



HAL
open science

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

Clément Léna

► **To cite this version:**

Clément Léna. Vers une meilleure qualité des soins pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'État (AME) en Gironde: enquête qualitative par entretiens individuels auprès des médecins généralistes des bénéficiaires adultes de l'AME de Bordeaux Métropole. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02962968

HAL Id: dumas-02962968

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02962968>

Submitted on 9 Oct 2020

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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2020

N°84

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le lundi 15 juin 2020

Par Clément Léna
Né le 10 octobre 1989 à Montauban (82)

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

Enquête qualitative par entretiens individuels auprès
des médecins généralistes des bénéficiaires adultes
de l'AME de Bordeaux Métropole.

Sous la direction de M. le Docteur Nicolas GOUJON

Membres du jury :

M. le Professeur Bernard Gay (Président)
M. le Professeur Jean-Philippe Joseph (Rapporteur)
M. le Professeur Fabrice Bonnet
Mme la Docteur Marie Boisvert

Résumé

Introduction : L'interactions des sociétés humaines et de l'environnement forcent chaque année des millions de personnes à l'exil. Nombre d'entre eux se retrouvent en France après des parcours migratoires éprouvants. Leurs conditions de vie et leurs vécus altèrent leurs états de santé et l'Aide Médicale de l'État (AME) est une des ressources leur permettant d'accéder à des soins médicaux. L'objectif principal de cette étude est d'explorer les connaissances, représentations et stratégies de soins des médecins généralistes de Bordeaux Métropole vis à vis de l'AME et de ses bénéficiaires adultes dans le but d'améliorer l'accès aux soins primaires de cette population spécifique.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens individuels semi-directifs réalisés auprès de vingt médecins généralistes de différents quartiers de Bordeaux Métropole.

Résultats : Les médecins rencontrés avaient souvent des connaissances limitées du dispositif de l'AME ainsi que des personnes qui en bénéficient. Tous y étaient favorables même s'il s'agissait pour certains d'un système à développer et pour d'autres d'un système à limiter. Deux figures de praticiens se détachent : ceux qui voyaient dans ces personnes des patients semblables aux autres avec des singularités et ceux qui comprenaient le retentissement de ces déterminants sans savoir toujours les surmonter de manière efficace. Le principal écueil aux soins des bénéficiaires de l'AME est l'incapacité à pouvoir communiquer de manière simple et confiante. Des suivis réguliers, les dépistages et les préventions sont plus difficiles à mettre en place. Les prises en charges spécialisées étaient aussi plus complexes, de même que les implications psycho-sociales des médecins dans les soins.

Conclusion : Afin d'améliorer l'état de santé de ces personnes, il est nécessaire de recourir à des interprètes professionnels. L'adaptabilité des pratiques centrées sur la personne, l'appui d'un secrétariat, le développement du rôle des médiateurs en santé, le travail en réseau incluant les spécialités médicales et chirurgicales, les structures médico-sociales et chaque professionnel ayant un rôle à jouer dans la construction d'environnements favorables font aussi partie des pistes prometteuses. Une sensibilisation aux soins à ces patients et à la précarité dans son ensemble sont essentiels, dès le commencement des études secondaires et lors des formations répétées, pour promouvoir l'équité en santé.

Mots clefs : AME, migrants, précarité, inégalités sociales de santé, équité en santé, accès aux soins, soins primaires, sensibilisation, travail en réseau, communication en santé.

Remerciements

À Monsieur le Professeur Bernard Gay,

Je vous remercie sincèrement de me faire l'honneur d'être le Président de mon jury de thèse et de l'intérêt que vous portez à ces sujets. Je vous témoigne de mon profond respect et de ma gratitude.

À Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette thèse et d'y tenir le rôle essentiel de Rapporteur. Merci pour votre évaluation et vos remarques. Je vous témoigne également de ma reconnaissance pleine et entière pour votre implication au sein de la formation de médecine générale à Bordeaux et des cours où j'avais pu assister avec vous.

À Monsieur le Professeur Fabrice Bonnet,

Je vous adresse mes remerciements sincères pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Je vous témoigne aussi de mon profond respect pour vos implications au sein du réseau hospitalier de Bordeaux et des enseignements pour améliorer les soins aux plus vulnérables.

À Madame la Docteur Marie Boisvert,

Je vous remercie pour m'avoir manifesté votre disponibilité à faire partie de ce jury. Veuillez recevoir mon respect et ma reconnaissance pour cette évaluation et votre rôle auprès de la PASS de Bordeaux.

À Monsieur le Docteur Nicolas Goujon,

Merci de m'avoir confié ce sujet qui m'intéressait et me touchait beaucoup. Merci pour notre excursion à Paris où nous avons pu échanger un peu en dehors de ce travail. Merci pour avoir été présent et m'avoir fait profiter de tes idées riches et variées, toujours constructives et pertinentes. Je te remercie enfin pour tous ces projets et ces valeurs que tu portes en toi pour inspirer et transformer le monde que nous partageons.

À **Papi** et **Mamie de Verdun**, dont la complicité ne s'est jamais étiolée avec le temps et les difficultés. Merci pour toutes ces aventures à la ferme parsemées d'œufs frais, de balades en tracteur et d'occupations à la basse-cour, sans oublier les poulets rôtis de l'époque, les vraies frites et la bonne pâte. Merci Mamie pour ton intelligence fine et ta force de caractère et Papi Batman pour ta droiture et être resté attentif à ce qui t'entoure. À **tatie Béatrice** et **tonton Alain** pour être fidèles au poste du café et des bons desserts au milieu des champs, pour tous ces matchs de judo sur tapis au sommet et pour avoir toujours des choses à discuter.

À **Papa** pour tous ces coups de fil où on ne dit le plus souvent pas grand-chose mais où on échange bien plus que des mots. Merci d'avoir toujours été là, même quand j'étais un sale gosse. Bientôt la suite en bicyclette et d'ici là, sois prudent ! Merci à **Fabienne** pour t'intéresser à ce que nous faisons ensemble, à **Cyril et Bastien** qu'on croise avec plaisir pour tailler le bout de gras.

À **Papi Irénée** pour avoir toujours été à l'avant-garde et pour avoir su être curieux de tant de choses que tu continues de nous inspirer chaque jour. Merci pour la douceur des étés à Monteils, les souvenirs de ruches ou du Vietnam... Merci pour nous avoir appris à faire du vélo d'où je ne suis jamais vraiment descendu depuis. J'espère avoir hérité d'au moins un peu de tes courants d'air ! En souvenir de **Mamie Raymonde**, ta gentillesse et ta générosité tendre, ta cuisine simple et riche... Ta présence continue de nous accompagner malgré la distance. À **tonton Patrick**, ancien boucanier des bars de Toulouse, pour ton ouverture d'esprit et tes pieds tranquillement sur terre. À **tatie Ghislaine**, toujours entourée de conversations enthousiastes et de bonne humeur.

À **Maman** pour ta créativité touche à tout encore sous-estimée et pour ce caractère têtu qui franchit les générations sans trop de problème. Merci pour être présente pour moi et les autres énergumènes de la famille. Accessoirement, merci pour avoir empêché à cette thèse de fourmiller de fautes d'orthographe. Merci à **Franck** pour ton art du bricolage et de la cuisine.

Au couz **Matthieu**, le premier de nos nouvelles troupes, que l'on voit moins mais à qui on pense souvent dans son fief périgourdin. À la couz **Marine**, toi qui as su garder en toi la richesse de nos liens et les faire grandir. Merci pour toute cette culture qui t'anime et te questionne, pour savoir rigoler de tout ce qui passe, pour ces bons moments égrainés dans l'ambiance tamisée de la rue Vélane et tout ce qu'il nous reste à découvrir. Merci d'être simplement une personne magnifique. À la **Bizotte, Bizouille, Bizoö, Biscote** ou peu importe le surnom exact dont on a perdu l'origine à peu près depuis sa création. Sans aucun doute, la meilleure de ta génération !! Merci de nous tenir au courant des actualités du monde des jeunes tant que tu le peux encore du haut de ton quart de siècle, merci pour ton accueil dans le domaine des beagles, pour te décarcasser avec moi pour les cadeaux de Noël ou encore pour nous avoir collé aux basks depuis que t'es bébé. Merci surtout pour qui tu es. Quelqu'un qui se tient droit, regorgeant d'une énergie calme et forte, quelqu'un qui pense beaucoup aux autres et rend le monde plus beau au quotidien.

À ces branches de la famille, soi-disant plus éloignées, mais riches en convictions. L'**oncle Bosco** qui continue de garder un œil sur ce que nous faisons, **Claudus** à la joie de vivre et à la générosité gigantesque, les **Coudercs**, marcheurs infatigables et curieux du monde, aux **Bousignac** qui ont maintenu les positions aveyronnaises, à la diaspora des **Ravayrol** notamment celles qui croient en elles et en ces germes de révoltes, d'humanité et de liberté que nous portons tous : **Arantxa, Margaux, Agathe...**

À **Leïla**, déjà merci pour ton aide précieuse à la réalisation de cette thèse (69) et pas seulement pour cette référence biblio mais pour tes conseils nombreux ! Merci surtout (surtout !) pour toutes ces jolies flammes qui vivent en toi malgré les litrons de thé que tu peux boire. Merci pour rester fidèle à ce en quoi tu crois et pour être toujours là pour moi. Tu es juste une des plus belles personnes qui fassent bouger cette terre.

À **Guigui** dont le tatouage d'espoir reflète un esprit aux limites inconnues à ce jour. Merci pour ne ressembler qu'à toi, talentueux et volontaire, et œuvrer à le rester. Piep ! À **Marion**, pas toujours sur le devant de la scène mais tu as prouvé à maintes reprises que tu n'en pensais pas moins.

À **Loris**, un des meilleurs compagnons de voyage, entre autres pour donner plus d'ampleur aux histoires qu'on raconte en rentrant. Merci pour ton assurance et ta confiance intuitive, pour notre intimité créative et ton énergie personnelle toute en style. À **Shyam**, ouvert, patient et créatif, aux yeux souriants remplis de sincérité.

À **Germain** et son allure vestimentaire sans prétention. Merci pour ces moments vécus dans les paysages toulousains, de l'Afrique ou des Amériques et pour avoir continué à cultiver ces graines d'aventures insulaires en restant proche de nous.

À **Alex**, connu jadis sous le nom de Jérémy Poivrot, capable de se coucher dans n'importe quel lit au vu et au su de tous. Merci d'avoir fait grandir ce monde calme et riche et de nous inspirer de ton épanouissement. Crois bien que les bons moments ne font que commencer. À **Boobie**, pour avoir su tracer une route empreinte de tes qualités en gardant le peps.

À ce bon vieux **Rem**, toujours dans le coup quand il s'agit de prêter main forte et de partager de bons moments. Je ne te remercie pas pour encombrer les rues de ce satané fixie mais merci de rester toi-même sans avoir peur du changement.

Au camarade **Lucas**, coureur des montagnes et jongleur communiste militant. Merci pour ton honnêteté à toute épreuve, tes dons de conteur depuis le commencement, tes origines musicales rythmées et pour savoir ambiancer les apéritifs, avec ou sans antenne de coccinelles.

À **Félix**, rock star en chemise bordelaise. Merci pour avoir fait le Vietnam avec moi (une sacré guerre !) et bien plus depuis. Merci pour cette amitié intemporelle et pour la force de tes connaissances que tu partages avec passion. Merci pour être toujours présent en cas de besoin. À **Nanou**, merci de m'avoir soutenu quand je trainais les savates, pour ta gentillesse et ta motivation et aussi pour tes capacités à tenir la conversation avec une belle mère et un coup dans le nez.

À **Maïté**, fière danseuse électro à la spiritualité recherchée. Merci pour tes réflexions éclairées, pour tous ces beaux récits de voyage et pour avoir su nous réunir tant de fois aux pieds des Pyrénées.

À **Charlotte**, Professeur ès Littérature, Chirurgie et Culture engagée. Merci pour tes avis sensibles et pertinents. Il ne te manque qu'un peu de bonne volonté en déguisements pour faire réellement partie de l'élite de la société.

À **Manon** pour tes mouvements exotiques et naturels et ton sens de l'onomatopée. Merci pour avoir été la première à oser faire pousser le petit univers auquel tu croyais. À **Thomas** réfléchi et souriant.

À **Mathilde**, même si tu essayes parfois de nous faire croire que tu sors d'un magazine people, on a bien vu que tu en savais plus que ça. Merci pour ta curiosité et ton entrain.

À **Marie-Laure**, car tu es la seule à penser que les gens ont plus de talents que toi. Merci pour ta présence dansante, ta motivation et ton rire franc. À **Juju** qui sait observer ce que le monde nous offre.

À **Philippe**, sex machine et chanteur infatigable sauf en cas de migraine. Merci pour nous faire rire et rêver. À **Patou** pour l'intérêt profond que tu portes aux personnes que tu regardes.

À **Mumu**, pour tes talents à fabriquer de tes mains les plus belles choses et pour ton sens de la gourmandise. Merci pour ta compréhension pleine d'amour. À **Sma** pour avoir mêlé la richesse de la terre et des convictions fertiles à votre équilibre.

À **Saratata**, encore désolé pour ce surnom qui a traversé les années avec un certain succès. Merci pour ta profondeur d'âme et ton ouverture aux autres, humaine et sensible mais aussi pour ces gemmes de folie volontaire qui éclatent par vagues jusqu'au milieu des déserts.

À **Axelle**, amie de toujours ou presque. Merci pour la beauté de ton cœur doux et fragile dont tu n'as pas à douter.

À **Alex**, tu aurais pu être prince du Myanmar si tu ne t'étais pas posé au Capitole. Merci pour ta créativité au critérium ou au saxo, parmi tant d'autres, merci pour être souvent présent quand je passe à Toulouse même s'il faut en moyenne quatorze textos pour te capter et surtout merci pour être quelqu'un de génial god damned !

À **Pedro** pour ta bonne humeur et ta joie de vivre si communicative. Merci d'avoir l'air aussi content de me voir que je le suis de te voir (oula c'était compliqué cette phrase, t'as pigé l'idée ?) et pour tous ces câlins fraternels.

À **Audette** pour tes airs enthousiastes et dynamiques, capable de venir swinguer à Arnaud B ou dans les crémaillères avec deux polichinelles dans le tiroir. À **Yobé**, force calme et honnête. Merci les gars pour ces conversations enrichissantes.

À **Camille**, dont le plus gros défaut est sûrement d'avoir suivi ses rêves sur une île de l'océan indien. Merci pour toute cette beauté qui émane de toi et les passions tranquilles et profondes que tu portes. Merci pour rester droite dans tes bottes, garder confiance en ton rythme propre et nous offrir tant d'inspiration. À **Nico** qui est au moins aussi à l'aise dans ses paires de tongs. Merci pour tes fourmis dans les jambes et ta sociabilité au bout des doigts.

À **Anna**, invincible depuis au moins le CE2 et promue aux plus grandes découvertes scientifiques. À **Erwan** que je n'ai jamais vu sans un sourire sincère sur le visage, intéressé par plein de belles choses. À **Lulu**, pour ta gentillesse et pour avoir compris aussi la vraie valeur des lamas. À **Lucie R** pour toutes ces qualités venues des steppes mongoles et ton rire brillant et chaleureux. À **Cécile** pour ta confiance tranquille et ta bonne humeur.

Aux twins croûtons. Merci à **Aude Larmina** pour avoir le cran d'aller au bout de ce qui te fait bien marrer et pour tes goûts plus ou moins subtils pour certaines bonnes choses. À **Marie Jackson** pour tes esquisses justes car personnelles et ton goût des montagnes.

À **Yasmine** pour ton sourire plein de couleurs et la place que tu incarnes en ce monde. À **Hermine** pour ta sensibilité, tes anecdotes et toutes les danses que tu tisses. À **Liza** pour accueillir une grande part de nature en toi et être allé la faire vivre à Chambéry.

Aux pruneaux dont on a toujours du mal à savoir exactement qui vient de quelle dynastie. **Pauline** et **Simon** à la simplicité engagée au côté des arbres, des oiseaux et de tout ce qui bouge et grandit. **Emma** et **Alex** pour avoir de l'énergie plein les muscles et des conversations intéressantes à foison. À **Guillaume** et **Amandine** car vous n'êtes pas juste là pour être ici mais savez aussi trimbalier des idées riches et/ou funkys.

À **Domi**, à l'intelligence subtile au service de beaux projets. À **Jérem** qui y a apporté sa mécanique et sa gentillesse. À **Gabie** qui remplit un peu moins ces fonctions de CM bière depuis quelques temps. Merci pour rester ouverte à ce qui te tient à cœur. À **Dan** qui se déplace toujours avec sa gaieté et ses blagues en monocycle. À **Rody** qui émerge d'on ne sait où de temps en temps pour nous parler de médecine interne ou de sa sœur. À **Sophie**, pour tes airs de tango et ta vie à fleur de peau.

À la **petite Wendy**, coéquipière de choc des maladies infectieuses à qui j'ai (presque) tout appris. Tu m'impressionnes par ta motivation et ta capacité à être au top. Merci pour cette présence bien à toi et ta capacité à perdre ton portable.

À **Aurélien**, compagnon de route depuis le deuxième jour comme disent les apôtres. Merci pour tout ce que tu m'as apporté et pour la richesse de ton cœur. Merci pour être quelqu'un qui cherche toujours à être fidèle à ce qu'il y a de plus profond en lui. Merci pour toutes ces aventures quotidiennes passées ensemble et celles qui n'attendent que d'éclorre. À **Adeline**, habile et créative.

À **Gaëtan**, investi dans l'économie et le travail des hommes même si je n'ai jamais compris tout-à-fait comment. À **Ludo**, qui a su se promener et grandir dans des aventures à son image. À **Bruno** qui cache une âme plus grande et affectueuse qu'il ne veut l'avouer. À **Didou** qui sait naviguer dans des affaires qui me dépassent que ce soit à Limoges ou sur une île thaïlandaise. Merci pour ta générosité et ta bonne humeur mais fait gaffe à ton épaule bon sang ! À **Pirch**, parti découvrir à sa manière de nombreux pays du globe et bâtir un foyer qu'on a hâte de découvrir. À **Juju**, fameux power ranger rouge, à la tranquillité aussi riche que ta mémoire.

Aux gringos de l'internat. À **Quentin**, grand buveur de bières à roulettes aux habiletés nombreuses. À **Rony**, chaînon manquant entre un Booba en tutu et un Chewbacca habillé à la dernière mode, qui cache aussi de nombreux talents. Merci les gars pour nos échanges nombreux et votre amitié sincère. À **Alice** pour avoir le courage de tes ambitions et ne pas faire les choses à moitié.

À cette vieille souche de **Thomas**, découvert sous le magnifique ciel vietnamien. Merci pour croire en toi sans avoir peur des lignes directrices et pour tous ces projets qui t'entourent. À **Simon**, rencontré lui dans les auberges de Melbourne et le bush du Victoria. Merci aussi d'avoir su rester libre de faire ce qui t'emballait. En souvenir de **Cédric** dont la présence fugitive le temps d'un été a continué de se développer en nous.

À **Didier** pour cette énergie phénoménale qui vient d'on ne sait où et part dans tous les sens. Merci pour cette buena onda qui te suit comme tes tatouages, de jour comme de nuit. À **Didier Gomar** pour ta beauté intérieure et ta confiance, pour l'intelligence ouverte et empathique que tu sais déployer au bord d'une pinte du Grizzly. À **Ninie**, esprit libre au cœur de la nature humaine, organique ou végétale. Merci pour ta volonté à croire au monde avec sensibilité. Me tarde de voir ce petit monde que vous cultivez avec **Dodo**. À **Nasser** pour tes points de vue éclatants et pleins de vies. Merci d'être toujours chaud pour les nouvelles aventures bordelaises et ton honnêteté débordante. Et **Aurore** dont les yeux trahissent autant de pensées captivantes. À **Julia** pour ta classe même sans robe léopard et cette soif de lecture. À **Anaïs** pour ce flegme rare et décontracté. À **Sarah minipsy** pour ton univers et ta pêche. À **Matthieu** pour tes talents de danseur étoile et tes réflexions. À **Olivier** que j'admire autant comme médecin que comme chanteur de comédie musicale. À **PA**, incarnation de la gentillesse et de l'humilité, **Mégane**, discrètement improbable et convaincue, **Hélio**, réfléchi et motivé.

Au gang de Bacalan et apparentés : **Dehlia** toujours prête aux débats, **Hélène** et sa science des événements, **Charline** et **Remy**, architectes de conversations enjouées. À **Perrine**, rencontrée

lors d'une correspondance par cellulaire au milieu du confinement, pour ta motivation créative et car tu t'intéresses aux gens pour ce qu'ils sont.

À **Ambre** pour ta personnalité parsemée de jolis dessins et de musiques parfois un peu sauvages, pour ce tatouage apotropaïque et figuratif qui te ressemble. Merci pour les découvertes nombreuses et tous les bons moments passés ensemble. À **Alexis**, à l'esprit résistant et éclairé. À **Chacha**, la princesse sans emballage qui a été quasiment mon seul regard familial du confinement et une ressource fiable en biscuits. À **Ariane** pour ton regard intéressant et personnel.

À toutes ces étoiles filantes avec qui j'ai partagé des bouts de route et qui mériteraient bien qu'on passe plus de temps ensemble, et toutes celles qu'il me tarde de découvrir : **Rosa, Jean-Lin, Jessica, Charlotte S, Damien, Adrien, Lauranne, Amandine, Maïana, Luce, Gaël, Steph, Jeanne, Béné...**

À tous ces drôles qui sont de plus en plus nombreux à rigoler et courir autour de nous : **jules, alice, marcel, lizouille, naël, augustine, colin, amélia, joseph, alma, louis, jade, alba, jeanne...** Et ceux qui n'ont pas encore de nom officiel et attendent calmement d'ouvrir les yeux sur le monde extérieur. Avec ces études, on n'a pas encore eu bien le temps de se boire une petite mousse les jeunes mais ça devrait être plus simple après ça !

À toutes ces personnes croisées pendant les études et qui m'ont permis de devenir médecin : **Marco, Didier, JPB, Benoît, Gregg, Brigitte, Véronique, Guillaume, Olivier, Pascal, Leïla, Céline, Thomas, Emmanuelle, Patrick, Bruno, Heïdi, Jean-Marc...**

Aux médecins qui me font confiance pour aider les patients qu'ils suivent : **Laurent, Benoît, Stephan, Laura, Fédora, Aurélie.**

À tous ceux qui croient aux racines du ciel.

Table des matières

ABÉVIATIONS.....	18
INTRODUCTION.....	20
1) Migrations.....	20
2) Aide Médicale de l'État (AME).....	21
1. Bref rappel historique.....	21
2. Conditions d'obtention et pièces justificatives.....	21
3. Procédure.....	23
4. Renouvellement.....	24
5. Offre de soins.....	24
6. Aspect pratique.....	25
7. Financement.....	26
8. Dispositif pour les Soins Urgents et Vitaux (DSUV) et AME à titre humanitaire.....	27
a) DSUV.....	27
b) AME à titre humanitaire.....	27
9. Démographie.....	27
3) Rôle central du médecin généraliste.....	30
4) Travaux complémentaires.....	31
1. ANR Premiers pas.....	31
2. Thèse de Marion Gimenez-Tessier.....	33
OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	34
1) Objectif principal.....	34

2) Objectifs secondaires.....	34
MATERIEL ET METHODE.....	35
1) Recherche bibliographique.....	35
2) Choix de la méthode.....	35
3) Guide d’entretien.....	36
4) Recrutement des médecins généralistes.....	37
1. Critères d’inclusion.....	37
2. Échantillonnage et recrutement des médecins généralistes.....	38
5) Collecte des données.....	38
6) Méthode d’analyse.....	39
1. Retranscription.....	39
2. Codage.....	40
3. Saturation des données.....	40
7) Procédure réglementaire.....	40
RÉSULTATS.....	41
1) Population d’étude.....	41
1. Recrutement des médecins et réalisation des entretiens.....	48
2. Profils des médecins.....	43
3. Place des patients ayant l’AME dans leurs pratiques.....	47
2) Connaissance et ressenti personnel du système de l’AME.....	48
1. Connaissances du dispositif.....	48
a) Condition d’obtentions.....	48
b) Offre de soins.....	49
c) Manque d’informations ou de connaissances.....	50

2. Représentations et opinions personnelles.....	51
a) Un système positif.....	51
◦ Échelle individuelle.....	51
◦ Échelle collective.....	52
b) Des aspects négatifs.....	53
◦ Dépenses de santé.....	53
◦ Immigration illégale.....	54
◦ Un système à limiter.....	55
c) Nécessité d'un accompagnement global pour une meilleure intégration dans la société française	56
3) Connaissances et représentations des patients adultes bénéficiant de l'AME.....	58
1. Avant l'arrivée sur le territoire.....	59
2. Conditions de vie en France.....	60
3. Intégration.....	62
a) Sociale.....	62
b) Intégration au système de soins.....	64
c) À l'organisation du cabinet et au suivi des soins.....	64
4. État de santé.....	66
a) Somatique.....	66
b) Psychologique et psychiatrique.....	68
5. Particularités des patients bénéficiant de l'AME.....	69
a) Des patients demandeurs.....	69
b) Des patients qui exagèrent.....	70
c) Volontaires et compréhensifs.....	71
e) Des patients mobiles.....	72
4) Spécificités des consultations.....	73

1. Communication.....	73
a) Une entrave fondamentale.....	73
b) Une contrainte surmontable.....	74
c) Une spécificité sans réelle répercussion sur les soins.....	75
2. Des variations culturelles.....	76
3. Absence de carte Vitale.....	76
a) « <i>Paperasse</i> ».....	76
b) Remboursements.....	78
4. Actes gratuits.....	79
5. Prise en charge spécialisées.....	79
a) Accès aux spécialistes d'organe et chirurgiens.....	79
b) Accès aux soins psychiatriques.....	81
6. Des problématiques multiples.....	82
7. Des consultations plus complexes et chronophages, ou pas.....	83
8. Des consultations enrichissantes ou frustrantes.....	84
5) Stratégies développées.....	85
1. Communication.....	85
a) Accompagnants.....	85
b) Accompagnants mineurs.....	85
c) Interprètes.....	86
d) Aide d'autres structures.....	87
e) Langues tiers.....	87
f) Ressources numériques.....	88
g) Adaptation des consultations.....	88
h) Gestes.....	89
i) Schémas.....	89

j) Renouveau et indications écrites.....	89
k) L'art de la débrouille.....	89
2. Organisation personnelle.....	90
a) Prendre du temps.....	90
b) Hiérarchiser.....	90
c) Prévoir un suivi.....	91
3. Aides sur plan psychiatrique.....	91
4. Prise en soin spécialisée.....	92
5. Aides sur plan social.....	94
6. Fonctionnement en réseau.....	95
7. Secrétariat.....	96
8. Formations.....	97
6) Idées personnelles pour améliorer santé et accès aux soins des populations ayant l'AME.....	98
1. Promouvoir la santé.....	98
2. Améliorer la communication.....	99
3. De meilleures rémunérations.....	100
4. Formations personnelles.....	100
5. Accès plus effectifs aux soins.....	100
a) Couverture maladie.....	100
b) Intégration au système de soin.....	101
c) Spécialistes d'organes et chirurgiens.....	102
d) Soins psychiatriques.....	103
e) Ressources paramédicales.....	103
6. Accompagnement social à développer.....	103
a) Intégration globale.....	103

b) Repérage et orientation facilités au sein du réseau d'aide aux bénéficiaires de l'AME.....	104
c) Renforcer le rôle des structures d'aide.....	104
d) Une structure unique.....	105
7. Amélioration des conditions de vie.....	105
DISCUSSION.....	107
1) Forces et limites de l'étude.....	107
1. Validité externe.....	107
2. Validité interne.....	107
3. Limites de l'étude.....	108
a) Biais de sélection.....	108
b) Biais de classement.....	108
4. Limites de l'analyse.....	109
2) Les patients adultes bénéficiant de l'AME.....	109
1. Un état de santé qui se délite.....	109
2. Vulnérabilité.....	111
3. État de santé : du point de vue somatique.....	113
4. État de santé : du point de vue psychologique et psychiatrique.....	115
5. Langue.....	116
6. Particularités culturelles.....	117
7. Difficultés sociales.....	118
3) Prise en soins de ces patients par le médecin généraliste.....	121
1. Éthique.....	121
2. Rapport aux soins avec les bénéficiaires de l'AME.....	122
a) Relation de soin avec les patients couverts par l'AME.....	122

◦ Sensibilisation des médecins aux problématiques vécues par les patients détenteurs de l'AME.....	123
◦ Qualité des soins.....	124
◦ Évolution de la médecine.....	125
b) Implications des médecins.....	126
c) Distribution inéquitable des patients adultes AME dans la médecine générale.....	127
3. Spécificités des consultations.....	128
a) Communication.....	128
b) Culturelle.....	130
c) Médicale.....	130
d) Administrative.....	132
e) Organisationnelle.....	133
4. Discrimination.....	133
5. prise en charge spécialisée.....	136
6. Soins psychiatriques.....	137
7. Système de l'AME.....	138
4) Pistes d'amélioration de l'accès aux soins de ces patients.....	140
1. Sensibilisation des médecins aux soins des bénéficiaires de l'AME.....	140
a) Des situations spécifiques.....	141
b) Des soins reposant sur la compréhension mutuelle.....	141
c) Des consultations adaptées.....	141
2. Santé globale.....	142
3. Meilleure connaissance des patients et du système de l'AME.....	144
4. Améliorer la compréhension.....	145
5. Recours simplifié au système de soins.....	148
a) La machinerie de l'Aide Médicale de l'État.....	148

b) Le système de soin français.....	150
c) Prises en charge spécialisées.....	150
6. Prise en soin dépassant le cadre médical strict.....	151
7. Fonctionnement en réseau.....	152
a) Coopération entre plusieurs intervenants.....	152
b) Médiateurs en santé.....	153
c) Projet CARE.....	154
8. Une meilleure rémunération.....	155
9. Autres.....	155
CONCLUSION.....	158
BIBLIOGRAPHIE.....	161
ABSTRACT.....	168
ANNEXES.....	169
Serment d’Hippocrate.....	176

Abréviations

- ALD : affection longue durée
- ANR : agence nationale de la recherche
- ARS : agence régionale de santé
- ASSEDIC : association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
- ASTI : association de solidarité avec tous les immigrés
- BEH : bulletin épidémiologique hebdomadaire
- CADA : centre d'accueil de demandeurs d'asile
- CAIO : Centre d'accueil d'information et d'orientation
- CASO : centre d'accueil, de soins et d'orientation
- CCAS : centre communal d'action sociale
- CCNE : comité consultatif national d'éthique
- CHU : centre hospitalier universitaire
- Cimade : comité inter-mouvements auprès des évacués
- CMUc : couverture maladie universelle complémentaire
- COMEDE : comité pour la santé des exilés
- COS : comité des œuvres sociales
- CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
- CRA : centre de rétention administrative
- CSBM : consommation de soins et de biens médicaux
- Drees : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- DSUV : dispositif pour les soins urgents et vitaux
- EMPP : équipes mobiles psychiatrie précarité
- HAS : haute autorité de la santé
- HTA : hypertension artérielle
- INPES : institut national de prévention et d'éducation à la santé
- Insee : institut national de la statistique et des études économiques
- IRDES : institut de recherche et documentation en économie de la santé
- IRTF : interdiction de retour sur le territoire français
- ISPED : institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement
- IST : infection sexuellement transmissible
- IVG : interruption volontaire de grossesse
- LHSS : lits halte soins santé
- MdM : médecins du monde
- OFII : office français de l'immigration et de l'intégration
- OFPRA : office français de protection des réfugiés et apatrides
- OMS : organisation mondiale de la santé
- OQTF : obligation de quitter le territoire français

- PASS : permanence d'accès aux soins de santé
- PMA : procréation médicalement assistée
- PNUD : programme des nations unies pour le développement
- PTSD : post-traumatic stress disorder (= état de stress post-traumatique)
- Puma : protection universelle maladie
- ROSP : rémunération sur objectifs de santé publique
- UFR : unité formation recherche
- UNHCR : agence des nations Unis pour les réfugiés (united nations high commissioner for refugees)
- WONCA : world organization of national colleges, academies and academic associations of general practitioners/family physicians

INTRODUCTION

1) Migrations en France et dans le monde.

Selon l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) (1), 70,8 millions de personnes étaient déracinées en 2018, incluant les enfants. Ce nombre a doublé en vingt ans et on en compte 2,3 millions en plus par rapport à l'année précédente. Plus de deux tiers de ces personnes n'ont pas quitté leur propre pays et sont des déplacés internes (par exemple en Palestine). Quatre-vingts pourcents des migrants qui franchissent leur frontière vivent dans des pays voisins de leurs pays d'origine. En 2018, c'est donc 13,6 millions de personnes qui ont été nouvellement déplacées à travers le monde : 10,8 millions en interne et 2,8 millions de réfugiés et demandeurs d'asile.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) distingue deux phénomènes migratoires (2) : ceux dus aux ressources mondiales mal réparties et entraînant des inégalités et ceux résultants d'évènements particuliers qui provoquent des migrations plus importantes et rapides (conflits armés, catastrophes naturelles...).

Le nombre de migrants au sein de la population française est difficile à estimer. Dans sa présentation des principales données de l'immigration en France au 15 janvier 2019 reposant sur les chiffres de recensement de la population de l'Insee (3), il y avait en 2015 6,17 millions d'immigrés en France (français par acquisition, nés en dehors de la France et étrangers nés hors de la France) pour une population totale estimée à 66,40 millions. En 2017, les 5 premiers pays d'origine étaient par ordre croissant l'Algérie (30869), le Maroc (29822), la Tunisie (16326), la Chine (incluant Hong Kong) (15026) et le Sénégal (7851). Les personnes immigrées en situation régulière représenteraient donc environ 8 % de la population résidant en France (4). Ils se retrouvent **concentrés dans certaines zones géographiques réduites**. Les estimations de 2018 retrouvaient comme motifs à ces migrations : le rapprochement familial (89 185), les études (82 580), des raisons humanitaires comme les guerres ou les famines (35 645), économiques (32 815) ou autres (15 325). Les migrations humanitaires avaient tendance à diminuer légèrement (-2,2%) alors que celles pour des motifs économiques s'accroissaient (+ 19,5 %).

2) L'Aide Médicale de l'État (AME)

1. Bref rappel historique

Initialement, est créée en 1893 une loi instaurant une Assistance médicale gratuite au niveau de chaque département (5). Elle vise à offrir des soins aux malades sans ressources, nationaux ou même étrangers à condition que leur pays d'origine ait passé un traité d'assistance réciproque avec la France. Cette aide remonte à l'échelle nationale par un décret de 1953 (6) devant une certaine confusion avec l'apparition de disparités entre départements avant de revenir à l'échelle du département par une des lois dites de décentralisation, la loi du 22 juillet 1983 (7) : instauration de l'aide médicale départementale. Ainsi jusqu'en 1993, il n'existe donc pas de nécessité de conditions de régularité de séjour ni pour l'aide médicale départementale ni pour l'assurance maladie.

C'est la « loi Pasqua » du 24 août 1993 qui pose pour la première fois que l'ensemble des prestations sociales dépendent de la régularité du séjour. Le statut de travailleur est en même temps retiré aux étrangers en situation irrégulière en France.

C'est la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 qui crée la Couverture Maladie Universelle (CMU) et distingue ,en parallèle, l'Aide Médicale de l'État (AME) pour les personnes en situation irrégulière (8). L'objectif initial était d'ouvrir des droits à l'assurance maladie pour tous les résidents en France. Finalement, la nécessité de la régularité de séjour a persisté. L'AME est exclusivement réservée aux étrangers en situation irrégulière en France et offre accès à des prestations de ville et en établissements de soins. Il n'y a pas d'avance de frais et son objectif est double : humanitaire et de santé publique pour éviter l'aggravation des maladies chroniques et la dissémination des maladies contagieuses.

Théoriquement, s'il existe un principe d'égalité constitutionnel entre les étrangers et les français, cette égalité repose donc sur la **condition de régularité de séjour** (9).

2. Conditions d'obtention et pièces justificatives

La Circulaire DGAS/DSS/DHOS/2005/407 du 27 septembre 2005 relative à l'Aide Médicale de l'Etat (AME) (10) et Décret n°2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'AME (11) définissent les pièces justificatives à fournir et les modalités d'obtention de l'AME.

L'AME s'adresse aux **étrangers en situation irrégulière** en France qui peuvent prouver leur résidence stable sur le sol français depuis plus de 3 mois. Elle n'est pas applicable à Mayotte.

Concernant la **justification de l'identité**, celle-ci peut être prouvée par :

- une carte nationale d'identité
- un passeport

- un extrait de naissance
- une copie de titre de séjour antérieur
- un livret de famille
- un document du ministère des affaires étrangères, de l'intérieur ou de la justice
- un permis de conduire
- une carte d'étudiant
- une attestation d'une association reconnue ou d'un professionnel de santé

La traduction n'est pas nécessaire s'il est possible de s'assurer du nom, prénom, date et lieu de naissance sur le document original.

La **justification de résidence ininterrompue en France depuis plus de 3 mois** se fait par :

- un visa ou tampon avec date entrée en France sur le passeport
- une copie de contrat de location, quittance de loyer, facture électricité, gaz, eau, téléphone
- un avis d'imposition ou de non-imposition, taxe foncière, taxe habitation
- une facture hôtellerie
- une quittance de loyer, facture électricité, gaz, eau, téléphone au nom de l'hébergeant lorsque le demandeur est hébergé à titre gratuit par une personne physique
- une attestation d'hébergement par un centre d'hébergement et de réinsertion sociale
- une attestation de domiciliation par un organisme agréé
- un document des ministères des affaires étrangères, de l'intérieur ou de la justice.
- une attestation de scolarité d'un établissement d'enseignement
- un document relatif à une prestation servie par une collectivité locale, un organisme de sécurité sociale ou une association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (ASSEDIC)
- un bulletin d'hospitalisation
- un titre de recettes ou une facture d'un établissement de santé
- une attestation établie par un professionnel de santé ou une association reconnue se portant garant de la fréquentation du demandeur

Une attestation sur l'honneur du demandeur ou de tiers en dehors de ceux mentionnés précédemment ne permet, en revanche, pas de prouver cette résidence. Elle peut être prouvée par document de plus de 3 mois, sans nécessité de prouver la résidence pour chaque mois.

Les **justificatifs de ressource** rassemblent l'ensemble des ressources monétaires de toute nature du demandeur ou des personnes à charge. Il n'y a pas de liste de documents officiels mais il s'agit de « document retraçant les moyens d'existence du demandeur et leur estimation chiffrée ». Sur son site internet *améli* (12), l'Assurance Maladie précise que les conditions de ressources sont identiques à celles de la CMUc, soit un plafond maximal des ressources détaillé dans le tableau suivant :

Nombre de personnes composant le foyer	Montant du plafond annuel en France métropolitaine	Montant du plafond annuel dans les départements d'outre-mer (hors Mayotte)
1 personne	8810€	9806€
2 personnes	13215€	14709€
3 personnes	15858€	176550€
4 personnes	18501€	20592€
Au-delà de 4 personnes, par personnes supplémentaires	+ 3524,092€	+ 3922,31€

Tableau 1 : plafond de ressources pour l'attribution de l'AME

Une **photographie du demandeur** et éventuellement **des personnes à charge** sont aussi nécessaires.

A noter que « l'AME est attribuée sans conditions aux enfants mineurs dont les parents sont en situation irrégulière, même lorsque ces derniers n'en bénéficient pas encore ou dépassent le plafond de ressources pour en bénéficier. »

3. Procédure

L'assistance à la constitution ou transmission d'un dossier peut être réalisée par les caisses primaires d'assurance maladie (**CPAM**), les centres communaux d'action sociale (**CCAS**), les **services sanitaires et sociaux des départements**, un **établissement de santé ou des associations agréées**. La demande peut aussi être faite par le **demandeur lui-même**.

La transmission est réalisée dans un délai de 8 jours après constitution de la demande. Les demandes d'AME sont réalisées auprès des caisses d'assurance maladie auxquelles sont rattachés les demandeurs en fonction de l'adresse déclarée. En l'absence d'adresse fixe, celle renseignée sera celle des services sanitaires et sociaux des départements ou d'associations agréées. Dans un effort de centralisation, le Projet de loi de finances pour 2019 (13) a instauré que toutes les demandes soient réalisées auprès de 3 caisses : Paris, Bobigny et Marseille. Ce regroupement a pris le nom de projet « TRAM AME » dans le projet loi finance de 2020 (14). Il vise à équilibrer les pratiques entre CPAM, principalement sur le recueil d'informations et le contrôle. Les demandes des personnes résidant dans les départements d'outre-mer continuent en revanche d'être gérées par les caisses générales de sécurité sociale locales.

La date de dépôt correspond à la date où l'organisme réceptionne la demande (guichet ou courrier). La durée de validité de l'AME est alors de **1 an** à partir de cette date de dépôt, même si le dossier était incomplet au moment de la demande. En cas d'hospitalisation, le début des

droits est fixé au moment du début des soins ou de l'entrée dans l'établissement. L'ouverture des droits de l'AME est rétroactive.

Selon le projet de la loi finance pour 2019, une cible de 20 jours est prévue pour traiter les dossiers de demande d'AME, grâce à une simplification des formulaires et de la procédure précisée par une circulaire de juin 2018.

Si la demande est acceptée, la personne est convoquée par courrier postal pour venir retirer sa carte AME. L'absence de réponse de la CPAM dans les **2 mois** correspond à une décision implicite de refus. Un dossier incomplet va nécessiter plusieurs passages dans les circuits de la CPAM et peut prendre jusqu'à six mois pour être accepté (15). Devant un refus, la personne a la possibilité de contester et de demander la révision du dossier. La contestation se fait par recours gracieux auprès du directeur de la caisse d'Assurance Maladie ou recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale.

En cas de nécessité de mise en place rapide de l'AME, il peut être réalisé un **certificat médical** (par un médecin de ville ou hospitalier) demandant l'instruction prioritaire du dossier : si le délai d'instruction peut avoir des conséquences sur l'état de santé de la personne et en dehors de toute urgence (qui justifie une orientation vers l'hôpital avec le Dispositif pour les Soins Urgents et Vitaux, DSUV), un médecin peut demander l'instruction prioritaire de la demande. Le Ministère des Solidarités et de la Santé précise qu'une « *instruction prioritaire est effectuée par la caisse d'assurance maladie dès lors qu'est joint au dossier un certificat médical, établi par un médecin (de ville ou hospitalier) et faisant état d'une pathologie exigeant une prise en charge médicale et un traitement rapides sous peine d'aggravation* » (16).

4. Renouvellement

Le renouvellement de l'AME doit être réalisé annuellement et le nouveau dossier est à déposer **2 mois** avant interruption couverture santé. Il n'est pas nécessaire de prouver une nouvelle fois son identité ou la résidence supérieure à 3 mois.

5. Offre de soins

La sécurité sociale explicite également sur son site internet *amé*li l'offre de soin accordée par l'AME (17). Le Comité pour la santé des exilés (COMEDE) avait également analysé cette offre de soins dans son rapport de 2018 (18).

La panier de soins comprend donc :

- les soins médicaux et dentaires
- les médicaments remboursés à 100 %, 65 % ou 30 %

- les frais d'analyses biologiques
- les frais d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale
- les frais d'examen prénuptial
- les frais afférents aux vaccinations ainsi que ceux liés aux dépistages
- les frais liés à la contraception, à l'interruption volontaire de grossesse, etc...

L'AME offre une prise en charge à hauteur de 100% des soins avec dispense d'avance des frais.

Le panier de soins d'un bénéficiaire de l'AME est identique à celui d'un assuré social diminué de 6 prestations qui sont :

- les cures thermales
- la procréation médicalement assistée (PMA)
- les médicaments dont le service médical rendu est considéré comme faible (remboursés à 15 % pour les autres assurés sociaux)
- 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

Par ailleurs, les bénéficiaires de l'AME ne sont pas des « *assurés sociaux* » mais des « **bénéficiaires d'une aide sociale d'Etat** » : ils ne peuvent pas accéder aux prestations annexes réservées aux assurés sociaux que sont les fonds de secours dits « *fond social* » des caisses, le tarif de solidarité sur l'énergie (électricité et gaz naturel), les examens de santé périodiques gratuits de la sécurité sociale ou encore le financement des prestations hors-nomenclature. Les prestations d'optique et de dentaires incluses dans le panier de soins sont identiques à celles des assurés sociaux : le niveau de prise en charge (100% du tarif de la sécurité sociale) est en revanche insuffisant pour couvrir les frais réels d'une prothèse ou d'une paire de lunettes. Ainsi en pratique, l'AME ne permet pas d'obtenir des lunettes ou des prothèses dentaires.

Les patients couverts par l'AME **ne peuvent pas déclarer de médecin traitant.**

L'ALD est possible avec l'AME mais uniquement lorsque les droits sont ouverts. La reconnaissance d'une ALD ne prolonge en rien l'ouverture des droits en l'absence d'AME. Elle peut en revanche permettre les transports médicalisés.

