et chaque rôle (Secrétaire de séances/animation)/Demande d'autorisation d'enregistrement

- Pourriez- vous nous parlez de votre **expérience professionnelle récente** avec des patients adultes bénéficiaires de l'AME ? *% de la patientèle : cb /mois ou par semaines/ Recrutement des patients/ condition de prise de rdv/ Profil des patients : sociologique /Motif de consultation /État de santé, antécédents/ ponctuels ou suivi*

- Avez vous l'impression qu'il existe des **différences** dans les consultations entre les patients AME et les autres ? *Problèmes de langues, culture, ponctualité, savoir-vivre ? Préjugés ?*

- Quelles sont les **principales difficultés** que vous rencontrez dans votre pratique quotidienne avec les bénéficiaires de l'AME ? *Problèmes administratifs (pas de carte vitale donc pas de télétransmission), pas de temps, interprétariat, manque de formation, difficultés à établir une relation médecin/patient*

- Que faites vous quand vous êtes en **difficulté avec un patient bénéficiaire de l'AME ?** Puis : Quelles **ressources** pouvez-vous solliciter dans ces situations ? Connaissez-vous des correspondants à solliciter de votre quartier quand vous êtes en difficulté ?

- Quel est votre avis sur le **vécu des patients** AME en termes d'accès aux soins. Que pensez vous de leur façon d'utiliser le dispositif de l'AME ? *Représentation dont les patients mobilisent le dispositif. Facile ou non ? Obstacle ?*

- Quels sont les **difficultés principales les plus fréquemment rencontrées par vos patients** bénéficiaires de l'AME pour accéder aux soins dont ils ont besoin ? Quelles ressources sont déployées par les patients pour les solutionner ? Dans quelle mesure arrivez-vous à les aider à résoudre ces problèmes ? *Difficultés administratives (renouvellement, contact avec la CPAM…), prise de rdv médicaux, refus de soin, interprétariat, différences culturelles.*

- Pensez vous bien **connaître le dispositif** de l'AME ? *Justificatif de présence de plus de 3 mois sur le territoire (pas assez ? trop long ?), attestation de domiciliation, justificatif de ressource (plafond similaire à la CMU).* Puis que **pensez vous de l'AME ?** *Aspects positifs ou négatifs. Dispositif utile ou pas, à fusionner avec le système de droit commun. Pratique ou non ?*

- Quelles seraient **vos recommandations** pour améliorer l'accompagnement des patients bénéficiaires de l'AME en médecine générale ? Sur le plan administratif, social, dans la relation médecin-patient et dans la coordination des soins ?

4. Courrier adressé aux médecins généralistes

Chère consoeur, cher confrère,

En Gironde, en 2014, 45% des médecins généralistes ont reçu au moins un patient bénéficiaire de l'Aide Médicale d'Etat (AME). Même si les déterminants majeurs de l'accès aux soins sont largement connus, nous ne connaissons que très peu la part de ces déterminants dans l'accès aux soins de la population bénéficiaire de l'AME. De la même façon, les difficultés des professionnels de santé, et en particulier des médecins généralistes, recevant ce public, sont globalement connues mais il n'en est rien dans la réalité de la pratique: quelles sont les difficultés principales rencontrées par les médecins généralistes avec la population adulte bénéficiaire de l'AME en 2016, en Gironde? Voici une des questions de recherche à laquelle va répondre le consortium 'Premiers Pas'.

"Premiers Pas", c'est une équipe de recherche pluridisciplinaire en santé composée de médecins généralistes, de sociologues, d'anthropologues et d'économistes de la santé dont l'objet principal est de décrire la réalité de l'accès aux soins des personnes bénéficiaires de l'AME en Aquitaine et en Région Parisienne. D'une durée de 3 ans, ce projet démarre en 2017 par une enquête destinée à décrire le vécu des médecins généralistes dans l'accompagnement des patients adultes bénéficiaires de l'AME et identifier les leviers permettant une amélioration de la qualité des soins, bénéfiques aux patients et aux médecins.

Les données de la CPAM nous indiquent que votre lieu d'exercice se situe dans une zone où vivent de nombreuses personnes bénéficiaires de l'AME. Nous serions très honorés de votre participation à l'enquête. C'est aussi un moment unique pour exprimer votre vécu, les difficultés que vous rencontrez, pour améliorer les conditions de votre pratique auprès de ce public, et du public précaire de manière plus large.
L'enquête se déroulera par des temps d'échange en groupe de médecins généralistes qui ont un profil similaire au vôtre, quant à l'accompagnement du public avec AME. Ce temps libéré vous sera dédommagé à hauteur de 5 consultations au tarif CPAM pour chaque temps de 90 minutes à 2h, soit 10C si vous participez aux deux temps d'échange prévus.