Tous les professionnels de santé ont l'obligation d'accueillir les bénéficiaires de l'AME. La prise en charge en ville ou dans les établissements de soins se fait selon la volonté du patient.

6. Aspects pratiques

Les personnes à charge peuvent bénéficier de l'AME :

- conjoint, concubin, partenaire Pacs

- enfants jusqu'à 16 ans ou jusqu'à 20 ans si poursuite des études
Les membres de la famille de passage en France n'en bénéficient pas.

Les personnes qui ont accès à l'AME ne possèdent pas de carte vitale mais une **carte plastifiée** où sont inscrits leurs nom, prénoms, date de naissance, numéro d'immatriculation à la sécurité sociale et numéro de la caisse d'affiliation et une photographie d'identité. Cette carte a récemment été modifiée par arrêté ministériel du 31 décembre 2019 : diminution du format à celui de la taille d'une carte vitale et suppression de l'adresse du bénéficiaire (19). Ont été ajoutés, par ailleurs, les prestations prises ou non en charge et le code contrat. Sur les cartes familiales figure, également, au verso la liste des bénéficiaires âgés de moins de 16 ans à la charge du titulaire de la carte ; à partir de 16 ans, les bénéficiaires possèdent leur propre carte individuelle.

7. Financement

Le projet de la loi de finances pour 2019 fait aussi le point sur les financements de l'AME (13). Le programme 183 a opté pour une augmentation de la budgétisation de l'AME : 934,9 millions d'euros prévus pour 2019 alors qu'il était de 889,7 millions d'euros ouverts en loi de finances initiale pour 2018, soit une progression de 5,1 %. Ce montant reste inchangé par rapport de 2020 et s'établit à 934,4 millions d'euros (14). Les crédits prévus en loi de finances au titre de l'AME de droit commun avaient été systématiquement sous-estimés par rapport à la dépense exécutée mais ces écarts tendent à se réduire. Ces prévisions reposent sur plusieurs hypothèses, notamment la croissance du nombre annuel de bénéficiaires de l'AME de 4,7 % et la stabilisation du coût moyen des soins pris en charge hors inflation. Quarante millions d'euros sont alloués aux soins urgents et 1,5 million aux autres dispositifs en lien avec les objectifs poursuivis par l'AME

Selon les auteurs de ce projet de loi, ces calculs de budget sont **discutables** et interrogent sur la sincérité de ces politiques censées aider les étrangers en situation irrégulière à accéder aux soins alors que, dans le même temps, elles restreignent exagérément les dépenses en ce sens. Ces dépenses sont difficiles à anticiper et plusieurs annulations de crédits ont été réalisées. Les auteurs dénoncent une « *prise de risque excessive* » ne permettant pas d'affronter les surcoûts imprévus.

Les dépenses moyennes par bénéficiaire s'élèvent à environ 2 550 € en 2017 mais présentent des particularités par rapport aux autres assurés sociaux (9) : population plus jeune, moins bon état de santé, plus de soins hospitaliers. Les dépenses de cette même année étaient chiffrées à 802 millions d'euros soit 0,5 % de la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) à financement public. À titre indicatif, 470 milliards d'euros de prestations sont versées chaque année par la sécurité sociale (20).

8. Dispositif pour les Soins Urgents et Vitaux (DSUV) et AME à titre humanitaire

a) DSUV

Les soins urgents sont définis par la circulaire DHOS/DSS/DGAS/2005/141 du 16 mars 2005 (10) comme les soins « *dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître* ».

Sont également inclus dans ce dispositif :

- les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie à l'entourage ou à la collectivité (exemple : la tuberculose)
- les soins d'une femme enceinte et d'un nouveau-né : les examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse, l'accouchement
- l'interruptions de grossesse (volontaires ou pour motif médical).
- les soins dispensés aux mineurs

Ces soins s'adressent aux étrangers en situation irrégulière qui ne peuvent pas bénéficier de l'AME (moins de trois mois sur le territoire) ou n'ont pas fait la demande (les mineurs par exemple). Dans le droit commun, ils sont le plus souvent réalisés à l'hôpital que ce soit lors de consultations (PASS, services d'accueil des urgences) ou d'hospitalisations. Le but du DSUV est d'éviter à l'hôpital des créances irrécouvrables en lien avec les soins aux personnes en situation irrégulière. En effet, l'État provisionne un budget pour ces soins qu'il reverse à la CPAM.

Les CPAM exigent préalablement un « **refus d'AME** » à la demande de DSUV. Ce dispositif peut aussi être demandé si les ressources du demandeur dépassent le plafond pour permettre l'accès à l'AME (21).

b) AME à titre humanitaire

L'AME à titre humanitaire (AMEH) ne relève pas de l'assurance maladie mais dépend du ministère de la Santé (12). L'AME dite « *humanitaire* » permet, sur décision individuelle prise par le ministre chargé de la santé, la prise en charge des soins hospitaliers en France de patients français ou étrangers ne résidant pas habituellement en France (13). À noter que le refus de la demande exceptionnelle de l'AME à titre humanitaire n'est pas contestable.

9. Démographie

il y avait 314 843 bénéficiaires de l'AME en 2018 (14). Une enquête parue dans le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH) de 2017 (22) auprès de 846 personnes migrantes

consultant dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) décrivait cette population migrante comme **hétérogène**.

Les enquêtés ne possèdent le plus souvent aucun droit de séjour en France. Il s'agit plus fréquemment d'hommes avec une médiane d'âge à 35 ans et un niveau d'étude secondaire ou supérieur. Selon une étude de la Drees de 2008 (23), les patients détenteurs de l'AME sont le plus souvent des jeunes adultes de 20 à 39 ans, avec un niveau scolaire élevé et résidant en France depuis moins de 5 ans. Dans l'enquête Premiers Pas (4), qui a interrogé 1 223 étrangers sans titre de séjour dans 63 lieux et structures, 65 % des personnes interrogées sont des hommes, 27 % ont entre 18 et 30 ans et ils sont 14 % à avoir 50 ans ou plus. Nombreux sont arrivés en France depuis plusieurs années : 30 % entre 2 et 5 ans et 31 % depuis plus de 5 ans.

Concernant leurs origines géographiques, les migrants en France sont principalement issus à 43% d'Afrique subsaharienne, à 20% du Maghreb et à 17% d'Asie (24). Dans l'étude Premiers Pas (4), les personnes interrogées venaient aussi majoritairement d'Afrique subsaharienne (52 %) et d'Afrique du nord (29 %).

D'après l'enquête de 2017 du BEH (22), 93% des personnes interrogées avaient manifesté leur **désir de demeurer en France** et qu'il ne s'agit pas pour elles d'une étape vers un autre pays d'accueil.

Toujours selon cette étude (22), près d'un tiers d'entre eux avaient été soumis à des traumatismes tels que la torture, les sévices physiques ou sexuels, liés au genre ou à l'orientation sexuelle, les mariages forcés etc... Ces violences avaient eu lieu dans le pays d'origine, au cours de la migration ou même sur le territoire français. Les usagers des PASS relataient des parcours migratoires éprouvants et longs avec une durée moyenne de 305 jours.

Les personnes couvertes par l'AME ne sont pas superposables aux bénéficiaires potentiels. On estime que 49 % des personnes qui y sont éligibles ne disposent pas de l'AME (25). Parmi les bénéficiaires potentiels mais qui ne bénéficient pas de l'AME, on retrouve une plus grande proportion d'hommes, ceux-ci sont plus précaires, résident en France depuis moins longtemps, ont accès à moins d'aides et sont plus nombreux à se déclarer en mauvaise santé. Dans l'étude du BEH (22), deux tiers ne possédaient aucune couverture maladie et un tiers d'entre eux avaient renoncé aux soins pendant les douze derniers mois.

Quarante pourcents n'ont pas d'hébergement stable ou salubre (22). Selon le rapport d'observation de Médecins du Monde de 2019 (sur les données de 2018) (26), le logement est problématique pour la quasi-totalité des patients reçus dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) : 6,3 % d'entre eux disposent d'un logement personnel lorsqu'ils se présentent pour la première fois, 60% sont hébergés (familles, amis) et 6 % vivent en squat ou bidonville, 25% n'ont pas de domicile fixe. L'enquête Premier Pas retrouvait des chiffres similaires (25) : 40% occupent un logement ordinaire (à leur nom, en colocation ou hébergés),

30% résident en foyer, centre d'accueil ou à l'hôtel et 25% vivent dans un « *logement de fortune* » ou à la rue.

Quarante-huit pourcents avaient dû diminuer leur alimentation par manque d'argent, dont la moitié depuis plus de 6 mois (22). Trente pourcents seulement des enquêtés de l'étude Premier Pas avaient dit ne pas avoir connu de précarité alimentaire au cours de la dernière année (25).

Beaucoup d'entre eux travaillent ou ont travaillé (23) : ménages et garde d'enfants pour les femmes, bâtiment, manutention, restauration pour les hommes. Dans l'étude Premier Pas (25), ils étaient un quart à déclarer travailler au moment de l'enquête.

Leur répartition sur le territoire français n'est pas homogène et la plupart des patients ayant accès à l'AME sont concentrés en région parisienne : les trois quarts vivent en Île-de-France (23).

En Gironde en 2018, selon les données de la caisse d'assurance maladie (27), on retrouve 7327 personnes qui ont au moins un jour d'affiliation à l'AME, ce qui correspond à 0,3 % de l'ensemble des bénéficiaires affiliés à la CPAM. Ces bénéficiaires de l'AME résident principalement dans Bordeaux-Métropole : à hauteur de 83% d'entre eux. En comparaison, seulement 52 % de l'ensemble de la population affiliée à la CPAM réside à Bordeaux-Métropole. La commune de Bordeaux elle-même rassemble 41,5% des bénéficiaires. Ce sont principalement des hommes (51,2%) jeunes (âge moyen de 32,6 ans).

La CPAM de la Gironde a reversé 9,5 millions d'euros au titre de l'Aide Médicale Etat pour des soins réalisés en 2018 et 59% de ces remboursements étaient liés à des soins en établissements.

Concernant les médecins de Gironde, ils sont 2 160 médecins à avoir reçu des patients bénéficiants de l'AME : 925 généralistes et 1 235 spécialistes. Cela représente la moitié des médecins du département. Pour ces médecins, les patients AME correspondent à 0,6 % en moyenne de leur patientèle. Les médecins spécialistes les plus consultés, en termes de taux de recours, sont les radiologues, les ophtalmologues, les gynécologues, les cardiologues et les dermatologues.

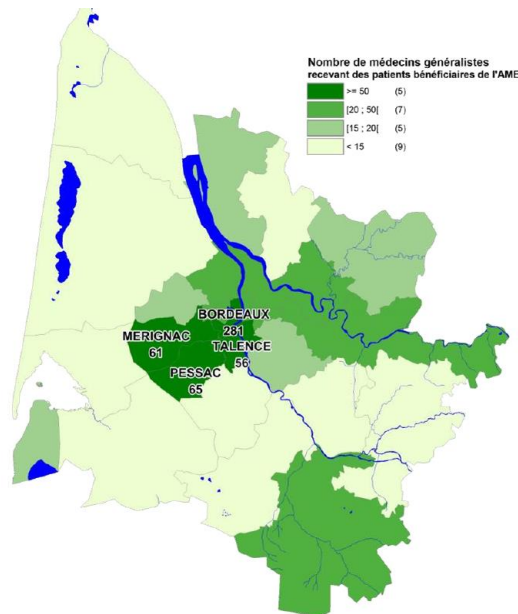


Schéma 1 : Médecins recevant des patients bénéficiaires de l'AME. Source : CPAM Gironde (27)

3) Rôle central du médecin généraliste

Depuis la déclaration de Alma-Ata de 1978 (28), les soins primaires sont la base de l'amélioration de l'état de santé des personnes. Le médecin généraliste y occupe une place privilégiée dans le fonctionnement du système de soins (29). Dans une approche globale et holistique, il a aussi un rôle social fondamental.

Les médecins généralistes sont le plus souvent la première personne ressource afin d'accéder aux soins. Ils développent un accompagnement régulier des patients pour les aider à rétablir ou promouvoir un bon état de santé. Leurs prises en charge concernent les pathologies aiguës comme chroniques, la prévention et les dépistages, la sensibilisation et ils sont les témoins de la dégradation ou de l'amélioration progressive de la santé des personnes qu'ils suivent.

Présents au cœur du système de soins, ils ont aussi une place centrale sur le plan social, tant la santé est influencée par les déterminants sociaux. Leur rôle pivot se joue ainsi par l'aiguillage et la coordination des soins spécialisés mais aussi par les implications sociales dont ils sont responsables.

Les bénéficiaires de l'AME ont une position vulnérable dans la société. Leurs conditions de vie très précaire et leur difficile intégration sociale ont un fort retentissement sur leur santé qui, à son tour, va impacter leur vie quotidienne. Par ses différentes missions et leurs champs d'intervention, le médecin généraliste a une place privilégiée auprès d'eux.

De même que de nombreux facteurs de risque, l'OMS rappelle dans son rapport sur les déterminants sociaux de la santé que « *l'injustice sociale tue à grande échelle* » (30). Dans cette optique d'équité en santé, le rapport insiste sur l'importance dans ce domaine des systèmes sanitaires reposant sur le modèle des soins de santé primaire.

S'intéresser à la santé et l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME ne peut se passer d'une enquête dans les structures des soins primaires et, en particulier, les cabinets de médecine générale. Donner la parole à ces acteurs clef, les médecins généralistes, nous a ainsi paru essentiel pour une compréhension globale de la santé de ces personnes et l'identification des leviers d'amélioration de leur santé.

4) Travaux complémentaires

1. ANR Premiers Pas (31)

Jusqu'à aujourd'hui, aucune étude scientifique ne s'est intéressée spécifiquement aux bénéficiaires de l'AME en tant que groupe distinct. L'intégralité des études publiées concerne des populations hétérogènes comme les « *migrants* », ou des populations plus spécifiques du fait de leur origine géographique (Afrique Sub-saharienne par exemple), leur capacité à communiquer en français ou leur fréquentation dans des structures déterminées (Médecins du Monde par exemple). Pourtant, dans la société française contemporaine, la question de l'immigration illégale est un sujet récurrent dans le débat politique. L'immigration dont la motivation principale serait l'accès aux soins de santé, abordé le plus souvent sous le terme de « *tourisme médical* », la spoliation des emplois, la diffusion de maladies sont autant de sujets de crispation et de division. Le manque de connaissances sur la population immigrée, et notamment illégale, participe activement à l'instrumentalisation politique. La question du coût de l'AME et de sa légitimité revient dans le débat public au minimum une fois par an, à chaque vote de la loi de finances. On ne sait finalement que peu de choses sur les personnes bénéficiaires de l'AME susceptibles de recourir à cette aide (appropriation du dispositif, utilisation, panier de soins, état de santé...). C'est l'objectif principal de la recherche Premiers Pas.

En 2016, le projet de recherche « *Premiers Pas* » a vu le jour pour produire des connaissances sur l'accès aux soins de la population des étrangers adultes en situation irrégulière, et, peut-être ainsi, déplacer le débat public au-delà des représentations partisans et donner une grille de lecture plus scientifique aux législateurs. « Premier Pas », c'est un projet de recherche 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. Il s'agit d'une étude multicentrique avec des volets qualitatifs et quantitatifs qui cherchent à :

- 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 (Axe 1)

- 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. (Axe 2)
- recueillir les représentations, les connaissances et le vécu des **professionnels et bénévoles** des champs sanitaires et sociaux vis-à-vis de l'AME (Axe 3)
- décrire l'**état de santé perçu** des bénéficiaires de l'AME (Axe 4)
- identifier les principaux facteurs favorisant et les freins à l'**accès effectif** aux soins de qualité et analyser leurs interactions (Axe 5)

Au-delà du projet de recherche en lui-même, Premiers Pas vise à **promouvoir la santé** des personnes pouvant bénéficier de l'AME grâce à des propositions concrètes émergées de ces connaissances. Elle poursuit aussi des **missions d'enseignement et de sensibilisation** des principaux acteurs interagissant avec ces populations pour améliorer leurs états de santé et accès aux soins.

Premiers Pas est porté par un consortium de chercheurs de l'ISPED, de l'université de Bordeaux et de l'IRDES et Paris Dauphine. L'enquête est coordonnée par le Professeur Jérôme Wittwer, économiste de la santé à l'ISPED.

On retrouve donc deux objectifs principaux :

- la production de connaissances sur les parcours de soins des étrangers en situation irrégulière en éclairant notamment leurs représentations et expériences de l'AME et des services de santé, ainsi que celles des acteurs du sanitaire et du social qui les reçoivent au sein des structures d'accueil et de soins.
- l'élaboration de propositions concrètes d'amélioration de l'accès effectif aux soins des personnes migrantes relevant de l'AME, à partir des freins et des leviers identifiés dans les parcours d'obtention et les recours à l'AME dans le système de santé.

Pour ce faire, la recherche s'appuie sur trois enquêtes :

- l'enquête socio-anthropologique Premiers Pas, complétée par une expertise en médecine et en soins infirmiers.
- l'enquête Premiers Pas par questionnaire en économie de la santé.
- l'analyse longitudinale Premiers Pas en économie de la santé des données administratives de l'Assurance Maladie.

La recherche-action Premiers Pas a obtenu le financement de l'Agence Nationale de la Recherche (AAP Générique 2016 – 2017-2021), de l'Agence Régionale de Santé en Aquitaine (2017-2018) et de la Fondation des Amis de Médecins du Monde (2017-2019).

C'est dans ce projet multifocal que mon travail de thèse s'inscrit, sous la direction du Dr Nicolas Goujon, membre de l'équipe « *Premiers Pas* ». Mon travail vient compléter la thèse de Marion Gimenez-Tessier (voir paragraphe suivant) et s'attelle donc à accroître les

connaissances et représentations et des expériences de soins des médecins généralistes de Bordeaux métropole vis à vis du dispositif de l'AME, et de ses bénéficiaires (Axe 2 et 5 du projet de recherche).

2. Thèse de Marion Gimenez-Tessier (32)

La thèse du Dr Marion Gimenez-Tessier a été soutenue en octobre 2018. Trois **focus groupes** avec treize médecins bordelais ont été réalisés entre mars et octobre 2017 afin d'investiguer leurs connaissances, représentations et expériences concrètes auprès des bénéficiaires adultes de l'AME. L'intérêt des focus groupes en recherche qualitative était multiple : conduire un recueil d'informations larges et riches grâce à l'inertie du groupe, le jeu des accords et des désaccords et le partage d'expérience au sein d'une même communauté professionnelle. L'effet d'entraînement a pu aussi aider à réduire certaines inhibitions individuelles à aborder des sujets parfois sensibles.

Également satellite de l'ANR Premiers Pas, ce travail a aussi produit des pistes d'amélioration de l'état de santé et des soins des personnes détentrices de l'AME ainsi que de valorisation de pratiques de soins et a eu pour effet la sensibilisation des médecins participants.

À travers cette étude, ont été mis en lumière certaines particularités de ces consultations, notamment concernant des relations de confiance et des suivis stables plus difficiles à tisser ainsi que des aspects chronophage, un sentiment de frustration, d'inachevé, d'incompréhension... Il a été proposé comme principaux leviers à mobiliser des actions tout d'abord **au sein des cabinets** avec adaptabilité des rendez-vous, accès facilité à un secrétariat médical sensibilisé au public de l'AME, formations personnelles et travail en réseaux. D'autres modifications à **l'échelle institutionnelle** ont pu être identifiées : revalorisation des tarifications, développement des enseignements dès la formation initiale, plateforme électronique dédiée, renforcement de l'interprétariat et de la médiation culturelle professionnels.

Dans la partie discussion, nous proposerons une mise en parallèle de ces résultats avec ceux de notre enquête.

OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

1) Objectif principal

Décrire les connaissances, représentations et stratégies de soins des médecins généralistes de Bordeaux Métropole vis à vis des bénéficiaires adultes de l'AME dans le but d'améliorer l'accès aux soins primaires de cette population spécifique et la qualité de vie au travail des médecins généralistes de Bordeaux.

2) Objectifs secondaires

- Documenter les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leurs pratiques de soins avec des personnes adultes bénéficiant de l'AME.
- Décrire les partenariats des médecins généralistes avec les autres structures sanitaires et sociales dédiées aux bénéficiaires et disponibles sur le territoire d'intérêt et comprendre leur logique de mobilisation.
- Valoriser les pratiques de soins coordonnées de qualité, c'est-à-dire semblant répondre aux standards de bonne pratique permettant de consolider la santé des bénéficiaires et la qualité de vie au travail des médecins généralistes.
- Informer les médecins participant à l'étude des dispositifs existants pour les aider dans leur pratique quotidienne.
- Proposer des pistes d'amélioration à l'AME concernant les bénéficiaires adultes de l'AME afin d'offrir une meilleure qualité des soins.
- Proposer des pistes d'amélioration des pratiques en médecine générale en lien avec l'AME pour une meilleure qualité de vie au travail des praticiens.
- Clarifier une partie de l'accès effectif aux soins des patients bénéficiaires de l'AME.

MATERIEL ET METHODE

1) Recherche bibliographique

Nous nous sommes appuyés sur plusieurs sources d'information afin d'effectuer une revue de la littérature du sujet nous concernant :

- les bases de données : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française (CISMEF), GoogleScholar, Cairn, Pubmed, ScienceDirect, Google
- la littérature grise : Haute Autorité de la Santé (HAS), Comede, Médecins du Monde, Drees, textes de lois, OMS, UNHCR, la world organization of national colleges, academies and academic associations of general practitioners/family physicians (WONCA), la Revue du Praticien, Questions d'économie de la Santé, BEH
- les échanges avec d'autres thésards, que ce soit des étudiants rattachés à Premiers pas ou d'autres confrères

Les mots clés auxquels nous avons eu recours étaient « *Aide Médicale de l'Etat* », « *AME* », « *précarité* », « *médecine générale* », « *soins primaires* », « *migrants* », « *déterminants sociaux de santé* », « *interprétariat* ».

Nous avons utilisé comme critères de sélection :

- des articles de revue ou de recherche
- en langue française ou anglaise
- traitant de l'AME et des personnes adultes en bénéficiant, notamment en lien avec les éléments influençant leur accès aux soins
- publiés de 2004 à novembre 2019

Nous n'avons pas retenu les articles de revues générales non sourcées.

L'utilisation et l'articulation de cette bibliographie a été faite grâce au logiciel Zotero©.

2) Choix de la méthode

La méthode que nous avons choisi pour cette recherche était celle de la **recherche qualitative**. Cette méthode de recherche est développée dans *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* de Pierre Paillé (33). Ce type de recherche ne vise pas à mettre en évidence des résultats chiffrés mais à explorer de nouvelles pistes de travail : elle s'intéresse davantage aux représentations, aux questionnements, aux théories, aux ressentis... Notre étude reposait sur

l'évaluation des représentations, connaissances et pratiques et la méthode qualitative était celle qui se prêtait le mieux à ces recherches.

Pour recueillir les données nous avons eu recours à la méthode des **entretiens individuels semi-directifs**. Le guide et les techniques d'entretien individuel ont été développés suivant les méthodes décrites par A. Blanchet et A. Gotman dans l'ouvrage *L'entretien* (34). Celles-ci reposent sur un échange entre enquêteur et enquêté qui permet ainsi d'obtenir les informations recherchées tout en laissant une liberté de parole à l'interviewé. Cette méthode explore le sens donné à leurs pratiques par les acteurs eux-mêmes. Il s'agit d'« **idées incarnées** », c'est-à-dire d'un ressenti et de connaissances émanant d'une expérience concrète vécue. En plus d'une réponse à des questions, l'intérêt est aussi de mettre en lumière les questions que les acteurs se posent eux même.

3) Guide d'entretien

Le guide d'entretien contient l'ensemble des thèmes que nous avons choisi d'aborder au cours de l'échange avec l'enquêté. A travers lui, le chercheur définit un cadre aux mailles larges afin de laisser à la personne interrogée la possibilité de parler librement. Ce guide n'était donc pas utilisé comme un questionnaire à suivre rigoureusement mais comme un support à l'entretien qui permettait de recueillir le plus d'informations pertinentes pour chaque thème. Des questions spécifiques n'étaient ainsi posées que si elles n'étaient pas soulevées par le médecin interrogé.

Nous avons sollicité une relecture de ce guide par les docteurs Yves-Marie Vincent et Emanuel Proton, tous deux chefs de clinique en médecine générale à l'université de Bordeaux au moment de ce partage. Ce guide a été construit en utilisant comme référence le guide d'entretiens des focus groupes du travail de Marion Gimenez-Tessier et validé par Nicolas Goujon et Marie-Laure Pouchadon (sociologue et maître de conférences en sociologie au Pôle Carrières Sociales ISIAAT de l'IUT Bordeaux-Montaigne) qui l'ont eux-mêmes utilisé antérieurement à mon enquête lors d'entretiens réalisés à Paris dans le cadre de la recherche Premiers Pas. Certains éléments ont donc pu être discutés et transformés.

Les **principaux axes** du guide d'entretien étaient les suivants :

- *questions « brise-glace » avec présentation rapide de son exercice* : lancer l'entretien et situer l'activité des médecins.
- *place des patients adultes disposant de l'AME dans sa pratique* : jauger leurs expériences pratiques avec ces patients pour mettre en perspective expérience vécue et propos développés dans la suite de l'entretien.
- *connaissances et représentations de ces patients, « profil type »* : la question du regard porté sur ces patients et ce qu'en savent les médecins est essentielle car elle construit

leur image des patients bénéficiaires de l'AME et influence la place qui leur est donnée dans leur activité ainsi que leur pratique de soins.

- *spécificités éventuelles rencontrées lors de ces consultations* : comprendre les singularités au sein même de leur activité de médecine générale.
- *stratégies développées pour faire face aux difficultés rencontrées* : répercussions pratiques de ces singularités sur la démarche de soin développée par le médecin.
- *connaissances du dispositif de l'AME* : ces connaissances nous ont paru importantes à faire émerger car elles conditionnent l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière. Nous avons placé cette question à la fin du guide pour éviter de confronter directement des médecins à un savoir qu'ils ne maîtriseraient pas bien.
- *avis personnel sur ce dispositif social* : laisser une marge d'expression libre et moins documentée, plus personnelle, qui donne à voir le cadre de pensée, les valeurs, l'histoire personnelle et influence donc l'accompagnement proposé.
- *idées pour améliorer l'accès aux soins et la santé des personnes adultes bénéficiant de l'AME* : donner la parole à ces acteurs de terrain, point pivot de l'accès aux soins primaires dans le système de santé en France, sur ce qu'il faudrait faire pour améliorer la situation nous paraissait essentiel tant les leviers d'évolution ne seront actifs que si cette profession clef peut s'en saisir. Au-delà de ça, cette question aborde aussi l'implication potentielle des médecins, leur perception de leur rôle social et leur mobilisation potentielle pour alléger les difficultés de ces personnes.

En amont de l'entretien lui-même, une étude du « terrain », c'est-à-dire des cabinets des médecins rencontrés, a été réalisée. Les éléments à prendre en compte ont ainsi été intégrés au guide d'entretien. Des photographies de salles d'attentes ont été prises.

4) Recrutement des médecins généralistes

1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion de notre études étaient les suivants :

- médecins généralistes installés en statut libéral quelle que soit la forme (seul, association, maison de santé...)
- exerçant dans la commune de Bordeaux
- une activité de soins primaires
- en contact ou non au moment de l'étude avec des personnes bénéficiaires de l'AME
- joignables par téléphone grâce à l'annuaire en ligne *améli*

Et les critères d'exclusion:

- médecin non thésé ou à la retraite
- médecin généraliste exerçant très majoritairement une activité médicale hors soins

primaires (par exemple médecine esthétique)

- médecin exerçant en dehors de Bordeaux
- médecin ne disposant pas d'un numéro de téléphone sur l'annuaire *améli*
- médecin ayant été enquêté par focus groupe dans la thèse de Marion Gimenez-Tessier

2. Échantillonnage et recrutement des médecins généralistes

Nous nous sommes également appuyés sur les données de recrutement effectué par le docteur Marion Gimenez-Tessier lors de sa thèse pour ne pas sélectionner des médecins ayant déjà participé aux focus groupes.

A partir des critères d'inclusion et d'exclusion, nous avons listé la totalité de la population cible dans un tableur numérique et les médecins ont été sélectionnés selon un échantillonnage aléatoire grâce à une formule de randomisation de l'outil informatique. Lors des appels aux médecins sélectionnés, seule était mentionnée la réalisation d'entretiens individuels de quelques dizaines de minutes au sujet de certains patients précaires. La plupart des médecins acceptaient ou refusaient sur ces seules informations. Seuls quelques-uns ont demandé des informations complémentaires et je leur ai alors parlé plus particulièrement de patients bénéficiants de l'AME, de la thèse de Marion Gimenez-Tessier et de la recherche Premiers Pas.

5) Collecte des données

La collecte des données a été réalisée par entretiens individuels semi-directifs du 3 décembre 2019 au 24 mars 2020. Ils se sont déroulés au sein des cabinets des médecins rencontrés, hormis pour le 4^e entretien qui a été réalisé dans un café du centre-ville car ce médecin travaillait à SOS Médecin et n'avait donc pas de local disponible.

Tous les médecins ont été avertis de l'objet de la recherche avant l'entretien, qu'ils pouvaient arrêter l'entretien à tout moment et que, d'aucune façon, les données recueillies ne seraient utilisées à leur encontre. Nous les avons aussi informés de l'anonymat des informations recueillies. Un consentement oral à la participation a été recueilli. L'ensemble de ces données a été détruit à l'issue de leur retranscription. Les participants ont disposé de mes coordonnées pour me joindre durant le temps de la recherche et notamment pour retirer leur participation, même après coup.

Les conversations ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone lorsque les participants m'ont donné leur accord. Elles ont, par la suite, été retranscrites à l'écrit de manière littérale pour constituer le verbatim.

Comme mentionné avant, une observation du terrain était également faite avant le déroulement des entretiens. Celle-ci s'intéressait à l'ambiance globale du cabinet, témoignant

des conditions matérielles d'exercice, d'accueil et d'attente potentielle des personnes, ainsi que son intégration au quartier. Des notes étaient écrites avant la retranscription des entretiens proprement dits : place au sein du paysage urbain, agencement du cabinet, informations visuelles laissées aux patients, présence ou non d'un secrétariat et sa place éventuelle...

Des photographies des salles d'attentes étaient réalisées après accord oral des médecins rencontrés et ajoutées au verbatim. Aucune personne n'apparaît sur ces clichés. Seul le médecin rencontré lors du 15^e entretien a refusé les photographies.

Avant de commencer ces entretiens, j'avais pu observer trois entretiens réalisés sur la même thématique à Paris par le docteur Nicolas Goujon et la sociologue Marie-Laure Pouchadon, dans le cadre de l'étude Premiers Pas.

6) Méthode d'analyse

1. Retranscription

Chacun des entretiens audios a été **retranscrit de manière littérale dans son intégralité**. Les échanges ont été écrits tels qu'ils s'étaient déroulés à l'oral sans aucun changement de termes ou de tournures de phrases. Des **éléments du discours non verbal** ont également été retranscrits comme les onomatopées, les rires et les pauses dans la discussion, les gestes, désignations d'objets ainsi que les interruptions éventuelles. Cela a permis de mieux saisir la fluidité et le rythme de l'entretien, le climat dans lequel se sont déroulés les échanges. Dans les citations qui vont suivre, les tics de langage, soufflements ou sifflements ont parfois été discrètement élagués lorsqu'ils ne semblaient pas apporter de plus-value à l'extrait mentionné. Cela a facilité leur lecture dans le contexte de restitution des résultats. Ce verbatim n'a pas été laissé en annexe de par sa taille (277 pages avec photographies, pages d'accueil et de sommaire) mais est accessible sur demande.

Les entretiens ont été anonymisés. A chaque enquête a été attribué la lettre **E** (comme entretien) suivi d'un numéro selon leur réalisation chronologique : de E1 à E20.

2. Codage

Le codage des données a été réalisé à partir des retranscriptions écrites des entretiens. Ceux-ci étaient fragmentés en unités de discours comportant une signification. Nous avons recherché une inférence faible pour être au plus proche des témoignages.

L'analyse a ensuite été réalisée sur le corpus, c'est-à-dire l'ensemble des entretiens. Les fragments de discours étaient regroupés par thématisation continue (identifiés et notés au fur et à mesure) : nous avons cherché à ce qu'ils soient représentatifs du contenu analysé et cohérents au travers de la multiplicité des entretiens. Toutes ces données ont été analysées pour déboucher sur les grands axes de notre sujet d'étude et ses résultats.

Un double codage par moi-même et le directeur de cette thèse a été effectué afin de limiter la subjectivité de l'analyse et ainsi les biais d'interprétation.

3. Saturation des données

Les derniers entretiens n'ont pas apporté d'informations nouvelles et les données ont été considérées comme saturées à partir du dix-septième entretien.

7) Procédure réglementaire

Après sélection, les médecins ont pu être contactés sur simple recherche publique sur internet (annuaire *améli*).

Les entretiens étaient enregistrés après accords oraux des enquêtés, de même que les photographies. Les retranscriptions et les études étaient par la suite réalisées après les avoir rendues anonymes. Aucune démarche réglementaire supplémentaire n'a été nécessaire.

RÉSULTATS

1) Population d'étude

1. Recrutement des médecins et réalisation des entretiens

Sur l'annuaire en ligne *amé*li, la recherche « *médecins généralistes* » à Bordeaux aboutissait à 372 noms. Après avoir écarté les doublons (les noms de certains médecins étaient mentionnés deux fois, notamment lors d'activités mixtes) et en appliquant nos critères d'inclusion et d'exclusion, nous avons identifié 219 médecins sur cet annuaire. Nous avons ainsi pu contacter 45 médecins généralistes et il a été possible de réaliser des entretiens avec 21 d'entre eux.

La plupart des médecins avec qui j'ai pu rentrer en communication directe ont accepté cette entrevue. Trois d'entre eux ont refusé avec une politesse relative, trois autres n'exerçaient pas en soins primaires (médecine esthétique), trois ne travaillaient pas ou plus au moment des entretiens (arrêt maladie prolongé, congés maternité, retraite), la secrétaire d'un des médecins avait pour consigne de refuser tout travail de thèse de manière systématique (« *ça la saoule* »).

Un des médecins s'était montré disponible et motivé pour me rencontrer mais cet entretien n'a pu être réalisé en raison d'imprévis.

Pour les treize autres appels passés, soit plusieurs messages ont été laissés à la secrétaire sans retour des médecins, soit les appels ou les messages laissés sur les répondeurs n'ont pas donné lieu à un entretien.

Un entretien n'a pas été retenu car, suite à une incompréhension au téléphone, il ne correspondait pas aux critères d'inclusion. Il s'agissait en effet d'une médecin généraliste de formation qui exerçait une activité de médecin nutritionniste exclusive depuis de nombreuses années au sein d'un large pôle de santé spécialisé : sa pratique ne correspondait pas à des soins primaires.

La plupart des médecins n'ont opposé aucun refus à l'enregistrement audio. La médecin rencontrée lors du 2^e entretien a tenu à ce que je réaffirme l'anonymat de ces retranscriptions et celui du 15^e a accepté après argumentation et insistance.

Le 16^e médecin avec qui j'ai pu m'entretenir m'a fait couper l'enregistrement pendant une ou deux minutes pour me donner des informations qu'il jugeait plus confidentielles. Seul le 10^e entretien n'a pas été enregistré par refus du médecin et ce, malgré négociation. La particularité de cet entretien a également été marquée par la nécessité de nombreuses relances auxquelles il répondait par des phrases courtes. L'essentiel de cet entretien ainsi que des citations ont, malgré tout, pu être prises en notes manuscrites afin de restituer de manière fiable les propos d'E10.

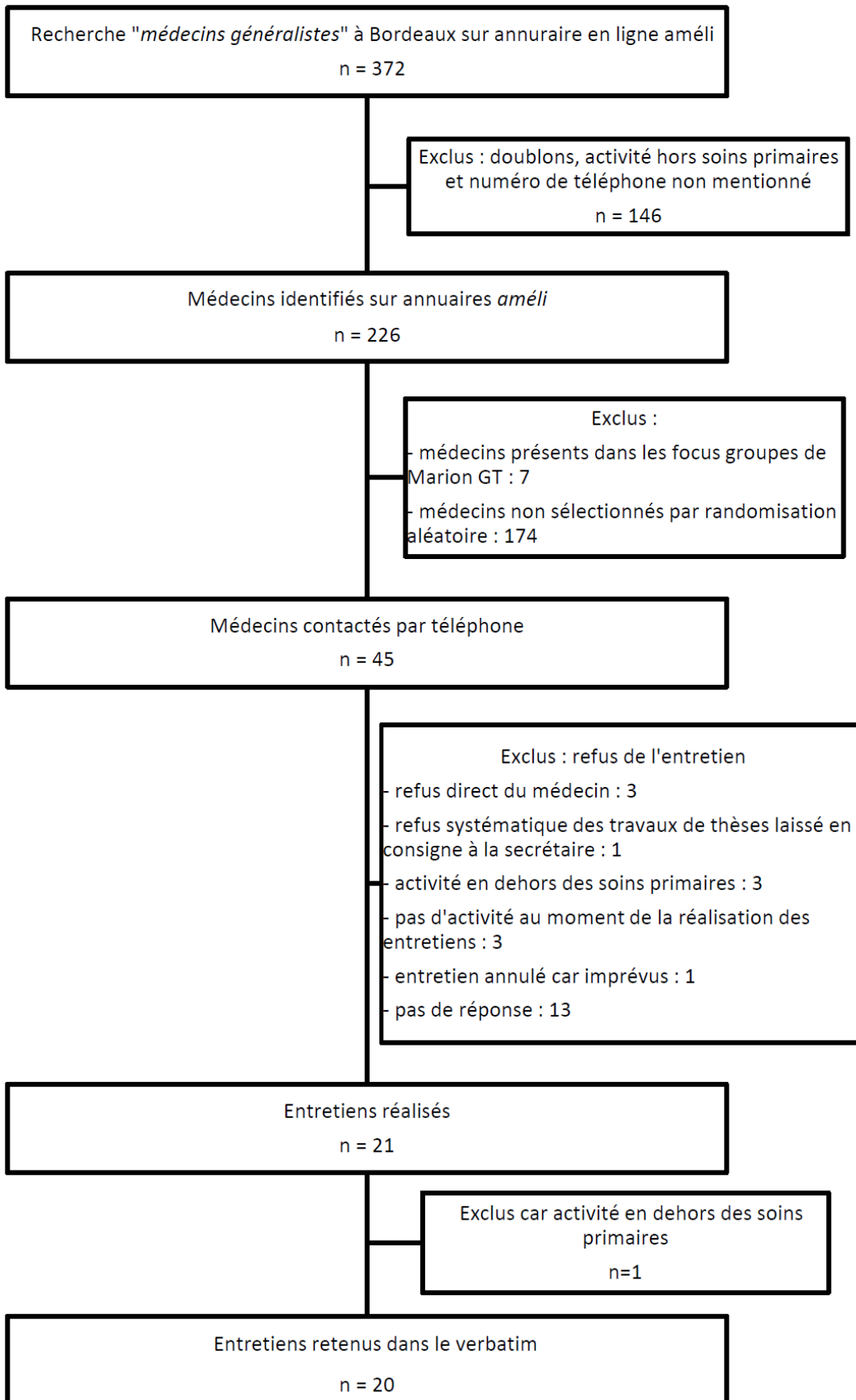


Schéma 2 : diagramme de flux de sélection et inclusion des médecins

Ces entretiens s'étendaient de quinze à trente-huit minutes et duraient le plus souvent entre quinze et vingt-cinq minutes.

Enquêtés	Durée de l'entretien
E1	19 minutes
E2	17 minutes
E3	25 minutes
E4	23 minutes
E5	22 minutes
E6	33 minutes
E7	17 minutes
E8	17 minutes
E9	29 minutes
E10	<i>(non chronométré car refus enregistrement audio)</i>
E11	22 minutes
E12	29 minutes
E13	15 minutes
E14	22 minutes
E15	38 minutes
E16	21 minutes
E17	26 minutes
E18	21 minutes
E19	22 minutes
E20	20 minutes

Tableau 2 : durée des entretiens individuels

2. Profils des médecins

E1 est une jeune médecin installée dans un cabinet de deux médecins depuis un an dans un quartier riche de Bordeaux avec une activité dite « *classique* » plus orientée vers la pédiatrie du fait de la population du quartier. Elle exerce exclusivement sur rendez-vous et n'a pas de secrétaire.

E2 est également une jeune médecin installée depuis sept mois dans un cabinet de deux médecins associés à des professions paramédicales. Son cabinet réside dans un quartier périphérique de Bordeaux avec une population plus variée. Elle n'exerce que sur rendez-vous et n'a pas de secrétariat, elle a recours à une plateforme de rendez-vous en ligne.

E3 est un médecin installé depuis un an et demi dans le centre de Bordeaux, dans un cabinet de trois médecins. Sa patientèle est variée mais plutôt jeune et aisée. Il ne fonctionne que sur rendez-vous en gardant des créneaux d'urgence et une secrétaire est présente sur place le matin. Il utilise les plateformes de rendez-vous en ligne.

E4 exerce depuis un an dans une association de cent onze médecins assurant des permanences libérales 24h/24. La grande majorité de l'activité consiste en des visites au domicile. Les patients accèdent aux consultations par un secrétariat téléphonique et une plateforme de rendez-vous en ligne. Il rencontre fréquemment des patients précaires.

E5 est un médecin d'âge moyen installé depuis cinq ans dans un cabinet de cinq médecins. Il pratique une médecine variée avec plus de pédiatrie que de gériatrie. Il ne voit les gens que sur rendez-vous et des secrétaires sont présentes sur place.

E6 est un médecin qui exerce seul dans son cabinet depuis de nombreuses années. Il fonctionne sans secrétariat, à la fois sur et sans rendez-vous. Il voit tous les patients qui se présentent à son cabinet, intercalant les consultations imprévues entre ses rendez-vous selon une logique d'urgences, semi-urgence ou sans urgence. Il voit peu de pédiatrie.

E7 se décrit comme médecin de famille et est installé dans une maison médicale depuis 1992 avec un collaborateur. Il consulte sur rendez-vous et sans secrétariat. Il travaille aussi dans une clinique où il fait des consultations très orientées sur les problèmes somatiques auprès de patients précaires.

E8 est une jeune médecin installée il y a peu dans un quartier périphérique et populaire de Bordeaux, entouré de logements sociaux. Elle est associée à deux autres médecins. La secrétaire est présente sur place et E8 ne reçoit les personnes que sur rendez-vous. Elle a aussi recours à une plateforme de rendez-vous en ligne.

E9 exerce depuis plusieurs dizaines d'année et a récemment déménagé pour s'installer dans la maison médicale où il est en ce moment, associé à une autre médecin. Il consulte sur rendez-vous par le biais de la secrétaire présente au cabinet. Il s'est orienté dans les pathologies émotionnelles et psychiatriques.

E10 est un médecin proche de la retraite qui consulte seul dans son cabinet avec une secrétaire présente sur place. Il ne voit les gens que sans rendez-vous et fait peu de visites.

E11 est une médecin installé dans un quartier populaire et métissé de Bordeaux en association avec deux autres médecins. Une secrétaire est présente sur place pour organiser un planning de consultation exclusivement sur rendez-vous. Elle et ses associés n'ont pour le moment souscrit à aucune plateforme de rendez-vous en ligne pour éviter la sélection de patients

qu'elle entraînerait. Elle a une orientation pédiatrique et a une affinité particulière pour le soins aux patients précaires : stages dans des structures associatives d'aide, formation spécifique.

E12 est un médecin qui travaille dans un cabinet de trois médecins ; ce changement est récent car son ancien associé est parti à la retraite et deux nouvelles médecins lui ont succédé. Il a également arrêté les consultations sans rendez-vous après discussion avec ses collègues. Leur cabinet se situe dans un quartier bourgeois et il est plus orienté vers la gériatrie. Il avait suivi la capacité de gériatrie mais n'a pas ce statut car il lui manquait des jours de stage. Une secrétaire est présente à mi-temps, le reste du temps les rendez-vous s'organisent par plateforme de rendez-vous en ligne et télésecrétariat. E12 était mal à l'aise car il avait du mal à situer exactement les patients qui bénéficiaient de l'AME parmi sa patientèle ; il parlait plus volontiers de patients précaires et en marge en avouant ne pas être sûr de qui était bénéficiaire de l'AME ou d'une autre couverture sociale.

E13 est une médecin, installée il y a peu dans un quartier populaire et animé du centre de Bordeaux avec son associé. Elle ne voit les personnes que sur rendez-vous grâce à une secrétaire présente au cabinet et une plateforme de rendez-vous en ligne. Elle fait plus souvent de la pédiatrie et de la gynécologie.

E14 est une médecin d'âge moyen d'un quartier résidentiel du centre de Bordeaux. Elle exerce avec des plages de rendez-vous et de sans rendez-vous et dispose d'un secrétariat téléphonique. Son associée dispose d'un secrétariat en présentiel qui lui est réservé. Elle refuse les plateformes de rendez-vous en ligne car estime que les patients veulent lui parler.

E15 travaille seul à son cabinet du centre de Bordeaux, sans secrétariat. Il fait des visites à domicile le matin et consulte sur rendez-vous les après-midi. Il n'est pas favorable au monopole de Doctolib.

E16 est un médecin d'âge moyen d'un quartier bourgeois de Bordeaux. Il exerce dans une maison médicale avec des professionnels paramédicaux mais pas de secrétaire sur place. Il est le seul médecin de la structure. Il a une grosse activité, seulement sur rendez-vous, qu'il qualifie être le double de l'activité moyenne des médecins généralistes.

E17 est un médecin qui exerce depuis de nombreuses années dans un quartier aisé de Bordeaux. Il n'a pas de secrétaire mais son épouse, anciennement médecin, lui porte main forte pour l'organisation de ses consultations, exclusivement sur rendez-vous. Il est plus orienté vers la médecine du sport et la sexologie mais son exercice reste très varié.

E18 est un médecin d'âge moyen qui travaille dans un cabinet de quatre médecins généralistes exerçant quasiment exclusivement sans rendez-vous. Ils fonctionnent sur un système de

permanences et la plupart des patients ne sont pas suivis par un médecin en particulier, même s'ils viennent régulièrement. Il fait beaucoup de visites au domicile. La secrétaire a un rôle majeur au sein du cabinet : elle gère la répartition des patients et s'occupe aussi des recettes et de la traçabilité des feuilles de soins papier.

E19 exerce dans un cabinet du centre bourgeois de Bordeaux depuis douze ans en association avec deux collègues. Il suit un planning de rendez-vous grâce à un télésecrétariat le matin et *Doctolib*. Du fait d'un poste hospitalier avant son installation, il a gardé un suivi de nombreux patients homosexuels séropositifs pour le VIH. Il avait fait des stages à la PASS et Médecins du Monde au début de son internat.

E20 est une jeune médecin installée il y a quelques années dans un quartier populaire résidentiel en périphérie de Bordeaux. Elle est associée avec trois autres médecins et deux infirmières. Une secrétaire est présente au cabinet. Elle consulte sur des demi-journées sans et avec rendez-vous et compte beaucoup de patients vulnérables dans sa patientèle, notamment ceux ayant accès à la CMU.

Enquêtés	Age (en années)	Durée installation au moment de l'entretien
E1	32	1 an
E2	36	7 mois
E3	36	1 an et demi
E4	33	1 an
E5	35	4 ans
E6	60	29 ans
E7	57	27 ans
E8	31	4 mois
E9	57	25 ans
E10	70	44 ans
E11	34	1 an et demi
E12	57	27 ans
E13	35	5 ans
E14	55	20 ans
E15	56	26 ans
E16	47	17 ans
E17	66	39 ans
E18	60	9
E19	45	12 ans
E20	35	3 ans

Tableau 3 : âge et durée d'installation des médecins de l'enquête

Les principales caractéristiques de cette population d'étude ont été jointes dans des tableaux placés dans les annexes.

3. Place des patients ayant l'AME dans leurs pratiques

La plupart des médecins rencontrés estimaient faire **peu de consultations avec des patients bénéficiant de l'AME** au cours de leur pratique. Parmi ceux-là certains en voyaient pourtant très régulièrement.

E1 est un cas particulier car elle n'en a croisé que quelques-uns (moins de 5) au cours de toute son activité. Environ la moitié des médecins disent en voir **plusieurs fois par semaine** (E2, E6, E8, E10, E11, E13, E17, E18). L'autre moitié n'en reçoit que **quelques-uns par mois**, voire moins (E3, E4, E5, E7, E9, E12, E14, E15, E16, E19, E20).

Les relations avec les personnes détentrices de l'AME se faisaient en partie lors de **consultations ponctuelles** mais chaque médecin voyait aussi des patients régulièrement, pour des **suivis** ou plus souvent des **motifs aigus répétés**.

- E5 : Non je dirai que c'est du 50/50. Consults de passage ou de suivi.

- E13 [parlant des patients ayant l'AME] : Peut-être pas tous les jours mais toutes les semaines oui. (...) Qui sont suivis ici.

- E16 [parlant des patients ayant l'AME qu'il voit régulièrement] : Euh... J'en ai euh... 5.

- E19 : Souvent, c'est des gens de... De passage en fait l'AME que j'ai moi ici hein.

- E20 : J'avoue, je m'en rends pas compte, je dirai que j'en ai... 3. 4. Qui ont l'AME.

Le quartier d'exercice semble influencer la fréquentation des patients AME. La localisation du cabinet au sein d'un quartier riche entraîne moins de fréquentation par des populations précaires car elles ne vivent souvent pas là. Il est légitime de penser que les quartiers populaires regroupent, quant à eux, plus de personnes pouvant avoir recours à l'AME, et notamment dans des positions vulnérables.

De même, la présence d'**associations locales** a un rôle important dans l'adressage des patients. Il peut s'agir de CADA, de foyers sociaux, d'hébergement ou parfois d'associations plus spécifiques. La maison de santé de E3 était, par exemple, proche d'un foyer mère enfant, E8 au sein de logements sociaux, E20 dans un quartier où la population est globalement précaire, E9 à côté d'un centre d'aide pour mineurs isolés ou encore E19 voisin d'un squat de bulgares (qui a été démantelé).

Cet environnement entraîne parfois à l'échelle du cabinet des consultations par un **profil particulier de personnes** ayant recours à l'AME. Le petit nombre de consultations et l'absence fréquente de suivi régulier contribue à créer une expérience auprès de ces patients qui est souvent épisodique pour beaucoup des médecins rencontrés.

Il en résulte une certaine **homogénéité des représentations** de ces patients pour chacun d'entre eux. En effet, selon le vécu qu'ils ont eu au cours de leurs pratiques, nombreux étaient ceux qui en avaient une **vision particulière** : les particularités de certains patients étaient extrapolées à l'ensemble des patients bénéficiant de l'AME. Par extension, les difficultés rencontrées étaient souvent plus axées sur un champ particulier pour chacun des entretiens. On retrouvait souvent dans leurs discours des **catégorisations** et une uniformisation des « patients AME » reposant sur les caractéristiques de quelques-uns vus en consultation. Il ne s'agissait que rarement de visions stéréotypées mais bien de relations concrètes avec les bénéficiaires de l'AME que les médecins ont vus en consultation. Plusieurs d'entre eux ont d'ailleurs insisté pour souligner qu'il s'agissait bien là de leur **expérience vécue** auprès de ces patients.

Ramenées à l'ensemble du verbatim, ces situations et représentations reflètent davantage la diversité de ces rencontres entre médecins et patients.

2) Connaissance et ressenti personnel du système de l'AME

1. Connaissances du dispositif

a) Condition d'obtentions

Sur les vingt médecins interrogés, aucun ne connaissait précisément les conditions d'obtention de l'AME et donc les personnes susceptibles de pouvoir y avoir accès. Deux tiers d'entre eux alléguaient n'en rien savoir.

- E2 [après lui avoir demandé si elle connaissait les conditions d'obtention de l'AME] :

Non. Je me sens nulle là...

- E3 [même question] : pas du tout.

- E6 [même question] : (...) [relance]. ben non...

- E10 avait dit ne rien connaître de ces conditions d'obtention.

Un tiers en connaissait quelques éléments, la plupart avaient notion d'une **durée de présence sur le territoire** de quelques mois et de la condition d'**illégalité**.

- E4 : L'AME pour moi, c'est quelqu'un qui est en situation irrégulière depuis au moins 3 mois.

- E19 : Je pense qu'il y a un, il y a un délais de euh... De présence sur le territoire je crois. Je sais pas si c'est 6 mois.

- E20 : Je crois que c'est, qu'il faut vivre depuis de 3, faut justifier qu'il faut vivre depuis plus de 3 mois sur le sol français.

Quelques-uns faisaient l'amalgame entre étrangers et situation irrégulière.

- E17 : D'abord il faut être euh, étranger.

- E8 : Je sais qu'il y a avait la PASS à Saint André où ils travaillaient beaucoup avec les, les AME, même les gens en situation illégale.

E11 savait qu'il y avait aussi une condition de ressource.

- E11 : Il y a un seuil je sais plus lequel.

b) Offre de soins

De même que pour les conditions d'obtention, personne ne savait précisément les soins possibles avec l'AME.

Pour douze d'entre eux, il s'agit d'une **couverture donnant accès à tous les soins similaires à la CMU.**

E9 pensait qu'il s'agit de soins plus limités :

- E9 : C'est très restreint, me semble-t-il. J'en tiens pas compte. Souvent effectivement des actes de prévention qui sont demandés. Euh des maladies plutôt chroniques qui rentrent pas forcément je crois.

E16 se demandait si l'AME était accordée pour une pathologie particulière dont le traitement n'était pas accessible dans le pays d'origine ou pour des soins urgents, confondant en partie avec les droits de séjours pour étrangers malades ou le DSUV. Il ne savait alors pas si les soins pour d'autres pathologies étaient pris en charge.

- E16 : Et là je savais pas si (...) c'est pour la pathologie ou pour tout.

La seule différence abordée par quatre médecins était le remboursement de médicaments.

- E5 : Alors il y a aussi des, des prescriptions qui rentrent pas dans l'AME. Moi j'ai été surpris. Prescrire des médicaments et ils viennent me revoir et ils me disent non ils rentrent pas sur la carte.

- E13 : Je sais pas, je pense qu'avec les médicaments il y a une histoire de vignette aussi. Je pense que les trucs 15%, c'est pas pris en charge.

- E14 : Il y a pas beaucoup de différences et je veux dire ils ont les mêmes droits que les autres quoi. (...) Ou de quelqu'un qui a euh... Une euh... La CPAM à 65%.

- E20 : Je crois qu'ils sont pris en charge à 100% euh... Tarif sécu. Sauf certains traitements qui sont remboursés qu'à 15%.

c) Manque d'informations ou de connaissances

Plusieurs médecins considéraient qu'ils **manquaient d'informations** sur ce dispositif. Il s'agissait pour eux d'un manquement de l'Assurance Maladie qui ne donne pas clairement ses directives.

- E16 : Alors je vous pose la question, pour tous les soins ou pour les soins qu'ils ne peuvent pas faire dans leur pays ? Et c'est là où on sait pas les médecins. Les médecins de ville, on ne sait pas dans le cadre.

- E6 : On apprend au fur et à mesure mais en fin de compte t'es, t'es autodidacte. T'apprends euh, je te dis tu appelles 3 fois la sécu, tu poses la même question, tu as 3, 3 réponses différentes.

Ces connaissances du dispositif n'étaient **pas nécessairement vues comme utiles et pertinentes** dans la pratique médicale par quatre médecins (E6, E9, E15, E16), voire même comme exclues.

- E6 : J'en sais rien parce que c'est pas mon problème. (...) C'est pas moi qui décide s'il va avoir l'AME ou pas l'AME, ce que l'AME va faire, machin. Moi j'y suis, je suis pas, moi il vient, il a des symptômes, je prescris. Bon je suppose qu'avec l'AME il aura au moins les médocs.

- E15 : Puis franchement euh... Ça m'intéresse pas. Les gens qui l'ont obtenu l'ont obtenu. Moi je suis pas du côté administratif hein. C'est clair, net et précis. Ils ont des droits, ils ont des droits.

En revanche, pour d'autres, il s'agit là d'un manque de connaissances de leur part car ils n'avaient pas pris le temps de s'y pencher ou que ces questions étaient gérées par d'autres (structure d'aide, foyers). Le plus souvent parce qu'ils n'avaient pas été assez confrontés à ces situations et avaient privilégié d'autres recherches plus utiles à leurs pratiques quotidiennes. Ils avaient conscience de ce manquement et le regrettaient fréquemment.

- E1 : Ça j'en ai aucune idée mais tant que je suis pas confronté j'avoue pour le moment je passe du temps à gérer que les problèmes que je rencontre parce que beh... Tous les jours il y en a des nouveaux.

- E2 : Ça fait beaucoup de nouveaux trucs mais c'est vrai (...). Et pourtant je dis que je sais rien mais je suis quand même un peu sensibilisée à certains trucs mais en fait pas assez pour leur répondre de... Euh... Je pourrai clairement pas, pas assez, je connais pas assez de choses concrètes quoi pour les aider, rien, en tout cas...

- E3 [à propos des conditions d'obtention et offre de soins de l'AME] : Je sais pas. (rires) Honnêtement je suis nullissime.

E20 ne se souvenait pas de tout mais savait comment retrouver facilement les informations qu'il lui manquait :

- E20 : Quand j'ai un trou de mémoire je vais voir sur améli.

2. Représentations et opinions personnelles

a) Un dispositif jugé positif

La totalité des médecins étaient favorables à l'AME. Ils n'approuvaient pas systématiquement ce système dans son ensemble mais trouvaient des avantages importants justifiant son intérêt.

o Échelle individuelle

A l'échelle personnelle, tous considéraient que soigner une personne qui le nécessite, quel que soit son origine ou son statut, prévalait devant toute autre considération, invoquant la déontologie médicale et le serment d'Hippocrate.

- E3 : On fait un métier on est censé aider les gens. Après, d'où ils viennent on s'en fiche.

- E4 : Je pense que c'est pas éthique pour un médecin de pas soigner la personne.

- E5 : C'est toujours pareil si on raisonne à titre individuel on se dit que bien sûr on a tous droit à la santé et on peut pas laisser euh... Des gens vulnérables et des gens qui ont besoin de soins sans soin. Donc je trouve que c'est plutôt positif.

- E9 : Soigner l'indigent, c'est le boulot du médecin aussi.

- E16 : C'est pas mon problème qu'ils soient illégaux ou tout ça. Je suis médecin et je dois soigner euh qui que ce soit. C'est le serment d'Hippocrate.

- E18 : Ça me paraît logique que, qu'il y ait pas de différent, de différentiel. (...) À partir du moment où après on pose il a un statut d'AME. Et qu'ils ont droit aux soins, ben on continue nous le parcours comme si c'était quelqu'un qui était en cours.

- E19 (à propos des soins aux étrangers en situation irrégulière) : En tant que médecin euh, ça me semble euh, tout-à-fait évident.

Certains médecins exprimaient un ressenti compréhensif et empathique.

- E4 : Tout le monde ferait pareil. Ton enfant est malade, tu vas à l'hôpital et tu vas le faire soigner. C'est normal.

- E12 : Je me dis si j'étais dans leur situation il est possible que je saute la frontière pour aller voir si c'était pas mieux ailleurs.

- E14 : Bon c'est pas à moi de juger euh... Je trouve que c'est très bien pour les gens, enfin je m' imagine dans un autre pays, moi en étant en état de précarité, je préfère, je trouve très bien.

Pour d'autres il s'agit aussi d'un devoir de la France, parfois hérité de son histoire d'accueil particulière.

- E1 : Je pense qu'une fois qu'on est confronté à la maladie, la situation sociale n'entre plus en jeu en France et c'est ça qui est le plus important.

- E6 : Moi je suis plutôt favorable. On est un pays, on est la 6e puissance mondiale, il y a aucune raison que les patients en France ne soient pas soignés gratos quoi. Voilà. ça c'est impossible de faire autrement donc on est suffisamment riche pour soigner les gens, même pauvres, qui ont pas les moyens. (...) Pour moi ce serait complètement une hérésie de, de dire « t'as pas d'argent, je te soigne pas ».

- E7 : la France a toujours un rôle de pays d'accueil.

Deux médecins semblaient l'accepter comme un devoir davantage qu'une conviction personnelle.

- E4 : C'est difficile de dire à quelqu'un « ben non on a les moyens de vous soigner mais on vous soignera pas ». (...) Je veux dire quelqu'un qui est irrégulier, il faut le soigner ça c'est sûr.

- E17 : On peut pas mettre des coups de pieds aux gens qui viennent, qui sont malades.

◦ Échelle collective

Pour une majorité des médecins interrogés, ce système est surtout **indispensable à l'échelle collective**. En effet, la santé de la collectivité dépend des capacités de soins des populations, y compris celles dont la place pose débat. Dans une démarche de santé publique, plusieurs médecins ont souligné l'importance de la prise en soins de toutes les personnes qui se trouvent dans la société, même de manière illégale.

- E4 : Evidemment que quelqu'un de toute façon qui est, qui a un problème infectieux, il faudra le traiter tout de suite.

- E15 : Parce que de toute façon le problème n'est pas un problème de migration, le problème c'est un problème de collectivité. C'est-à-dire qu'à partir du moment où des gens rentrent dans la collectivité et qu'ils y restent, si on les prend pas en charge, il y a un risque global pour la collectivité. Donc, c'est quand même rentable de prendre en charge des... des migrants.

E15 regrettait l'affaiblissement du système public qui risquait de confronter les patients ayant l'AME à des soins de moins bonne qualité.

- E15 : Il peut y avoir des difficultés parce que ces gens-là ils vont peut-être atterrir dans des endroits comme les urgences où finalement euh... Ils seront vus et où finalement comme ce sont des lieux où on ne traite que les urgences eh ben, il y aura pas de prise en charge.

b) Des aspects négatifs

◦ Dépenses de santé

Malgré ces aspects favorables, plusieurs médecins ont néanmoins pointé du doigt le **coût** engendré par le soin aux migrants. Ces soins sont une dépense de plus dans un système de santé où la question budgétaire est omniprésente.

Certains estimaient qu'il s'agissait d'un **coût acceptable** ou **nécessaire**.

- E7 : C'est pas une bonne affaire pour la France mais c'est tout.

- E9 : Je crois que ça doit être, ça doit... Ça doit être assumé par notre société.

- E12 : Ça retombe quand même sur quelqu'un qui paye. (...) Enfin c'est la société quand même qui les prend en charge. Je comprends quand même qu'il y ait des gens que ça puisse gêner mais moi pas vraiment. (...) Je pense qu'il faut donner la, je pense qu'il faut donner sa chance euh, aux gens.

- E13 : C'est comme tous les systèmes euh... sociaux, enfin d'origine sociale, c'est-à-dire qu'à... Enfin c'est, il y a toujours des biais, il y a toujours des conséquences mais le but c'est quand, soigner correctement et on soigne...

- E15 : Ce sont des gens jeunes encore une fois la plupart du temps donc ce sont pas des gens qui potentiellement vont coûter très, très chers à la collectivité. Mais par contre les maladies dont ils peuvent être porteurs sans savoir peuvent coûter très très cher à la collectivité.

Ou parfois d'un **coût qui pose de réels questionnements** quant à la limitation des dépenses en lien avec l'AME.

- E4 : Je sais que on a des problèmes pour le financement de beaucoup de choses en France... (...) On va vers moins de remboursements de certains traitements. Ou finalement on peut se passer de certains traitements par manque de moyen aussi donc... Faut voir.

- E5 : C'est une mesure qui, voilà, qui coûte des sous. Après tout ce qui s'en dit, j'ai entendu dernièrement que c'était pas, que c'était plus politique de dire que l'AME coutait des sous et qu'au final ça coutait pas tant d'argent que ça.

E17 avait, lui, un avis plus tranché :

- E17 : C'est que la France est trop gentille. (...) Aidons déjà les nôtres et après, les autres.

◦ Immigration illégale

L'autre problème soulevé par l'offre de soins de l'AME est son lien avec l'immigration illégale des étrangers sur le territoire français. Là encore, sans remettre en cause l'intérêt de l'AME pour le soin aux personnes vulnérables, différents argumentaires existent.

On retrouve tout d'abord une théorie qui revient souvent sous les termes « **d'appel d'air** » : offrir des soins de qualité aux étrangers en situation irrégulière pourrait entraîner davantage de flux migratoires vers la France par rapport aux autres pays. Les personnes chercheraient ainsi à se déplacer vers les territoires leur offrant plus d'opportunité, notamment par rapport à la santé, comme ici.

De même, le « **tourisme médical** » correspond à une migration dont l'origine est le besoin de soins. L'AME serait donc un moteur important pour attirer ces migrations vers la France.

Beaucoup de médecins rejetaient ces théories.

- E1 : Il y a aussi plein de gens qui pensent qu'il y a une immigration liée à l'AME. Alors ça franchement, ça me fait rigoler. C'est pas du tout mon impression. Je pense pas que les gens viennent en France pour se faire soigner en France.

- E3 : il y en a qui disent que c'est du tourisme médical, que ces gens-là, ils viennent pour ça... Je trouve que c'est une aberration quoi. (...) J'ai absolument pas peur de l'appel d'air de l'AME. Je ne pense pas qu'on va se faire envahir par les populations étrangères qui vont nous voler notre sécu.

- E7 : J'ai pas eu connaissance de gens qui venaient exprès se faire soigner. Malheureusement, les gens qui venaient, qui avaient l'AME, c'était vraiment des gens qui pour des raisons politiques euh... Voilà, de conjonctures dans leur pays, venaient simplement trouver refuge en France et c'était pas que pour des raisons médicales quoi.

- E10 avait par exemple clairement répondu par la négative à mes questions sur l'existence de « tourisme médical » ou d' « appel d'air ».

- E11 : Franchement les gens qui sont là avec une AME, je pense pas qu'ils soient venus pour se faire soigner. Enfin c'est pas leur principal motif de migration je pense.

- E20 : Je crois qu'il y a des études qui montrent que ça fait pas venir plus de personnes en France donc en fait (...) c'est un faux débat. (...) De toute façon, il y en a toujours qui viendront et que ce soit des pauvres ou des riches, et probablement il y a plus de riches qui viennent se faire soigner en France que de personnes malades à l'étranger qui viennent nous voir.

Cette amplification de l'immigration vers notre pays a été toutefois soulevé par plusieurs médecins.

Certains l'admettaient ; sans que ce ne soit pour eux une mauvaise chose, au contraire.

- E2 : Et puis tant mieux pour eux enfin je veux dire euh... Encore heureux que enfin, c'est bien qu'ils aient pu bouger pour se faire soigner.

- E14 : Ils sont partis parce que... pour se faire soigner. (...) Je pense que les gens viennent pas ici forcément pour emmerder le peuple. (...) Moi je sais pas si je savais que j'avais une maladie grave et que je n'étais pas soignée dans mon pays correctement, ça me semble logique d'aller (...) dans un autre pays.

Pour d'autres, cela constituait un réel problème :

- E4 [en parlant du « tourisme médical »] : On peut pas nier qu'il y a, que ça existe pas. (...) Faut reconnaître je pense que ça crée évidemment un appel d'air. Qui est conforté d'ailleurs par des situations qu'on voit et par des récits qu'on entend aussi.

- E15 : L'appel des migrants en France se fait essentiellement non pas sur les conditions économiques de la France mais sur les conditions sanitaires. Donc à la fois c'est un avantage, à la fois c'est un piège.

- E17 : En soi, c'est très mauvais parce que tous les gens de l'étranger savent qu'en France on est soigné gratuitement. (...) Pour leur famille et tout ça, c'est sûr.

◦ Un système à limiter

C'est dans ce raisonnement que plusieurs médecins ont évoqué le fait qu'il faille limiter l'AME. Cette restriction est complexe à envisager mais plusieurs pistes avaient pu être évoquées.

Une **limitation des soins** a tout d'abord été suggérée.

- E4 [un des questionnements qu'il se posait] : Pour moi en fait, l'AME devrait se cantonner à ses missions qui pour moi étaient premières c'est-à-dire surtout de, d'urgence de soins, d'infectieux.

- E16 : Actuellement on a une déviance de cette aide médicale d'urgence. Il faut savoir le dire.

Ou alors une **limitation du nombre d'AME accordées** aux patients susceptibles d'y avoir accès :

- E17 [après demande en suivant son raisonnement s'il pensait qu'il fallait limiter l'AME] : Oh beh bien sûr ! Non mais limiter mais c'est au niveau des mairies ça.

c) Nécessité d'un accompagnement global pour une meilleure intégration dans la société française

Sept médecins avaient une réflexion sur l'aide globale apportée aux patients bénéficiant de l'AME et le rôle de l'État.

Offrir des soins aux personnes présentes sur le territoire était une bonne chose mais l'absence de soutien dans les autres domaines rendait cette aide insuffisante voire superflue. En effet, dans une démarche visant à considérer la santé de manière **globale**, apporter des soins médicaux sans étayage psycho-social perturberait l'efficacité de ces soins.

*- E4 : Soit de régulariser, soit, je trouve que c'est un **statut ridicule**. Ça a aucun intérêt. Soit la personne va rester et à ce moment-là voilà on donne directement la CMU ou un travail. Soit il y a...*

*- E8 : Savoir qu'est-ce qu'on fait en plus pour eux. C'est pas le tout de les soigner pour qu'ils retournent dans la rue ou que euh... Qu'ils tombent dans la misère ou dans d'autres choses, bon. Je trouve que là le **point de vue éthique**... Quitte à prendre les gens en charge soit on le fait complètement, à 100% je dirais.*

- E19 : On parle d'immigration mais euh... Encore faut-il... On leur demande de, on leur demande de, de s'intégrer mais encore faut-il qu'on leur donne les moyens de le faire quoi.

- E20 : Pour améliorer la santé, ça passe pas que par les médicaments et les soins qu'on peut apporter aux gens, c'est aussi faire en sorte que ben, ce soit pas galère de savoir tous les soirs où on doit dormir, que ce soit pas galère pour savoir qu'est-ce qu'on va manger. (...) Une façon plus générale de dire de lutter contre la précarité mais pour tous, enfin pour euh, pas que pour les AME, pour tout le monde là pour le coup.

En conséquence, les possibilités d'intégration de ces personnes et de ce qui doit être mis en place pour elles posaient à nouveau la question de la **limitation**. En l'état actuel des choses, il peut paraître complexe d'apporter l'aide nécessaire et suffisante à tous les étrangers en situation irrégulière résidant sur le sol français pour que leur santé se maintienne ou s'améliore.

- E8 : Soit ben, il faut être réaliste et se dire que peut-être on peut pas prendre tout le monde si on est pas en mesure de faire tout de A à Z quoi.

- E4 : Persister à traiter tous les gens...

Ou inversement, E20 regrettait que certaines personnes précaires n'y aient même pas accès :

- E20 : Même si avec le système actuel on arrive pas, on arrive pas à... À accompagner tout le monde, ça aussi j'en suis sûr. (...) Il y en a qui rentrent pas dans les cases de tout ça.

Les moyens de réguler le nombre de personnes que l'on peut effectivement accueillir pleinement étaient plus difficiles à aborder. E4 évoquait les expulsions sans en être totalement satisfait, E17 y voyait moins de problème :

- E4 : En attendant que sa situation se régularise ou qu'il soit expulsé.

- E17 : Et puis s'ils doivent retourner chez eux, ils doivent retourner chez eux.

Le rôle de l'État et de la classe politique était alors mis en avant.

- E5 : Moi je me suis déjà dit que comme je vous dis à titre individuel je trouve ça génial, je me suis déjà dit ben je vois des gens qui ramènent toute leur famille... Bon, c'est après, c'est au final, c'est nous qui payons. C'est vrai que bon on peut avoir ce... On peut avoir ce débat-là. En tout cas, c'est d'actualité.

*- E4 : Je pense que l'État se défait complètement dans ses responsabilités c'est tout. (...) À la base encore c'est quand même quelque chose d'assez **hypocrite**. C'est donner l'accès aux soins à quelqu'un qui est de manière irrégulière en France.*

Quelques médecins exprimaient également des limites mais ne souhaitaient pas en dire plus car il ne s'agissait pas pour eux du rôle du médecin. Ils refusaient de se positionner et se considéraient comme des effecteurs de soins, que leur rôle social est de soigner et pas de commenter les orientations et les décisions politiques. Ils faisaient clairement la distinction entre leur position citoyenne et sociale, rejetant un engagement qui déborde de leur éthique médicale.

- E13 : À titre personnel, je sais pas. Honnêtement j'y ai jamais trop pensé. Ça me... Je m'en préoccupe pas. (...) Après c'est comme, enfin c'est comme tous les systèmes euh... Sociaux, enfin d'origine sociale, c'est-à-dire qu'à... Enfin c'est, il y a toujours des biais, il y a toujours des conséquences mais le but c'est quand, soigner correctement et on soigne...

- E16 : Moi je distingue bien, je distingue bien et tous les médecins euh qui ont en fait des burns out en ont discuté tout ça. C'est ceux qui vont trop vers le social. (...) Une assistante sociale elle fait son métier. Moi je peux pas m'occuper du côté social.

- E19 : Je fais passer mon statut de médecin avant celui de citoyen donc je me pose pas la question. (...) Beh il y a des débats politiques mais j'en prends pas partie.(...) C'est pas mon rôle.

3) Connaissances et représentations des patients adultes bénéficiant de l'AME

Lorsque nous avons interrogé les médecins sur leur perception de la population adulte bénéficiaire de l'AME, la grande majorité de leurs représentations semblait être le fait de leur expérience professionnelle avec ces patients et les patients précaires en général.

Comme pour le système de l'AME, ces connaissances de leurs patients étaient très **variables** d'un médecin à l'autre, révélant des approches et des intérêts différents vis à vis de ces patients et témoignant parfois des relations de soins, y compris en dehors de l'AME.

La connaissance de leurs patients se faisait plus facilement lorsqu'ils étaient **suivis** au cabinet, qu'une relation interpersonnelle se développait et laissait plus de place pour explorer autre chose que les problèmes aigus les amenant à consulter. Il était en revanche beaucoup plus difficile de se renseigner sur les contextes de vie à l'occasion de motifs ponctuels chez des **patients de passage** qui ne reviendraient pas ou très peu.

Les obstacles qui empêchent d'établir facilement une relation thérapeutique de confiance sont nombreux.

- E2 : Réussir à dégager du temps parce que c'est des consultations qui sont hyper longues. Mais voilà c'est ça, c'est compliqué de se, de, de prendre du temps, de programmer euh...

- E3 : Je sais pas assez comment ils vivent finalement.

- E14 : Déjà il faut d'abord que je gère les problèmes médicaux donc euh.

- E18 : C'est difficile à creuser sur des consultations comme ça. (...) On est obligé euh de prendre son temps. (...) Et donc de ce fait après c'est vrai, en prenant notre temps et en s'accédant sur la pathologie on a du mal après à demander comment va la famille et plus facilement, voyez.

Certains enquêtés avaient néanmoins mis en avant la nécessité d'une bonne connaissance de leurs patients pour des soins efficaces. Comme décrit par la suite, E20 s'attachait à bien connaître les patients qu'elle suivait, qu'ils aient l'AME ou pas, E9 soulignait l'importance d'une écoute patiente et attentive.

- E17 [à propos de ses connaissances sur les bénéficiaires de l'AME qu'il suit] : Ah tout, tout, tout. Je demande tout. Tout, tout, tout, tout, tout, absolument tout.

1. Avant l'arrivée sur le territoire

Les médecins enquêtés connaissaient plus ou moins bien l'origine et les trajectoires de leurs patients. Ils étaient le plus souvent au courant de leurs **origines géographiques**, parfois leur nationalité ou au moins la région du globe d'où ils étaient originaires.

- E9 : Actuellement c'est des géorgiens et beaucoup d'africains.

- E7 : enfin des gens qui viennent de pays un petit peu... Enfin étrangers, Afrique et compagnie quoi.

- E8 : J'en ai 2 qui m'ont déclaré comme médecin traitant. Ils viennent d'Afghanistan pour le coup.

- E11 : Et c'est plutôt Est et Europe de l'Est, Russie, Ukraine, les patients que j'ai sur euh... Et Bulgarie aussi.

La connaissance des **parcours migratoires** ou des **événements traumatiques traversés** était fréquemment plus limitée.

- E1 : Oui je sais que ce sont à priori des gens qui viennent de l'étranger, qui sont en France pas forcément depuis très longtemps.

- E3 : Après je connais pas leurs parcours dans le détail. Je sais pas depuis combien de temps ils sont partis, s'ils ont passé cinq ans sur les routes pour arriver là. Mais j'ai pas trop toutes ces informations.

- E6 : Si je sais pourquoi, un peu leur parcours et puis les antécédents.

- E13 : Alors des fois je les connais pas, je connais pas forcément leurs parcours migratoires.

Mais quelques praticiens connaissaient bien l'histoire de leurs patients.

- E8 : Généralement oui. Leur contexte de vie tout ça oué.

- E13 : Ça dépend des gens. Il y en a je connais bien leur parcours, d'autres un peu moins peut-être.

- E20 : Moi après je les interroge donc euh oui je sais d'où ils viennent, pourquoi ils sont en France, dans quelles conditions de vie aussi ils vivent.

Plusieurs personnes ont rapporté des **difficultés pour les patients à se confier sur leurs vécus**, une certaine pudeur. Parfois même, les médecins eux-mêmes préfèrent ne pas aborder ces sujets traumatiques pour **ne pas confronter les patients à leurs souffrances**. La relation de confiance qui se tisse petit à petit sert alors de socle pour aborder ces problèmes et déboucher sur une meilleure qualité de soin.

- E5 : C'est souvent des sujets difficiles à aborder. Euh, très difficile même. Donc c'est vrai que j'ai du mal à le demander dès la première consultation.

- E9 : Seulement ce qu'ils me racontent. C'est euh souvent très succinct. Parce qu'ils ont du mal à parler de leur vécu, de voyage. Ils ont du mal à parler. Euh, j'insiste pas. Il faut surtout pas. Faut respecter cela.

- E19 : C'est difficile des, de la mettre en confiance pour qu'ils puissent se confier sur leur euh... Sur leurs parcours de vie hein. Puis c'est des gens, contrairement à ce qu'on veut nous faire croire, la majorité quand même c'est des gens euh... Assez pudique.

- E15 : Moi je suis pas là pour non plus euh... Les faire craquer à chaque fois s'ils ont des, des choses lourdes à porter. C'est à eux de voir au fur et à mesure hein bon...

Cela relevait parfois du **bilan initial** mais n'avait pas nécessairement d'importance par la suite.

- E15 : Ça m'intéresse dans le... Dans le euh, l'interrogatoire d'origine pour vérifier qu'il y ait pas de problématique particulière par rapport à l'endroit d'où ils viennent et par rapport à où ils sont passés. Mais ensuite quant à le retenir ça m'intéresse pas. Une fois que c'est vu, c'est vu, point.

Les médecins connaissent donc peu l'origine de ces départs mais les patients ayant l'AME quitteraient leur pays d'origine pour des **motifs variés**. Il peut donc s'agir de raisons médicales mais cela leur semble rare. Les personnes se déplaceraient suite à des souffrances dans leur vie quotidienne, dans l'espoir de trouver de meilleures conditions de vie.

- E1 : Les gens viennent en France parce qu'ils sont pas bien là où ils sont.

- E9 : Dans leur pays d'origine parce que déjà là il y a beaucoup de violence.

- E19 : C'est des gens, enfin en particulier cette population là où il y a eu pas mal de traumatismes apparemment.

La **rupture, la séparation** avec leur vie antérieure ou leurs proches est parfois évoquée.

- E5 : Alors vous parlez de familles mais il y a souvent une rupture avec ses racines, avec le reste de la famille.

- E16 : Famille seule. Famille explosée.

2. Conditions de vie en France

Ces patients vivent en France dans des **milieux précaires**.

- E11 : Très précaires qui sont soit, enfin, qui sont dans le circuit 115 mais finalement qui l'utilisent pas forcément parce qu'ils ont créé un réseau. Et c'est souvent des demandes d'asiles déboutées ceux, ceux que j'ai.

- E20 : C'est des consults précaires.

D'après certains autres médecins, ces conditions de vie sont souvent correctes.

- E18 [parlant des conditions de vie des patients ayant l'AME] : Correctes. Correctes oui.

- E4 : Pas spécialement des gens en détresse.

Mais il s'agit plutôt là d'un niveau de vie minimum compte tenu du contexte et de nombreuses sécurités manquent à un bon état de santé et une évolution sereine sur le territoire. Les médecins étaient pour la plupart au courant de **difficultés sociales multiples** :

- E7 : Ils sont toujours dans des situations très compliquées.

- E9 : Leurs conditions de vie euh... En France ben oui, ben oui ça je le sais : c'est la misère euh... Les squats, la sécurité euh, la menace d'expulsion, la difficulté à obtenir une carte de séjour. (...) C'est après quand l'asile euh, quand la demande est rejetée, c'est le vide.

L'accès au **logement** se ferait par le biais d'aides et d'associations variées : le plus souvent des appartements, hôtels ou foyers d'accueil. Ils ont aussi conscience de réseaux plus informels d'hébergement dans différentes communautés ou d'occupations illégales de bâtiments.

- E8 : Après c'est souvent des gens (...) qui me sont adressés une fois qu'on leur a trouvé un appartement thérapeutique.

- E3 : On voit aussi des personnes défavorisées qui, qui nous sont envoyées par des, soit par le CADA, soit par euh... Euh... Un foyer de mères isolées qu'il y a à côté.

- E4 : Alors, souvent ils sont hébergés dans des studios, appart hôtel et ce genre de choses. (...) Les bulgares (...) alors je sais pas si c'est des squats mais ils sont souvent près de la gare, (...) il y a des portes qui ferment pas. (...) Mais les AME, ce serait plus dans les hôtels. (...) Non après les conditions d'hébergement sont bien.

- E11 : C'est quand même des patients à la rue les AME que j'ai. (...) Alors après ils ont quand même développé un réseau euh d'amis et d'entraide et c'est des gens, finalement ils sont souvent globalement hébergés par des personnes stabilisées ici.

- E14 : Je sais qu'ils sont dans des foyers, qu'ils ont des... Qu'ils sont dans des logements.

En fonction des médecins, on retrouvait essentiellement **deux profils de patients** : les personnes **jeunes et isolées**, le plus souvent des hommes.

- E8 : C'est des gens qui sont venus tout seuls sur le territoire généralement. Ils sont sans famille. Avec des familles qui sont restées le plus souvent au pays en fait. (...) Je vois que des adultes isolés moi. Plutôt des hommes.

Mais ce sont plutôt des **familles**, parfois suite à des regroupements, qui viennent recevoir des soins chez les médecins rencontrés.

- E2 : J'ai 3 ou 4 familles là donc ça représente beaucoup de monde.

- E5 : Souvent des hum, des familles hein. C'est rarement des personnes isolées.

- E11 : J'ai aussi des conjoints euh... Enfin des femmes de... Personnes qui sont bénéficiaires de la CMU, qui travaillent ici mais les femmes, je sais pas quel statut elles ont ici mais...

- E18 : Donc plutôt famille oui. Je dirai à tendance plutôt famille. (...) Mais dans la semaine on en voit, que ce soit des familles avec des enfants ou des personnes isolées.

- E20 : Moi j'ai de la chance encore une fois d'avoir des gens qui sont assez bien encadrés, c'est-à-dire avec euh les enfants qui parlent français (...) donc qui arrivent à gérer un peu les papiers.

3. Intégration

a) Sociale

Aucun des médecins ne considérait ses patients comme bien intégrés à la société. Leur statut illégal, leur situation en marge et cachée du fait de cette clandestinité, leur manque d'accès à de nombreuses ressources rendent très complexes si ce n'est impossible leurs accès à une place convenable au sein de la population française.

Premièrement, très peu d'entre eux auraient **accès au travail**.

- E2 : Ils ont toujours pas de travail, ils ont toujours rien.

- E18 : Euh travailler... Ah là je sais pas. Je pense pas beaucoup.

- E14 : Après euh, en tout cas ils ne travaillent pas.

- E17 : Non mais non, ils foutent rien. Ils cherchent pas à travailler non plus, non.

E13 suivait des personnes qui travaillent sur des marchés. E11 supposait que certains d'entre eux arrivent à travailler comme saisonniers.

- E11 : Après j'imagine qu'ils vont travailler dans les campagnes alentour.

- E13 : Je sais ce qu'ils font, ils sont marchands, il y en a qui sont marchands ambulants sur le marché ici.

Quelques médecins mentionnaient le **rôle des enfants d'âge scolaire** dans l'insertion des personnes bénéficiant de l'AME, notamment en les assistant pour communiquer grâce à une meilleure maîtrise de la langue française. E2 parlait même d'une intégration des familles qu'elle suivait par cette scolarisation de leurs enfants.

- E2 : Heureusement qu'ils ont des enfants, qui permet d'aller un peu au lycée donc ils parlent. Ça permet d'avoir un tissu social via la scolarisation des enfants et tout ça mais sinon non ça a l'air compliqué pour eux quand même leur quotidien.

Il leur faut s'adapter à une **société qu'ils ne connaissent pas**. Les relations sociales ainsi que le fonctionnement de la société entière diffèrent souvent beaucoup de leur pays d'origine et s'équilibrer dans ce nouveau contexte n'est pas facile.

- E5 : S'adapter à la nouvelle, à la vie française, à la culture française euh, avec tout l'administratif que ça implique.

Beaucoup des médecins avaient noté une envie de **s'installer en France**. Dans leur expérience il ne s'agissait pas de migrants en transit en France.

- E10 parlait de personnes qui « ont vocation à rester. »

- E19 : C'est des gens qui ont peut-être un statut transitoire avec l'AME mais qui je pense euh, sont certainement menés à rester ici.

Souvent les médecins pointent aussi une réelle **volonté de s'intégrer** des bénéficiaires de l'AME, même si ce n'est pas le cas de tous. Se pose alors la question du type d'accueil de ces personnes au sein de la société française : inconditionnel ou sous certaines conditions et sous quelles conditions.

- E6 : Après t'as ceux qui veulent s'intégrer, qui font l'effort d'apprendre la langue. T'as euh, ceux qui font moins d'efforts et donc là c'est plus compliqué. Voilà. tout dépend, t'as un peu de tout. (...) Maintenant non, ça progresse. ils font des efforts.

- E14 : Bien insérés euh... Ils essaient en tout cas.

- E15 : Oui leur volonté c'est de s'intégrer effectivement.

E17 exprimait, quant à lui, son pessimisme sur leurs capacités à s'insérer en France :

- E17 : Mais ils peuvent pas s'intégrer ! Beh l'intégration c'est la langue, c'est le fait qu'ils soient des dysorthographiques, qu'ils ne savent pas écrire, qu'ils ne savent. Bon il y a pas que des ingénieurs qui viennent en France hein.

E15 pensait aussi que l'AME débouche sur un statut et une reconnaissance sociale.

- E15 : Donc du coup, ils ont déjà un profil social qui je dirai normalisé, ce sont pas des, pas des gens dans la marge.

Il y avait aussi quelques exemples de personnes ayant réussi à s'intégrer.

- E12 : Bon avec des galères mais sont arrivés à avoir des droits.

- E13 : Ceux que j'ai ils sont plutôt bien insérés.

b) Intégration au système de soins

Plusieurs médecins estimaient que l'accès aux soins des patients ayant l'AME ne pose **pas de problème particulier**.

- E4 : et une fois à mon avis que cette personne possède l'AME, je trouve qu'en France pour le coup il y a, en tout cas à Bordeaux, il y a aucun problème d'accès aux soins pour qui que ce soit. [par opposition à l'accès aux médecins spécialistes] Mais l'accès à un médecin généraliste on peut pas dire que ce soit compliqué en France.

- E7 : Pour moi, ils sont aussi bien suivis que, que, que des assurés normaux.

- E13 : Avec un patient AME, j'ai pas eu de difficulté de, de soins. (...) Non je suis pas limitée par ça. Ou j'ai pas eu la, enfin des obstacles par rapport à ça.

Certains ont souligné la volonté des patients à **s'occuper activement de leur santé**.

- E11 : Il y a quand même une volonté de... De prendre en charge sa santé.

- E15 : C'est une démarche volontaire donc c'est une démarche où ils s'intéressent à ce qu'ils font, ils s'intéressent à ce qu'on leur répond.

c) À l'organisation du cabinet et au suivi des soins

Les médecins avaient l'impression que les patients qui bénéficient de l'AME **comprennent plutôt bien le fonctionnement des cabinets**.

- E5 : Moi j'essaie d'expliquer les règles au début mais c'est vrai que c'est, c'est... Bon faut faire un peu d'éducation quoi.

- E6 : Oué si non, ils prennent rendez-vous.

- E13 : ça pose aucun problème non. ils savent que c'est sur rendez-vous donc ils passent. généralement ils passent ou ils appellent et...

- E20 : Soit ils prennent rendez-vous, soit ils viennent sans rendez-vous. (...) C'est moitié/moitié.

Certains patients ont toutefois des difficultés à respecter le fonctionnement par rendez-vous.

- E1 : *Ce qui m'avait posé des problèmes c'était plus que elle, c'était une patiente qui était venue sans rendez-vous, que du coup ça m'avait décalé dans mes consultations*

- E2 : *Ils arrivent toujours comme un cheveu sur la soupe au moment où il faut pas euh... Après bon, moi j'ai pas de problèmes.*

- E9 : *il y a effectivement des patients plutôt je dirai désocialisés qui n'arrivent pas à prendre des rendez-vous.*

- E12 : *Pas forcément à l'heure dite.*

- E19 : *Quand je leur dis « moi c'est sur rendez-vous », il y en a des fois qui viennent sans rendez-vous. Je leur dis « et non, ça marche pas comme ça ». (...) Ou plus stressante quand ils arrivent sans rendez-vous alors que je consulte sur rendez-vous.*

E3 précisait que la venue des patients sans rendez-vous dans un planning de rendez-vous n'était pas l'apanage des patients ayant l'AME ni même des patients précaires.