Je me permettrai de vous contacter par téléphone prochainement pour vous présenter l'étude. Nous pourrons dans le même temps convenir d'une date de rencontre si vous souhaitez alors contribuer à cette recherche. Si vous ne souhaitez pas être rappelé, merci de me le faire savoir par mail ou par sms en précisant vos noms et coordonnées.

Je vous prie d'agréer l'expression de mes salutations distinguées,

Marion TESSIER
Thésarde en médecine générale
gimenez.marion@gmail.com
06.03.33.23.00

L'équipe Premiers Pas: - Nicolas Goujon, médecin généraliste enseignant associé au DMG et bénévole à Médecins du Monde
- Marie-Laure Pouchadon, chargé de recherche en sociologie, IRTS, Bordeaux
- Florence Jusot, professeur et chercheur en économie de la santé, IRDES, Paris-Dauphine
- Paul Dourgnon, chercheur en économie de la santé, IRDES, Paris-Dauphine
- Laurence Kotobi, maître de conférence en anthropologie, équipe Passages, CNRS Bordeaux
- Clara Lemonnier, post-doctorante anthropologie, équipe Passages, CNRS Bordeaux
- Jérôme Wittwer, professeur et chercheur en économie de la santé, ISPED, Bordeaux
- Marion Tessier, médecin généraliste et thésarde

Serment d’Hippocrate

Au moment d’être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j’y manque.

Résumé

Titre : Vers une meilleure qualité de soins pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'État (AME) en Gironde.

Introduction : Depuis 1999, les étrangers précaires en situation irrégulière sur le territoire français peuvent bénéficier d'une couverture maladie appelée AME (Aide Médicale d'État). Dans la pratique, les patients comme les soignants font face à de nombreux obstacles. L'objectif principal de notre recherche est de proposer des pistes d'amélioration de la pratique professionnelle des médecins généralistes auprès des adultes bénéficiaires de l'AME, pour au final améliorer l'accès et la qualité des soins pour cette population et favoriser le bien être au travail des soignants. **Méthode** : Enquête qualitative par focus-groupe entre mars et octobre 2017 auprès d'un échantillon de 13 médecins généralistes de Bordeaux Métropole en contact régulier avec des bénéficiaires de l'AME. **Résultats :** Les médecins décrivent parfois rencontrer des difficultés à créer une relation patient-soignant de qualité et à organiser le suivi des bénéficiaires de l'AME. Les principales recommandations qui se dégagent de ce travail sont à la fois institutionnelles (modification des modes de tarification, intensification de la formation initiale sur la précarité, création de plateforme électronique dédiée, développer l'accès à l'interprétariat et à la médiation professionnelle) et individuelles au niveau des structures de soins (modification des modalités de rendez-vous, accès à un secrétariat médical pour tous, formation professionnelle, développement et renforcement de réseaux de soins). **Conclusion :** Depuis quelques années, des initiatives nationales et individuelles émergent afin de faciliter le travail des professionnels au contact des patients bénéficiaires de l'AME. Dans Bordeaux Métropole, une plateforme dédiée pour répondre aux principaux besoins des médecins généralistes pour accueillir, soigner et orienter les personnes bénéficiaires de l'AME est en cours d'expérimentation.

Title: Towards a better quality of healthcare for beneficiaries of the Aide Médicale de l'Etat (AME) in Gironde, France.

Introduction: Since 1999, precarious foreigners in an irregular situation on French territory have been able to benefit from health coverage system called AME (Aide Médicale d'État). In reality, patients and general practitioners face many barriers. The main objective of our research is to propose ways of improving the professional practice of physicians among adults receiving AME, in order to ultimately improve access and quality of the care for this population and promote the well-being of caregivers at work. **Method**: Qualitative focus-group survey between March and October 2017 among a sample of 13 general practitioners in Bordeaux Metropole in regular contact with AME beneficiaries. **Outcomes**: Physicians sometimes describe difficulties in creating a quality patient-caregiver relationship and in organizing follow-up with AME beneficiaries. The main recommendations that emerge from this work are both institutional (changes in pricing methods, intensification of initial training on precariousness, creation of a dedicated electronic platform, development of the access to professional translators and mediation) and individual (modification of appointment procedures, access to a medical secretary for all, professional training, development and strengthening of care networks). **Conclusion**: In recent years, national and individual initiatives have emerged to help the work of professionals in contact with patients benefiting from the AME. In Bordeaux Metropole, a dedicated platform is currently being tested and seems to meet the main needs of general practitioners to welcome, treat and guide people benefiting from the AME.

Mots clés: Médecine Générale, Aide Médicale d'État, AME, accès aux soins, précarité

Discipline: Médecine Générale

UFR des Sciences Médicales, 146 rue Léo Saignat, Case 16, 33076 Bordeaux Cedex