- E3 : *Ça arrive à d'autres personnes aussi. Euh, « j'ai un problème chez mon petit, je viens de le récupérer de la crèche, je connais pas le cabinet, j'ai vu une porte, je suis rentré », bon voilà mais ça on gère au coup par coup.*

Les patients qui ont l'AME **se déplacent souvent en personne pour prendre rendez-vous**. La secrétaire apporte dans ces cas-là une aide précieuse.

- E3 : *Il y a en a beaucoup qui viennent directement. Ils viennent, ils prennent un rendez-vous et ils repartent.*

- E11 : *Elle sert vraiment à la prise de rendez-vous. (...) Ils viennent prendre direct le rendez-vous.*

- E13 : *Ça pose aucun problème non. Ils savent que c'est sur rendez-vous donc ils passent. Généralement ils passent ou ils appellent et... Ils sont moins sur Doctolib mais... Non, ils se gèrent très bien.*

Dans l'expérience de ces médecins, il était rare que les patients ne se présentent pas aux **consultations programmées**.

- E2 : *Ils viennent à mes rendez-vous quand je leur donne euh... Ils... J'ai pas de problème de lapin ou de chose comme ça.*

- E5 : *Ça peut arriver. Oui après j'associe pas l'AME aux lapins mais ça peut arriver.*

E14 pensait que ces patients se réfugiaient derrière certains handicaps pour justifier une incompréhension du fonctionnement du cabinet :

- E14 : sous prétexte qu'ils ne savent pas lire, qu'ils ne savent pas lire le français, on peut pas téléphoner, voilà. Des trucs comme ça.

Deux médecins avaient conscience que le fonctionnement des cabinets exclusivement sur rendez-vous pouvaient en limiter l'accès aux patients les plus précaires qui ont parfois des difficultés à s'organiser ou à prioriser les soins devant d'autres besoins essentiels.

- E9 : Le fait de donner des, d'obliger de prendre rendez-vous, ça sélectionne la patientèle. Il y a effectivement des patients plutôt je dirai désocialisés qui n'arrivent pas à prendre des rendez-vous. (...) Ces pauvres gens-là je les vois beaucoup moins.

- E12 : C'est vrai que là le système enfin actuel est avantageux pour moi, pas tellement pour les gens qui viennent justement comme ça au débotté quoi hein. C'est, ça j'en suis bien conscient.

4. État de santé

La santé des patients bénéficiant de l'AME est souvent jugée comme **altérée** par rapport aux autres personnes vivant en France comme en témoignent les citations qui vont suivre. Les médecins qui ont participé à cette thèse n'avaient, pour autant, pas noté fréquemment de pathologies réellement spécifiques des personnes ayant l'AME.

Certains ne percevaient pas de différence notable de l'état de santé chez ces patients.

- E1 [à propos de spécificités dans les motifs de consultations de patients ayant l'AME] : Non, en tout cas pas dans ce que j'ai vu.

- E20 : Par rapport aux autres ? Enfin aux autres patients qui ont pas l'AME ? Euh... Non, pas forcément beaucoup plus.

a) Somatique

Là encore les médecins manifestaient une vision plutôt dichotomique de l'état de santé de leurs patients ayant l'AME, à savoir des personnes jeunes en bonne santé et d'autres avec des pathologies chroniques lourdes.

Il ressort de ces entretiens une représentation des patients AME comme étant le plus souvent **jeunes et en bonne santé**.

- E9 : La plupart sont, sont, en très bonne santé. (...) Ils ont rien.

- Pour E10, les pathologies somatiques des patients ayant l'AME étaient des similaires aux autres patients du droit commun : des pathologies « bénignes » et « classiques ».

- E15 : En général ce sont des gens jeunes. (...) S'il y a pas d'élément de suspicion de choses relativement lourdes ou graves ou chroniques...

- E18 : J'ai pas de, j'ai pas de pathologies chroniques, au long cours. Voilà. c'est des personnes qui sont plutôt euh, pas âgées.

- E19 : Parce que la majorité euh, quand même sont des, c'est des jeunes hein.

Parfois en revanche ceux-ci présentent des **pathologies plus chroniques et lourdes**.

- E8 : Ils sont dans des conditions de santé hyper euh, difficiles. C'est des gens qui ont des str, enfin des pathologies comme on en voit dans les livres. (...) Ils arrivent en phase terminale de ce qui peut être suivi euh... En prise en charge palliative donc hein.

- E9 : Je vois des fois des euh... Pathologies... À un stade évolué que l'on connaît plus en France. C'est pas fréquent mais ça arrive.

- E14 : alors ceux que j'ai vu étaient très gravement malades. (...) Ou problèmes de dos.

Selon E9 et E7, il n'y avait d'ailleurs que rarement d'intermédiaires entre ces deux situations.

- E7 : Soit il y a ceux qui ont pas grand-chose donc on les voit jamais et tout. Mais moi ceux que je vois, c'est toujours, ils ont des pathologies lourdes. (...) C'est tout ou rien généralement, c'est pas, c'est pas le milieu.

Concernant les pathologies qui touchaient les patients bénéficiant de l'AME, elles étaient donc souvent **aiguës** et **bénignes**, comme les nombreuses viroses hivernales par exemple.

- E3 : J'en ai jamais, j'en ai pas vu vraiment des gens avec des pathologies particulières. C'est plus du, du bénin de saison.

- E4 : Non euh, j'ai pas trouvé des pathologies particulières. C'est des motifs classiques de consultation souvent.

- E5 : Il y a aussi des consultations très symptomatiques en fait.

- E13 : C'est des petites pathologies. (...) C'est plutôt de la rhumato. Et de la cardio. puis après des petites choses quoi, gastros, rhinopharyngites. Ponctuelles quoi, oué. Pas forcément pour les choses chroniques.

Certains retrouvaient une prévalence plus importantes d'autres pathologies **en lien avec leurs modes de vie précaires**.

- E11 : Les pathos liées à la précarité. (...) Oué donc au niveau infectieux, j'aurai des hépatites. Après euh... alcool-dépendance parfois. Tabagisme. Donc les pathos qui en découle aussi.

- E12 : Ils sont arrivés avec les pathologies un peu des... Des migrants et des euh, et ça peut être pas mal de choses, des problèmes euh, euh pulmonaires, respiratoires... Des problèmes de, de, hygiéno euh style infectieux, de style gale ou truc surinfecté.

b) Psychologique et/ou psychiatrique

Tous les médecins ressentait une **prévalence plus importante de troubles psychologiques ou psychiatriques** : de la simple expression d'une fragilité à la présence de pathologies psychiatriques avérées.

- E5 : Conditions psychologiques c'est souvent compliqué. (...) Voilà on sent que c'est des patients qui viennent consulter avec une angoisse très importante. Ça je le remarque.

- E9 : De l'état de stress post-traumatique. C'est tellement fréquent, c'est quasiment systématique. Donc toutes les pathologies secondaires : dépression, troubles anxieux. Ils sont donc euh... Étiquetés bipolaires facilement. Voilà c'est les 3 pathologies qui reviennent toujours.

- E10 avait remarqué de nombreux PTSD parmi les patients qui venaient le voir ainsi qu'une anxiété importante. Sans le développer, il parlait de pathologies « réelles ou feintes d'ailleurs ».

- E14 : Souvent déprimés.

- E16 : C'est les gens qui ont des, qui ont des problèmes souvent psychiatriques. Hein. De dépression.

- E19 : Il y a quand même un, un état dépressif chez cer, chez beaucoup hein. Sans que ça tombe dans du gros pathos, il y a, il y a quand même toujours chez eux, enfin la grande majorité, je constate quand même qu'il y a une humeur quand même qui est triste.

Les sources de ces vulnérabilités et de ces pathologies leur semblaient liées à leurs **histoires** et leurs **contextes de vie**. Tout d'abord, les raisons les ayant poussés à quitter leur domicile et les traumatismes vécus dans le pays d'origine ou sur les routes de leurs exils. Le milieu dans lequel ils vivent (la précarité, les difficultés multiples et ardues à surmonter au quotidien) serait également à l'origine de l'expression de certains désordres psychologiques et/ou pathologies psychiatriques...

- E5 [évoquant les difficultés auxquelles ils font face]: Donc tout ça oui je pense que c'est générateur de... D'anxiété, de stress oué.

- E9 : Et beaucoup d'africains. Qui ont traversé l'Afrique en venant avec euh des pathologies psychiatriques très lourdes. (...) C'est là hein, on a peur d'être expulsé, la bataille sans cesse pour avoir droit à la carte de séjour. La bataille euh avec l'avocat pour quand même obtenir quelque chose. Ça donne un stress incroyable.

- E14 : Je pense que c'est la délocalisation ou le fait d'être dans des états précaires.

- E16 : Alors dépression liée aux traumatismes qu'ils ont vécus dans leur pays. L'intégration. Difficultés financières. (...) Troubles dans leur pays, intégration, difficultés financières. Ou famille.

E12 avait beaucoup insisté sur ce lien entre précarité, troubles psychiatrique et répercussions somatiques. E18 avait aussi abordé ces rapports entre conditions de vie et état de santé.

- E12 : Les plus précaires sont, ont souvent un terrain psychiatrique. (...) Les psys sont très mal soignés je trouve au niveau somatique. (...) Je vois beaucoup de gens qui sont passés par le milieu psychiatrique et qui, pas forcément par l'AME, mais disons qu'ils étaient quand même dans la précarité. Qui finissent mal à l'hôpital sur une, sur une surinfection pulmonaire et pam ils y restent. Souvent des gens jeunes euh...

- E18 : Voilà, il y a une pathologie médico-sociale qui engran, chronique, qui engrange euh une perte d'autono, enfin des tas de choses comme ça.

E17 ne ressentait pas réellement de problème à ce niveau-là.

- E17 : Oh ben, non mais quand on me connaît ils sont tr, ils sont tout-à-fait tranquillisés.

5. Particularités des patients bénéficiant de l'AME

a) Des patients demandeurs

Plusieurs médecins avaient perçu les personnes ayant accès à l'AME comme **très** en demande de soins. Il y avait pour certains de nombreux motifs de consultations mais surtout une multiplication des demandes : d'examens paracliniques et de consultations auprès de spécialistes notamment.

- E5 : Ils sont souvent aussi demandeurs d'examens, peut-être auxquels ils avaient pas accès dans leur pays. Ils veulent souvent la radio, la prise de sang.

- E10 l'avait décrit comme une des seules spécificités : des patients « très demandeurs » d'avis spécialisés, d'examens complémentaires, de reconnaissances de handicap.

- E14 : Oui, et TRÈS demandeurs.

- E15 : Quand ça sort, il y a beaucoup de choses qui sortent et du coup c'est tout en même temps. Et bon, il faut faire le tri de ce qui est nécessaire et de ce qui l'est pas.

- E17 : « Vous pouvez me faire ça ? » « Vous pouvez me faire ci ? »

Selon les médecins, ces demandes pouvaient être en lien avec la **différence d'offre de soins** entre celle de leur pays d'origine et celle proposée par l'Aide Médicale de l'Etat.

- E5 : Enfin moi je l'interprète comme ça, comme si le fait qu'ils aient pas accès à certaines euh, voilà, à ce genre d'examens dans leur pays, comme s'ils en profitaient entre guillemets ici.

- E14 : Quand ils arrivent en France, ils pensent que c'est le, l'Eldorado et qu'ils peuvent tout faire.

Pour E15, il s'agissait davantage d'une **découverte du système de soins**. Il estimait que les patients ayant l'AME n'osaient initialement pas avancer trop de requêtes parce qu'ils n'avaient pas totalement compris ce à quoi ils avaient droit. Une fois qu'ils avaient mieux perçu le fonctionnement, ils tombaient dans l'excès des demandes. Selon lui, cela n'était d'ailleurs pas spécifique des patients ayant l'AME mais plus de personnes qui s'approprient le système de soins.

- E15 : Quand ils sont rentrés dans le tout est dû, ben c'est finalement comme tout le monde : on est obligé de leur expliquer à rétro que ben non, tout n'est pas dû. Et que... euh, ce qui est possible c'est simplement ce que l'on connaît.

La **discussion** avec les patients permet le plus souvent d'avancer avec eux sur des soins plus adaptés à leurs problématiques au vu de leur état de santé.

- E5 : Donc aussi moi j'essaie de leur expliquer que quand il y a pas besoin notamment, ça sert à rien de surmédicaliser, surinvestiguer.

- E15 : C'est que pratiquement comme pour tous les patients. C'est-à-dire que si on leur dit oui et ben, on leur explique quand même la limite. Si on leur dit non. On leur dit pourquoi on peut pas et ce qui se conçoit par contre dans le, dans le non, c'est ce qui se conçoit de possible. (...) Mais c'est normal. (...) Ils acceptent assez volontiers les réponses, du moment qu'elles sont motivées. (...) Ils sont dans les demandes qui leur semblent nécessaires puis après, à nous d'y répondre voilà.

b) Des patients qui exagèrent

De même il semblait à plusieurs médecins que les patients bénéficiant de l'AME étaient souvent trop exigeants.

- E10 avait aussi ce ressenti de patients qui parfois « exagèrent », en lien avec les demandes nombreuses.

*- E14 : On a l'impression qu'ils viennent en France en considérant que tout sera gratuit, tout rapide. Et ils sont très **impatiens**.*

E14 avait réfléchi à ces comportements et ces demandes avec son associée car cela n'avait pas été facile à gérer pour elle. Un de ses patients s'était même énervé par rapport à ces prises

en charge hospitalières et des délais d'attente trop longs. Selon elles, les personnes bénéficiant de l'AME vivent dans des conditions difficiles où il est souvent complexe d'obtenir de nombreuses ressources ou droits, de s'intégrer. Ils se sentiraient moins bien pris en considération au sein de la société et compenseraient ces manquements en recherchant davantage d'attentions dans le domaine des soins où ils ont un accès plus facile.

*- E14 : Ils ont l'impression que c'est... Ben qu'on les déconsidère et que peut-être on ne les prend pas en charge correctement. (...) C'est que en étant en, en état de précarité **ils font un complexe de leur état**, de leur situation et qu'ils ont l'impression d'être non reconnus.*

Ces exigences ou ces reproches seraient **injustifiés**, du fait que la prise en soin est, par ailleurs, déjà très bien selon elle.

- E14 [à propos de la prise en charge demandée] : Optimale. Alors qu'ils l'ont. Et qu'ils n'ont pas conscience qu'ils l'ont.

Ici aussi, les discussions avec les patients sont importantes même si elles ne portent pas forcément leurs fruits dans l'expérience d'E14.

*- E14 : J'essaie de leur expliquer mais c'est compliqué hein parce que ils ont leurs euh... A priori et... Leurs **croyances**.*

E17 ressentait aussi des excès parmi les patients ayant l'AME : notamment pour des consultations très répétées ou des demandes d'avis spécialisés.

- E17 : D'abord parce que ça leur fait plaisir de voir un médecin, de venir. (...) Ben non ils ont rien d'autre à foutre que de venir hein. (...) Faut quand même pas exagérer aussi. (...) Ils viennent tout le temps, ils viennent tout le temps.

La gratuité des soins pouvait alors être mise en avant.

- E14 : C'est que, à un moment donné, ils se rendent pas compte que quand même tous ces soins coûtent extrêmement chers.

- E17 : Ils payent pas, ils viennent.

c) Volontaires et compréhensifs

Comme décrit plus haut, E11 et E15 avait l'impression de patients le plus souvent dans une démarche active de soins. Ils ressentait cette volonté de prendre en main leur état de santé. E15 pensait que cette dynamique rendait les échanges et la compréhension plus aisés.

E6 parlait, lui, de consultations plus simples car il s'agissait de patients qui acceptaient facilement ce qu'on leur proposait. Il y opposait d'autres patients comme ceux venant davantage chercher des médicaments que consulter un médecin (archétype selon lui des « gitans et toute la clique ») ou des patients très demandeurs d'explications (« comme le prof qui a lu sur internet 36000 trucs »).

- E6 : C'est un patient docile voilà, tu tiens le savoir, ils viennent...

d) Des patients reconnaissants et agréables, ou pas

Plusieurs médecins avaient le ressenti de patients reconnaissants des soins qu'ils leur apportaient.

- E9 : Des patients fidèles, agréables. Il y a une vraie relation qui s'est installée. Moi j'aime bien les recevoir.

- E12 : C'est des gens ils sont reconnaissants, ils sont sympas.

- E19 : Des gens (...) qui veulent pas faire de vagues. (...) C'est un pays qui les accueille et ils, ils en sont reconnaissants quoi.

- E20 : Il continue à venir me voir alors que je lui ai déjà dit « c'est loin Pessac pour vous, vous avez le droit de changer de médecin. - Non, non je veux rester avec vous. - Ok... »

Inversement, E14 avait plus souvent été confronté à des personnes qui exigeaient davantage qu'elles n'appréciaient l'aide apportée, qui manquaient de gratitude.

- E14 : Une prise de conscience que quand même euh... La France leur, les reçoit, les accueille, leur donne des aides, leur permet de se soigner alors qu'ils ne sont pas soignés dans leur pays. (...) À la limite dire merci et enfin, pas en demander encore plus quoi.

e) Des patients mobiles

Plusieurs médecins avaient constaté une plus grande mobilité de ces patients. Certaines prises en charge sociales les contraignent à déménager. D'autres fois, ils sont simplement perdus de vue ou ne passent au cabinet que lors d'une consultation ponctuelle.

- E9 : Ils viennent me voir un certain temps régulièrement. euh... Après ils sont classés ailleurs souvent. Ils ont rien à dire, ils sont attribués vers une autre ville donc ils partent sans que j'ai des nouvelles.

- E15 : Vous savez quand ils sont pas fixés nulle part euh, il y a aucune raison qu'ils restent euh... [à la demande si c'est des gens qui en tendance à disparaître] Oué dans la nature.

- E19 : Souvent c'est des gens de... De passage en fait l'AME que j'ai moi ici hein. Parce que je vous dis il y avait ce squat de bulgares et puis là il y a ce, ce foyer d'accueil donc c'est des gens qui sont en transit en fait.

Un « **nomadisme médical** » était aussi évoqué.

- E1 : Je pense que c'était un peu du nomadisme médical.

- E11 : Je me rends compte qu'il y a beaucoup de nomadisme médical en fait aussi. (...) Quand je reçois des courriers en fait des fois je vois qu'il y a plusieurs médecins généralistes qui sont en copie.

- E18 : C'est très ponctuel. Et donc on se dit est-ce qu'ils font, bon on est plusieurs dans le quartier de médecin, de groupes médicaux, mais est-ce qu'ils font on sait pas...

4) Spécificités des consultations

1. Communication

Les problèmes de communication, liés d'après eux à la barrière de la langue sont **la principale difficulté** identifiée par l'ensemble des médecins. La plupart l'ont évoqué spontanément, très souvent en début d'entretien.

a) Une entrave fondamentale

Cela constitue un obstacle majeur au bon déroulé des consultations et nuit conséquemment à la qualité des soins.

- E2 [sur la connaissance des conditions de vie des patients ayant l'AME] : Pas bien parce qu'ils parlent pas bien français. Non, ben la discussion reste quand même compliquée.

- E3 : Qui parlent pas un mot de français ni d'anglais souvent. Donc c'est vrai que déjà si j'arrive à récupérer un peu des informations purement médicales de qualité c'est pas mal.

- E8 : J'arrive pas à leur faire autant comprendre à mon avis que s'ils parlaient français sur la nécessité du suivi, de ce qu'il faut vraiment faire...

- E14 : Alors non, le seul problème c'est le, la barrière de la langue.

E3 regrettait sérieusement cet écueil. Il savait néanmoins prendre du recul et en rire et m'avait raconté quelques quiproquos amusants ou situations dignes de « *films de Louis de Funès* ».

- E3 : C'est vrai que déjà si j'arrive à récupérer un peu des informations purement médicales de qualité c'est pas mal.

E13 n'éprouvait aucune difficulté sur ce plan-là du fait du contexte de sa patientèle (patients détenteur de l'AME francophones voire anglophones).

- E13 : La plupart ils sont d'origine d'Afrique du nord et généralement ils parlent français ou anglais. Et donc ça, ça pose pas de problème. Et finalement euh... Finalement je crois que j'ai que de ces origines-là.

Elle percevait néanmoins les obstacles possibles à une prise en soin de qualité par l'accès aux spécialistes, notamment aux psychiatres.

- E13 : Souvent c'est ce qui va être un peu psychiatrique, s'il y a besoin d'un avis psychiatrique.

E5 rappelle que la situation est surtout **handicapante pour les patients**, principalement pour les souffrances psychologiques.

- E5 : Il y a souvent, notamment pour aborder le psychologique une barrière de langue ou une difficulté de s'exprimer en français. (...) Je vais dire c'est plus eux, je sens, qui ont des choses à dire et qui ont du mal à sortir.

b) Une contrainte surmontable

Malgré de franches difficultés pour communiquer et les contraintes imposées, plusieurs médecins étaient pourtant satisfaits des consultations. Ils n'avaient pas vécu de consultations où la barrière de la langue avait réellement bloqué le déroulement de la consultation.

- E20 : Moi les quelques cas, je me suis jamais retrouvé en grande difficulté avec des gens qui ne parlaient pas du tout français.

E20 n'avait pas vécu de défauts de communication entravant véritablement ses soins. Elle éprouvait en revanche une gêne quant à ces **consultations tripartites**, notamment s'agissant de problèmes touchant à l'intime ou lorsque les traductions sont faites par des mineurs.

- E19 : On arrive à se faire comprendre ou euh... (...) J'y arrive toujours.

- E20 : C'est toujours gênant d'avoir cette tierce personne en consult. (...) Et puis c'est des choses intimes donc parfois euh... C'est vraiment compliqué.

La principale répercussion de cette barrière de la langue était pour certains son aspect **chronophage**.

- E1 : On va dire que je dirai que c'était peut-être un problème, forcément c'est des consultations un peu plus longues parce que beh... Dès qu'il faut traduire c'est un petit peu plus long. Mais après ça restait très facile quoi.

- E12 : C'est un peu plus long évidemment.

- E18 : Dans certains cas il peut y avoir un problème de langue. (...) On prend un peu plus de temps.

E4 était médecin à SOS Médecins et savait que son absence de difficulté sur ce versant venait de biais lié à cet exercice.

- E4 : Moi je suis surpris parce que les gens ils euh... dans l'ensemble ils comprennent bien le français. (...) À mon avis ils vont, ils appellent pas SOS médecins quand ils parlent pas français, ils se débrouillent pour aller ailleurs ou pour essayer de trouver un traducteur, je sais pas.

E14 remarquait que les patients qu'elle suit essayaient également d'apprendre à parler français.

- E14 : Ils essaient d'apprendre le français.

c) Une spécificité sans réelle répercussion sur les soins

Enfin ces limitations du langage ne posaient parfois aucun problème à certains médecins au point de les voir comme de simples singularités sans conséquence notable.

- E7 : La langue souvent effectivement il y a un, il y a le barrage de la langue mais enfin souvent il y a un interprète.

- E9 : Non on arrive à se faire, à se comprendre. (...) Finalement je trouve que la prise en charge n'est pas moins bonne que euh, que sans la barrière de langue.

- E10 reconnaissait que la principale difficulté était la langue parlée. Pour autant, cela ne lui posait pas réellement problème.

- E15 : Soit ils viennent avec quelqu'un en général s'ils parlent vraiment pas et qui traduit. Soit une connaissance, un bénévole ou un conjoint ou voilà.

- E17 : On est pas au tribunal là non. [à la question sur le besoin d'interprètes pour certaines consultations] Non jamais.

E6 trouvait que cette communication dépendait pour beaucoup de la volonté des patients et reconnaissait aussi que ces personnes essayaient d'apprendre la langue française.

- E6 : Après t'as ceux qui veulent s'intégrer, qui font l'effort d'apprendre la langue. (...) Maintenant non, ça progresse, ils font des efforts. (...) Moi je fais pas de différence à ce niveau-là. Soit on arrive, le courant passe bien et on arrive à dialoguer

2. Des variations culturelles

Peu de médecins ont témoigné de l'importance particulière du contexte culturel du patient sur le déroulement des consultations ou les soins réalisés.

- E8 : Donc je pense que de toute façon non, ils ont pas la même vision que nous de la santé parce que chez eux il y avait rien du tout.

- E11 : Puis aussi peut-être culturel aussi... Sur le régime alimentaire.

- E12 : Des fois on a pas la même vision, enfin c'était... Surtout quand c'est des cultures différentes.

Ces représentations s'approchent parfois même de stéréotypes.

- E9 : Oh les piquer les africains euh j'ai pas compris pourquoi c'est très difficile, ça veut dire quelque chose, une pénétration du corps... Le, l'examen clinique euh... Je pense aux africains... C'est pas important, ils sont étonnés quand je veux les ausculter, palper le ventre... Ils ont pas l'habitude je crois. (...) Ah là, les africains qu'est-ce que c'est fréquent les cauchemars, « je dors pas, j'ai mal à l'estomac. »

- E12 : Des gens très instables aussi s'ils commencent à mettre un peu la panique sur la salle d'attente.

3. Absence de carte Vitale

a) « Paperasse »

Pour la majeure partie d'entre eux, il n'y avait pas d'inconvénient à la réalisation de feuilles de soins au format papier à la place des feuilles de soins électroniques. Les patients viennent le plus souvent consulter avec leur carte d'AME.

- E3 : C'est des gens qui ont toujours leur attestation avec eux. Donc finalement on fait une feuille de soins avec les numéros, le code organisme et puis... (...) C'est rapide et ça me coûte rien du tout.

- E9 : Ils sont très, très à cheval sur le papier, le numéro, ils montrent toujours tout.

- E11 : Ça prend 30 secondes de faire une feuille de soin, c'est pas... Ça nous dérange pas.

- E13 : *Moi ça me pose pas de problèmes. Non, je fais des feuilles de soins pour d'autres, pour des CMU qui ont pas la carte vitale aussi.*

- E14 : *Ils ont tous leurs attestations ou autre, il y a pas de problème.*

- E15 [à propos du temps passé à faire une feuille de soin papier] : *Non, pas plus que de traiter une carte vitale.*

- E18 : *Ça pose pas trop de problème non. C'est pas eux qui font les plus euh, les plus de feuilles papier.*

- E20 : *Les miens pareil, ils sont toujours bien à jour.*

Cela posait néanmoins des problèmes à certains d'entre eux.

- E4 : *Je déteste faire des feuilles de soins. Si, j'aime pas parce que on peut pas les tracer, c'est difficile. Je sais jamais si je suis payé ou pas. (...) Perte de temps c'est minime quand même comme argument. C'est vraiment le problème de remboursement.*

- E6 : *Des fois ils te donnent un numéro, t'envoie à la sécu puis ces truffles 3 mois, allé 3 semaines, 1 mois après ils t'envoient un papier comme ça là tu vois en disant « ah beh oué ben on a pas pu vous régler parce que... » un truc à la con.*

- E16 : *Ça fait chier. (rires) Mais non mais c'est long, ça fait de la paperasserie.*

- E17 : *Ils ont pas leurs cartes sur eux tout le temps. (...) Alors au moins je fais les photocopies et je garde.*

- E19 : *Ça fait de l'administratif en plus et... Et on dépense un timbre.*

D'autres avaient expliqué qu'ils ne les envoyaient pas toujours.

- E7 : *La moitié du temps, je les fous dans un coin, je les envoie pas mais bon...*

- E10 : *m'avait confié ne même pas savoir à qui adresser les feuilles de soin papier.*

- E12 : *Moi ça me dérange pas, enfin le, sur le, le principe même, j'ai tellement fait de feuilles comme ça, que j'ai d'ailleurs pas toujours envoyé.*

C'était le **secrétariat** qui gérait ces feuilles de soins dans plusieurs cabinets.

- E11 : *Après c'est pas moi qui les envoie, c'est la secrétaire. J'ai la chance d'avoir un secrétariat hein sinon je dirais peut-être pas la même chose si, si je devais tout envoyer moi-même.*

- E18 : *Elle fait toute la compta et elle rattrape après les impayés. Ou les tiers payants des mutuelles.*

- E20 : *Après j'avoue c'est elle qui gère les feuilles de soin. (...) Je lui donne la feuille de soin et elle se débrouille.*

b) Remboursements

Le retour de paiements des feuilles de soins papiers étaient parfois estimés satisfaisants.

- E7 : Après on est bien remboursé.

- E16 : On est payé hein de toute façon.

- E18 : C'est long mais ça pose pas de soucis

Parfois ces remboursements étaient plus problématiques.

- E1 : J'avais fait une feuille de soin papier qu'on était censé du coup envoyer mais je crois que le médecin n'avait jamais reçu le règlement.

- E2 : Toujours les mêmes problèmes avec la Sécu, oué des retards de paiements. (...) Je perds quand même grosso modo une consultation à chaque fois donc c'est quand même, à terme c'est quand même un peu, enfin embêtant.

- E17 : Là vous travaillez pour le roi de Prusse. C'est-à-dire que euh... Si vous êtes payé vous êtes content, si vous êtes pas payé vous vous démerdez autrement.

Certains ne contrôlaient simplement pas ou peu les remboursements des consultations par l'Assurance Maladie.

- E8 : Je regarde pas beaucoup si je suis remboursée. Je fais une partie des consultations gratuites je pense.

- E9 : J'espère que je n'ai pas de, de problème parce qu'en fait je ne contrôle pas le retour des feuilles de soins.

- E10 faisait parti de ceux-là.

- E13 : On contrôle pas beaucoup. Je fais confiance à la Sécu. (rires)

- E14 : Enfin je, je suis pas réglo, réglo, comme j'ai double casquette, je m'autorise, non mais j'ai pas, j'ai jamais eu de problèmes.

Plusieurs d'entre eux jugeaient même ces remboursements sans importance, le plus souvent car les consultations auprès des bénéficiaires de l'AME constituaient une faible proportion de leur activité.

- E6 : On a le droit de faire quelques consults sans être payé, tu vois. C'est pas la majorité donc pour moi c'est pas un problème.

- E8 : Vu que c'est pas la base de ma patientèle. Voilà bon, si j'en perd 2 consultations par semaine.

- E15 : C'est remboursé ou pas remboursé hein. c'est... Comme le reste.

4. Actes gratuits

De même que les défauts de remboursement pouvaient être consentis dans l'activité quotidienne des médecins, des consultations non rémunérées pouvaient être réalisées dès l'instant où elles restaient occasionnelles.

- E5 : Quand c'est pas à jour, ça arrive, je fais une fois, deux fois, puis après je dis... Faut se mettre à jour sinon je réoriente aussi.

- E9 : Consultation gratuite chez moi oui. 1 fois, 2 fois mais pas plus.

- E12 : Je trouve que c'est plutôt un privilège d'avoir la possibilité de faire des actes gratuits.

- E15 : Il y a des choses minimales qu'on fait, ce sont les actes gratuits.

- E17 : Dans ces cas-là je soigne gratuitement et j'essaie de, de voir autrement.

E4 avait déjà utilisé la couverture de santé d'un membre de l'entourage du patient consulté.

- E4 : Ils me proposent de prendre la carte vitale de l'autre personne.

5. Prise en charge spécialisées

a) Accès aux spécialistes d'organe et chirurgiens

Aucun des médecins rencontrés ne déclare refuser de recevoir des patients ayant l'AME. Les refus directs d'autres médecins spécialistes restaient rares.

- E3 : Après est-ce qu'ils m'en parleraient, je sais pas. Mais non j'ai pas quelqu'un qui est venu me voir en me disant « untel a pas voulu me soigner » ou ci ou ça.

- E6 : Je me rappelle pas d'avoir adressé un patient euh... Qui ait, qui ait été rejeté par un spécialiste avec qui tu bosses depuis 15-20 ans. Ça serait un peu compliqué pour lui de le faire.

- E9 : Avec une fois un refus mais je me souviens pas euh de quel cas il s'agissait. Je sais pas, une fois ça m'a mis en rogne.

- E13 : J'ai déjà eu un patient qui a été refusé de soin par un, un, par un ophtalmo parce qu'il avait l'AME.

- E16 : Puisque le seul accès qu'ils ont, c'est jamais les cliniques. (...) Les cliniques et les spécialistes en secteur 2, sont tous secteur 2 et donc euh... Ils ne, ils les prendront pas. Ah beh ils les prennent pas, pas ! Il y a aucun spécialiste dans Bordeaux qui prend euh les AME.

Peu de médecins rencontrés avaient en pratique expérimenté des difficultés d'**accès aux médecins spécialistes** mais cet accès était biaisé par des adressages différentiels.

- E3 : J'ai jamais été confronté mais je sais qu'il y en a qui refusent de voir des CMU ou des AME.

- E4 : L'accès au spécialiste peut-être qu'il est plus compliqué évidemment, il est compliqué déjà pour beaucoup de personnes.

La raison principale des refus ou adressages différentiels est liée aux **dépassements d'honoraires**. Les médecins ne s'étendaient le plus souvent pas dessus car cela leur semblait évident mais quasiment tous concédaient qu'il s'agit de l'entrave majeure.

- E10 expliquait ne pas adresser les patients bénéficiant de l'AME aux spécialistes effectuant des dépassements d'honoraires.

- E17 : Ils vont payer un cardiologue 50 ou 60€ de plus. Euh si je les adresse à des chirurgiens c'est 300, 400, 500, 1000€. Non, non. Faut pas rigoler là. C'est tellement euh... logique.

Certains médecins estimaient aussi que les patients ayant l'AME avaient fréquemment une attitude ou un comportement moins conforme qui pouvait dérouter ou déconcerter certains spécialistes.

- E12 [parlant de l'agitation plus fréquente de ces patients] : Je pense qu'ils vont, ils risquent d'être mal reçus dans certaines spécialités. (...) Ça risque de pas trop marcher dans le libéral.

- E17 : J'embête pas mes spécialistes avec tous ces gens-là qui, qui n'ont pas de, de quoi subvenir leurs besoins.

Deux d'entre eux avaient fait part de retour de consultations **moins approfondies** ou des **remarques péjoratives** exprimées devant les patients bénéficiant de l'AME par certains spécialistes.

- E19 : Mais dans la prise en charge j'ai l'impression que c'est un peu plus... (...) C'est le, oué, sans dire le terme bâclé mais euh... À la volée quoi.

- E20 : Parfois ils sont pas forcément accueillis comme il se doit. Enfin j'ai un patient qui me racontait qu'il avait déjà eu des petites réflexions. (...) « Vous avez l'AME... » bref. Ils râlaient un peu parce qu'il fallait faire une feuille de soins...

b) Accès aux soins psychiatriques.

La prévalence des pathologies psychiatriques chez les bénéficiaires de l'AME est plus importante que dans la population générale. Le recours aux médecins psychiatres voire aux psychologues était pourtant plus difficile pour ces patients. Il en résulte une **carence de soins** fréquente dans ce domaine.

- E16 : Notamment, et ça j'insiste... (...) C'est les gens qui ont des, qui ont des problèmes souvent psychiatriques. (...) [en parlant de l'accès aux psychiatres libéraux] C'est pas compliqué, c'est impossible !

Les dépassements d'honoraires pour des consultations plus longues sont fréquents.

- E12 : Ils prennent quand même des dépassements parce qu'ils ont des consultations longues.

- E16 : Trouvez-moi un psychiatre qui prenne secteur 1 et tout de suite vous m'appellez.

Les **structures publiques** se révèlent saturées, entraînant des délais d'attente trop longs voire des refus.

- E16 : Le CMP, euh le truc... Qui me dit qu'ils ont des attentes de 6 mois. Charles Perrens qui me dit qu'il veut pas.

La **barrière de la langue** entre également en jeu dans ces consultations où elle occupe une place fondamentale.

- E9 [s'agissant des soins par les psychiatres] : Il y a la barrière de la langue hein.

- E13 : En France, les psychiatres ils sont pas souvent bilingues.

E9 avait un ressenti via les patients qu'il suivait de l'insuffisance de ces consultations. Il reconnaissait la complexité de ces prises en soin mais reprochait aux médecins leurs **manques d'implication**. E12 n'avait pas non plus eu une expérience très favorable.

- E9 : Ils ont un psychiatre qui donne des médicaments, qui sert à rien. Psychiatres assez passifs qui font, à mon avis ils se contentent de donner un médicament. J'ai pas l'impression sans vouloir trop critiquer les, les, les confrères, je crois pas qu'ils se donnent beaucoup de peine. (...) Et puis euh, la frustration de pas pouvoir faire grand-chose. (...) Une impression très subjective aussi, ben oui en fait, transmis par le patient en fait. Comment il le ressent, qu'est-ce qu'il reproche au, au psychiatre qui est quand même dans une impuissance. Donc réellement ce qu'il fait le psychiatre, je suis, je suis mal placé pour le juger.

- E12 : Les psychiatres en ville, je ne sais pas comment on peut fonctionner avec eux au niveau de l'AME. (...) J'ai aucune idée et j'ai pas l'impression d'avoir eu de très bon euh... Retour quand même.

6. Des problématiques multiples

Les patients possédant l'AME présentent souvent plusieurs motifs de consultation en même temps. Ils vivent en effet au sein d'un système difficile à maîtriser et de conditions précaires qui altèrent leur santé. Parfois un manque d'accès aux soins dans leurs pays d'origine peut aussi être en cause.

- E3 : Je pense qu'ils sont dans une demande encore plus importante que, que, que des gens, que des français euh... Qui connaissent le système de santé depuis bien longtemps. Eux, ils ont eu des trajets quand même ils sont, plus ou moins compliqués.

- E15 : C'est à eux à utiliser, à apprendre à utiliser le système hein.

Comme dit précédemment, E14 et E15 avaient remarqué que ces patients étaient plus demandeurs que les assurés sociaux classiques et se présentaient en consultation avec de nombreux motifs.

- E14 : Il voulait voir un ophtalmologue, il voulait euh, voir euh... Il voulait donner son rein, un de ses reins, voir s'il pouvait être donneur pour pouvoir être rémunéré. (...) Et sa femme voulait voir une gynécologue voilà.

- E15 : Ensuite quand les choses s'installent effectivement ils sont en demande euh, d'un certain nombre d'éléments. (...) C'est tout en même temps en fait.

Comprendre la demande du patient au sein de ses plaintes fonctionnelles est souvent plus difficile que pour les autres patients, notamment à cause de la difficulté à s'exprimer.

- E3 : Puis on a des difficultés à les trouver ces problématiques puisque déjà qu'en soit quand on parle la même langue, le motif de consultation est pas forcément le bon.

- E12 : Forcément c'est plus qu'un rhume, il y a souvent plusieurs choses, déjà il faut comprendre où est la demande.

E3 mettait aussi l'accent sur la nécessité de **dépistages et de prévention**, y compris quand ce n'était pas le motif de venue du patient.

- E3 : Moi j'en profite pour faire du dépistage (...) Et donner quelques infos sur les vaccinations pour les enfants.

L'**intrication du social** dans les consultations auprès des patients ayant l'AME est omniprésente, à nouveau posant plus ou moins de problème aux praticiens.

- E13 : Des fois un petit peu peut-être au niveau social. Quand il y a des demandes particulières mais sinon après, enfin... J'ai pas l'impression qu'il y ait de différence.

- E16 : C'est les patients qui nous prennent le plus de temps social que les, presque, que les patients CMU parce qu'ils comprennent pas.

7. Des consultations plus complexes et chronophages, ou pas

Pour beaucoup les consultations auprès des personnes couvertes par l'AME étaient plus longues et recelaient des difficultés multiples : langue, intrication avec une vulnérabilité sociale importante, relation et organisation différente...

- E2 : C'est quand même des consults compliquées donc euh... Il y a plein de fois où je sais pas trop où on va, ce qu'on fait euh...

- E3 : Trouver le motif caché parfois. Donc en plus s'il y a la langue.

- E11 : Globalement oui c'est plus chronophage. La langue oui, oui. De... Finalement de retrouver aussi l'historique.

- E18 : Ils prennent plus de temps, un peu plus de temps je le reconnais.

- E19 : Qui prennent plus de temps parce que euh, c'est des patients qui nécessitent plus d'attention du fait de la barrière de la langue et euh des difficultés d'intégration, du fonctionnement du soin en France euh...

Toutefois, certains médecins n'avaient pas ce ressenti et ce, malgré l'expression de plusieurs difficultés. Il s'agissait de consultations avec des singularités qui n'étaient finalement pas plus complexes que les autres. Quelques-uns en avaient même l'image de consultations plus simples.

- E4 : C'est pas plus rapide, c'est pas non plus plus long.

- E5 : Quand cela s'intègre dans un suivi ça prend un peu plus de temps. Ça prend un peu plus de temps... Donc c'est vrai que sur la moyenne je l'associe pas la consultation AME à plus de temps.

- E6 : C'est pas des consultations complexes. (...) Après bon si t'as une pathologie complexe oui mais c'est pas le patient.

- E9 : Donc comme je vous ai dit en fait, ils sont très peu malades la plupart et... Des gens, ça va très vite et puis euh, les cas graves, ce dont je vous ai parlé ah ben c'est le boulot de spécialistes. (...) C'est au contraire des, des, des consultations euh... Courtes.

- E10 considérait ces consultations comme comme ni plus longues, ni plus complexes.

- E15 [à propos de consultations chronophages] : Pas forcément. Alors au départ c'est un peu plus court parce que ils veulent pas forcément dire grand-chose.

- E17 : De toute façon si vous faites une bonne médecine ce sera chronophage, que vous le vouliez ou pas.

8. Des consultations enrichissantes ou frustrantes

Des médecins avaient évoqué que les patients ayant l'AME étaient agréables et d'un contact facile.

Plusieurs d'entre eux avaient aussi jugé qu'il s'agit fréquemment de **liens différents et privilégiés**. Ces relations d'aide n'étaient pas tout-à-fait comme celles avec les assurés sociaux classiques, où il fallait souvent plus s'investir et où les contextes et les personnes étaient particulières.

- E2 : Il y a un lien qui se crée, qui se crée plus qu'avec d'autres parfois. (...) On reste plus longtemps. (...) J'ai l'impression de leur rendre plus de service quand même.

- E3 : Faut prendre le temps quoi. donc euh, enfin moi j'aimerais bien...

- E11 : C'est un, une activité qui m'intéresse quand même. (...) Je suis plutôt même à booster, euh enfin à, à dire que, qu'il faut prendre ces patients et les suivre sur longtemps.

- E12 : J'aime bien d'ailleurs voir la, la progression euh... Oui, oui, j'en ai qui sont passé d'un état quand même assez précaire où ils allaient euh, euh, à Saint André de temps en temps (...) et qui après ont fait leur vie...

- E16 : Chaque fois que le France a eu des vagues d'immigration, ça a été un enrichissement pour le pays.

- E18 [pour qui cette implication sociale est gravée dans l'historique du cabinet] : C'était ici des médecins militants, c'était des médecins des dockers de Bordeaux. Pour eux, le tiers payant et la CMU tout ça, c'était euh naturel quoi. (...) Donc, ils avaient une éthique déjà qui était, qui était bien ancrée. (...) C'est pour ça que nous à la consultation permanente, on voit forcément des AME.

Inversement, il apparaissait parfois que ces consultations pouvaient être moins épanouissantes voire éprouvantes. On retrouve ici le rapport aux difficultés à se comprendre et à progresser dans la relation de soin.

E14 avait évoqué le côté un peu tendu qu'elle avait vécu à causes de demandes exigeantes et d'incompréhension.

- E5 : Ça avait un petit côté pas frustrant mais... (...) Dans la communication il y a souvent, alors pas tous parce que j'ai des AME qui parlent très bien français mais dans le lot quand

même il y a, c'est de la, comment dire, de, de la **médecine grande ligne**. On peut pas affiner vraiment les choses et éduquer vraiment.

- E8 [à propos d'une meilleure communication]: Qu'on puisse avoir des échanges intéressants quoi.

- E20: Je trouve ça frustrant. Alors je suis une grande bavarde et je trouve ça frustrant parfois de pas arriver au bout de ce que j'aimerais.

5) Stratégies développées

1. Communication

a) Accompagnants

Très souvent, les patients allophones se font assister en consultation médicale par une personne qu'ils connaissent, susceptible de pouvoir traduire les informations échangées.

- E7 [en parlant de la clinique où il travaille quelques heures par semaine]: Il y a le barrage de la langue mais enfin souvent il y a un interprète. (...) C'est toujours des tiers personnes qui viennent gentiment, qui se dévouent.

- E9: Ils sont accompagnés, ça arrive des fois. Je pose des questions et ils commencent à répondre... L'accompagnateur complète.

- E14: Des gens euh... Qui sont dans le coin et bien, dans le quartier bien insérés et qui aident d'autres personnes arrivant. (...) Ils viennent au début et puis après ben ce sont quand même des contraintes et donc ils viennent euh, tous seuls.

- E18: Il est arrivé une ou deux fois qu'ils soient accompagnés. (...) C'est quelqu'un informel dont on sait qu'il a une double langage, qui parle français...

E11 posait en revanche la question du **secret médical** :

- E11: J'en ai un qui vient toujours, qui prend toujours rendez-vous si son ami peut venir en fait. (...) Ça se passe bien après c'est vrai pour la confidentialité c'est pas génial.

b) Accompagnants mineurs

Les personnes venant aider à communiquer sont très fréquemment des personnes de la famille ou de la communauté des patients. Comme souligné par E2 un peu plus haut, la scolarisation des enfants leur apporte une meilleure intégration et un bon apprentissage de la langue française. Il n'est donc pas rare que ce soit eux qui assistent leurs parents pendant les consultations.

L'implication d'enfants mineurs ne gêne pas certains praticiens.

- E1 : Parce que la maman ne parlait pas français mais c'était la petite fille qui faisait la traduction.

- E2 : Leurs enfants parlent mieux français qu'eux donc on essaie de... Oué on essaie de se débrouiller en faisant venir les enfants.

- E12 : C'était la, la petite fille qui devait avoir 7 ans ou 8 ans à l'époque qui a commencé à traduire à sa mère. Mais c'est assez marrant de voir... elle était grande comme ça (...) Finalement oui, oui, ça s'est passé pas mal. (...) Il y a des sujets qu'on a, qu'on aurait peut-être eu plus de mal à aborder mais enfin comme je voyais pour des problèmes somatiques purs, ça avait pas l'air de gêner la maman.

Alors qu'elle était très **litigieuse** pour d'autres, relevant du rôle de l'enfant et de ce qu'il peut entendre. La pudeur des parents ou des médecins risquait par ailleurs d'entraîner une perte d'information importante.

- E9 : C'est très grave pour les enfants en fait d'entendre le malheur de, de leurs parents.

- E20 : Sauf que c'est gênant d'être en consultation avec une jeune fille de 14 ans et son père euh... Enfin, les questions à poser, enfin c'est un petit peu gênant sur certains points. (...) Après il vient pas tout le temps avec elle donc les fois où elle est pas là, j'essaie de me rattraper mais des fois je suis pas sûr qu'il comprenne tout malgré tout.

c) Interprètes

Peu de médecins avaient eu l'expérience d'interprètes professionnels.

- E3 : Quand je travaillais dans les Deux-Sèvres, j'avais souvent avec France Terre d'Asile un interprète qui venait.

- E16 : Des patients j'ai eu des interprètes. (...) Il y a un centre là, à côté de réfugiés justement. (...) Voilà, c'était l'interprète.

Cette ressource reste malgré tout difficile à mobiliser. Plusieurs médecins ne sachant pas même comment y avoir accès.

- E3 : J'ai essayé de demander au CADA si, comment on pouvait faire pour... Si eux ils avaient une ligne à me donner avec des interprètes en direct. Apparemment non.

- E20 : Je sais même pas comment on fait pour en trouver.

L'accès aux interprètes peut se faire par **visio-conférence**. E11 reconnaissait l'intérêt mais y voyait quelques contraintes, E13 n'en avait pas ressenti le besoin au jour de l'entretien.

- E11 : Il y a quand même plein de freins parce que pareil faut prendre rendez-vous, faut que le patient puisse venir, si c'est des patients précaires ils veulent qu'on réponde à la demande souvent euh... C'est urgent souvent...

- E13 : Moi j'utilise pas mais j'ai la possibilité d'avoir accès à Accéo-langue. (...) Mon collègue s'en sert beaucoup, moi j'ai pas l'utilité encore donc je l'ai pas faite.

d) Aide d'autres structures

La plupart des patients suivis par E8 lui était adressée par une structure sociale qui voyait les patients au préalable.

- E8 : Avec la structure sociale là où, avec lequel ils travaillent, souvent il y a l'infirmière coordinatrice qui vient travailler avec moi pour la 1^{ère} consultation pour me présenter un peu le dossier.

E13 disait faire des **adressages différents** de ses patients qui ne parlaient ni anglais, ni français. Certains médecins préféraient essayer de relayer les patients vers un autre interlocuteur lorsqu'aucune communication ne pouvait percer.

- E5 : Moi je vous avoue quand il y a vraiment zéro communication possible, je passe souvent la main. (...) Alors à qui ? Euh... Bonne question. Alors euh... C'est vrai que... Médecins du Monde. (...) J'avais aussi orienté vers l'hôpital en précisant qu'il n'y avait pas de communication en français possible et ils avaient détaché un interprète.

e) Langues tiers

Une des autres principales stratégies employées par les médecins est le recours à une **langue commune** entre le patient et eux. La maîtrise de ces langues tiers est le plus souvent modérée ou minime d'un côté comme de l'autre mais leur permet de débrouiller la situation et d'avancer dans la consultation.

Les langues parlées sont principalement l'anglais et le français, voire l'espagnol.

- E2 : Il y en a quand même qui comprennent l'anglais, je parle un peu anglais, je le comprends. On parle anglais.

- E5 : Après je suis ouvert, je parle même anglais avec des bulgares voyez.

- E11 : Sur la langue euh on baragouine souvent des mots d'anglais, d'espagnol assez régulièrement oué.

- E12 : J'arrive à baragouiner en anglais.

- E14 : Certains parlent anglais donc on essaie de parler en anglais.

- E15 : Ben en anglais. C'est en passe de devenir la langue universelle, non ? (...) Après il y a moyen de s'arranger en espagnol.

- E16 : Je parle l'anglais. Il y a un réseau qui s'est fait que j'ai, j'ai quelques patients euh qui sont d'Amérique du Sud qui viennent me voir parce que le fait que je parle l'espagnol.
- E17 : Je parle l'arabe. (...) Je suis anglophone.
- E19 : On arrive à parler un peu anglais ensemble.

f) Ressources numériques

De nombreux **logiciels** et **applications** existent pour apporter une traduction écrite, voire même orale. Certaines sont plus spécifiques du vocabulaire médical.

Nombreux étaient les médecins à ne pas en être satisfaits mais à les utiliser quand les autres ressources manquaient.

- E2 : De temps en temps on se traduit des mots sur Google Translate, des choses très spécifiques sur des antécédents.
- E3 : On traduit avec le téléphone, avec des traductions qui sont très aléatoires.
- E8 : Ils sont tous avec leur Google Translate.
- E11 : Et pfff, Google Translate. Mais c'est de la merde on va dire oué. Ça traduit ce que ça veut traduire. Ou n'importe quoi oué.
- E14 : Avec leurs applications téléphoniques ils retranscrivent ce qu'ils disent, s'il y a pas d'interprète. Autrement avec internet j'essaie de, de... De discuter avec eux.
- E17 : Ils ont leurs téléphones. Je leur dis « vous avez ça, pam, pam, pam ».
- E20 : après moi j'utilise beaucoup, enfin j'essaie d'utiliser euh... ah ! Traducmed.

Comme vu plus haut avec E13 et E11, les ordinateurs peuvent aussi permettre un accès à un interprète professionnel grâce aux systèmes de **visioconférence**. Les téléphones offrent aussi un accès plus facile aux traducteurs, informels notamment.

- E12 [cite l'expérience de son associée] : Là il fallait que quelqu'un vienne faire l'interprète et du coup elle était obligée de la faire par téléphone avec quelqu'un de la famille qui arrivait à faire... Là c'était plus... Technique.

g) Adaptation des consultations

Certains médecins retravaillaient la structure de la consultation et les informations délivrées pour faire face à ce défaut de communication.

- E8 : J'essaye de faire petit à petit.
- E18 : On essaie de faire passer des messages clairs et simples. Euh surtout pour expliquer une pathologie. Alors voilà, c'est peut-être un peu plus délicat, on prend son temps.

- E20 : J'essaie de faire des questions oui, non parce que sinon euh... Pas sûr qu'il comprenne tout. (...) Essayer d'être encore plus systématique, qu'on, qu'on l'est déjà oui.

E13 s'appuyait beaucoup sur des **dossiers médicaux** constitués par son prédécesseur pour s'orienter dans les consultations.

- E13 : Après il y en a plein qui étaient déjà suivis avant donc j'ai déjà un bon dossier. (...) Ils m'ont ramené leur dossier médical, ils avaient tout

h) Gestes

Plusieurs médecins disaient aussi arriver à se débrouiller à l'aide de gestes ou de désignations. Cela était parfois considéré comme un stratégie plutôt efficace.

- E7 : Avec euh... Le langage des signes.

- E9 : Oh je parle avec les mains et les pieds hein.

- E10 disaient faire des gestes pour communiquer lorsque la conversation verbale n'était possible.

- E17 : On peut faire des gestes.

i) Schémas

E19 avait évoqué les explications médicales appuyées « *par des schémas* ».

j) Renouvellement et indications écrites

Parfois les patients allophones re rendaient au cabinet avec des informations manuscrites sur lesquelles la consultation pouvait s'appuyer.

- E7 : Ils arrivent avec des papiers, ils ont ce médicament à marquer et puis on arrive à se comprendre.

k) L'art de la débrouille

De même que la gestuelle, nombreux étaient les médecins qui disaient arriver à se débrouiller avec ces consultations et leurs échanges verbaux limités. Les stratégies n'étaient pas toujours très détaillées mais ils arrivaient à comprendre et offrir des soins malgré cet obstacle.

- E2 : Puis euh... on bricole quoi. (...) On se débrouille toujours oué.

*- E6 : Ils parlent un peu anglais ou par onomatopées. (...) Dans des langues étrangères si voilà où je comprends rien du tout bon... On fait comme les **vétérinaires**.*

- E9 : Je me débrouille. (...) Mais avec tout ça entre les différents moyens de communication autres que verbal, ça passe.

- E15 : On essaye de se débrouiller.

- E19 : Ben on se débrouille. (rires) On se débrouille comme on peut.

2. Organisation personnelle

a) Prendre du temps

Pour plusieurs médecins il s'agit certes de consultations plus longues mais surtout de consultations auxquelles il faut savoir consacrer plus de temps pour offrir des soins adaptés : communication plus lente, informations plus difficiles à faire comprendre...

- E3 : On peut pas les bâcler quoi. (...) Après le temps, je veux dire c'est comme ça, on le prend, on le prend pas mais bon.

- E18 : On essaie de faire passer des messages clairs et simples. Surtout pour expliquer une pathologie. Alors voilà, c'est peut-être un peu plus délicat, on prend son temps. On est obligé euh de prendre son temps, de dire voilà « ça c'est ça, ça c'est ça. » On répète.

- E20 : Une de mes devises c'est prendre le temps qu'il faut euh... Pour faire correctement mon travail donc je suis souvent en retard mais... Au moins ils savent que quand ils sont en face de moi, je prendrai le temps.

Pour pouvoir se donner ce temps supplémentaire, certains ne regardaient pas l'heure et consacraient le temps nécessaire, quitte à accumuler du retard. D'autres essayaient d'**adapter les plages de consultations** lorsque cela était possible.

- E3 : C'est sûr que ce serait plus simple si on était prévenu à l'avance de savoir que... Pour pouvoir bloquer des créneaux plus longs quoi mais...

- E8 : Je m'arrange un peu avec mon planning moi. C'est vrai que si je, s'il me demande un rendez-vous pour la prochaine fois j'ai tendance à bloquer celui d'après parce qu'autrement je sais que ça va durer plus de temps quoi.

- E11 : Parfois pour le chronique, il faudrait se laisser plus de temps et vraiment reprogrammer mais c'est pas toujours possible justement.

- E20 : Comme j'en ai pas beaucoup je sais qui c'est et parfois ça m'arrive de bloquer le rendez-vous d'après pour justement avoir le temps nécessaire.

b) Hiérarchiser

E8 essayait d'avancer par étapes dans le soin aux personnes détenteur de l'AME.

- E8 : *On est obligé de résumer un peu la médecine à la chose vraiment la plus importante. Et puis le détail ce sera vraiment quand on arrivera mieux à communiquer. (...) J'essaye de faire petit à petit. (...) Et puis en plus moi ils arrivent dans des tels états de santé qu'il faut vraiment reprendre à la base limite « bon on survit puis après on verra au fur à mesure ».*

c) Prévoir un suivi

L'évolution des relations médicales est donc **lente** et **progressive**, d'où l'intérêt de mettre en place un suivi. Il pouvait, néanmoins, s'avérer difficile de le rendre effectif avec certains patients bénéficiant de l'AME.

- E2 : *Je leur refixe ensemble un rendez-vous, je me dégage du temps exprès pour eux ils sont hyper réglos.*

- E11 : *Finalemment il y en a qu'on reprogramme, qui reviennent pas forcément.*

- E14 : *Ils viennent sans rendez-vous [sur des plages de consultations dédiées] et des fois je leur dis que c'est pas possible, de revenir AVEC un rendez-vous et ils viennent pas forcément.*

3. Aides sur plan psychiatrique

Concernant les **soins psychiatriques**, il était difficile d'arriver à aiguiller le patient vers des soins spécialisés et d'avancer par soi-même.

E16 n'avait pas l'impression d'apporter une aide constructive dans ce domaine. Le simple recours aux traitements pharmacologiques, seule ressource dont il disait disposer, se révélait très peu efficace.

- E16 : *Qu'est-ce qu'on fait ? C'est qu'on les met sous anti-dépresseurs. (...) [à la question sur la progression avec les patients ou si la situation est trop complexe] Non, non, non, la médication, voilà mais c'est ça.*

E9 s'estimait capable d'aider sur les pathologies psychiatriques rencontrées le plus fréquemment chez les migrants mais manquait de temps pour réellement pouvoir progresser là-dessus avec eux.

- E9 : *C'est euh... exceptionnel que je peux prendre en charge le syndrome de stress euh, post-traumatique. C'est exceptionnel. Où que c'est ça qui prend du temps hein en consultation de... Ouh d'écouter.*

Pour E19, cela dépendait de la dynamique et de la volonté d'intégration des patients.

- E19 [sur la progression dans les soins psychiatriques] : Sur certains j'y arrive. Oué, oué. Quand ils, quand il y a un processus d'intégration de leur part.

4. Prise en soin spécialisée

On retrouvait chez presque tous les médecins rencontrés un **adressage différent** des patients bénéficiant de l'AME.

Le plus souvent, ils préféraient envoyer directement les patients à l'**hôpital**, parfois même sur demandes de ceux-ci. Les centres hospitaliers possèdent pour certains un accompagnement psycho-social plus adapté à ces patients vulnérables.

- E8 : Je les adresse qu'au CHU pour le coup et c'est souvent des patients qui étaient en plus suivis au CHU à leur arrivée, qui avaient des pathologies très lourdes. (...) Je sais qu'on peut faire appel à des traducteurs pour le coup beaucoup plus facilement. C'est quand même plus développé.

- E9 : Systématique l'adressage à l'hôpital. Mais, on a à Bordeaux encore des bons services à l'hôpital public. Il y a aussi quand même le, bah le... L'étayage du, du service public. L'assistante sociale, euh... Infirmière que sais-je.

- E17 : D'ailleurs ils s'envoient à l'hôpital, ils y vont toujours même sans que je les envoie.

- E18 : On sent bien et puis après les personnes nous disent euh... Elle mêmes « ne nous dirigez pas vers du dépassement d'honoraire ».

Malgré son commentaire précédent, E9 différenciait les patients précaires des autres dans son recours aux spécialistes.

- E9 : Maintenant quand même avec une dégradation du service public. Mon réseau est euh, très libéral. Mais je choisis aussi mes correspondants. Qui sont très fidèles, qui sont, j'y tiens, qui ont quand même de l'humanité.

E14 et E20 préféraient correspondre avec l'hôpital et ne distinguaient pour cela pas les patients ayant l'AME des assurés sociaux classiques.

- E14 : Ça me pose, enfin le, en fait moi je traite mes patients comme si moi je traitais mes soins à moi. C'est pas parce que je les envoie à l'hôpital, j'ai d'autres pa, mes autres patients je les envoie aussi à l'hôpital. (...) Je fais pas de différence avec quelqu'un qui, qui peut pas aller... Enfin euh, comment dire qui a l'AME ou quelqu'un qui peut payer.

- E20 : Souvent je les envoie plutôt au CHU parce que je sais que... Euh... C'est plus facile malheureusement qu'en clinique. (...) Après je correspond beaucoup avec le CHU de toute façon.

D'autres médecins faisaient appel à leurs **réseaux de spécialistes** en sachant que ceux-ci accepteraient de recevoir les patients, même détenteurs d'une carte AME.

- E5 : Ah oui, non, non globalement. Alors bien sûr j'oriente les spécialistes hein. Je... Ceux qui sont pas réputés pour faire des dépassements, pour, voilà.

- E6 : J'avais des secteurs 2, je leur dis « celui-là, il a pas de, il a, il est pas friqué », il le fait tarif 1. Les secteurs 2 ils font pas 100% de tarif 2. En pratique, bien sûr, mais quand tu l'appelles, que tu le connais, tu dis « bon celui-là, faut que tu le soignes, machin », il y a pas, enfin moi j'ai pas eu de problèmes.

- E7 : Non parce que en général je travaille avec des correspondants que je connais donc que... Dès le moment où je les envoie, ils vont pas, ils vont pas refuser.

- E10 ne correspondait pas pour ces patients avec des spécialistes réalisant des dépassements d'honoraire.

- E11 : J'ai réussi à avoir des rendez-vous mais après je pense que les médecins, les spécialistes du quartier doivent être aussi, ne doivent pas être réticents, j'imagine.

- E15 : Je les adresse à des endroits euh... J'ai un laboratoire notamment où je sais qu'ils seront reçus et qu'ils paieront rien du tout. (...) Ou j'ai d'autres collègues que je connais et je les appelle et je leur dis « est-ce que tu peux recevoir ? » et puis voilà, terminé.

E13 ne séparait les correspondances que pour des problèmes de barrière linguistique, E18 recherchait une prise en soin identique aux autres patients.

- E13 : S'il y a pas de barrière de la langue ou s'ils parlent voilà même anglais, je les oriente comme les autres.

- E18 : On les envoie exactement à nos correspondants comme les autres.

Ces correspondances différentes du circuit des autres patients étaient parfois réalisées pour **protéger les patients**, notamment d'une confrontation à ces refus. Cela concernait aussi les soins primaires selon E11.

- E11 : Je pense qu'il y a quand même des réticences euh, à consulter je pense, j'imagine. (...) De peur d'être euh... Refusés je pense oué.

- E15 : Oui parce qu'il faut pas qu'ils soient, alors il faut pas qu'ils soient confrontés à un échec. Et il est hors de question que je force la main à quelqu'un qui euh... Qui a besoin d'avoir des revenus euh voilà.

5. Aides sur plan social

Plusieurs médecins pensaient que déborder du cadre strictement médical permettait d'apporter une aide plus approfondie à leurs patients.

- E2 : Je pourrais clairement pas, pas assez, je connais pas assez de choses concrètes quoi pour les aider, rien, en tout cas... (...) Je les aide plus, je les aide plus pour plein de trucs que je fais pas avec d'autres patients : sur tout ce qui est les prises de rendez-vous.

- E6 : J'essaierai de savoir pourquoi ça a pas marché. Je vais l'orienter vers une assistante sociale en disant « ben voilà euh... » ou son asso, enfin, on essaie de comprendre. (...) Tu perds énormément de temps dans ces trucs-là.

- E17 : On fait tous les papiers.

D'autres préfèrent passer le relais car ils n'ont pas le temps, les compétences ou qu'ils estiment que ce n'est pas le rôle du médecin d'y prendre part.

- E14 [à propos des prises en charges sociales] : Dans la mesure où je peux le faire oui. (...) Après non, je vais pas les porter. Je porte pas les autres, je ne porterai pas ceux-là. J'ai pas le temps. Enfin je peux pas.

- E16 : Nous sommes, moi je suis pas euh, je suis un relais. (...) Le côté vraiment social euh, dire vous avez droit à cette aide, tout ça, ce n'est pas le, le rôle du médecin.

Outre les structures d'aide qui seront abordées ensuite, les **assistants sociaux** ont ici un rôle fondamental. Certains leurs laissent main mise dans ce domaine, d'autres correspondent plus ou moins étroitement avec eux.

- E1 : Je me souviens qu'ils m'avaient parlé d'une assistante sociale qui les avait aidé mais c'était plus dans le cadre euh... De la prise en charge globale de leurs papiers. (...) C'était parce qu'en fait on avait fait tous les papiers pour eux.

- E9 : Je peux adresser à une assistante sociale. Je sais pas si je l'ai, si j'ai dû le faire. Je l'ai fait rarement. Assistante sociale à la mairie.

- E13 : C'est plus les assistants sociaux qui nous appellent quand euh, par rapport à ces patients que vraiment les patients qui demandent je crois.

- E14 : Leur conseiller de contacter une aide soit une euh... Une assistante sociale du secteur.

- E16 : Une assistante sociale elle fait son métier. (...) Par contre je leur dis « revenez me voir, tenez-moi informé si l'assistante sociale vous a pas relayé, tout ça ». « Vous avez droit aux soins. »

- E19 : Souvent j'essaie déjà de voir avec l'assistante sociale du quartier.

E2 les accompagnait plus pour les aider dans la **prise de rendez-vous** et **se déplacer dans la ville**.

- E2 : Sur tout ce qui est les prises de rendez-vous euh... Tout ce qui est euh... Enfin oui je les aide plus. (...) Oué, ça dépend : les radios, les trucs euh, je leur explique, je leur imprime un plan, je leur donne le plan, enfin...

Un des médecins m'avait confié en dehors du dictaphone donner parfois de l'**argent en liquide** aux patients dans le besoin. En échange, ceux-ci lui offraient des repas ou l'aidaient pour certaines activités de bricolage. Ce médecin voyait ça comme une forme d'entraide ou d'échange équitable.

6. Fonctionnement en réseau

Les connaissances sur les structures, associatives ou institutionnelles, pouvant aider auprès de ces patients étaient très relatives selon les médecins. La plupart connaissaient les grosses structures comme Médecins du Monde ou la PASS et certaines associations du voisinage.

- E1 : Je sais qu'il y a Médecins du Monde euh... Qui est je crois sur les quais et après sinon à part ça euh... (...) J'ai jamais eu besoin d'appeler Médecin du Monde mais je le ferai.

- E3 : Je l'enverrai au CADA.

- E5 : Je pourrais pas en parler des heures. (rires) Oué non pour moi Médecins du Monde et l'hôpital, la PASS.

- E9 : Médical, beh je connais euh Médecins du Monde et Santé... Non ça a pas le même nom. Le PASS je crois, à Saint André. (...) Pour les immigrés, j'en ai pas besoin. Ça c'est plutôt réservé pour les euh... les sans-domiciles fixes qui n'ont pas couverture médicale.

- E11 : Je pense au foyer Leydet, aux lits ha... Aux lits haltes soins santé du coup. (...) On a Médecins du Monde ici, on a la, on a le... CAIO aussi, on a pas mal de CADA euh... Il y a Bègles, il y a le CADA de la gare, il y a plusieurs CADA par-là, il y a le SAMU social juste à côté. (...) Je travaille beaucoup avec l'EMPP aussi, je les ai souvent au téléphone.

- E12 : Je pense que je connais pas trop euh... À part euh... Médecins du Monde. (...) La PASS. Après il y a des associations euh là qui prennent plus en charge les gens, mais c'est un peu, pas spécialement au niveau santé comme l'ASTI [Association Solidarité avec Tous les Immigrés].

- E13 : Après il y a le CCAS. (...) Avec le PASS oui.

- E14 : Le COS [Comité des Œuvres Sociales] s'en charge aussi hein.

- E15 : C'est Médecins du Monde, c'est les ONG. (...) En fonction de la localisation, enfin la, la localisation géographique d'origine, du parcours de la personne, ils ont des réflexes qu'on a pas. (...) Il y a possibilité aussi de, d'accéder beaucoup plus rapidement à des, des organismes sociaux que quand nous on appelle.

- E18 : C'est des fois Médecins du Monde nous, les, les gens ils nous ont fait comprendre qu'ils avaient été, « On nous avait orienté vers le cabinet médical. » Et inversement, socialement après quand on sent qu'il y a un soucis, la secrétaire a toujours le numéro de Médecins du Monde.

- E19 : des ONG quoi. (...) Médecins du Monde et je crois, je sais pas si ça existe toujours mais moi quand j'étais étudiant il y avait une antenne à Saint André.

Comme pour les connaissances du système de l'AME, plusieurs regrettaient un manque de clarté et d'orientation simple dans le réseau bordelais.

- E1 : Sinon, c'est par mes propres moyens qu'il faut que je trouve et du coup ça prend plus de temps, du coup ça me demande des efforts et donc du coup c'est galère.

- E6 : T'as 500000 assos, t'as 50000 trucs mais personne ne le connaît.

E11 était la seule à avoir pleinement appuyé l'intérêt essentiel du fonctionnement en réseau.

- E11 : Je trouve que c'est important de travailler avec eux [les structures d'aide] aussi, enfin pas rester isolé justement. Chez des patients qui sont assez euh... ben il y en a beaucoup qui sont polypathologiques finalement. Et on peut pas tout gérer tout seul en fait, **c'est impossible**. (...) Je cherche justement à développer des partenariats parce que je m'appuie vachement sur eux.

E6 était, quant à lui, très favorable au développement de **dossiers médicaux partagés**. Différents de ceux mis en place par l'Assurance maladie qui était selon lui « déjà obsolètes avant d'avoir commencé » : un dossier partagé par l'ensemble des professionnels intervenant auprès du patient. L'intérêt chez les bénéficiaires de l'AME était d'en améliorer le suivi pour des patients chez qui l'historique peut être long et difficile à retracer. Les échanges et la communication entre professionnels centrés sur le patient étaient aussi plus évidents.

- E6 : Moi j'ai mis en place un dossier médical euh, sur le web que je peux partager avec les médecins, les infirmières, le pharmacien mais aussi l'assistante sociale.

7. Secrétariat

Dans le fonctionnement de certains cabinets, les secrétaires s'occupaient des feuilles de soin, permettant ainsi de **diminuer la charge de travail des médecins**.

La présence d'un secrétariat présentiel offre aussi une aide certaine à la prise de rendez-vous. Beaucoup de patients possédant l'AME se présentent, en effet, directement au cabinet pour chercher à voir un médecin ou fixer un rendez-vous.

Enfin la secrétaire assure aussi le suivi des patients et aide souvent à l'organisation générale du cabinet.

- E3 : Elle est très débrouillarde donc elle, elle communique quoi.

- E5 : Elle va plus facilement leur marquer, leur montrer sur un calendrier la date, l'heure, la montre, bon voyez. Oui ben quand même, enfin on est dans une grande ville et il y a quand même des étrangers donc oui elle sait s'adapter. Elles savent s'adapter.

- E11 : Oui parce que moi euh de prendre les rendez-vous entre 2 patients euh, ça me, ça me, ça serait pas possible.

*- E13 : Des fois elle est obligée bon de bien expliquer, elle fait des petits post-its, des petites choses de rappel. (...) Elle, c'est une ressource parce que c'est elle qui gère tous nos rendez-vous, qui explique aux patients, qui par rapport à quand est-ce qu'il faut venir à l'heure etc... (...) Tout ce que si on a besoin de joindre quelqu'un pour, par rapport à eux ou de scanner les dossiers, c'est elle qui fait tout donc. C'est elle qui **gère une partie des patients avec nous.***

- E18 : Ils n'ont pas de soucis avec le secrétariat, ni la prise de voilè, ils savent comment ça se passe, euh bon la secrétaire aussi connaît bien. On fait de l'AME mais on fait du CMU, on fait du tiers payant donc il y a pas de soucis. Euh elle a l'habitude, la... Elle demande donc. Très aidante oué, oué.

8. Formations

Plusieurs praticiens avaient conscience de ne pas être assez formés aux soins aux populations bénéficiants de l'AME mais plus largement aux personnes en situation de précarité. L'installation récente de certains avec un quotidien et de nouveaux problèmes à gérer ou simplement la charge de travail du cabinet ne leur offraient pas la possibilité de se renseigner là-dessus.

Seul E11 suivait une formation à l'ISPED : le diplôme universitaire *Santé Précarité*. E17 disait aussi se former constamment et même réaliser lui-même des formations, y compris dans le domaine de la précarité.

- E17 : Je fais des formations tout le temps. (...) Et c'est moi qui les fais aussi les formations.

6) Idées personnelles pour améliorer santé et accès aux soins des populations ayant l'AME

Plusieurs de ces éléments faisaient déjà partie des **stratégies** mises en place pour les soins aux patients ayant l'AME. Leurs développements et leurs extensions appartenaient ainsi naturellement aux ressources permettant d'accroître l'état de santé de ces populations. D'autres idées avaient aussi été suggérées comme des pistes à creuser.

1. Promouvoir la santé

E3 disait déjà réaliser des **dépistages** et aurait aimé avoir à disposition des ressources documentaires adaptées aux pathologies plus spécifiques à certaines régions du globe.

*- E3 : Des sources en fonction de, de la provenance des gens, qu'est-ce qui, un peu un **arbre décisionnel**. Ce qu'il faut absolument chercher. Par exemple tout-à-l'heure je parlais de la tuberculose pour les géorgiens. Oué si selon les régions du monde où ils sont originaires, il y a des choses particulières à faire. (...) Une espèce de guide de bonne pratique pour les populations migrantes.*

La nécessité d'un **suivi plus constant** et **régulier** a déjà été abordé précédemment. A nouveau, encourager les consultations régulières et le maintien d'une bonne relation thérapeutique était un des caps à favoriser.

- E8 : Qu'on puisse faire un suivi régulier, que ce soit des gens qui soient pas perdus dans la nature.

Dans ce cadre de suivi, la **prévention** devait trouver une place plus importante.

- E12 : Je pense que ce serait bien qu'ils soient vus par moment parce que... (...) L'approche est difficile, ils sont pas très motivés pour ça, enfin pas... Ça c'est... C'est un peu des fois au-delà de leurs besoins immédiats. Enfin de ce qu'ils jugent comme leurs besoins immédiats.

*- E16 : Instaurer euh... Un carnet dès, dès qu'ils arrivent, dès qu'on leur fournit l'AME. Un **carnet de vaccination**.*

- E20 : Peut-être faire plus de prévention, enfin de prévention, enfin leur dire que (...) ça leur coûtera rien de venir consulter, que il faut, enfin voilà, que s'il y a un problème, il faut pas qu'ils hésitent, il faut pas qu'ils traînent.

La possibilité **d'aller vers** les patients pour les amener à consulter avant que leur état de santé ne s'altère trop est aussi intéressante dans ce contexte. E11 et E12 le plaçaient au centre d'une

démarche de soin cherchant à sensibiliser les personnes à la santé : les inciter à être actif et à venir voir régulièrement un médecin, même en l'absence de motif précis.

- E11 : En général c'est eux qui viennent à nous puis c'est pas à nous de venir à eux non plus, c'est... Enfin ! C'est compliqué. (...) À mon avis ce serait une piste pour les chopper et les inciter à consulter et à se faire suivre et dépister.

- E12 : Il faut aller un peu à l'avant mais ça. (...) Parce qu'ils ont pas tellement envie de se montrer.

Dans un même raisonnement que le logiciel de **dossiers médicaux partagés** que cherchaient à promouvoir E6, E10 pensait aussi qu'un historique médical fiable de ces patients serait un bon appui pour les soins à leur délivrer.

L'**éducation** à la santé est capitale pour toutes les personnes. E5 avait remarqué des croyances particulières au sein des patients ayant l'AME qu'il suit et pensait qu'un travail de sensibilisation à la médecine était important.

- E5 : Ben moi je pense qu'il faut, il y a beaucoup d'éducation à faire quand même. (...) Cette frange de population qui pour moi est très attachée aux antibiotiques.

2. Améliorer la communication

Vue comme le principal obstacle aux consultations, l'amélioration de la communication est donc logiquement une des pierres angulaires de l'efficacité des soins aux personnes détentrices de l'AME.

La possibilité d'avoir recours à des **interprètes professionnels** facilement était déjà mise en avant.

- E3 : Avoir des interprètes euh... Pas 24h/24 mais euh... Au pied levé pour pouvoir mener une vraie consultation et pour bien cerner leurs problèmes et leur apporter une réponse.

Dans sa vision des soins qui reposait sur l'intégration globale à la société, E8 suggérait d'aider ces personnes à apprendre la langue française.

- E8 : Idéalement il faudrait organiser des cours de français directement.

D'autres **outils** pouvaient peut-être avoir un intérêt.

- E3 : Avec des outils informatiques qui soient efficaces, pertinents, cohérents et qu'on puisse utiliser en pratique courante quoi.

- E8 : J'ai vu qu'il y a une application qui était sortie là pour faire apprendre le, le français du point de vue médical aux étrangers.

3. De meilleures rémunérations

Pour E16, le temps médical était précieux et monétaire pour de nombreux médecins. C'est dans cette logique de **temps = argent** qu'il pensait que les consultations avec les patients ayant l'AME devaient être mieux rémunérées pour correspondre au temps et au travail réalisé.

- E16 : Ces patients, c'est des patients qui devraient être hors tarif euh consultation. Ça devrait être des consultations euh de, où on devrait dire « bon c'est 40€ », ou avoir un pourcentage sur le forfait euh, comme on a, tu vois on a des, des, des... On a des, sur la ROSP. Plus on a de patients CMU, plus on gagne d'argent. On est rétribué. Par contre sur l'AME on est pas rétribué.

4. Formations personnelles

L'accroissement des connaissances sur les patients et le milieu où ils s'insèrent par les médecins eux-mêmes étaient un moyen de leur offrir des **soins adaptés** et des solutions aux problèmes qu'ils traversent.

- E2 : J'imagine que je, qu'il faudrait bien que je sache un peu plus qu'est-ce que c'est que l'AME et avoir un peu plus d'idées...

- E3 : Un peu avoir des pistes. Mais je vois que ça se développe parce que j'ai vu passer il y a pas longtemps une, une FMC sur ça. sur la particularité des migrants, des populations migrantes.

- E17 : la stratégie c'est de savoir beaucoup de choses.

5. Accès plus effectifs aux soins

a) Couverture maladie

Plusieurs personnes s'interrogeaient tout d'abord sur l'**absence de carte vitale** et étaient en faveur de son obtention pour les bénéficiaires de l'AME

- E4 : La carte vitale, je sais pas. Je sais pas. C'est surtout pour nous que ça apporterait quelque chose. Pour eux ça changerait rien du tout.

- E10 pensait que les patients bénéficiant de l'AME devraient avoir une carte vitale.

- E19 : Mais je pense que la Sécu pourrait très bien leur fournir une carte vitale quoi.

- E20 : Je comprends pas pourquoi ils ont pas de carte vitale euh, alors qu'ils ont quand même leurs cartes AME du coup.

L'accès à l'AME aussi est parfois compliqué et pourrait être plus clair et rapide afin que les personnes dans le besoin puissent bénéficier de cette couverture facilement et sans perdre trop de temps.

- E4 : Pour moi ce qui freine c'est plutôt à mon avis la démarche d'aller demander l'Aide Médicale d'État, c'est-à-dire se faire connaître auprès de l'Etat finalement pour une personne qui est irrégulière euh... C'est à mon avis le principal risque.

Le délais d'attente de 3 mois de présence ininterrompue en France n'était pas non plus justifié selon E4.

- E4 : Je trouve que ça a aucun intérêt de dire attendre 3 mois.

Quelques médecins ont aussi évoqué une simplification et une extension de l'AME vers la CMU.

- E10 pensait notamment qu'une meilleure intégration au système de soin aiderait ces patients.

- E11 : L'idéal ça serait qu'il y ait une CMU-C pour tous quoi.

b) Intégration au système de soin

Plusieurs médecins comme E18 pensait qu'une des pistes essentielles à l'amélioration de la condition des bénéficiaires de l'AME était de faire en sorte que leur situation ne soit pas à part mais pleinement partie du système de soin, **sans aucune restriction**.

- E18 : Faudrait que euh, ça soit comme les autres quoi. Qu'ils puissent avoir accès à toutes les strates et toutes les couches d'avis spécialisé et autres. Et de prise en charge médico-sociale comme les autres.

Les soins primaires n'échappent pas à cette nécessité d'intégration complète. Les médecins généralistes pouvaient ainsi avoir un **rôle central de pivot** dans l'organisation médico-psycho-sociale des bénéficiaires de l'AME.

- E18 : Activer, comme nous pour les difficultés comme vous dites médico-sociales, l'assistante sociale, le CCAS, tout ça. Ça serait peut-être aussi à nous à prolonger tout ça, à faire un effort.

Malgré la couverture de l'AME plusieurs médecins avaient conscience que les problèmes d'accès sanitaires débutaient dès les soins de premiers recours. L'intérêt d'un accueil facilité dès cette étape est donc un prérequis important.

- E5 : Je pense que les médecins on aurait pas le droit de refuser ces patients-là.

- E18 : Qu'au moins l'accès aux soins primaires se fasse naturellement, sans écueil.

Que ce soit en soins primaires ou spécialisé, E13 avait une impression de certaines **stigmatisations** rattachées à l'AME. Selon elle, il était important de diminuer ces préjudices ressentis par les patients.

- E13 : Éviter les préjugés parce qu'ils ont l'AME. (...) Je pense qu'ils subissent un peu de discrimination parce qu'ils ont l'AME. (...) Les préjugés aussi qu'on a sur eux.

Une meilleure sensibilisation des personnes recevant l'AME leur permet de mieux connaître leurs droits et les limites ainsi que de mieux s'orienter dans la système de soin français. E15 échangeait déjà beaucoup là-dessus avec ses patients, E14 pensait que cette éducation devait se faire en amont.

- E14 : En disant qu'ils ont le droit comme chacun de se soigner, qu'il y a des soins médicaux que les français ne paient, paient de leur poche et que voilà.

c) Spécialistes d'organes et chirurgiens

L'accès aux spécialistes est plus limité pour les personnes ayant l'AME que les autres assurés sociaux. Un meilleur accès à ces soins déboucherait sur un meilleur état de santé.

Certains médecins abordaient cette opportunité sans avoir d'idées à mettre dedans.

- E3 : Je pense que je serai très embêté pour trouver un chirurgien qui les opère sans dépassement d'honoraire. (...) On a des gens qui ont peu de moyens, qui ont besoin d'une prise en charge chirurgicale pour des problèmes qui sont souvent inhérents à leurs pratiques professionnelles qui ne leur permettent pas de gagner des millions. (...) Pour trouver l'équilibre entre quelqu'un qui la verra dans un délais correct, qui, qu'on connait comme étant bon techniquement et pour un prix correct.

De même qu'en soins primaires, d'autres médecins proposaient de **renforcer les sanctions** à l'encontre de ceux qui pratiquaient le refus de soin.

- E13 : Les gens qui refusent les patients avec l'AME qu'ils soient plus sanctionnés en fait.

E20 pensait qu'il était nécessaire de se **construire localement un réseau** de médecins fiables pour ces prises en soin.

- E20 : C'est avoir des correspondants enfin euh, chez qui on sait que ça posera pas de problème de les envoyer. Notamment dans les cliniques ou les choses comme ça. Mais ça c'est à nous de faire le boulot.

d) Soins psychiatriques

Comme décrit dans le chapitre sur les troubles psychiatriques des patients et l'accès aux psychiatres, l'amélioration de ces soins est un **enjeu important** dans l'amélioration de l'état de santé des patients bénéficiant de l'AME.

e) Ressources paramédicales

E1 suggérait que l'accès aux professions paramédicales pourrait être simplifié grâce à une meilleure coordination.

*- E1 : Une sorte d'**annuaire des professionnels de santé**, médecins ou autre hein, qui euh... Sont dans des tarifs raisonnables et vers qui on peut adresser nos patients. (...) Moi typiquement j'aimerais bien savoir que oui il y a tel psychologue (...) qui peut voir des patients euh... Parce qu'elle va faire des consultations un peu moins chère.*

6. Accompagnement social à développer

Presque tous les médecins s'accordaient sur la nécessité d'un **soutien social renforcé et étendu**. Cet accompagnement pouvait revêtir différentes formes.

a) Intégration globale

Comme il était question précédemment, au-delà de l'accès à la santé, le développement d'une intégration globale est primordial. L'accompagnement serait ainsi plus présent pour permettre des informations sur leurs droits ainsi que des éléments leur permettant véritablement de s'insérer dans la société française.

- E8 : Comment se présenter en entretien, comment pffio... Il y a plein, plein de choses aussi à faire je pense au-delà du côté purement médical de la gratuité des soins. (...) Qu'ils arrivent à peu près à faire ce qu'ils veulent après. Prendre un rendez-vous s'ils ont envie...

- E18 : Aidés avec des, des, des, alors les assistantes sociales c'est très bien mais je pense qu'il leur faudrait des accompagnants hein. Pour euh... Oué leur permettre voilà de euh... Les aider

b) Repérage et orientation facilités au sein du réseau d'aide aux bénéficiaires de l'AME

Plusieurs médecins avaient mis en avant que des informations claires et simples pour se repérer dans la trame associative et institutionnelle locale serait une aide précieuse. Les maquettes proposées étaient variées mais la nécessité de **correspondances adaptées** aux problèmes était prépondérante.

- E1 : Ce serait une aide d'avoir peut-être plus de communication là-dessus. Une liste de numéros à téléphoner, à qui je pourrai téléphoner si jamais j'avais typiquement des patients comme ça où je suis embêtée.

*- E6 : Faudrait un site, un seul et il y a tout dessus. et ça, ça n'existe pas. Chaque asso a son site et il y a rien qui récapitule le truc. (...) Alors ils te sortent un annuaire papier, annuaire papier alors j'en ai un quelque part et je sais jamais où il est quand il faut alors que euh... Si t'as un **site internet**, tu mets l'adresse en favori et... Tu mets tout dessus quoi.*

c) Renforcer le rôle des structures d'aide

Le tissu associatif et institutionnel de soutien aux personnes détentrices de l'AME pouvait aussi être amélioré afin de leur donner un **rôle prépondérant**.

Selon E11 et E12 qui avait développé cette idée, la démarche d'**aller vers** les patients qui se tiennent à l'écart des cabinets médicaux pouvait être portée par les structures d'aide. E11 fonctionnait déjà beaucoup avec les réseaux bordelais mais elle estimait que c'était quelque chose qu'il fallait encore promouvoir et étendre.

- E11 : Je pense qu'il faut vraiment qu'on travaille en partenariat avec les structures, je pense que c'est la base. (...) Donc peut-être des partenariats justement avec les structures et des, des missions d'informations. Oué pour aller les toquer, oué, oué hum. Et les faire venir dans les cabinets.

- E12 : C'est un peu le, le rôle des associations, de Médecins du Monde. Comme ça le repérage je sais pas comment il se fait quoi.

E17 pensait que le côté administratif de la prise en charge des patients ayant l'AME était négligé par **manque d'effectif**. Une majoration de la disponibilité humaine pourrait permettre un meilleur soutien dans les démarches sociales.

- E17 : L'amélioration de la santé c'est le manque administratif qu'il y a. Demandez une, à une femme de la mairie euh... Qui, qui s'occupe de ça, elle est seule pour tout un quartier où il y a 10000 personnes, ça va pas. Donc il y a un manque de personnel. Payons du personnel et on verra après.

d) Une structure unique

Dès la recherche d'un accès au soin ou à l'insertion, une **structure unique dédiée** à une prise en charge initiale des personnes était une des ressources possibles selon certains médecins. Cela était vu comme un accompagnement complet qui encadrerait les personnes en situation illégale dès leur arrivée sur le territoire. Soit par sa création, soit en centralisant ce soutien au sein d'une structure existante.

- E8 : Il faudrait une structure polyvalente mais bon je sais pas si on a l'argent, les gens pour faire tout ça.

- E19 : Je pense qu'il devrait effectivement exister une structure euh... Initiale comme, beh elle existe d'ailleurs, c'est Médecins du Monde (...) où dans un premier temps ils soient accueillis, où il y ait des interprètes pour leur expliquer comment fonctionne le soin en France. Comment euh... À quoi ils ont droit avec l'AME euh... Commencer à découvrir tout ça au, au sein d'une association.

7. Amélioration des conditions de vie

Une **régularisation plus simple et rapide** a été évoquée par plusieurs médecins. Être reconnu légalement comme faisant partie de la société est le préalable à l'intégration et permet d'améliorer grandement l'anxiété et le devenir des personnes ayant l'AME.

- E2 : J'ai l'impression qu'ils sont en attente de... De... D'asile, de choses, enfin c'est très long quoi donc ils sont dans une attente permanente.

Offrir plus de sécurité à ces personnes relevait aussi de meilleures de conditions de vie.

- E8 : Qu'il y ait une forme d'autonomie... (...) Et puis dès que la structure est plus là derrière eux, s'ils ont pas été assez bien justement formés avant, beh ils retournent dans la rue où ils étaient et puis il y a plus aucun soin, il y a plus rien du tout...

- E9 : Essayer de leur offrir une meilleure sécurité. Ça c'est terrible au niveau euh... Psychologique.

- E20 : Une sécurité de, de leur logement notamment, enfin c'est genre, pour améliorer la santé, ça passe pas que par les médicaments et les soins qu'on peut apporter aux gens, c'est aussi faire en sorte que ben, ce soit pas galère de savoir tous les soirs où on doit

dormir, que ce soit pas galère pour savoir qu'est-ce qu'on va manger et ça déjà euh, ce sera déjà pas mal.

DISCUSSION

1) Forces et limites de l'étude

1. Validité externe

Peu d'études se sont pour l'instant intéressées à l'efficacité du système de l'AME auprès des patients et des médecins. Les populations bénéficiant de l'AME elles-mêmes restent peu connues.

Dans cette étude, il s'agit de témoignages réalisés à Bordeaux métropole. Or, l'utilisation de l'AME est très dépendante du contexte local : démographie des personnes migrantes ou précaires, réseaux d'aide sociale, services de l'assurance maladie, tissu associatif etc... Ce que traversent les patients et les médecins dans cette aire géographique n'est pas extrapolable exactement aux autres régions ou villes de France.

Comme dit en introduction cette thèse s'inscrit en parallèle de l'étude Premiers Pas et de la thèse de Marion Gimenez-Tessier. J'avais ainsi pu partager l'expérience des chercheurs lors de rencontres et de séminaires sur des domaines variés concernant l'anthropologie et la sociologie notamment.

2. Validité interne

Cette étude est une thèse qualitative. Elle ne cherche donc pas à prouver des résultats chiffrés mais à explorer les expériences relatées par les personnes interrogées.

Il s'agit d'un recueil touchant au vécu concret des médecins généralistes de Bordeaux avec les patients disposant de l'AME. Cette recherche repose donc sur une évaluation de vie réelle auprès des médecins qui y sont directement confrontés.

La méthode des entretiens individuels vise à un échange entre la personne interrogée et le chercheur et, par là, à collecter des informations subjectives et personnelles sur un sujet donné ainsi qu'une évaluation de ses connaissances. La conduite de ceux-ci permet, grâce au guide d'entretien, d'obtenir des éléments pertinents nécessaires à l'étude en laissant au sujet un espace de parole.

De même, s'agissant d'un partage, l'enquêteur a systématiquement une influence sur la conduite de l'entretien et donc le résultat de l'étude. Le guide d'entretien et la répétition de ces échanges grâce à la saturation des données qu'elle apporte permet de limiter cette subjectivité.

Les entretiens individuels offrent une parole différente de celle des entretiens collectifs : ils ont l'avantage de permettre à la personne d'expliquer son point de vue et sa pratique lors

d'un échange plus intime que lors de focus groupes. En effet, la peur du jugement qui peut conduire à des **auto-inhibitions** ne se limite ici qu'à la personne qui réalise l'entretien. Il est, pour certaines personnes, plus facile de donner des informations honnêtes dans le cadre d'un entretien individuel que devant un groupe, notamment lorsqu'il s'agit de personnes du même milieu socio-professionnel qu'elle.

L'absence d'engrainement par effet de groupe peut aussi permettre d'exprimer des idées plus **personnelles**.

Par ailleurs, l'autre avantage de ces entretiens était de permettre une plus grande **flexibilité** pour prévoir des rendez-vous. En effet, il est plus simple de se rencontrer lors de ces entretiens à deux que de devoir synchroniser plusieurs médecins aux plannings chargés. L'intérêt de cette meilleure adaptabilité était de toucher des médecins moins disposés à faire d'efforts pour participer à cette étude et donc, souvent, moins impliqués par ces questions sociales. Toutes ces données étaient ensuite classées puis croisées afin de déboucher sur une vision globale du soin aux patients bénéficiants de l'AME par les médecins généralistes de Bordeaux métropole.

3. Limites de l'étude

a) Biais de sélection

Le **biais de sélection** majeur était celui de la participation des médecins car elle reposait sur le volontariat.

En effet, leur implication nécessitait un certain degré d'intérêt pour le champ abordé ou les recherches de thèse en général. Les médecins qui accordaient peu d'importance à la précarité ont ainsi tendance à décliner plus facilement la proposition d'entretien ou à moins se montrer disponibles.

Les médecins réfractaires à l'évaluation de leur pratique sont aussi moins susceptibles de répondre favorablement aux demandes d'entretiens. Certains médecins peu enclins à repenser leurs pratiques ou se méfiant du regard d'un enquêteur peuvent ainsi s'exclure plus fréquemment de l'étude.

b) Biais de classement

Il existe tout d'abord un biais liés aux éléments relatés par les interviewés qui ne correspondent pas nécessairement à leur expérience réelle.

Les consultations ou les patients marquants reviennent plus souvent en tête et influencent d'avantage l'expérience avec l'AME que des consultations plus classiques. Il s'agit d'un **biais de mémorisation**.

Il est de même difficile de s'affranchir complètement du jugement d'autrui. Certaines situations peuvent être dissimulées par honte ou appréhension alors que d'autres seront plus

facilement mises en avant par fierté. Il s'agit de **biais de déclaration**. Ceux-ci peuvent ici être en lien avec le sujet de l'étude : ayant choisi ce sujet, il est facile de penser que j'y accorde un intérêt particulier et des enquêtés auraient pu appréhender d'exprimer certaines critiques pour ne pas entrer dans une confrontation de valeurs ou de points de vue.

La répétition des entretiens protège des biais de classement car elle permet d'atteindre une saturation des données, recouvrant ainsi les erreurs de recueil d'information par mémorisation ou déclaration.

4. Limites de l'analyse

Le corpus de cette recherche est composé de l'ensemble des entretiens retranscrits à l'écrit en quasi intégralité grâce aux enregistrements audios (un médecin sur les vingt rencontrés avait refusé cet enregistrement). Ce corpus a par la suite été étudié avec ces retranscriptions. Cette méthode protège en partie des **biais d'interprétation** qui peuvent se former lors du déroulement des entretiens.

Ces biais avaient pu être, en partie, minorés grâce à double codage par moi-même et le directeur de cette thèse.

Ce biais d'interprétation persiste néanmoins lors de l'analyse des données recueillies. Ne s'agissant pas de données brutes mais de témoignages vécus et d'opinions personnelles, une part de subjectivité ne peut être évitée quant à leur analyse.

2) Les patients adultes bénéficiant de l'AME

1. Un état de santé qui se délite

De même que dans les focus groupe de Marion Gimenez-Tessier, les médecins de cette étude avaient presque tous remarqué que les patients couverts par l'AME ont souvent un état général moins bon que le reste des personnes du droit commun.

L'état de santé des populations migrantes était meilleur que dans la population autochtone dans les années 70, 80 et 90 mais depuis les années 2000, il est devenu plus mauvais que dans la population générale (24) (35). Il tend même à se dégrader avec l'augmentation du temps passé en France. L'état de santé des immigrés est, en effet, d'autant plus dégradé que leur durée de résidence sur le territoire est longue.

Les migrants ont initialement un **meilleur état de santé que la population du pays dont ils sont originaires** : on parle de « *healthy migrant effect* » (36). En effet, les personnes qui entreprennent des migrations le font grâce notamment à une santé plus robuste permettant

l'accès à plus d'opportunités de travail. De même, leur état de santé est **meilleur que les assurés sociaux classiques lors de l'arrivée en France**.

Mais, si les migrants quittent des pays où ils sont persécutés pour certaines raisons, ils arrivent en Europe où ils sont confrontés à des formes de discriminations plus insidieuses mais également néfastes à leur bien-être (37).

L'état de santé et le recours aux soins des étrangers présentent des particularités (38). On retrouve chez eux :

- moins de couvertures complémentaires
- moins de soins dentaires et d'optique
- moins de dépenses de soins de ville
- plus d'hospitalisations
- plus d'accidents de travail et de maladies professionnelles
- plus d'invalidité
- plus de maladies longues et coûteuses

Plusieurs paramètres provoquent ces différences (35). Parmi les principaux, on retrouve :

- un phénomène de sélection lié à la migration
- la situation économique souvent plus précaire
- la perte du lien social
- la barrière informationnelle liée notamment à la langue
- la réponse différée des filières de soins

Le rapport au travail est important car il s'agit fréquemment d'un motif de migration ou alors d'une chance de s'insérer dans la société. Le retentissement de l'état de santé sur la profession est alors majeur et ce, d'autant plus qu'il s'agit le plus souvent de métiers peu qualifiés et difficiles. Le type d'activité participe ainsi à cette boucle en engendrant lui aussi des altérations de la santé.

Une étude de 2009 utilisant les données d'une enquête décennale santé de l'INSEE de 2000-2001 (39) confirmait l'effet néfaste après ajustement statistique par la situation économique et sociale de la migration sur la santé perçue. On retrouve donc un **effet propre de la migration sur l'état de santé** (36) : celui-ci est plus dégradé quels que soient les autres facteurs (capital social, niveau de revenu, âge, sexe, emploi, type de ménage...).

C'est en France que les pathologies physiques et mentales se développent et vont nécessiter des soins plus ou moins chroniques ou urgents (24). La santé est, en effet, intimement liée aux conditions de vie : ce sont les **inégalités sociales de santé** qui créent des environnements différents plus ou moins favorables aux pathologies (40). Les patients qui ont accès à l'AME partagent des niveaux de vie précaires, les conditions d'obtention de cette aide en dépendent.

Leur situation vulnérable et leur accès difficile à tous les éléments assurant une bonne qualité de vie épuisent plus rapidement les corps et les esprits.

La santé somatique est souvent bonne avant le départ, la santé mentale peut être fréquemment altérée par ce que traversent les personnes. Peu d'éléments aident à véritablement avancer vers la guérison mais c'est en vivant de manière prolongée dans ces environnements que ces pathologies se déclarent et se creusent.

La plupart des personnes qui étaient porteuses de maladies dès leur départ et nécessitent, pour cela, des soins en France l'ignoraient avant leur arrivée. Le tourisme médical bien souvent décrié est en réalité minime. Même si certaines maladies peuvent déboucher sur une facilitation des démarches de régularisation (titre de séjour pour étranger malade), elles ne sont pas plus souvent à l'origine de l'immigration en France.

Les premiers résultats de l'enquête Premiers pas révélés dans des numéros de Questions d'économie de la santé avançait le chiffre de 10% de migration en lien avec un problème de santé parmi les personnes évaluées (25). Ce motif pouvait, par ailleurs, être associé à un autre (économique, politique...).

Le Défenseur des Droits rappelle que 4 310 titres de séjour ont été délivrés en 2018 à des étrangers pour des raisons médicales (41). Le nombre total de ces titres de séjour accordés la même année s'élevaient à 225 500, soit **moins de 2% d'entre eux pour un motif médical**, discréditant ainsi la théorie de « *l'appel d'air* ».

La plupart du temps, la migration n'est donc pas thérapeutique mais pathologique car elle affaiblit l'état de santé des migrants (42).

2. Vulnérabilité

Les médecins avec qui les entretiens se sont déroulés avaient conscience de la précarité dans laquelle vivaient leurs patients et comment elle les exposait à une certaine fragilité. Certains avaient, d'avantage que d'autres, appuyé son lien avec la santé mais la corrélation était franche.

Une définition de la **précarité** avait été donnée par Joseph Wresinski en 1987 (43) puis reprise par l'INPES. Il s'agit 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.* »

Il existe un gradient social des inégalités de santé (44). L'évolution des états de santé est conditionnée par le niveau de vie. Ces inégalités touchent tous les domaines et sont plus prépondérantes dans la prévention.

On retrouve principalement 8 critères de vulnérabilité sociale (45) :

- la barrière linguistique
- la précarité de l'hébergement
- les ressources financières
- le statut administratif
- l'isolement relationnel
- l'isolement social
- l'absence de protection maladie
- la difficulté d'accès à l'alimentation

Dans Migrations, vulnérabilités et santé en France (46) est présentée une liste de facteurs de vulnérabilité similaire. Sont ajoutés les conditions de déplacement, les traumatismes de l'exil, les violences subies et les discriminations liées à l'origine ou au genre.

Le concept de vulnérabilité est par ailleurs à **relativiser** (47).

L'Article L744-6 du **Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile** (48) définit les étrangers vulnérables comme « *les mineurs, les mineurs non accompagnés, les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, les femmes enceintes, les parents isolés accompagnés d'enfants mineurs, les victimes de la traite des êtres humains, les personnes atteintes de maladies graves, les personnes souffrant de troubles mentaux et les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle, telles que des mutilations sexuelles féminines.* »

La **HAS** avaient défini d'autres vulnérabilités envers lesquelles sont orientés les médiateurs en santé (49). Les principaux facteurs fragilisant sont l'isolement (qu'il soit familial, social ou géographique), l'environnement défavorable (dans ses composantes juridique ou sanitaire), la précarité, les pratiques à risques, la méconnaissance du système de santé. Parmi ces personnes vulnérables se retrouvent notamment : « *les migrants, les demandeurs d'asile, les personnes en situation de précarité, d'isolement, les mineurs isolés, les situations de crainte ou de méconnaissance du système de soins, l'illettrisme, le handicap sensoriel (les sourds et malentendants)* ».

L'**évaluation** de la vulnérabilité est néanmoins difficile en pratique à l'échelle individuelle. Elle n'est pas un état ni une des caractéristiques permettant de définir une personne (50). C'est une notion **dynamique** et **relationnelle** qui repose sur un équilibre entre un individu et son environnement : expositions à des risques, déterminants sociaux, droit commun du pays d'accueil et reconnaissance des demandes de soins.

L'autre problème posé est celui de l'**intérêt** de quantifier la vulnérabilité d'une personne. Les migrants sont presque systématiquement des personnes vulnérables : des questionnaires ou listes comme celles énoncées précédemment cherchent à quantifier cette vulnérabilité. Le problème se porte sur les débouchés : si elles conduisent à une hiérarchisation des demandes ou des prises en charge, elles sont très critiquables. Un de leurs rôles majeurs serait d'être utile à la protection des personnes mais lorsque cette évaluation devient un élément servant de contrôle de l'immigration, de palliatif des possibilités d'accueil limitées alors elle joue contre les migrants.

Le risque est de déboucher sur une **inégalité de traitement**. On comprend aisément qu'une personne peut être dans une situation plus préoccupante qu'une autre alors même qu'elle présente moins de critères de vulnérabilité. La présence de troubles mentaux ou d'antécédents de violence constitue notamment un facteur de risque important qui donne accès à des droits particuliers alors que d'autres personnes plus en souffrance du fait de leur contexte de vie n'y auront pas accès.

Il faut donc garder en tête que la vulnérabilité est un risque statistique plus que diagnostic. Il s'agit d'une singularité prise comme un facteur de risque dont l'intérêt majeur repose sur une approche épidémiologique : études des groupes et des populations.

Les problèmes auxquels sont confrontés les personnes détentrices de l'AME sont souvent multiples et divers. La santé n'est donc pas toujours une priorité et peut passer en **second plan** derrière le logement, l'alimentation, l'accès à l'éducation des enfants...

Là aussi le lien entre cette aide et l'immigration est moins franc.

Le **pays d'origine** a aussi une influence certaine sur l'état de santé des migrants (39) quelle que soit la situation sociale actuelle des immigrés. Les facteurs génétiques ont une part de responsabilité mais aussi les habitudes de soins, les styles de vie, la richesse et les penchants d'une société. Le rôle du PIB par habitant et de l'indice de développement humain est ainsi prépondérant : plus le pays d'origine est pauvre, plus le risque de développer un mauvais état de santé est important (35).

3. État de santé : du point de vue somatique

Les atteintes somatiques chez les patients bénéficiaires de l'AME ne leur sont le plus souvent pas spécifiques en tant que telles : les maladies, tant somatiques que mentales sont présentes sur l'ensemble du globe en dehors de quelques infections particulières liées à l'environnement. On retrouve des **différences épidémiologiques** en lien avec le pays d'origine, la migration et les conditions de vie en France mais les entités nosographiques restent identiques.

Les rapports d'observation de Médecins du Monde ne correspondent pas exactement à la population bénéficiant de l'AME dont il est question dans cette thèse (26). Les données sont néanmoins intéressantes car il s'agit de populations proches : en 2018, ils étaient à 97,3 % étrangers et 7 personnes sur 10 consultant dans les CASO pouvaient théoriquement relever de l'AME, les autres étant le plus souvent arrivés sur le territoire depuis moins de trois mois. Les principales pathologies mentionnées concernaient les appareils digestifs à 24,3%, ostéoarticulaires à 20,1% et respiratoires à 19,7%.

Toujours dans les premiers résultats de volet quantitatif de la recherche Premiers pas (25), 8% avaient dit être atteints d'une maladie contagieuse. Parmi celles-ci : VIH, tuberculose, hépatites, méningite, bilharziose ou paludisme.

Il est fréquent que la contamination par les IST se produise au cours des parcours migratoires ou en France.

Toujours dans cette étude (25), **45% des personnes interrogées ressentait une santé altérée** (de « assez bonne » 23% à « très mauvaise » 4%). **31%** déclaraient n'avoir aucune pathologie. L'importance des atteintes fonctionnelles a été soulignée avec des limitations fonctionnelles motrices évaluées à 28% et des troubles musculo-squelettiques à 30% (douleurs rhumatismales et articulaires, douleurs musculaires, lombalgies). Les pathologies respiratoires occupent aussi une place importante chez 12% des migrants abordés : asthme, bronchite chronique et emphysème, insuffisance respiratoire, antécédents de pneumopathies.

Une étude de 2017 avait comparé les motifs et les résultats de consultation des migrants en situation de précarité accueillis en consultation médicale dans les CASO (centre d'accueil, de soins et d'orientation) avec ceux des patients consultant en médecine générale de ville (51). Cette étude comportait de nombreux biais car il s'agit de consultations initiales où le suivi est rare. Un des buts des prises en charge de Médecins du Monde est en effet de réorienter ces patients vers le droit commun. De même, il ne s'agit pas des bénéficiaires de l'AME mais des patients, avant l'obtention de leurs droits.

Cette étude mettait néanmoins en évidence des résultats intéressants au sujet des patients consultant dans les CASO. En termes d'épidémiologie, les migrants enquêtés présentent plus de troubles cutanés, ophtalmologiques, digestifs, respiratoires et infectieux mais moins de troubles cardio-vasculaires et métaboliques. Concernant les vaccinations, environ 30 % des enfants de 15 ans ou moins ne sont pas à jour des vaccins Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite et près de 40 % des vaccins contre la coqueluche et le ROR (rougeole, rubéole, oreillons).

Une fois l'accès à l'AME réussi, on retrouve le plus souvent une **continuité de suivi** notamment en raison de nombreuses maladies chroniques (23). L'AME a montré une bonne efficacité pour la santé des bénéficiaires mais les limitations d'accès diminuent encore son efficacité en termes de santé publique (24). Les migrants ont, par exemple, un moindre recours aux médecins spécialistes mais aussi généralistes (35).

Les patients n'ont, le plus souvent, pas accès au milieu du travail ou alors dans des conditions précaires et non reconnues légalement : la santé au travail limité s'inscrit dans les inégalités sociales influant sur l'état général.

E12 avait fait part de sa sensibilisation à ce sujet : les troubles psychologiques ont aussi une influence directe sur la santé physique. Et inversement.

4. État de santé : du point de vue psychologique et psychiatrique

L'état de santé psychologique des migrants précaires est peu connu par les professionnels de santé alors même que ces pathologies font partie de celles dont ils souffrent le plus (52). Les études chez ces personnes sont d'ailleurs récentes et encore peu nombreuses (53). Nombreux sont les éléments de leurs environnements et histoires personnelles qui fragilisent la santé mentale des personnes bénéficiant de l'AME.

La limite entre les troubles psychologiques et psychiatriques est parfois ténue. Plusieurs médecins, notamment E5, l'avaient évoqué : les problèmes, nombreux, à surmonter, le déracinement et les responsabilités (notamment familiales) engendrent nécessairement un certain niveau d'anxiété et entachent l'humeur. Certains patients arrivent à faire face seuls ou grâce à des aides et affrontent les épreuves sans être trop affaiblis moralement. D'autres, en revanche, glissent inexorablement vers un épuisement, des états d'anxiété généralisée ou dépressifs sévères.

Ces difficultés sont, par ailleurs, très peu exprimées par les migrants (52). Certains ont de grandes capacités d'acceptation de ces souffrances mais ces questions apparaissent surtout souvent au second plan par rapport aux autres épreuves quotidiennes à surmonter. Il n'est par ailleurs pas rare que les soins psychiatriques soient connotés péjorativement dans le pays d'origine des personnes. Par ailleurs, seules les formes les plus sévères sont représentées dans le secteur psychiatriques entraînant une sous-estimation franche de ces troubles et donc de leur composantes (53).

Dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (45), nous retrouvons que les psychotraumatismes sont chronologiquement de trois types : ils peuvent être à l'origine du départ du pays d'origine, être les conséquences immédiates de l'exil ou enfin être liées aux conditions de vie lors de cet exil. Les aspects transculturels ont aussi une influence sur l'état de santé mentale (54). Les conditions de vie ou traumatismes éventuels vécus dans leurs pays d'origine et les ayant poussé à fuir sont les premiers éléments difficiles à surmonter. Les parcours migratoires de ces personnes recèlent par ailleurs de nombreux événements éprouvants pouvant aller jusqu'à des blessures intenses et profondes. Arrivées sur le territoire français, ces personnes continuent de vivre dans l'insécurité avec une pression psychologique quasi permanente. Ainsi, non seulement leur vie rend difficile la cicatrisation des traumatismes vécus mais elle en crée de nouveaux.

Trois paramètres sont donc à prendre en compte : les violences subies, les conditions de vulnérabilité sociale où vivent les migrants et les troubles psychiques graves.

On retrouve chez les migrants une fréquence accrue d'**états de stress post traumatiques** (PTSD en anglais, pour post-traumatic stress disorder) : deux tiers de PTSD et de traumatismes complexes, toujours selon l'enquête du Bulletin Epidémiologique (2). Comme pour les maladies anxiodépressives, ceux-ci peuvent être consécutifs aux parcours migratoires ou à l'expérience passée dans le pays d'origine mais aussi débuter en France. L'évolution de cette pathologie peut conduire à des troubles psychiatriques plus sévères tels que des états psychotiques, notamment en l'absence de soins. Là aussi, une amélioration n'est possible que par une prise en soin longue et régulière.

L'étude Premiers pas montrait des taux de 8% de psychoses, psychotraumatismes ou dépressions rapportés et 20% d'anxiété ou de troubles du sommeil (25), confirmant les représentations de nombreux médecins interviewés d'une prévalence importante des pathologies psychiatriques chez les migrants.

Neuf pourcents des patients ayant consulté dans les CASO en 2018 étaient atteints de troubles psychiatriques (26). Principalement des troubles anxieux (angoisse, stress, troubles psychosomatiques) et dépressifs. L'étude de 2017 qui avait comparé la population générale à celle des CASO retrouvait étonnamment des taux similaires dans les deux branches (51). Tous ces résultats sont à relativiser en raison de nombreux facteurs de confusions, notamment : la barrière linguistique voire culturelle qui entraîne une moins bonne identification, une plus grande résilience chez les migrants, moins de consultations liées à ces troubles psychiques, l'absence de suivi dans les CASO empêchant une relation de confiance de s'établir et ainsi un abord plus difficile de ces problématiques.

Une étude rétrospective menée à l'EMPP de Rennes de 2010 à 2013 dans un centre dédié aux migrants (52) retrouvait des chiffres similaires : stress post-traumatique (27 %), détresse psychosociale (21 %), syndrome anxiodépressif (18 %), trouble dépressif sévère (6 %), troubles du comportement avec addiction possible (6 %), psychose et délire (5 %). Les **plaintes somatiques associées** étaient fréquentes avec 85% de troubles du sommeil (endormissement, réveils précoces, cauchemars) et des manifestations douloureuses, notamment des céphalées.

5. Langue

De toutes les difficultés entre pays d'origine et pays d'accueil, la langue en est une des principales : comment s'orienter et s'insérer dans un pays sans pouvoir communiquer? Comment sortir de la marge, d'une communauté enclavée ou d'une famille sans pouvoir échanger avec ceux qui vivent autour de soi ? Le fait de ne pas parler français est une source de handicap majeure et ce, d'avantage lorsque les personnes n'ont pas plus accès à d'autres langues rependues sur le territoire comme l'anglais et l'espagnol par exemple. 16 % des

personnes consultant dans les CASO éprouvent des difficultés liées à la barrière de la langue (26).

Le plus gros obstacle, clairement vécu par les médecins de cette thèse, était le déroulement d'une consultation avec les patients allophones, c'est-à-dire une personne dont la langue maternelle est différente de celle de la majorité où elle se trouve.

Le fait de ne pouvoir communiquer avec facilité déborde, bien sûr, du cadre des consultations médicales et est un frein majeur à l'insertion dans une nouvelle société.

Tout ce dont les personnes migrantes en situation illégale en France ont besoin se trouve relié à la compréhension et à la communication. Les codes et les habitudes sont changés, l'organisation sociale fonctionne sur un rythme et des mécanismes différents. Pour pouvoir s'orienter dans ce nouveau monde et arriver à y trouver une place, il faut pouvoir comprendre comment y évoluer, où et comment se renseigner, savoir se faire aider etc...

Dans toutes les études sur les migrants, les patients allophones se retrouvent les plus précaires. L'absence de communication fait obstacle à tout ce qui peut amener vers plus de sécurité : les démarches administratives, les aides sociales, le logement, le travail, l'orientation...

Au sein des facteurs culturels, la langue parlée est aussi et avant tout un élément culturel très fort (55).

6. Particularités culturelles

Les bénéficiaires de l'AME sont issus dans la majorité des cas de cultures éloignées de celle de la France. Ces différences sont avant tout une **richesse sociale et humaine pour le pays d'accueil** comme l'avait plaidé E16. Elles ont très peu été abordées par les médecins de cette enquête, contrairement à ceux présents dans la thèse de Marion Gimenez-Tessier pour lesquels ceux-ci représentaient une dimension importante des consultations : symptomatologies, attitudes, comportements, pédagogie.

Mais, pour les personnes qui arrivent en France illégalement, elles peuvent dérouter, rendre difficile l'adaptation et majorer le stress à se retrouver dans un pays étranger : des habitudes, des modes de vie, des conventions et un fonctionnement social, jusqu'à une alimentation et des loisirs différents sont autant d'éléments qui s'accumulent et perturbent.

Lors des consultations, cette diversité culturelle peut parfois apparaître dans l'expression des **symptômes**. Au-delà des difficultés de communication liée à la langue elle-même, les plaintes fonctionnelles peuvent s'avérer inhabituelles par rapport aux consultations de routine et

difficile à situer par le médecin. Il existe en effet une composante culturelle dans la manifestation de la symptomatologie (55). Cela est notamment prépondérant pour les pathologies où psychologique et somatique sont intriqués, c'est-à-dire, dans les faits, une grosse proportion des motifs de consultation de soins primaires.

On retrouve aussi cette variabilité pour les pathologies psychiatriques pures même si les grands axes demeurent : le vocabulaire peut être différent mais un état dépressif reste caractérisé par l'humeur triste, la perte de l'élan vital etc... L'intégration des facteurs culturels reste néanmoins prépondérante pour la compréhension des pathologies, leurs répercussions et les soins. Les symptomatologies peuvent aussi emprunter à la culture d'origine et celle du pays d'accueil dans une forme de « *métissage* » (56).

Patricia Hudelson dans un article sur l'apport de l'anthropologie à la santé (57) retrouvait plusieurs rôles à la culture dans les consultations médicales :

- les styles de communication (verbal et non verbal)
- les perceptions de causes, des mécanismes, de la gravité, des conséquences de la maladie et des traitements adéquats
- la signification et l'importance accordées à la maladie
- les attentes à l'égard des services et des professionnels de santé
- les attentes à l'égard de la relation patient-soignant (type communication, prise de décision, secret professionnel, etc.)

7. Difficultés sociales

Contrairement aux ressentis des médecins interviewés, les personnes bénéficiaires de l'AME sont souvent issues de **milieux psycho-sociaux plus élevés** que la moyenne de leur pays. Il faut être dans une certaine position au sein du pays de départ pour trouver les ressources nécessaires à se lancer dans une migration vers un autre pays. L'étude Premier pas retrouvait que quatre personnes sur dix avaient arrêté leurs études après dix-huit ans (25).

Il existe de nombreux **facteurs biaisant** ce regard des médecins ou plus largement des personnes avec qui ils sont en relation. La difficulté à s'exprimer en français provoquant un discours pauvre et simpliste en est la première. L'insertion sociale très précaire et les emplois exercés lorsqu'ils peuvent y accéder conduisent aussi à des représentations défavorables de ces personnes dans leurs conditions de vie française.

Les difficultés éprouvées par les bénéficiaires de l'AME **envahissent tous les champs de leur vie quotidienne** : alimentation, logement, hygiène, éducation, formation et bien sûr les loisirs qui restent essentiels à la qualité de vie (culture, sport...). La plupart des déterminants de santé sont donc appauvris par leurs conditions de vie. L'absence quasi systématique de ressources stables et l'illégalité constituent les principales entraves à l'établissement dans de bonnes

conditions de vie. Le fait de vivre au sein de communautés multi-ethniques peut, en revanche, diminuer l'expérience quotidienne de discrimination et favoriser le capital social (53).

Les personnes immigrées sont **plus sensibles aux conditions socio-économiques** que les populations non-immigrées : ces caractéristiques ont, en effet, un plus fort retentissement sur leur état de santé (39). Cela peut s'entendre par le lien étroit avec l'intégration et les sécurités qu'elle apporte. Un attachement intime et profond à un pays et aux personnes qui y vivent, la sensation de se sentir entouré, la société qu'elles façonnent offrent aussi probablement plus de stabilité pour surmonter certaines épreuves. Une exception concerne toutefois le capital social (notamment l'engagement civique) qui influence plus fortement la population française.

Le **capital social** est un facteur important pour la santé. Plus il est mauvais, plus l'état de santé est mauvais. Il repose sur l'intégration et les interactions sociales et se manifeste par des implications dans des actions collectives qui peuvent passer par la politique, le militantisme, la religion, le sport etc... Ce capital apporte donc un soutien important : relationnel, émotionnel, psychologique voire financier. Il aide aux partages d'informations concernant par exemple l'accès aux soins ou l'éducation à la santé. Il constitue un facteur de risque ou de protection dans la survenue des troubles psychotraumatiques (y compris dans la population générale) (45).

L'intégration sociale des patients suivis par les médecins de cette thèse était entre autres limitée par leurs difficultés à **accéder au monde du travail**. Seul E13 connaissait des bénéficiaires de l'AME qui travaillent sur des marchés.

Le travail est, en effet, un élément d'insertion fondamental, outre les protections qu'il apporte. La suppression en 1991 du droit au travail pour les demandeurs d'asile a eu pour effet de majorer les difficultés pour les migrants (21) : l'absence d'emploi majore l'exclusion sociale mais renforce aussi les entraves liées à l'exil et aux persécutions. Le revenu et le type de profession sont des caractéristiques qui influencent fortement l'état de santé des personnes (36). Les étrangers ont des taux de chômage plus important que dans la population générale et ils subissent plus fréquemment des discriminations sur le marché du travail (39). Lorsqu'ils ont accès au travail, les migrants ont, eux, des conditions de travail plus pénibles et sont moins bien payés.

La **situation illégitime** des migrants les oblige à vivre dans une situation cachée qui offre peu de place à une évolution favorable de leurs conditions. Il est très difficile pour ces personnes de revendiquer des droits, d'avoir accès à des moyens de protection, de construire ou même se projeter dans l'avenir.

Le rôle et les décisions de l'État sont souvent critiquées et vue comme paradoxales voire « *hypocrites* » comme les nommaient E4. Ce dernier estimait que l'État français manque à ses responsabilités et laisse en suspens des systèmes déséquilibrés : les prises en charge médico-

sociales ne sont pas conduites assez loin pour avoir de réels impacts constructifs et se dissolvent devant l'ampleur des mesures à mettre en œuvre. Les ressources de la France étaient d'ailleurs estimées insuffisantes au vue du nombre de migrants. Cela avait été mentionné plusieurs fois par d'autres médecins. À travers le terme d'hypocrite est souvent retrouvé une vision des politiques de l'État qui apportent des aides d'un côté et majorent la répression de l'autre.

Il est important de souligner qu'au-delà des manquements dans l'intégration pleine et entière des personnes, **l'État français crée aussi de l'insécurité et de la violence**. Par l'accueil très limité réservé aux migrants, il les oblige tout d'abord à vivre dans cette clandestinité néfaste. Par ailleurs, du fait du risque d'interpellation, même s'alimenter, se déplacer, accéder à l'hygiène ou aux soins peuvent se révéler dangereux. Parmi les migrants en situation illégale évalués par Médecins du Monde en 2018, près de 40% affirmaient, en effet, limiter leurs déplacements par peur de se faire contrôler et arrêter (26). Ces interpellations sont en effet possibles jusqu'à la préfecture où les migrants se rendent pour des dépôts de dossiers ou même dans un cabinet de médecine alors même que l'AME justifie leur droit à consulter un médecin. Les demandes d'accueil sont **complexes et éprouvantes**. Les audiences, notamment à l'OFPRA, où les personnes doivent à nouveau faire le récit de leurs parcours peuvent être vécues comme de réelles réviviscences de ces traumatismes (52) (58).

La politique migratoire de l'Etat se construit de plus en plus sur un **mode répressif**, en témoignent les récentes évacuations de squats à Bordeaux. Les conséquences de ces sanctions ne sont souvent pas même prises en compte et aucune alternative n'est alors offerte aux personnes délogées. Les violences peuvent aussi être directes par les officiers de l'ordre lors de contrôles ou d'évacuation de logements illégaux, par exemple. Ces contrôles font peser de **nombreuses pressions** sur les personnes en situation irrégulière : risque de reconduite à la frontière (OQTF : obligation de quitter le territoire français), interdiction de retour sur le territoire français (IRTF), emprisonnement dans les centres de rétention administrative (CRA) etc...

Le Défenseur des droits a également montré que par la sécurisation croissante des frontières et la réduction de l'immigration légale, l'État favorisait les migrations illégales et donc plus à risque. 162 Etats, dont la France, ont pourtant signé en décembre 2018 le Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières (59).

Il existe, par ailleurs, de nombreuses autres démarches auxquelles sont soumises les personnes en situation irrégulière sur le territoire. Il s'agit notamment des demandes permettant de légaliser leur présence en France et d'ouvrir vers une situation plus stable. Les médecins de cette étude avaient relevé cette volonté chez la majorité des personnes bénéficiant de l'AME de **rester en France** pour y développer leurs vies.

Le titre de séjour pour étranger malade est plus directement lié à la santé. Le médecin a alors un rôle clé dans la reconnaissance des maladies mais c'est depuis 2017 le ministère de

l'Intérieur via l'OFII (office français de l'immigration et de l'intégration) qui décide d'accorder ou non cette autorisation de séjour (8). Cette mission était au préalable dévolue aux ARS.

3) Prise en soins de ces patients par le médecin généraliste

1. Éthique

Selon l'OMS la santé est un droit non monnayable (30). Un bien commun pour lequel toutes les instances doivent être mobilisées pour réduire les inégalités et œuvrer pour la santé de l'homme. Celui-ci rappelle qu'à l'échelle du globe, plus que tout autre maladie, « *l'injustice sociale tue à grande échelle* ».

L'AME est un sujet polémique et soumis à de nombreux débats depuis sa création à l'an 2000. C'est, principalement, à l'échelle politique que se trament ces discussions. Au-delà de l'attention portée aux populations migrantes, le Défenseur des Droits replace leur intégration dans un contexte plus large : « *le respect de ces droits est un marqueur essentiel du degré de protection des droits et des libertés dans un pays. Le degré de protection des droits accordée à une minorité ou à une partie fragilisée de la population révèle en effet en creux l'effectivité des droits de tous et de chacun* » (41).

L'AME fait appel à des règles déontologiques plutôt simples mais complexifiées par toutes les implications sur lesquelles elles débouchent. Dès le début de la médecine, le soin à toute personne qui en a besoin sans distinction est un principe fondamental. On retrouve ces principes éthiques dans de nombreux guides de déontologie et le serment d'Hippocrate, cité à de nombreuses reprises par les médecins de l'enquête. Cet accès aux soins s'applique aux « *indigents* » sans distinction de nationalité, d'ethnie, de religion, de sexualité, de revenus etc... Et donc aux migrants en situation d'irrégularité en France. L'accès aux soins des individus est par ailleurs un droit fondamental inscrit dans toutes les normes juridiques, conventions, traités, chartres internationales et conférences mondiales (60).

Le poids des migrants sur les financements publics est au final faible et surestimé au regard de ce qu'ils apportent à la société dans d'autres domaines : diversités sociales, capacités d'innovation (46)... Cette aide aux migrants s'inscrit néanmoins difficilement dans la tendance actuelle de limitation de l'immigration, d'immigration sélective etc... Le gestion de l'immigration doit maintenant répondre à des objectifs d'efficacité (61) : des acteurs engagés deviennent des prestataires de service et la revendication des droits de l'homme est reléguée au second plan. Par la majoration des obligations de quitter le territoire (OQTF), l'État français tend à rendre l'immigration d'autant plus irrégulière (62). Cela engendre une majoration légale de l'immigration illégale : comme dit précédemment les pays se placent à l'encontre du développement humain et se positionnent comme des sources d'insécurité et de peurs.

Selon le CCNE (63), les soins apportés aux migrants ne doivent en aucun cas être utilisés afin de réguler les flux et une grande prudence doit être développée quant à ce risque d'**instrumentalisation**. La peur classique de « *l'appel d'air* » occupe par exemple fréquemment le devant de la scène politique et médiatique mais elle ne doit pas remettre en cause les principes déontologiques de base.

André et Azzedine retrouvent 4 principales critiques à l'AME, parfois exprimées par certains médecins de cette thèse (24) :

- **illégitimité** : accès gratuit aux soins pour des personnes en situation illégale
- **aide excessive** : offre de soins aux migrants trop importante par rapport aux autres pays européens
- **dépenses incontrôlées** : selon l'Assemblée Nationale en 2015 majoration de l'AME de 26% alors que les dépenses totales n'ont augmenté que de 9,8% (en lien avec une augmentation du nombre de bénéficiaires)
- **fraude**

Cette dernière peur de la fraude est difficile à mettre en évidence mais représenterait en réalité une très faible part des dépenses : 0,12% des dépenses dans une enquête en Seine-Saint-Denis (24).

Au travers de ces reproches adressés à l'AME se retrouve ainsi **deux grandes figures des étrangers** :

- les migrants-profiteurs ou étrangers malades (60) : sont mêlés le tourisme médical, la fraude, « les mauvais pauvres » (64), « les mauvais migrants » pour raison économique (65). Cette figure est à l'origine de nombreuses représentations stéréotypées ou de préjugés
- les migrants légitimes qui apportent à la société, « les bons pauvres » (64), les « bons migrants » (réfugiés de guerre...) (65)

2. Rapport aux soins avec les bénéficiaires de l'AME

a) Relation de soin avec les patients couverts par l'AME

Il émerge de cette thèse deux conceptions principales de la santé et de la médecine. En schématisant à l'excès, les médecins pouvaient être séparés en **deux grandes branches** :

- Les médecins qui ne réalisaient pas pleinement le cadre de vie et les difficultés de leurs patients, ni les écueils de leurs consultations. Ils s'estimaient satisfaits de leurs prises en soin et considéraient fréquemment les relations avec les bénéficiaires de l'AME comme

très proches et aussi efficaces que pour les autres patients du droit commun. Il s'agissait fréquemment des médecins plus âgés.

- Les médecins plus réceptifs qui avaient conscience des difficultés de vie de ces personnes et des réponses parfois partielles apportées par leurs soins. Il s'agissait de médecins plus jeunes.

◦ Sensibilisation des médecins aux problématiques vécues par les patients détenteurs de l'AME

Dans cette étude, la connaissance des conditions de vie des bénéficiaires de l'AME par le médecin était souvent limitée. Beaucoup parlaient de situations précaires mais finalement d'accueils corrects. La notion de cette vulnérabilité ou de parcours de vie traumatisants semblait parfois reposer sur des stéréotypes associés aux migrants d'avantages que sur la relation de confiance existante. Les problèmes pouvaient être minimisés ou banalisés, presque vus comme **habituels** dans cette population. Les praticiens des focus groupes de Marion Gimenez-Tessier étaient plus impliqués dans le rapport aux patients précaires et reconnaissaient plus fréquemment le contexte de vie de ces patients.

Dans de nombreux pays, les médecins connaissent mal le statut précaire des migrants (66). De nombreuses incompréhensions persistent même si la communication est améliorée par la présence d'interprètes. Les professionnels de santé ne sont pas assez renseignés sur les conditions de vie et influences culturelles des patients, ce qui retentit sur la relation de soins. L'abord des pathologies mentales et des traumatismes psychologiques est notamment plus superficiel chez les migrants. Les soins primaires sont d'autant plus impactés par ces incompatibilités car en position de première ligne avec leur rôle de pivot.

Les **problèmes de langues** au-delà d'allonger le temps nécessaire pour se comprendre entraîne tout d'abord des pertes d'informations et une simplification des situations. Une communication restreinte ne permet en effet pas d'explorer convenablement l'environnement du patient ou son état mental, ni à celui-ci de se confier sur nombre de ses préoccupations. La HAS dans son évaluation du rôle des médiateurs en santé met l'accent plusieurs fois sur cette « *méconnaissance par les professionnels de santé des réalités vécues par les personnes* » (49). La **complexité** et la **longueur** des consultations avec ces patients précaires peut aussi expliquer ces biais de ressentis. Certains consacrent du temps à démêler les plaintes aiguës des patients et ne pensent ensuite pas à approfondir les échanges sur leurs conditions de vie et santé globale. Une certaine **réserve** peut exister chez les patients qui n'osent pas confier à leurs médecins les difficultés qui débordent de l'aspect médical. De même des médecins se limitent aussi dans l'abord des problèmes autres par **peur de ne savoir y répondre**. Enfin, les aspects non médicaux peuvent aussi échapper aux médecins qui n'en ont **pas conscience** et se satisfont des connaissances parcellaires de la vie et de la santé de leurs patients.

Ces raisons expliquent que les patients ayant l'AME se retrouvent parfois catégorisés dans un mode de vie acceptable au vu de leur situation. Les demandes de soins s'en tiennent alors à la recherche de réponses ponctuelles ou suivies à des problèmes simplifiés. De nombreuses études ont montré que la sensibilisation des médecins aux questions culturelles permettait de les y impliquer d'avantage et de réduire les disparités de santé qui y étaient liées (67) : ils prenaient d'avantage en considération l'importance des facteurs culturels.

Une thèse de médecine générale réalisée par Antonin Mathieu en 2016 avait étudié la construction des représentations des médecins généralistes par rapport aux patients ayant la CMU (68). Les entretiens réalisés avec des médecins d'Île-de-France avaient notamment montré que les médecins qui ont des perceptions négatives des patients disposant de la CMU n'ont pas conscience de ces lacunes et ne recherchent donc pas plus de formation. Ils n'ont par exemple souvent pas la notion d'une morbi-mortalité plus élevée chez ces patients et considèrent souvent les consultations comme « abusées ». Pourtant, plus les connaissances augmentent, plus ces a priori négatifs diminuent. Malgré ces images négatives, ils décrivaient d'ailleurs fréquemment un vécu positif avec ces patients.

◦ Qualité des soins

En 2002, la Société Européenne de médecine générale a cherché à faire le portrait de la médecine générale dans ses rôles, ses implications, ses axes directeurs, ses champs d'actions [60]... Plusieurs compétences fondamentales avaient été ainsi définies, entendues comme indépendantes des différences nationales des systèmes de santé. De onze caractéristiques centrales avaient émergé six compétences essentielles :

- gestion des soins de santé primaires
- **soins centrés sur la personne**
- aptitude spécifique à la résolution de problèmes
- **approche globale**
- **orientation communautaire**
- adoption d'un **modèle holistique** (ou modèle biopsychosocial cherchant à intégrer les dimensions culturelles et existentielles)

Le modèle global et holistique est donc bien « *ouvert sur l'extérieur* », c'est-à-dire intégré à ce qui compose et entoure la personne et peut générer une bonne santé ou des pathologies.

On retrouvait dans les caractéristiques principales de cette spécialité les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle des problèmes rencontrés et la personne comme élément central des soins. Plusieurs autres étaient décrits comme la nécessité d'une communication idoine, la place du médecin généraliste au cœur de la santé publique ou son rôle potentiel de défenseur du patient. La capacité de **suivi des patients** était aussi **mise** en avant comme un des principes de la discipline que le médecin se doit de développer. Les soins primaires ou de premier recours placent le médecin généraliste à une place prépondérante

pour la santé des patients mais aussi le fonctionnement des systèmes de soins. La qualité de ses soins est donc importante et obéit à une volonté d'**efficience** dans la gestion de ces ressources.

Sa place s'articule dans trois dimensions fondamentales : contextuelle (au patient), comportementale et scientifique (approche critique et évolutive). La dimension comportementale transparaît de tous ces entretiens, même si beaucoup n'en avaient pas conscience. Les soins reposent aussi sur la connaissance de soi-même et sa **capacité à se remettre en question** : capacités, valeurs, éthique personnelle, lien avec sa vie privée. Cet élément a été plusieurs fois appréhendé par cette étude : l'auto-évaluation et le ressenti de la qualité de soins étaient souvent discutables. Plusieurs fois certains manquements n'étaient pas perçus, étaient acceptés ou alors jugés comme sans conséquence. Pour prendre l'exemple de la langue, les travers de communications étaient toujours clairement identifiés, pourtant plusieurs médecins n'y attachaient pas d'importance. Les consultations reposaient plus sur la « *débrouille* » et étaient satisfaisantes alors même que la personne ne peut presque rien exprimer ni le médecin donner d'avantage d'explications. De même la portée d'un soin sans tenir compte du contexte où le patient évolue perd de son efficacité mais quelques médecins ne semblaient pas s'en soucier particulièrement.

Lors de la relation d'aide qui se crée au cabinet, les médecins sont parfois focalisés sur leurs **propres satisfactions** à l'issue des consultations, sans s'assurer des aboutissements réels chez les personnes concernées. Un rapport centré sur les réponses à apporter à un problème aigu ou une maladie donnée conduit plus facilement à une impression d'efficacité qui oublie les récurrences ou la dégradation de l'état de santé des patients. Ce travail de recherche des pathologies et des traitements à mettre en œuvre n'est pas vain mais on comprend aisément que l'investissement dans l'amélioration de la santé des patients y est plus simple mais de moindre étendue.

◦ Évolution de la médecine

Derrière le sujet de l'AME, on retrouve donc ici une vision de la santé et de la médecine centrée sur des symptômes et des maladies ou d'implication plus large et intégrée aux conditions de vie des patients. Si cette notion a toujours existé, les inégalités sociales de santé sont des concepts plus récents. S'agissant d'une thèse qualitative sur un petit nombre de médecins bordelais, il est bancal de chercher à interpréter les expériences au regard des formations initiales des enquêtés. Il apparaît néanmoins une relation étroite entre ces prises en soin, l'évolution de la médecine et donc de son apprentissage. La tendance actuelle de rapprochement de la physiologie avec les autres sciences humaines (sociologie, anthropologie, psychologie...) y joue pour beaucoup. L'histoire de la médecine regorge elle-même d'améliorations qu'elle doit aux évolutions sociales et aux jeux des points de vue (69). Le rapport au malade a, par exemple, conditionné certains types de médecines passant de

relations paternalistes (le médecin est dépositaire du savoir sous l'égide d'Hippocrate) à celles explicatives (le médecin répond aux interrogations du patient et l'« *éduque* ») jusqu'à tendre récemment vers l'idée d'un partenariat où le patient lui-même a des connaissances à apporter au médecin. Qu'il le veuille ou non, le médecin est un **acteur social clef** et avoir conscience des évolutions de la société est ainsi pertinent dans sa compréhension des patients et des soins.

Dès 1986, la Charte d'Ottawa promue par l'OMS plaçait la santé au cœur du système (70). A travers elle, cette charte défendait des idées récentes comme « *équité en matière de santé* », l'attention aux « *besoins culturels* », allant jusqu'à intégrer la « *conservation des ressources naturelles* » et le « *problème général que posent les modes de vie sur le plan de l'écologie* ». Si la science pharmacologique, les diagnostics ou les techniques n'ont cessé de se perfectionner, les notions capitales d'interaction d'un organisme avec ce qui l'entoure ont aussi fait du chemin. L'intégrations des mesures hygiéno-diététiques aux prises en soins, l'accentuation de la prévention, l'éducation à la santé, à laquelle il peut être préféré le terme moins infantilisant de sensibilisation, sont maintenant de pratiques courantes et insérés aux enseignements. Ces notions de **santé globale** restent malgré tout peu maîtrisées par certains médecins, notamment ceux moins enclins à repenser leurs pratiques. Les **inégalités sociales de santé** sont plus représentées sur leurs versants pathologiques, les facteurs protecteurs éloignent en effet les personnes des cabinets de médecines. Ceux touchant à la précarité, à l'exclusion ou aux habitudes pathogènes, plus ou moins volontaires, concernent directement les migrants. Certains soignants se représentent mal ces influences ou du moins les stratégies qui peuvent être développées pour y répondre. Cela débouche sur des soins moins adaptés et de fait moins pertinents.

b) Implications des médecins

Dans ce contexte houleux, il appartient aussi aux médecins de décider de leurs implications.

Il est interdit par la loi de refuser un patient sous seul prétexte qu'il est bénéficiaire de l'AME (71) mais ce sont des **pratiques discriminatoires fréquentes**. Aucun des médecins enquêtés n'avait refusé de patients pour ce motif. Les raisons à ces refus sont le plus souvent financières car les remboursements des consultations peuvent être aléatoires. L'autre frein majeur est la complexité des consultations. Une dernière limite est posée par la légitimité accordée aux soins de ces patients qui dépend des valeurs et convictions des praticiens.

Nombreux sont les professionnels qui se sentent pris en étau entre leurs valeurs et la déontologie médicale et les contraintes multiples posées par l'aide aux bénéficiaires de l'AME (72). Plusieurs médecins culpabilisaient de ne pas être assez renseignés pour offrir une aide adaptée aux patients ayant l'AME. Certains éprouaient une certaine **frustration**. Il s'agit en

effet de consultations complexes et beaucoup éprouvent un malaise ou des difficultés devant l'incapacité de soigner ses patients selon de bonnes pratiques (73).

Cela n'avait pas été perçu comme tel lors des entretiens, contrairement aux focus groupe de Marino, mais la réalisation de certificats médicaux peut être vue par certains médecins comme une **instrumentalisation** (47), notamment lorsque ces demandes sont répétées et constituent le principal motif des consultations. Il peut s'agir de demandes prioritaires d'AME ou encore de certificat cherchant à faire valoir la nécessité de logements plus dignes. Se pose aussi la question de la **légitimité** de ces certificats. En effet, parmi les migrants, rares sont ceux dont la vulnérabilité ne justifie pas ces certificats, d'où des questionnements sur leur intérêt réel. Les interviewés avaient évoqué délivrer des certificats sans trop de difficulté mais sans vraiment en comprendre l'intérêt.

De même, dans une démarche intégrée, le soin aux personnes disposant de l'AME ne se limite pas au côté médical strict et déborde sur le versant psycho-social. La **limite de la participation du médecin est parfois floue** et son travail plus ou moins dense et long. Les démarches sociales sont souvent vues par les médecins comme des tâches ingrates qui se rajoutent aux soins médicaux stricts (74). Elles ont pourtant un rôle essentiel. Par sa pratique spécifique et sa place de pivot, le médecin généraliste est au premier rang pour agir sur les inégalités sociales de santé. On retrouve donc une grande variabilité entre les médecins : de la décision de s'arrêter aux consultations et aux prescriptions éventuelles à l'accompagnement vers des consultations spécialisées, dans les démarches sociales ou vers les réseaux d'intégration.

Les médecins rencontrés par Marion Gimenez-Tessier avaient une implication le plus souvent plus importante et évidente que ceux de cette enquête. Dans leur construction du soin, ils intégraient l'aspect socio-psychologique à leur prise en charge avec des répercussions plus ou moins larges. Il en résultait des sentiments d'isolement, d'injustice, d'instrumentalisation, d'impuissance plus grands. C'était aussi le cas pour quelques médecins de cette thèse. Parfois aussi ils comprenaient la nécessité de ces prises en charge sans bien arriver à y répondre. Mais de nombreux autres se dégageaient de ces responsabilités en ne s'attachant qu'au versant médical strict. Cela pouvait être pour se protéger d'une surcharge de travail ou émotionnelle, ou parfois même car cela ne correspondait pas à leur rôle de médecin.

c) Distribution inéquitable des patients adultes AME dans la médecine générale

Le nombre de bénéficiaires de l'AME vus en consultation est dépendant de l'environnement dans lequel se logent les cabinets mais il est aussi intimement lié à l'implication des médecins.

Ces déséquilibres n'avaient pas été soulevés par les médecins de cette étude qui en voyaient pour la plupart peu ; ils étaient donc plus présents dans les ressentis des médecins de la thèse de Marion Gimenez-Tessier. Les refus de soins ou les adressages à d'autres confrères sont des

pratiques discriminatoires fréquentes qui ont tendance à faire reposer le soins aux patients précaires sur un petit nombre de médecin ou les structures hospitalières avec un risque de saturation (75).

Aucune mesure ne régule une **proportion de patient AME à voir pour chaque médecin**, rendant très variable la part prise dans leur patientèle. Les médecins plus sensibles à ces problématiques sont plus enclins à intégrer ces patients dans leur pratique, plus motivés pour se consacrer à ces soins plus complexes. Il en découle une situation déséquilibrée où certains praticiens ne voient quasiment jamais de bénéficiaires de l'AME pendant que d'autres en voient plusieurs par jour. Ceci peut être à l'origine d'un **sentiment d'iniquité** ou une impression de surcharge plus ou moins importante chez ceux qui sont plus actifs auprès de ces populations.

3. Spécificités des consultations

a) Communication

Il s'agit d'une **des difficultés majeures** des consultations auprès des bénéficiaires de l'AME : on ne peut pas soigner ni aider quelqu'un qu'on ne comprend pas ou qui ne vous comprend pas. Elle avait été maintes fois rappelée par les médecins vus en entretiens, même si ceux-ci n'avaient pas éprouvés les même retentissements. Laurence Kotobi soulignait dans une publication sur l'interprétariat en santé que « *donner la possibilité aux populations peu familières avec le système de santé du pays d'accueil ou de résidence d'exprimer ses maux tient d'une posture éthique et de justice sociale.* » (55)

Le risque de traitement différentiel chez les patients allophones est en effet majeur en l'absence de moyen d'interprétariat (72). On peut notamment citer l'évaluation psychologique, la sensibilisation thérapeutique, les informations à délivrer, l'évaluation de ce qu'a assimilé le patient... De nombreuses études montrent que plus la maîtrise de la langue est mauvaise, plus l'état de santé et l'accès aux soins est mauvais (35). Pour la HAS, une bonne communication n'apporte pas seulement à la qualité des soins mais « *il est clair qu'un patient ne parlant pas français nécessite l'intervention d'un interprète* » (76). Les patients possèdent parfois un vocabulaire français limité avec lequel la consultation doit s'articuler et la situation avec les patients qui parlent « *un peu* » français peut être encore plus **piégeuse** car conduire à une surestimation des capacités d'expression et de compréhension et, ainsi, à des biais importants et des soins inadaptés.

La barrière de la langue est par ailleurs responsable d'une majoration des dépenses de santé. En effet, le manque de compréhension provoque des dépenses inutiles (examens complémentaires, répétition des consultations) ainsi que des erreurs médicales. Ces erreurs sont multiples (77) :

- diagnostics
- consentements et observance aux traitements
- complications médicales
- hospitalisations plus longues voire non nécessaires
- moindre satisfaction des patients

De nombreuses études dont une de 2007 faisant référence (78) montrent que les entraves à la communication entraînent des inégalités sociales de santé : moins bon accès aux soins, aux professionnels de santé et à la prévention, moins de compréhension des diagnostics et des traitements, adhérence thérapeutique moins bonne, plus de complications médicales, moins de satisfaction concernant les soins.

Être sûr d'avoir été compris est fondamental. Les patients par peur ou timidité peuvent en effet avoir tendance à acquiescer sans oser manifester le fait que des éléments leur aient échappé. Cette situation est déjà fréquemment rencontrée avec les patients parlant la langue maternelle dominante alors on comprend aisément la majoration des difficultés chez les patients possédant l'AME. Des soins ou une prévention efficace ne peut reposer que sur une bonne compréhension des anomalies et de la stratégie thérapeutique proposée ainsi qu'un consentement éclairé.

Ils viennent alors souvent accompagnés de **personnes de leur entourage qui font office de traducteur**. Il peut s'agir d'un membre de la famille, d'une relation ou amie, plus rarement d'un accompagnant social. Le lien avec la personne qui vient consulter peut parfois se révéler assez trouble, posant le problème du secret médical et de l'honnêteté du discours. Ces situations peuvent, par exemple, se rencontrer dans les réseaux de proxénétisme. Certaines informations peuvent aussi être déformées par la personne, volontairement ou non, voire même omises. L'activité d'interprétariat nécessite formation et compétences pour être éthique et efficiente.

Il existe de nombreux problèmes lorsque cette **traduction est assurée par un mineur**. Cette mission d'interprétariat ne fait pas partie de leurs devoirs et va à l'encontre des droits de l'enfant. Les informations qui passent par lui ainsi que ce rôle inapproprié peuvent perturber l'équilibre psychologique d'un enfant. Il existe en outre des restrictions des adultes envers les enfants ne permettant pas, le plus souvent, de tout raconter. Les éléments d'anamnèses, les symptômes ou antécédents touchant à des sphères intimes sont passés sous silence. Cette pudeur peut aussi s'exprimer dans ce que l'enfant ose dire. Certaines choses compliquées peuvent aussi ne pas être comprise par un enfant. Certaines maladies ou symptômes lui sont inconnus et il est très difficile de faire de l'éducation thérapeutique par le biais d'un enfant.

b) Culturelle

La culture qui imprègne les personnes conditionne en grande partie leur rapport au monde et à la santé. Négliger certaines de ces différences peut conduire à des problèmes d'incompréhension et d'insatisfaction des patients, à la non adhérence aux traitements, aux erreurs diagnostiques et thérapeutiques qui en découlent (57). Ces méconnaissances peuvent, elles aussi, entraîner des **frustrations** de part et d'autre. Les médecins pouvant aller jusqu'à considérer ces patients différents comme difficiles alors qu'ils n'ont simplement pas notion de décalages culturels. La recherche d'une compréhension mutuelle apporte alors plus d'harmonisation aux soins et permet d'aboutir à une vision commune et une alliance thérapeutique plus forte.

Une étude de 2014 réalisée en Belgique avait exploré la notion de responsabilité dans les soins chez les professionnels de santé concernant des aspects linguistiques et culturels (67). Contrairement aux professionnels hospitaliers, les médecins de soins primaires pensaient qu'il était de leur devoir de s'adapter sur le plan culturel alors qu'il incombait plus aux patients de se synchroniser sur la langue. Ces points de vue étaient en partie liés au cadre législatif belge lié aux exigences de compréhension.

c) Médicale

Les pathologies des migrants présentent des spécificités en lien avec le pays d'origine, les parcours migratoires et les conditions de vie en France.

L'étude de Médecins du Monde dans les CASO en 2017 avait mis en lumière plusieurs spécificités pour les migrants qui s'y rendaient (51) :

- le nombre de motifs de consultation est plus faible
- on retrouve plus de consultations pour des symptômes ou des plaintes : céphalées, épigastralgies, toux, lombalgies
- moins de renouvellement d'ordonnances ou de suivi de pathologies récemment identifiées sont réalisés
- il y a plus de pathologies chroniques chez les 15-44 ans
- moins de médecine préventive a pu être réalisée
- les consultations débouchent plus souvent sur des prescriptions médicamenteuses

Il faut donc être plus attentif à certaines maladies et avoir recours à des **dépistages** plus systématiques qu'en population générale. Il est ainsi plus pertinent de réaliser des sérologies virales ou la recherche de carences. Le Ministère de la Solidarité et de la Santé recommande dans les examens initiaux (16) :

- « examen clinique général effectué par un médecin (évaluation de l'exposition à des violences physiques, sexuelles, et mentales et de leurs conséquences sur la santé ; et le

recueil des antécédents médicaux personnels du patient, en particulier des allergies, et des consommations de tabac, d'alcool et de toxiques)

*- évaluation et une mise à jour du **statut vaccinal***

*- dépistage de la **tuberculose** pour toutes les personnes provenant ou ayant séjourné dans un pays de haute endémicité*

*- proposition systématique de **dépistage du VIH, du VHB, du VHC**, et d'autres examens en fonction des résultats de l'examen clinique (suivi gynécologique, suivi de grossesse, suivi pédiatrique, dépistage des hémoglobinopathies, du diabète, examen urinaire par bandelette, examen parasitologique des selles, etc.) »*

Comme remarqué lors des entretiens, beaucoup de médecins généralistes ne connaissent pas l'histoire migratoire des patients qui viennent les voir (60). Ils ne s'y intéressent que dans les cas où elle est cliniquement visible comme lors de tortures ou de viols mais ont sinon tendance à négliger son côté pathogène.

Le panier de soins de l'AME **ne recouvre pas les médicaments à service médical rendu faible**, remboursés à 15 % pour les autres assurés sociaux. Beaucoup des médecins rencontrés n'avaient pas expérimentés ces restrictions. L'intérêt de ces médicaments est très discutable mais il est inégalitaire que ces patients ne puissent en bénéficier.

Certains soins nécessitent aussi des traitements et un suivi **difficilement compatible avec l'instabilité des patients** : soins infirmiers, kinésithérapie, psychothérapie, consultations régulières etc... Même la prise régulière de médicament et les mesures hygiéno-diététiques peuvent se révéler aléatoires, du fait des conditions de vie précaires des bénéficiaires de l'AME.

Les modes de vie et difficultés financières sont les principaux obstacle aux soins et rendent les recommandations, y compris celles promues par la HAS, difficiles à appliquer en pratique (73).

Une étude de 2015 réalisée chez des médecins de Meurthe-et-Moselle (79) avait montré les principales entraves ressenties dans le soin aux patients précaires :

- avance de frais pour les consultations spécialisées et les examens complémentaires (2/3 des médecins)
- éducation hygiéno-diététique (58,2 %)
- problèmes de communication (54,8 %)
- pathologies chroniques (49,6 %)
- soins dentaires (47,4 %)
- pathologie psychiatrique (42 %)
- addictions (42 %)

Le contact avec les patients précaires dépendait pour beaucoup de la **source de leur précarité** : économique, logement, médicale, personnelle et sociale...

Les difficultés multiples des migrants liés aux consultations médicales sont à l'origine de nombreuses insuffisances dans les soins qui leur sont offerts. Un article ayant interrogé des migrants iraqiens et somaliens au Royaume-Uni avait retrouvé comme principaux problèmes une confiance plus limitée, une confidentialité parfois faible et surtout des temps de consultation trop courts (fréquemment ressenties comme trop précipitées pour pouvoir exprimer ses difficultés) (37).

d) Administrative

Les patients bénéficiant de l'AME ne disposent pas de carte vitale mais d'une carte plastifiée comportant leurs identifiants. Les feuilles de soins électroniques et les télétransmissions ne sont donc pas réalisables et une **feuille de soins papier** doit être écrite pour chaque consultation. Ces feuilles doivent, par la suite, être envoyées par voie postale à la caisse de rattachement du patient. La centralisation des caisses est censée permettre une meilleure correspondance de ces feuilles de soins.

Cette interface différente des autres patients du droit commun a aussi pour effet de créer une **stigmatisation** visuelle, administrative et organisationnelle supplémentaire. La question n'avait pas été posée directement à dessein mais des relances sur l'absence de carte vitale avaient été faites au cours des entretiens et aucun médecin n'avait relevé spontanément ce versant péjoratif. Les médecins plus engagés de la thèse de Marion Gimenez-Tessier avaient quant à eux repéré plus fréquemment cet aspect.

Cette spécificité de l'AME entraîne une perte de temps liée à l'écriture et à l'envoi des feuilles de soins papiers. Les remboursements sont par ailleurs incertains et imposent un suivi régulier de la compatibilité, ce qui entraîne une charge de travail administrative plus importante.

Ainsi plusieurs médecins avaient allégué ne pas toujours réaliser de feuilles de soin. Ils ne suivaient pas non plus scrupuleusement les remboursements. Ceci ne constituait pas un problème pour eux au vue de la faible proportion des bénéficiaires de l'AME dans leur patientèle. Plusieurs médecins du travail de Marion Gimenez-Tessier avaient en revanche mis en lumière les problèmes de **manque de reconnaissance**, voire de considération à ces actes gratuits, en plus du risque de rupture du suivi. En effet, les patients peuvent être attachés à offrir cette rémunération aux médecins et pas seulement à bénéficier de charité. De même, il s'agit d'un outil d'évaluation et une preuve de soins et d'efficacité auprès de l'assurance maladie.

La réalisation des certificats appartient également à ces charges administratives et médico-légales.

e) Organisationnelle

La gestion des **rendez-vous** peut être parfois difficile avec certains patients disposant de l'AME. Si cela ne posait pas tant de problèmes aux médecins de cette étude, plusieurs l'avaient expérimenté régulièrement. Il est d'abord nécessaire d'être capable de prendre ce rendez-vous : communication avec le secrétariat ou le médecin, voire même rendez-vous en ligne. Il est aussi nécessaire de comprendre le fonctionnement du cabinet et de pouvoir s'y adapter, ce qui n'est pas toujours facile pour les personnes isolées en situation irrégulière. Être présents au rendez-vous requiert aussi parfois une planification difficile à mettre en œuvre en pratique. Les retards se révèlent ainsi plus fréquents qu'en population générale et les médecins ont à faire preuve de flexibilité.

Une thèse de 2016 soutenue à Tours avait enquêté sur les rendez-vous manqués en médecine générale par les patients bénéficiant de la CMU, du Tiers Payant Social et de l'AME [96]. Quatorze entretiens semi structurés avaient été réalisés avec des personnes ne s'étant pas présenté à des consultations de médecine générale sans prévenir. Les raisons de ces absences étaient le plus souvent liées à des contraintes de vie multiples : problèmes pour se déplacer, problèmes d'accès à une couverture de soin, imprévus familiaux, mauvaise organisation... La notion d'urgence entrainait parfois en jeu : inquiets, les patients avaient recours à un autre médecin ou s'auto-médiquaient et les symptômes s'amendaient. Tous ces motifs entraînaient parfois des oublis ou les patients n'osaient pas prévenir. Les relations de confiance, le respect qu'ils portent à leur médecin ou le rapport à la santé influençaient peu et les patients se sentaient le plus souvent coupables de ces manquements.

L'**accueil** réservé aux patients AME est important car tout le système de soins français leur est le plus souvent inconnu. Une écoute et une aide plus attentive est alors nécessaire.

Les consultations avec les patients détenteurs de l'AME sont plus complexes et nécessitent souvent **plus de temps**. Une adaptation peut être prévue pour les consultations avec ces patients mais cela est parfois difficile à anticiper et entraîne des retards, parfois vécus comme agaçants ou stressants.

4. Discrimination

Comme le rappelle le Défenseur des droits « *les refus de soins opposés à leurs bénéficiaires contreviennent, dès lors, non seulement à l'efficacité du dispositif mais aussi à la jouissance du droit fondamental à la santé.* » (80)

Les discriminations sont nombreuses dans le monde médical et plusieurs praticiens en avaient fait l'expérience au travers de leurs patients. Les refus de soins sont encore de pratique

courante, malgré le fait qu'ils soient interdits par la loi, notamment en raison de la couverture maladie dont bénéficient les personnes (71). On retrouve parfois des discriminations directes avec refus de soins aux étrangers voire expression de propos racistes. Le plus souvent, ces stigmatisations se retrouvent masquées, volontairement ou non, derrière des présentations plus discrètes et insidieuses. La **discrimination** correspond à des prises en charge différenciées par des critères illégitimes. La distinction entre une **adaptation** légitime permettant une médecine centrée sur la personne et les discriminations illégitimes et délétères peut parfois paraître floue. D'après une étude de 2008 de la Drees, plus d'un tiers des patients disposant de la CMU auraient expérimenté des refus de soins (23). Une étude plus récente menée chez les femmes en famille, sans domicile, résidant en Île-de-France avait retrouvé que 22,1% d'entre elles les avaient vécus à cause de leur couverture par la CMU ou l'AME (80). L'AME était, par ailleurs, un facteur supplémentaire majorant ces refus par rapport à la CMU (absence de carte vitale, moins bonnes informations concernant la situation médico-sociale des étrangers en France).

La revue *Maux d'exil* met en garde contre la **rhétorique culturaliste** (72). Il s'agit de différenciations reposant sur les mêmes logiques que le racisme mais présentées comme des descriptions objectives de variations culturelles. Elle apparaît ainsi comme moins visible, moins infériorisante et donc plus politiquement correcte.

Dans cette même revue, Emilie Jung distingue 5 formes principales de discrimination liée à l'origine :

- le refus de soin (direct ou implicite)
- le retard de soin
- la diminution des normes de prise en charge
- l'instauration de différences spécifiques à certaines cultures
- la manifestation ordinaire de sentiments racistes ou xénophobes

Ces refus peuvent aussi correspondre au non-respect des tarifs opposables ou de la dispense d'avance de frais, des délais de rendez-vous abusivement longs, des orientations répétées ou injustifiées vers un autre confrère ou des centres de santé (créant des saturations) (75)...

Les discriminations manifestes sont plus rares en santé mais beaucoup de représentations et de connaissances erronées des migrants ou même de la précarité ont un effet discriminant. Elles peuvent même être légitimisées par ceux qui les pratiquent : ces traitements différentiels reposent pour eux sur des raisons justifiables (72). Un des arguments phare est ainsi celui de « *l'intérêt général* » aux yeux de ceux qui ne voient dans les migrants que des profiteurs préjudiciables à la société où ils tentent de s'installer.

Dans l'étude au sein des PASS de 2017 (22), 9,2% des patients déclaraient s'être vu refuser des soins. Ils étaient 6% dans une étude portant sur les centres franciliens hébergeant des migrants évacués des campements parisiens de 2015 à 2016 (81).

De même que pour les patients bénéficiant de la CMUc, on retrouve de **nombreux préjugés** à la frontière du racisme concernant les patients AME. La question de la légitimité des soins aux

étrangers se retrouve parfois soulevée par certains et les représentations rattachées à ces patients les montrent souvent comme de mauvais patients ou des patients difficiles : la figure du profiteur, la difficulté à honorer les rendez-vous ou à s'y présenter à l'heure, les limitations psycho-sociales présumées, les différences culturelles occultées etc...

Caroline Desprès parlait dans son article (82) de l'**essentialisation** des patients bénéficiants de la CMU : pour certains professionnels ils deviennent une catégorie sociale. Ils les homogénéisent en leur attribuant une nature particulière alors que la CMU n'est fonction que de conditions de ressources et recouvre des situations en réalité très différentes. Il en est de même pour la figure du « *patient AME* » où peuvent se greffer tout un ensemble de représentations et stéréotypes alors qu'il s'agit d'une population très variée. Concernant l'AME dont le sujet avait parfois croisé les entretiens du Dr Desprès, les représentations étaient moins abondantes mais les refus de soins plus fréquents. Les raisons avancées étaient notamment administratives (pas de carte vitale) et relationnelles (langue). La question qu'elle soulevait était celle de la **stigmatisation des étrangers**.

De même que les patients possédant la CMU, il y a une essentialisation des patients précaires en général chez les professionnels : les patients précaires sont souvent vus comme des patients difficiles à soigner et leurs interactions appréhendées le plus souvent négativement. Cette essentialisation établit des catégories qui contribuent à la circulation des préjugés et débouche sur des soins différenciés en fonction de ces catégories.

On retrouve aussi des discriminations dans l'**écoute** et les **prises en soins différentielles** des patients. Les particularités de ces patients imposent parfois des adaptations pour mieux répondre à leurs problématiques et offrir des soins efficaces et orientés. Cela doit être fait dans l'intérêt du patient. Lorsque ces variations de soins reposent sur des représentations généralisantes et biaisées et débouchent sur des inégalités, elles sont discriminatoires. La partie de l'interrogatoire et l'écoute du patient présente des singularités auxquelles il faut savoir être sensible pour une médecine centrée sur la personne. Les troubles traversés par ces patients sont souvent nombreux et multifactoriels et il convient d'y accorder plus de temps comme c'est le cas pour les jeunes enfants ou les patients polyopathologiques. Il est important aussi de chercher à bien comprendre le patient et de ne pas anticiper à l'avance ses difficultés ou ses capacités à appréhender sa santé.

Certains praticiens vont aussi avoir tendance à éviter ces consultations en raison de leur complexité et des faibles réponses à apporter aux problèmes des patients.

Le **regard porté sur les patients** est aussi fondamental car il est évidemment perçu par eux. S'ils se sentent stigmatisés, la relation de confiance s'en trouve lésée. Valoriser l'estime de soi des patients est aussi un élément important pour les aider et leur permettre de progresser dans leur santé. Pourtant, l'étude en Meurthe-et-Moselle en 2015 avait, par exemple, montré que 52 % des médecins interrogés manifestaient des ressentis pouvant influencer négativement la relation (79).

Un autre exemple vient d'un article de 2017 qui s'était intéressé à la mortalité et morbidité maternelle sévère des femmes enceintes nées à l'étranger (83). Il avait montré que les inégalités sociales de santé se jouaient même au sein des structures de soin : les prises en charge des formes sévères étaient identiques mais il montrait moins de contrôle et de suivi des femmes d'origine subsaharienne par les soignants dès lors qu'une HTA ou une protéinurie avait été dépistées.

On retrouve ces discriminations dans les évaluations globales de l'environnement du patient et les préventions. Les consultations auprès des personnes détentrices de l'AME englobent de nombreux problèmes et il peut être, par exemple, délicat d'aborder des sujets comme l'alimentation et l'activité physique ou encore le tabagisme, s'agissant bien souvent de problématiques très secondaires. Pourtant, ces sujets comptent dans une prise en soin de qualité et sont discutés avec les patients du droit commun. Ne pas s'en soucier est donc à la limite entre une adaptation à leur contexte et une discrimination.

Il est important de souligner que ces situations de discrimination passent très souvent inaperçues et les saisines sont rares (72).

5. Prise en charge spécialisée

L'**accès aux spécialistes** est aussi problématique.

Nombreux sont, tout d'abord, les spécialistes qui **refusent** de voir ces patients, dans une même logique que ceux refusant de voir les patients bénéficiant de la CMUc, ou font preuve de pratiques discriminatoires. Ces conduites sont donc discriminatoires et même illégales. Chaque praticien conventionné est même tenu de recevoir une certaine proportion de ces patients. Toutes ces mesures sont loin d'être appliquées en pratique. Le principal motif en est les dépassements d'honoraires qui ne peuvent être affrontés par les patients possédant l'AME, ou plus généralement précaires. Cette raison apparaissait tout-à-fait **légitime** pour beaucoup des médecins de cette enquête. D'autres regrettaient que les obligations de soins ne soient pas respectées.

À l'échelle des soins primaires, ces difficultés résident surtout dans l'aiguillage des patients. Le ressenti des patients de certaines situations d'échec ou des prises en soin « *à la volée* » (pour reprendre l'expression d'E19) sont aussi possibles. Si la plupart des médecins rencontrés n'éprouvaient pas de franches difficultés à obtenir un avis spécialisé, c'est parce qu'ils adressaient les patients détenteurs de l'AME différemment des autres. Les raisons étaient variées comme décrites plus haut. Les structures publiques sont privilégiées en première intention. Les correspondances connues et la fidélité des relations professionnelles peuvent aussi permettre d'accéder plus facilement à certains spécialistes. Le fonctionnement critiqué ici est celui de la création de **filières spécifiques aux patients précaires**. L'AME est censée

permettre l'accès à tous les médecins spécialistes mais, en pratique, on retrouve des couloirs destinés plus particulièrement à ces patients avec de nombreuses voies fermées par ailleurs. Et ce sont les structures hospitalières qui sont ainsi la voie d'adressage préférentielle. Là encore, cette limite avait été abondamment abordée lors des focus groupes de Marion Gimenez-Tessier mais jamais mentionnée dans les entretiens de cette enquête.

6. Soins psychiatriques

Au cours des entretiens de cette thèse, les soins psychiatriques aux patients couverts par l'AME ont occupé une place à part pour beaucoup des médecins. Tout d'abord, en raison de la prévalence plus importante de ces troubles au sein de cette population mais aussi pour le recours complexe à ces prises en charge.

Beaucoup des maladies mentales qui se développent chez les migrants proviennent de leur vécu. Leurs conditions de vie ne leur permettent que rarement de rencontrer la sécurité suffisante pour se reconstruire et les médecins généralistes se sentent souvent **démunis** devant les souffrances de leur patients. Il est difficile aux médecins généralistes de parvenir à avancer efficacement sur ces troubles. Le temps manque pour approfondir leur genèse et les capacités à y faire face, les aides pharmacologiques apportent une assistance minime et sont souvent insuffisantes pour permettre une franche amélioration. Il s'agit de prises en soin spécialisées nécessitant le recours aux médecins psychiatres.

Les consultations sont longues et les soins pour les pathologies psychiatriques principales présentées par les migrants s'entendent sur plusieurs mois voire années. Il est ainsi ardu d'accéder à des médecins libéraux susceptibles de pouvoir recevoir ces patients aux tarifs du secteur 1. La mobilité fréquente des migrants est aussi un frein à ces soins car certains professionnels peuvent être réticents à s'y engager de peur des ruptures de soins et des perdus de vue [90]. Les ressources humaines limitées des secteurs publics en offre de soins psychiatriques pour les migrants se révèlent très vite saturé : EMPP, PASS... La surcharge horaire et émotionnelle est souvent éprouvante pour les soignants.

Un article de 2016 s'était penché sur les enjeux et les controverses des prises en soins psychiatriques des migrants précaires (4). Selon eux, « *au nom de l'universalisme à la française et du principe d'égalité, en psychiatrie publique, la catégorie "étranger" ou "migrant" n'est pas spécifiée. Aucun des textes régissant le soin (plan de santé, rapports psychiatrie) n'évoque la catégorie de migrant comme nécessitant une prise en charge adaptée. On ne crée pas de dispositifs pour étranger sans encourir le risque de discriminer* ». Les minorités ne sont pas reconnues et des dispositifs spécifiques peinent à voir le jour (84). La plupart des étrangers en situation régulière ou irrégulière se retrouvent donc aiguillés et suivis dans des dispositifs destinés aux patients précaires et non dans des structures qui pourraient leur être plus adaptées.

Les difficultés psychologiques sont donc intimement liées aux conditions de vie. Les problèmes sociaux sont en revanche parfois difficiles à intégrer aux soins psychiatriques et inversement (85). La nécessité d'une approche pluridisciplinaire trouve ici aussi un sens important mais le type d'approche à privilégier (sociale, thérapeutique) est parfois difficile à coordonner et peut être source de désaccords. Les problématiques psychiatriques ne sont d'ailleurs souvent pas résolues par l'acquisition du statut de réfugié.

De même la reconnaissance d'une pathologie psychiatrique peut déboucher sur une nécessité de soins et ainsi permettre de rester légalement sur le territoire. C'est une des voies d'accès à l'intégration en France avec le risque de faire émerger des enjeux supplémentaires et des risques de confusion, notamment la peur de se sentir instrumentalisés.

La sectorisation pose aussi de nombreux problèmes (85). Les migrants précaires n'ont pas toujours d'adresse effective, il s'agit parfois d'adresse administrative auprès de certaines structures leur permettant de recevoir du courrier et d'effectuer des démarches. S'agissant, par ailleurs, de personnes plus mobiles, elles sont parfois suivies dans des établissements loin de leurs lieux de vie avec les risques que cela comporte : déplacements en situations clandestine, perte de temps, rupture de soins... Certains secteurs, se situant proches de foyers d'hébergement, ont aussi exprimé le sentiment de se sentir dépassés avec parfois une impression d'iniquité de répartition.

7. Système de l'AME

Peu de médecins connaissaient bien le système de l'AME et notamment ses conditions d'obtention. Il comporte une **lourdeur administrative certaine** et maintes fois remise en cause. Si quelques-uns en connaissaient certains aspects, la plupart n'avaient pas à s'en occuper car les patients qui venaient au cabinet étaient déjà couverts par l'AME. Ils déléguaient sinon le plus souvent ces missions aux services sociaux. L'absence de ces connaissances ne leur permettait pas d'aider les patients à ce niveau-là.

La machinerie administrative à l'origine de l'étude des dossiers des demandes d'AME comporte néanmoins quelques éléments intéressants à savoir.

Comme montré précédemment, l'ouverture des droits à l'AME repose sur une complexité administrative très lourde dont les professionnels du social ou les agents des CPAM eux-mêmes ne connaissent parfois pas toutes les conditions (80). La gestion de chaque caisse repose tout d'abord sur des directives ministérielles parfois floues, voire contradictoires (86). C'est dans cette marge laissée à l'appréciation des agents administratifs que peut se développer un traitement différentiel des demandeurs d'AME parfois **arbitraire** et **illégitime**. Cette gestion de la procédure de l'AME était **très dépendante de la région** et des **employés**

donc génératrice de beaucoup de variabilité au détriment des demandeurs. Le traitement des dossiers relève ainsi d'une forme d'arbitraire, notamment pour la demande des documents justificatifs. La personne qui traite le dossier a un impact important sur son acceptation, que ce soit par sa place dans la hiérarchie, son expérience, son vécu...

Une étude qui s'était intéressée aux demandes d'AME au sein des CPAM avait montré que l'acceptation des demandes est variable et litigieuse à cause de nombreux biais (15). L'analyse s'était axée sur trois champs : le droit, l'organisation des assurance maladies et les pratiques des agents des caisses (agents d'accueil et agent des services AME). La gestion des demandes d'AME obéit également à une **logique productiviste** au sein des CPAM et toute l'organisation des dossiers passant de l'accueil aux gestions des demandes est soumise à un fonctionnement tendu en **sous-effectif**. Cela complique d'autant l'aide pouvant être apportée aux personnes vulnérables. En raison d'un objectif de **rentabilité**, il est plus facile de refuser un dossier que de l'accepter, notamment en cas de doute. Que ce soit auprès des agents de gestion ou de clientèle, le système fonctionne sur la base des contrôles, rétributions et sanctions.

Récemment, dans une optique de réduction des fraudes, une majoration de 10 à 12% des doubles contrôles des dossiers est prévue pour 2020 (13) (14).

En dehors de la constitution des dossiers eux-mêmes, l'accueil, l'orientation et l'aide aux demandeurs suit des **réseaux différents des assurés sociaux**. Les premiers contacts se révèlent plus succins et moins informatifs, les délais de rendez-vous sont plus longs, leurs fréquences répétées par manque d'information initiale... Le personnel est globalement moins formé à répondre aux personnes en situation d'irrégularités qui postulent pour l'AME.

Peu de médecins rencontrés ne ressentaient cette place à part des patients protégés par l'AME au sein du système de soin. Ce fonctionnement entraîne pourtant des problèmes éthiques évidents : « *cantonner les personnes irrégulières au sein d'une prestation qui leur est propre, favorise un traitement particulier et crée un système de santé à plusieurs vitesses* ». Encore une fois, ces personnes sont vues comme des assistés et non comme des assurés sociaux classiques avec toutes les dérives possibles. Le CCNE mettait aussi en garde contre les risques de discriminations qui en émanent et accordent une place particulières à l'AME, en marge du droit commun (64).

L'AME correspond à un **système assistanciel** et non assuranciel (60). Il s'agit donc d'une amélioration relative de leur accès aux soins. Elle est accordée aux étrangers sur la base de leur **pauvreté** et de leur **résidence** et non pas au titre de droit social (64). L'accès aux soins est pourtant un important facteur d'intégration sociale, au moins aussi important que l'emploi [19]. Cela favorise une économie du soupçon et ce, d'autant plus que les étrangers n'ont plus le statut de travailleurs : leur légitimité est contestée et ils sont d'avantages vus comme des charges. Comme dit par Céline Gabarro dans son article (64) : « *l'accès à une couverture maladie n'est dès lors plus discuté en termes de droit social dans les débats politiques, mais en termes de prise en charge humanitaire au titre de leur maladie, de poids financier ou de lutte contre l'exclusion.* »

L'absence de couverture maladie est un frein essentiel à la consultation d'un médecin généraliste chez les immigrés (étrangers ou naturalisés) (87). Or, toute cette lourdeur administrative contribue à diminuer l'accès à l'AME. Dans l'étude Premiers pas, seuls 51% des personnes éligibles étaient couvert par l'AME (25). La **capacité à communiquer en français** et la **durée de séjour** en sont les influences majeures mais entrent aussi en jeu les conditions d'entrée sur le territoire, l'importance de la précarité dans laquelle vivent les patients, l'accès au travail, le sexe, une immigration en lien avec la santé. Le manque de sensibilisation sur l'existence de cette aide et la complexité des procédures sont aussi importants.

Le non recours dépend aussi du **contexte local et de l'accès aux aides** qu'il permet. Une étude du Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire de 2017 avait, par exemple, montré que parmi les patients hébergés dans les centres franciliens après évacuation des campements parisiens, on retrouvait des taux de renoncement aux soins trois fois plus importants en dehors de Paris (81).

Au sein des CASO, 14,2% des personnes seulement possèdent une couverture maladie efficiente (et pourraient donc être soignées dans les circuits classiques), environ 70% pourraient pourtant y avoir accès et 30% ne présentent pas tous les critères nécessaires à ces couvertures (notamment à cause d'une durée de séjour inférieure à trois mois) (26). Il aurait pu être supposé que parmi les personnes en situation irrégulière, les patients qui ont recours à l'AME sont plus souvent en moins bonne santé que l'ensemble des personnes éligibles car cette démarche a été faite en raison d'une nécessité. Les migrants en meilleure santé peuvent en effet trouver moins d'intérêt à se lancer dans cette procédure administrative contraignante. Pourtant l'enquête Migrants de Premiers pas tend à montrer que cette corrélation n'est pas retrouvée systématiquement en pratique (25) : on retrouve en effet moins de 50% de recours à l'AME chez des personnes avec un état de santé altéré alors qu'il est de 60% chez ceux s'estimant en bonne santé. La demande de cette couverture ne répondrait pas ainsi systématiquement à un besoin.

4) Pistes d'amélioration de l'accès aux soins de ces patients

1. Sensibilisation des médecins aux soins des bénéficiaires de l'AME

À travers ces entretiens, il apparaît que la motivation et les convictions à adapter ses soins aux patients plus précaires, à intégrer leurs spécificités est variable. L'amélioration des soins et de l'état de santé des bénéficiaires de l'AME en passant par des soins primaires plus efficaces et équitables doit reposer sur des éléments simples et rapides. À l'échelle de l'ensemble des médecins généralistes, qui ont souvent une charge de travail ressentie comme importante, promouvoir des mesures complexes et prenantes ne serait pas pertinent.

a) Des situations spécifiques

Comme souligné précédemment, de nombreux écueils de prises en soin par des médecins de cette enquête venaient de leur manque de compréhension globale de leurs patients. Nombreux sont en effet les soins primaires qui ne se focalisent que sur la tentative de résolution de problèmes, aigus ou chroniques, sortis de leurs contextes. Or ces pathologies ou leurs répétitions sont fréquemment liées aux inégalités sociales de santé. Cela relève d'une vision diffuse de la médecine et n'est pas l'apanage des patients détenteurs de l'Aide Médicale de l'État. Toute consultation de médecine générale comporte ainsi une part plus ou moins dense de psycho-social amenant parfois à rechercher le motif caché. De par leurs spécificités, les soins aux personnes bénéficiant de l'AME sont plus soumis à ces détours.

Aider les médecins à réaliser la profondeur des soins et la coopération que nécessitent les patients serait donc favorable aux personnes précaires afin de leur permettre d'intégrer la dimension globale des soins à leur pratique.

Dans une instruction de 2018 concernant le soin aux migrants primo-arrivants, le Ministère de la Solidarité et de la Santé met l'accent sur le renforcement des informations sur les soins à ces population, notamment concernant la santé mentale et la gestion des psychotraumatismes (16).

b) Des soins reposant sur la compréhension mutuelle

À travers l'exemple de cette thèse, de nombreux médecins se satisfont de consultations où la communication est très limitée. Souvent, car il est compliqué de surmonter cette entrave mais parfois aussi parce qu'ils n'en ressentent pas le besoin. Là aussi une meilleure perception de la nécessité fondamentale de pouvoir avoir un échange construit et franc permettrait de développer les ressources de la communication. Avoir pleinement conscience de cette faille permet de situer le problème, ce qui peut amener à tenter de le surmonter. Il est impossible d'avancer sur un obstacle qu'on n'aperçoit pas.

Dans ses dernières recommandations sur l'interprétariat et la médiation en santé, la HAS parle de la nécessité d'assurer « *une sensibilisation spécifique de tous les étudiants des filières de santé.* » (49)

c) Des consultations adaptées

Le médecin doit savoir repérer les déterminants de la santé pour adapter ses pratiques, anticiper et surmonter les obstacles éventuels pour améliorer l'équité dans la santé (44). Cailhol et Lombrail mettent en avant ce principe dans un article de 2019 (88) : « *il s'agirait de faire davantage valoir le principe d'équité, plutôt que celui de l'égalité républicaine, qui prévaut actuellement dans notre pays, en proportionnant l'effort de prise en charge au degré de vulnérabilité et de fragilité des personnes.* »

Le côté chronophage des consultations est souvent ressenti dans ses aspects négatifs qui déstabilisent l'organisation des soins du médecin. **Savoir prendre du temps** pour les patients qui en nécessitent plus est aussi un avantage pour des soins adaptés. Ainsi, ne pas négliger la durée nécessaire à ces patients vulnérables et s'organiser en fonction est une des pistes pour améliorer leurs soins : anticiper des plages de rendez-vous plus long, reprogrammer, garder une flexibilité dans son planning, voire composer avec les retards en sont des exemples. Beaucoup des médecins de cette enquête avaient reconnu consacrer plus de temps aux patients couverts par l'AME car ils en avaient besoin. Ils refusaient de privilégier leur organisation et leur confort pour « bâcler » ces consultations selon l'expression de E3. Ces points de vue oscillaient avec d'autres qui n'y voyaient qu'une chronophage perdue.

Pour les soins, il est parfois difficile de s'occuper de tous les problèmes des patients dans le même temps. **Hiérarchiser** les soins afin de ne pas surcharger les personnes peut être une bonne stratégie. Avancer en égrainant les motifs peut permettre un travail spécifique sur chacun d'entre eux. Il est alors important de savoir les prioriser. Le **suivi régulier** crée également une relation de confiance qui apporte beaucoup aux soins et permet d'aborder dans un second temps des questions parfois inaccessibles sur les premières rencontres. Il convient également de pas négliger certains aspects pour la simple raison qu'il s'agit de patients précaires ou illégaux ; on pense notamment aux mesures hygiéno-diététiques, aux dépistages et préventions.

Les patients détenteurs de l'AME évoluent dans des conditions de vie plus instables et sont confrontés en permanence à des systèmes dont ils n'ont pas l'habitude. Les médecins doivent aussi pouvoir **s'adapter eux-mêmes** et ne pas rester trop rigides dans leurs organisations. Ces patients s'adaptent souvent plutôt bien aux fonctionnements des cabinets. Un temps d'intégration est parfois nécessaire mais il peut leur être difficile de s'aligner complètement à certaines logiques. Sans accepter une désorganisation ou des débords systématiques, il convient de faire preuve de tolérance et d'adaptation en comprenant les difficultés vécues par certaines personnes.

Comme dans la thèse de Marion Gimenez-Tessier, plusieurs médecins rencontrés pour cette étude avait mis en avant la nécessité de savoir s'adapter et de recourir à l'empathie pour compenser les difficultés des patients.

2. Santé globale

Dans son rapport de 2008 sur l'équité en santé, l'OMS rappelle l'influence des déterminants sociaux de la santé et la nécessité d'agir à tous les niveaux (30). Le système de soin lui-même est un déterminant important mais tous les secteurs sont reliés à la santé et ont un impact : « *les finances, l'éducation, le logement, l'emploi, les transports et la santé publique, pour ne*

citer qu'eux. Une action cohérente de l'ensemble des instances gouvernementales, à tous les niveaux, est indispensable pour une plus grande équité en santé ». Trois grands principes directeurs sont affichés :

- développer de meilleures conditions de vie
- faire reculer les inégalités sous toutes leurs formes
- améliorer les connaissances des iniquités et s'en servir pour lutter contre elles

Le dernier principe souligne largement la nécessité de formation des professionnels de santé mais aussi des politiques et même de l'ensemble de la population pour rendre les hommes acteurs de leurs santé.

De même que les migrations apportent une ouverture culturelle, elles ont aussi des conséquences positives en terme économique, sociétal et même sur l'emploi (2). Le risque de déstabilisation du système de soin peut exister dans certains pays même si la plupart ont les capacités à faire face aux soins des personnes issues de la migration. Ce versant constructif n'est que très rarement mis en avant alors qu'il s'accorde avec la nécessité d'une meilleure intégration des populations migrantes.

À nouveau dans une conception de la santé comme dépendante de tout ce que traversent les personnes, l'intégration globale des personnes possédant l'AME est un **levier majeur** pour un meilleur état de santé. Plusieurs participants à cette étude l'avaient remarqué. La réduction des inégalités sociales de santé ne passe donc pas seulement par la médecine mais des ressorts sont aussi à chercher auprès de la législation, de l'économie, de l'urbanisme (89)...

La santé mentale ou physique est directement liée aux conditions de vie débouchant sur des inégalités sociales de santé entre les personnes. L'AME ne suffit donc pas à elle seule à permettre une bonne santé. Les soins se limitent bien souvent aux problèmes et aident peu à construire un équilibre adapté.

Les **préventions** et **dépistages** s'inscrivent dans une démarche cherchant à se placer en amont du curatif. L'objectif est d'empêcher les maladies de se développer plutôt que d'œuvrer à la soigner, de les détecter le plus précocement possible ou encore de les limiter. Ces prises en soin sont essentielles chez les migrants au parcours de vie bousculés. Les **vaccinations** ont ici un rôle prépondérant car les couvertures en sont moindres chez les populations migrantes (26).

La **sensibilisation des patients** eux-mêmes à leur propre santé et aux déterminants qui la compose est aussi essentielle (2). Les aider à se prémunir de certains altérations, favoriser les comportements et habitudes positives et savoir recourir à un médecin au moment opportun apportent une aide certaine pour améliorer leur état de santé. Leurs conditions de vie précaires ne doivent pas mener systématiquement à négliger ces aspects sous une logique curative et des problèmes multiples. La **littéracie en santé** fait de plus en plus parler d'elle. Une de ses définitions est proposée par Stephan Van den Broucke dans un article de 2017

accessible via Santé Publique France (90) : il s'agit de « *la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé* ». Les déséquilibres de cette littératie en santé au sein des populations sont fortement associés à des disparités des états de santé. Il est donc important de développer des environnements favorables à cette littéracie notamment là où elle manque, c'est-à-dire par exemple auprès des populations précaires.

L'**intégration des personnes** est aussi capitale. Elle permet de se projeter dans l'avenir et de se protéger de nombreuses insécurités. La stabilité apportée est le premier pas vers un mode de vie moins générateur de maladie mais au contraire aidant à la santé dans toutes ses composantes. Plusieurs des médecins rencontrés avaient ainsi vivement critiqué l'accueil incohérent des migrants chez qui on pallie bien souvent les pathologies grâce à l'AME sans véritablement offrir de chance de les surmonter. Le côté politique et les décisions de l'État étaient souvent interpellés.

C'est dans ce cadre-là aussi que la recherche de sécurité doit être prépondérante devant les sanctions. Comme vu plus haut, l'État français joue un rôle majeur dans la genèse de l'insécurité par les contrôles et les expulsions préférées à l'intégration des migrants. Renforcer l'accueil et les implications sociales pour les aider à s'insérer convenablement sur le territoire français devrait être privilégié aux répressions. Le Défenseur des droits suggérait ainsi que sensibiliser les forces de l'ordre aux interpellations jugées déloyales (65) pouvait déjà améliorer l'insécurité liée à la peur des contrôles. E12 parlait de « *donner sa chance aux gens* ».

3. Meilleure connaissance des patients et du système de l'AME

Dans ses stratégies européennes pour la santé des réfugiés et des migrants (2), l'OMS cherche à promouvoir l'enseignement du soin aux patients issus de la migration dès le début des études sanitaires jusque dans les formations tout au long des carrières professionnelles : « *intégrer la santé des migrants à la formation professionnelle (études supérieures, formation post-universitaire et continue) de tous les personnels de santé, y compris le personnel auxiliaire et dirigeant, l'accent étant particulièrement mis sur la **médiation culturelle**.* »

Beaucoup des appréhensions des médecins et certaines difficultés de prise en soin sont liées à un **manque de connaissances** ou **des représentations erronées**. Les impacts de la culture et de la langue ont été maintes fois soulignés dans cette thèse. Se détacher de visions stéréotypées et banalisantes est essentiel (82). Dans l'étude de Meurthe-et-Moselle (79), deux tiers des médecins avaient exprimé leur souhait d'accéder plus facilement à des formations notamment dans le domaine du social et des approches pluridisciplinaires. Les migrants

primo-arrivants étaient peu vus par les médecins de cette étude car plus souvent pris en charge initialement par d'autres structures de soins.

Une meilleure connaissance des difficultés spécifiques que traversent ces patients permet de mieux les comprendre et de mieux situer le contexte dans lequel ils évoluent. Il est ainsi plus facile de saisir les motifs de consultations des patients, de se poser avec eux les bonnes questions et d'avancer dans des diagnostics médicaux ou sociaux fiables. Quand la connaissance de ces patients sort la nébuleuse de la précarité et de la clandestinité, il est plus simple de mettre en place un plan de soins concret et efficace.

Être mieux informé sur ces patients permet aussi de mieux les situer comme des **personnes en demande de soins**. Une meilleure sensibilisation à ces problématiques diminue les discriminations et rendent les soins meilleurs car plus éclairés et humains.

Enfin, une meilleure maîtrise du système de l'AME permet de mieux comprendre son fonctionnement, d'aider si besoin les patients dans leurs démarches et surtout dans leur accès aux soins.

La différence entre les médecins rencontrés par Marion Gimenez-Tessier et ceux interviewés ici se ressentait beaucoup au travers de ces connaissances. Mieux connaître ces populations permet une plus grande implication auprès d'elles et le souci de leur apporter des soins de qualité nécessite de mieux les comprendre. Rendre plus accessible les informations les concernant et inciter les médecins à se renseigner est donc un moyen de favoriser leurs prises en soins.

4. Améliorer la compréhension

Il s'agit bien d'une autre des pierres angulaires des consultations avec les patients bénéficiant de l'AME, une de celles sur lesquelles il est important de modifier les pratiques. Elle concerne la langue, en premier lieu, mais les composantes culturelles sont aussi fondamentales. Certaines croyances peuvent en effet grever l'efficacité des soins comme par exemple certaines représentations fausses concernant l'expression de maladies psychiatriques (37).

L'accès simplifié à l'**interprétariat professionnel** est tout d'abord une aide certaine. La littérature a fortement appuyé l'efficacité de l'interprétariat par des interprètes professionnels par rapport à des interprètes informels pour un accès égal aux soins et des meilleurs états de santé (78). Une Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France a été dressée à Strasbourg en 2012 (91). Elle explique que si l'absence de recours à des aides permettant aux personnes qui ne maîtrisent pas la langue dominante de mieux comprendre ou s'exprimer n'est pas considérée comme une discrimination, elle limite clairement l'égalité d'accès à la santé. L'interprétariat permet donc d'améliorer l'équité et

repose dans cette charte sur des considérations essentielles : respect de la confidentialité, du libre choix et de l'autonomie.

En 2017, la HAS a tracé des recommandations concernant l'interprétariat en santé (76). On retrouve, là encore, la nécessité de **sensibiliser** les acteurs de la santé à la communication et l'interprétariat dès le début de leurs études et lors des formations continues. Il y a aussi nécessité d'une meilleure information des professionnels médicaux sur l'intérêt du recours aux interprètes. Seul un interprète **professionnel** est en mesure d'apporter l'équité aux patients (« *accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome* ») et de donner aux professionnels la possibilité de délivrer des prises en soin de qualité (« *respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical* »).

Il s'agit dans le cadre qui nous intéresse d'un interprétariat de liaison : on retrouve un échange « *en balancier* » (77) contrairement aux échanges unilatéraux lors de conférences. Il peut être consécutif (la parole comporte des pauses pour permettre la traduction) ou simultané. Trois interfaces existent : face-à-face, téléphonique ou par vidéo. L'interprète a un rôle d'**interface** entre les personnes.

Des principes déontologiques sous-tendent cet exercice :

- la fidélité de la traduction
- la confidentialité et le secret professionnel
- l'impartialité
- le respect de l'autonomie des personnes

L'empathie et la confiance sont aussi des éléments importants. L'interprète doit néanmoins être capable de garder une distance juste, en retrait. Cette place particulière de l'interprète repose donc sur des capacités de distanciation de sa part. L'absence d'implication peut être vécue comme frustrante (fonction presque mécanique de traducteur) ou les événements relatés peuvent résonner avec son vécu personnel. Il peut intervenir en dehors de ses missions d'interprétariat pour aider à débrouiller des incompréhensions qui débordent de la langue elle-même comme des composantes culturelles mais il doit alors préciser qu'il sort du cadre de l'interprétariat strict.

L'**équilibre des consultations** est bouleversé par la présence d'un intervenant supplémentaire, créant des échanges triangulaires. Ici aussi une formation des professionnels de santé à ces discussions en balancier doit amener à des conversations plus fluides et pertinentes. Certains codes et manières de procéder sont à connaître (16). L'intervention de l'interprète peut aussi modifier les relations de pouvoir au sein des consultations (77). Les soignants peuvent avoir peur de la place prépondérante qui peut être accordée à l'interprète, que celui-ci se substitue au patient ou qu'il y ait des éléments en jeu qui lui échappent. Les patients risquent aussi parfois de se sentir exclus.

La **confiance** est donc fondamentale et la plupart du temps ressentie par les patients qui la jugent comme un des apports majeurs de l'intervention d'un interprète professionnel. Cette relation de confiance se tisse aussi de plus en plus fortement au fil des consultations d'où l'intérêt de l'intervention du même interprète pour le même patient. Les habitudes de travail

entre thérapeute et interprète apportent aussi une meilleure relation (84). En effet certains professionnels apprécient les recontextualisations ou précisions linguistiques ou culturelles alors que d'autres préfèrent s'en tenir aux mots de la personne ou sont plus mal à l'aise avec les interventions des interprètes. Cette connaissance et entente réciproques offre un plus grand soutien aux soins dans ces échanges tripartites.

Le recours à l'interprétariat professionnel se développe dans les hôpitaux et certaines structures sociales mais reste marginal dans les soins primaires.

Une autre thèse satellite de l'étude Premiers pas et soutenu en octobre 2019 par Anne-Élise Morice (92) avait évalué l'expérience de médecins généralistes et de patients ayant bénéficié de l'accès gratuit à un service d'interprétariat par visio-conférence dans deux quartiers de Bordeaux ; cette proposition entrainait dans le cadre du projet CARE. L'amélioration de la qualité des soins et la diminution des tensions avait été ressenties de part et d'autre de manière franche. Les médecins percevaient des soins plus adaptés grâce à des échanges plus fiables et concrets. Les patients étaient eux très satisfaits de pouvoir échanger de manière plus simple et confiante. Ils appréciaient notamment beaucoup le fait de pouvoir exprimer tout ce qu'ils voulaient. La proposition de recourir à un interprète était en elle-même une amélioration des relations entre médecins et patients : les patients parlaient de reconnaissance de leurs besoins de compréhension et d'intégration d'un élément fondamental de leur culture. L'apport de la vidéo par rapport à une interface téléphonique permettait de rendre plus « *humain* » la relation avec l'interprète. Elle pouvait en revanche être un peu intimidante pour certains.

Les principaux écueils sont le manque d'**information** et d'**organisation** d'avantage que le prix et la **planification** des consultations. Une prise en charge financière par le médecin lui-même grèverait rapidement ses dépenses professionnelles mais de nombreuses associations existent et apportent une aide précieuse pour faciliter et promouvoir l'accès à l'interprétariat. Demander un interprète pour une consultation nécessite aussi du temps et de l'organisation, ce qui n'est pas toujours compatible avec le fonctionnement du cabinet et la patientèle ou avec les conditions de vie des migrants. Un minimum de planification des consultations est nécessaire afin de prévoir la présence du traducteur. Il est donc incompatible avec les consultations sans rendez-vous et ces impératifs de date et d'horaire peuvent être difficile à intégrer au rythme de vie de ces patients. Il convient, par ailleurs, d'arriver sans traduction à faire comprendre la nécessité du rendez-vous et à se mettre d'accord sur une date.

Les **interprètes informels** sont le plus souvent issus de l'entourage du patient, notamment en soins de premier recours, de bénévoles associatifs ou de professionnels de santé maîtrisant une autre langue. Ce dernier cas se retrouve plus souvent dans les structures sanitaires qu'en soin primaire. Si la HAS défend les interprètes professionnels en santé, l'aide complémentaire de traducteurs informels peut être favorable. Ceux-ci peuvent apporter une proximité culturelle, communautaire, relationnelle ou émotionnelle. Des études montrent, en effet, que

certain patients reconnaissent la qualité formelle des interprètes professionnels mais préfèrent communiquer avec l'aide d'accompagnants proches (77). Le contexte des consultations entre malgré tout en jeu et trop de proximité émotionnelle n'est pas non plus toujours appréciée.

Les **autres méthodes** pour améliorer la communication avaient été pour la plupart citées par les médecins de l'étude. Elles ne permettent pas un échange constructif mais peuvent, tout au plus, pallier l'absence totale de compréhension, donner son « *illusion* » selon la HAS :

- langue tierce : on constate fréquemment une maîtrise très incomplète de ces autres langues par au moins un des deux acteurs
- pictogrammes
- interfaces numériques : sites internet, smartphones
- lexiques
- questionnaires ou lexiques traduits

Dans une revue de la littérature, Leïla Naït Salem s'était intéressée à la dimension culturelle des consultations de soins primaires et des outils permettant de l'intégrer plus pleinement (93). Elle avait montré l'importance de ces facteurs dans la relation de soin et le manque d'informations et de ressources ressenties par les acteurs de santé et les patients avec des conséquences défavorables en termes d'équité de soins. Les principales approches constructives concernaient « *l'aller vers* », l'**approche communautaire**, le **développement de compétences culturelles** et la **réorganisation des services de santé**.

L'amélioration de ces notions repose donc en partie sur les acteurs de santé. Il est bien sûr impossible de maîtriser suffisamment toutes les cultures qui peuplent ce globe pour pouvoir s'y adapter mais certaines clefs permettaient de rester attentif à ces influences. Le médiateur en santé, développé dans les parties de mise en réseau, a aussi un rôle à jouer dans ces échanges entre cultures.

5. Recours simplifié au système de soins

a) La machinerie de l'Aide Médicale de l'État

La base de l'amélioration de l'accès aux couvertures maladies reposent sur une **meilleure information des personnes**. En effet, la plupart des renoncements ou des non recours viennent d'une mauvaise compréhension de leurs droits ou des procédures administratives (2) (25). Le recours croissant à la voie numérique et dématérialisée est également une barrière importante pour l'accès à l'AME des migrants (26).

Concernant, les demandes d'AME, les pièces justificatives sont parfois difficiles à obtenir, voire même impossibles selon le contexte sous-jacent à l'immigration. Les dépôts de dossier sont

longs et les procédures complexes, notamment pour des personnes arrivées récemment et ne connaissant rien à ce système. Ces incompréhensions sont bien sûr majorées chez les patients allophones. Une **simplification de la procédure** permettrait ainsi d'améliorer l'accès à l'AME et éviterait les non recours trop fréquents. Au niveau des CPAM, un **accueil mieux organisé et plus patient** des demandeurs de l'AME permettrait de constituer d'emblée des dossiers plus solides et d'éviter les rendez-vous à répétition pour défaut administratif ou les recours en cas de refus. Cela impliquerait une gestion moins productiviste et plus humaine des CPAM afin d'offrir aux patients susceptibles d'avoir accès à l'AME l'aide qui leur correspond.

D'après le CCNE, le système de l'AME crée de nombreuses contraintes parfois difficiles à remplir et surtout très chronophages (63). Cette charge de travail se reporte pour beaucoup sur les travailleurs sociaux qui peinent à chercher des solutions avec des taux de succès parfois aléatoires. Le point de vue du CCNE est qu'il s'agit de temps perdu dans l'aide d'autres patients et ce d'autant plus que ces difficultés sont créées par les politiques.

Les patients étaient jusqu'à récemment rattachés à la CPAM à laquelle ils avaient fait la demande. Cela pouvait poser des problèmes de suivi en raison du nomadisme contraint dans lequel ils vivaient. L'envoi des feuilles de soins à la bonne caisse était aussi plus contraignant. Mise à part les départements d'outre-mer, un effort a été fait dans ce sens avec centralisation au niveau de 3 caisses : Marseille, Paris et Bobigny (14).

L'absence de carte vitale pour les patients AME remplacée par une carte plastifiée est un élément chronophage et inégalitaire, stigmatisant. Ces cartes imposent la réalisation et l'envoi de feuille de soins papier, ce qui fait perdre encore plus de temps et expose d'avantage au risque de retours défavorables concernant les remboursements. L'**accès au format électronique** permettrait en outre de rapprocher les patients ayant l'AME des patients de droit commun et de renforcer leur légitimité en tant que personne ayant besoin de soins, ce qui est probablement une des raisons qui pérennisent cette distinction. Dans son rapport de 2018 sur les personnes malades étrangères, le Défenseur des Droits proposait qu'à défaut d'extension des droits en santé des étrangers en situation illégale, une carte numérique puisse leur être accordée pour faciliter le recours aux soins en pratique courante (41).

C'est dans une même logique que la **fusion de l'AME et de la PUMA** serait une avancée majeure dans l'aide aux populations migrantes et isolées. Elle permettrait l'extension des droits avec un panier de soin plus large et de disposer d'une carte vitale électronique. C'était un autre point fondamental des discussions de la thèse de Marions Gimenez-Tessier mais E11, plus renseignée sur le soin aux personnes précaires, était la seule à l'avoir proposé ici. Cette mesure pourrait avoir des répercussions financières favorables en permettant de diminuer les coûts liés à l'administratif et aux soins urgents, notamment dans le cadre d'hospitalisations (24). Cette harmonisation rapprocherait également les patients vers le droit commun dans une optique de favoriser l'intégration. Il s'agirait là de faire évoluer le statut des patients bénéficiant de l'AME de celui d'étrangers illégaux malades auxquels on offre la charité vers celui de personnes ayant légitimement accès aux soins. Le défenseur des droits (65) (75) et

l'Académie Nationale de médecine (94) se sont également positionnés contre cette dualité entre PUMA et CMU. L'OMS était également en faveur de politiques de santé publique recherchant l'équité des soins entre les migrants et la population générale (2). Gabarro disait dans son étude sur les demandes d'AME au sein des CPAM (15) que « *se référer à cette division légale entre la CMU et l'AME permet aux agents de dépolitiser et déshumaniser le problème : ils ne traitent pas des personnes en situation irrégulière ou régulière, mais des bénéficiaires de l'AME et des bénéficiaires de la CMU.* »

Mais c'est justement ce rapprochement duquel s'éloigne la politique actuelle dans une optique d'immigration contrôlée. De nombreux débats concernent même la suppression de l'AME.

b) Le système de soin français

Le système de l'Aide médicale de l'État est complexe de par ses procédures et sa mise en place mais aussi dans son action au sein du système de soins français. Le Ministère de la Solidarité et de la Santé insiste pour que soit délivrée dès la première consultation une « **information approfondie** sur les principes de la santé en France, les règles de fonctionnement du service public et du système de soins, la prise en charge des soins, la santé des femmes, la santé et la protection des mineurs » (16). Toute ces formations permettant de pouvoir naviguer dans le système sanitaire repose sur un fonctionnement en réseau.

c) Prises en charge spécialisées

Une connaissance de correspondants fiables est le premier atout permettant d'offrir aux patients ayant l'AME de meilleurs accès aux spécialistes. Le refus de soin peut ainsi être limité par un travail en commun avec des spécialistes qui acceptent d'intervenir auprès des patients détenteurs de l'AME. Cela permet de contourner en partie le refus de soins et ne pas y exposer des patients vulnérables.

Si elle est très peu respectée en pratique, la loi s'oppose à la possibilité de récuser des patients sur le seul critère discriminatoire qu'ils détiennent l'AME (71). Un taux de consultations sans dépassement d'honoraires est théoriquement obligatoire. **Renforcer l'application légale de ces prises en soins** par de nombreux spécialistes permettrait un accès simplifié et plus divers aux spécialistes pour les bénéficiaires de l'AME. Certains des médecins rencontrés parlaient même de renforcer les sanctions. En dehors du micro, un des médecins m'avait confié ne pas vouloir pour autant le signaler au Conseil de l'Ordre pour ne pas être la « *balance* » de ses confrères. Selon le Défenseur des droits (75) : « *la mise en place d'un système de signalement et de sanction des refus de soins découle de la même logique que celle qui a conduit à créer la CMU-C, l'ACS et l'AME : celle de permettre aux plus précaires un accès aux soins de qualité, pour rendre effectif le principe fondamental et universel de droit à la santé.* » Le Défenseur des droits fait part de sa volonté de faciliter les recours devant ces refus de soins afin de faire évoluer les pratiques professionnelles. La difficulté à faire valoir ces droits est en effet très

complexe pour les personnes couvertes par la CMU ou l'ACS, on comprend aisément comme elles sont décuplées chez les patients ayant l'AME. Bien souvent, ces patients ne sont d'ailleurs pas au courant de l'impossibilité de leur refuser des soins en raison de cette couverture maladie, ni des possibilités de recours.

De même, à côté de ce prisme judiciaire, une **sensibilisation** des médecins spécialistes aux soins aux populations précaires, dont celles disposant de l'AME, est aussi importante. Développer une médecine plus diverse reposant sur des principes déontologiques permettrait d'impliquer d'avantage certains médecins dans une démarche plus sociale et les amener vers une patientèle plus variée. Ce point avait été évoqué par certains médecins enquêtés par Marion Gimenez-Tessier.

Dans la vie des étrangers en situation d'illégalité, l'accès aux soins psychiatriques est difficile si le système de santé ne va pas vers eux (47). Cela est le cas pour les soins somatiques mais est encore plus prépondérant en santé mentale, parfois plus assimilée et d'abord long et complexe. Favoriser l'accès aux ressources psychiatriques est ainsi une clef importante pour l'amélioration de l'état de santé des personnes bénéficiaires de l'AME.

6. Prise en soin dépassant le cadre médical strict

Le médecin généraliste a un rôle central, un rôle souvent mentionné comme **pivot**. Il se situe en effet à la proximité immédiate du patient, dans des échanges suivis et intimes au sein d'une relation de confiance. C'est lui qui avance avec le patient vers une amélioration ou un maintien de sa santé et, pour ce faire, il se trouve au confluent de plusieurs implications médico-psycho-sociales. Ses compétences ainsi que ses valeurs et son point de vue le poussent à un degré de participation qu'il souhaite dans la santé globale des personnes.

Afin d'assurer des soins optimaux, le médecin a un rôle plus important d'orientation, y compris géographique. L'aide va souvent être plus active que le simple courrier médical. Dès la prise de rendez-vous, il peut être nécessaire d'aider ces patients pour qui il est encore plus complexe de repérer un spécialiste. Certains prennent les rendez-vous avec eux, d'autres donnent des consignes simples et indiquent comment recourir aux spécialistes etc... La localisation n'est pas simple pour des patients souvent dépaysés et ne connaissant que peu leur ville d'accueil. Les cartes et éléments d'orientation permettent de s'y déplacer plus facilement. E2 consacrait par exemple du temps à aider les patients à prendre des rendez-vous puis à s'y rendre.

Concernant le versant social, peu des médecins rencontrés y tenaient une place véritablement active. Très souvent par manque de temps ou de connaissance, parfois car ils estiment que cela ne fait pas partie du rôle du médecin. Nombre d'entre eux restent néanmoins attentifs à

ce contexte et sont en lien avec les structures sociales de proximité, notamment les assistants sociaux travaillant dans la fonction publique ou les associations.

7. Fonctionnement en réseau

a) Coopération entre plusieurs intervenants

L'insertion des soins réalisés au cabinet au sein d'un maillage plus large est essentielle. Leur intérêt réside dans une prise en soins globale et une aide aux situations compliquées portée au-delà du versant médical strict. Savoir vers qui orienter les patients pour les démarches sociales et administratives permet d'aider à obtenir de conditions de vie plus favorable. En amont de l'AME, il est aussi important de connaître les centres permettant les soins aux personnes sans couverture sociale.

Une des premières ressources pour les démarches sociales reposait donc sur les **assistants sociaux de la fonction publique**. Les moyens humains sont parfois insuffisants et le recrutement de personnel pourrait améliorer leurs disponibilités, comme suggéré par E17. Les structures associatives offrent également une aide parfois plus adaptée car elles sont plus orientées et habituées à ce type de précarité. Leurs différents rôles sont moins bien connus des médecins, de même que leurs implications comme c'était le cas pour les enquêtés.

E11 croyait intimement à cette nécessité d'une prise en soin collective. En agissant avec les compétences de chacun, on tisse un accompagnement des personnes sur l'ensemble des aspects essentiels de leur vie pour leur permettre d'y être dans un meilleur état de santé et de s'y épanouir.

Parmi ces structures on retrouve trois principaux acteurs.

Les PASS (permanence d'accès aux soins de santé) offrent une interface ville-hôpital. Il s'agit de services hospitaliers présents sur tout le territoire. Certaines PASS développent de plus en plus d'activités hors les murs via des **équipes mobiles**. Elles délivrent des soins, apportent un soutien technique dans la coordination des parcours de soins complexes, elles permettent la délivrance gratuite de traitements grâce aux pharmacies hospitalières et un accès facilité aux rendez-vous spécialisés. On dénote, en revanche, une grande **hétérogénéité** de ces services en fonction des régions. Aucune mesure n'encadre en effet leurs pratiques et elles se retrouvent ainsi très dépendantes des financements locaux et des personnes impliquées.

Selon l'étude de 2017 des migrants consultant dans les PASS (22), la contribution des travailleurs sociaux s'élève à 57,6% des 848 patients étudiés. Elle passe par l'aide à l'obtention d'une couverture maladie mais aussi l'aide au logement, l'aide juridique, alimentaire, financière ou encore pour trouver des vestiaires. Les prescriptions médicamenteuses sont fréquentes, de l'ordre de 76% des cas : 75,2% médicaments délivrés à la PASS et 24,8% en ville. Les autres prises en charges médicales des PASS correspondent à la réalisation de certificats et de dépistages.

Les **CCAS** (centres communaux d'action sociale) sont un espace d'accueil, d'information et d'appui à la coordination. Ils possèdent un numéro d'appel unique et aident à l'accès aux droits et à l'interprétariat. Des **équipes mobiles** sont aussi habilitées à **accompagner** certains patients vulnérables directement aux consultations ou lors de leurs démarches.

Médecins du Monde, via le **CASO** (centre d'accueil, de soins et d'orientation) notamment, a un rôle d'expertise et de soutien sur les publics vulnérables et sur les parcours médico-sociaux complexes. Ils permettent aussi une sensibilisation et des formations sur la prise en charge globale des personnes les plus vulnérables. La multiplication des intervenants peut en revanche être perturbante pour les patients (73), d'où l'intérêt de les ramener plus proche du droit commun afin de mettre en place une relation thérapeutique plus fixe.

Dans son rapport de 2018, Médecins du Monde montrait que 1/3 des personnes se rendant dans les CASO ne recherchait pas qu'une aide médicale mais aussi sociale, juridique ou administrative (26).

Plusieurs médecins avaient ainsi suggéré la création ou le développement de structures uniques permettant des **prises en charges initiales prolongées**. Dans leurs idées, il s'agissait de structures uniques d'accompagnement qui apporteraient aux étrangers arrivant en France des informations voire des formations afin de favoriser une bonne intégration en France. Ils pourraient ainsi avoir une meilleure connaissance du fonctionnement notamment du système de soin et y avoir recours plus simplement. De même développer les **centres de soins primaires** avec orientation pluridisciplinaire peut aussi avoir un intérêt grâce aux orientations sociales : présence d'assistants sociaux... Néanmoins, on retrouve à nouveau les risques et dérives possibles en lien avec la création de filières AME à l'écart du droit commun.

b) Médiateurs en santé

Les médiateurs en santé peuvent aussi avoir un impact important et sont une ressource en plein développement (49). Ils ont un rôle d'**interface** et visent à renforcer l'équité en santé en agissant sur les failles du système, à créer des liens. Ils n'ont pas pour objectif de se substituer aux professionnels de la santé ou du social mais de les compléter et de renforcer leurs actions. Après des populations vulnérables, leurs lignes d'action sont de favoriser l'accès au droit commun et aux soins, d'encourager la prévention, de développer l'autonomie et l'empowerment. Après des acteurs de soins, il s'agit de missions de sensibilisation et de mise en connexion : faire prendre conscience des spécificités et facteurs de vulnérabilité, développer la qualité de soins orientés et coordonnés, exprimer les difficultés des patients et là encore tendre vers l'autonomie.

Comme chez les interprètes, leurs travaux sont encadrés par des **principes déontologiques**. Les trois principaux sont le secret professionnel et la confidentialité, l'absence de jugement et le respect de la volonté des personnes.

La HAS a ainsi estimé 4 étapes principales :

- agir sur les **entraves** aux soins et à la prévention en allant vers les publics-cibles mais aussi les acteurs médico-sociaux
- œuvrer pour le **rapprochement** des personnes concernées avec les professionnels et structures de santé et aider à leur coordination
- promouvoir la prévention et la sensibilisation à la santé par des **actions collectives**
- rechercher des **solutions structurantes et de long terme**

c) Projet CARE

A la base de ce projet se retrouvaient les difficultés d'orientation des publics vulnérables vers la médecine générale. Les principales raisons évoquées ici étaient « *la mauvaise maîtrise du français, la précarité économique, la complexité des pathologies et des situations administratives et sociales, la nécessité d'intégrer dans un projet de soins des éléments relevant d'autres domaines, les difficultés pour certains médecins généralistes de dégager du temps pour accompagner ou coordonner les parcours de soins...* » Ce projet a été développé par la plateforme Santé Vulnérabilité du CCAS en coordination avec le CHU de Bordeaux (PASS) et Médecin du monde.

L'objectif principal était de promouvoir soins et préventions vers le droit commun en aidant les médecins généralistes dans l'accompagnement des patients en situation de précarité. Faciliter un parcours de soins coordonné en ambulatoire permet de recentrer ces patients sur le droit commun et d'éviter le recours aux structures d'exception ou plus spécifiques.

Une des missions principales était de faciliter l'accès à l'**interprétariat** que ce soit en présentiel ou en vidéoconférence, comme lors de la thèse d'Anne-Élise Morice. En diffusant des informations simples notamment via des plaquettes explicatives, un autre objectif était d'améliorer la compréhension d'un **réseau simple** permettant d'aiguiller les patients en fonction des problèmes présentés. Des formations sur la prise en soins globale des personnes vulnérables étaient aussi proposées. La Plateforme Santé Vulnérabilité apportait une aide dans la coordination des situations complexes administratives et d'accès aux soins. Des **médiateurs** pouvaient aussi accompagner physiquement les patients dans leur démarche. Une amélioration de la coordination entre l'hôpital, la médecine de ville et les structures de prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité sociale était également recherchée.

8. Une meilleure rémunération

Une **cotation d'actes médicaux spécifique** aux patients AME est une idée qui s'inscrit dans la revalorisation des actes. Comme souligné à plusieurs reprises, les consultations auprès des patients bénéficiant de l'AME sont plus complexes et plus longues. Elles pourraient donc avoir une rémunération spécifique comme c'est le cas pour les enfants de moins de 6 ans ou certaines visites chez les patients insuffisants cardiaques ou polyopathologiques. En parallèle de l'accès à l'interprétariat, cette revalorisation des actes serait légitime en raison de temps accordé en plus aux consultations (76).

Comme suggéré par E16, l'intégration des soins aux bénéficiaires de l'AME dans les ROSP peut aussi être une alternative permettant de promouvoir financièrement le soin à ces patients ou d'offrir une rémunération plus adaptée.

Les motivations sous-tendues par ces revalorisations financières sont une rémunération plus équilibrée par rapport au travail fourni et l'incitation des médecins à recevoir ces patients (ou du moins à ne pas les éviter) et à y consacrer plus de temps.

Lors de la thèse de Marion Gimenez-Tessier, en plus de la valorisation financière des consultations, plusieurs participants avaient proposé comme stratégie une aide financière permettant de soutenir l'emploi d'une secrétaire au cabinet. L'aide apportée par un secrétariat notamment face à certaines difficultés rencontrées par les bénéficiaires de l'AME est un atout certain.

9. Autres

L'intérêt du **secrétariat** pour diminuer la charge de tous les rôles annexes n'est pas négligeable. En dehors des consultations proprement dites, les secrétaires peuvent aussi prendre un peu de temps pour aider à l'orientation des patients ou s'assurer de leur bonne compréhension du fonctionnement du cabinet et ou de la date des rendez-vous. La présence de **secrétaire** sur place est alors d'une grande aide, grâce à leur disponibilité et leur présence humaine. Il est difficile aux patients AME d'avoir accès à certains moyens de communication, notamment les ressources en ligne. Il est plus facile de discuter et de s'organiser avec une personne physique. Un échange humain apporte aussi un soutien à ces personnes souvent balancées entre des complexités sociales ou administratives multiples.

Une bonne connaissance du système et du réseau par les secrétaires elles-mêmes permet une meilleure compréhension des problèmes, un premier niveau d'orientation et une priorisation de certains patients. Les secrétariats peuvent parfois avoir un rôle dans la gestion des feuilles de soins papiers, permettant ainsi de diminuer la charge administrative en lien avec l'envoi de ces feuilles et les retours de paiements.

Afin d'assurer un meilleur suivi de ces personnes, des supports adaptés pourraient aussi se révéler utile. E6 avait beaucoup insisté sur l'intérêt des **dossiers médicaux partagés**, sans que

ceux-ci soient exclusivement destinés aux patients précaires. E16 avait pensé à des **carnets de suivi** ou du moins **de vaccinations** . E13 s'appuyait beaucoup sur les dossiers médicaux de son cabinet. En effet, l'historique médical est parfois difficile à reconstituer et prend du temps chez certains patients. Les données disponibles et les difficultés de communication rendent aussi ces informations incertaines. Il s'agit aussi de patients parfois plus mobiles, obligeant à des consultations parfois ponctuelles auprès de différents praticiens avec à nouveau un historique à rebâtir.

Développer les études sur ces populations afin de mieux les connaître est une base essentielle pour construire les connaissances qui aident aux soins adaptés (24) (2). C'est notamment le cas de l'étude Premiers Pas.

Des **associations de migrants** existent mais leurs rôles et leurs impacts sont souvent faibles (60). Elles possèdent une représentativité limitée et les nationalités représentées ne correspondent pas systématiquement aux migrations. Elles peuvent, en revanche, avoir un rôle de relais entre migrants et institutions et construire des liens sociaux et culturels en s'appuyant sur de nouveaux financements.

De même, une **meilleure coopération entre les échelles locales et nationale** permettrait une prise en charge plus adaptée aux réalités du terrain (60). En effet, les directives nationales sont souvent lâches et uniformes et ne correspondent pas toujours très bien au contexte local : institutions présentes, budget régional, démographie des migrants et de la population autochtone... L'ajustement des politiques locales peut ainsi permettre de réduire les inégalités spatiales et sociales de santé.

La **télémédecine** , très en vogue depuis l'épidémie due au SARS-CoV-2, notamment la télé-psychiatrie est aussi une idée intéressante pour plus de disponibilité et également pour permettre des consultations culturellement adaptées.

Un meilleur équilibre des pays entre eux permettrait enfin de réduire les inégalités outrancières qui gangrènent cette planète et ainsi agir en amont des migrations, pas uniquement sur les conséquences dans les pays d'accueil. L'OMS le dit en ces termes : *« Nombre des défis sanitaires, sociaux et économiques en rapport avec les migrations sont le produit d'un manque d'équité à l'échelle planétaire ; les interventions ciblant uniquement les pays d'accueil seront moins efficaces que les interventions de santé publique et les programmes mondiaux, interrégionaux et transnationaux coordonnés »* (2). Si la santé est globale, le monde, l'humanité l'est d'autant plus, quelles que soient les frontières communautaires, ethniques, religieuses, idéologiques ou même sexuelles. La mondialisation de toutes ces personnes ne repose pas seulement sur la capitalisation de l'argent et les voyages touristiques. La solidarité et la fraternité peuvent aussi être partagées sans se soucier

des territoires pour oser se tourner vers les autres et construire un monde qui ressemble à l'homme : plus juste, équitable et beau.

CONCLUSION

Même si les migrations ont changé, elles occupent partout dans le monde une place importante. L'économie crée toujours ses victimes mais les guerres et les déséquilibres climatiques privent chaque année de nombreuses personnes des ressources essentielles à leurs avenir. De différents endroits du globe, des hommes, des femmes et même des enfants, parfois seuls, se retrouvent forcés de quitter leurs racines pour aller chercher, sur des routes instables, un Eldorado lointain ou simplement une place pour pouvoir vivre dignement avec ceux qu'ils aiment. Ces migrants franchissent parfois les frontières jusque sur le sol français où la compréhension et l'accueil qui les attendent sont bien souvent décevants.

Ce sont ces personnes qui, lorsqu'elles ne peuvent pas se réfugier légalement en France, sont ainsi contraintes à y demeurer dans l'illégalité. Naviguant encore entre de nombreux obstacles à leur intégration et des difficultés multiples, le système de l'AME leur permet d'accéder au système sanitaire français où ils peuvent bénéficier de soins. Là encore des exigences restent présentes, notamment l'obligation de prouver formellement la présence ininterrompue sur le territoire français depuis plus de trois mois.

Nous avons mené ici un travail d'étude qualitative sur la rencontre de ces personnes avec des médecins d'une aire géographique précise : vingt entretiens ont pu être réalisés avec des acteurs de soins primaires exerçant dans Bordeaux Métropole. Il s'agissait de médecins installés dans différents quartiers de la ville et qui ne possédaient pas nécessairement de contacts étroits avec les patients possédant l'AME. Les discussions portaient sur les représentations qu'ils avaient de ces patients, leurs connaissances, les aspects qui avaient été épineux, ceux qui étaient intéressants ou enrichissants, leurs adaptabilités et les capacités qu'ils avaient su développer pour offrir des soins de qualité. L'accent était aussi mis sur la valorisation de leur exercice et les informations sur ces soins particuliers aux bénéficiaires de l'AME.

Le travail présenté ici se situe dans la continuité d'une autre thèse de médecine générale soutenue en 2018 par Marion Gimenez-Tessier. Des focus groupes avaient recueillis les expériences de treize autres médecins bordelais plus fréquemment confrontés au système de l'AME et aux patients qui en bénéficient.

Ces thèses sont satellites de la recherche-action Premier Pas qui, à travers des méthodes qualitatives et quantitatives diversifiées, cherche à mieux connaître ces personnes sans condition de séjour sur le territoire. Une attention particulière est aussi accordée aux expériences des acteurs de santé, à leur témoignage, ainsi qu'aux aides qui peuvent leur être données. La portée principale de ces recherches n'est pas tant de produire des données que d'améliorer l'état de santé des personnes couvertes par l'AME ou susceptibles de l'être.

La plupart des enquêtés n'en voyaient qu'occasionnellement et n'en retrouvaient que quelques-uns dans leur patientèle régulière. La principale particularité ressentie par l'ensemble des participants était les difficultés de communication avec en tête la barrière de la langue. Peu de médecins avaient évoqués les obstacles culturels. Les bénéficiaires de l'AME s'adaptent bien à l'organisation des cabinets même s'ils évoluent parfois à un rythme différent, cadré sur des contraintes variées. Ces patients vivent dans des conditions de vie précaires où de nombreuses pathologies se développent et se répètent, aiguës ou plus chroniques, souvent sur le versant psychiatrique. Beaucoup des médecins faisaient part de difficultés dans des prises en soins parfois frustrantes mais n'avaient pas expérimenté de réelles limitations. Deux figures schématiques se dégagent de l'ensemble de ces entretiens : les médecins qui voyaient dans ces personnes des patients comme les autres avec des singularités comme en ont chaque groupe social et les médecins qui comprenaient les retentissements de ces déterminants sans savoir toujours les surmonter de manière efficiente.

À travers les stratégies développées et les propositions issues de connaissances et pratiques concrètes, plusieurs idées ont émergé de cette étude pour améliorer la santé et l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME. La pierre angulaire de ces consultations est la communication et il s'agit du levier d'action majeur pour conduire à des soins plus adaptés et équitables. Les solutions opérationnelles restent difficiles à mettre en place mais la principale correspond à un recours simplifié à des interprètes professionnels. Savoir s'adapter de manière légitime à ces patients et leur offrir des soins plus efficaces car centrés sur eux est aussi une compétence importante. Ces adaptations passent par le temps qui leur est consacré et les efforts d'organisation pour tisser un suivi et une relation de confiance constructive. Le travail coordonné au sein de réseaux institutionnels et associatifs permet de solliciter efficacement les ressources de chacun pour construire un environnement et des soins favorables à une santé globale. Les médiateurs en santé, par leurs rôles d'interface, ont ici une mission centrale. L'accès aux spécialités médicales, notamment les prises en charge psychiatriques, doit aussi être simplifié pour plus d'intégration au système de santé français et moins de discriminations. Afin d'intégrer les bénéficiaires de l'AME dans les dynamiques dont ils ont besoin, il convient avant tout de sensibiliser les acteurs clés du système médico-social à ces problématiques. Informer les professionnels et ce, dès le début des enseignements universitaires, stimuler les formations et valoriser l'équité en santé. Il est important d'impliquer les médecins généralistes de par leur rôle pivot dans les soins mais les médecins spécialistes et les autres professions paramédicales font autant partie de ces réseaux de santé globale. De nombreux autres corps de métiers peuvent aussi intervenir dans la création de milieux de vie propices. Enfin, l'équilibre entre les pays et les hommes qui se partagent cette terre est sûrement le rouage le plus fondamental à mobiliser pour chercher à se placer en amont de migrations forcées et délétères.

Cette thèse a concentré ses efforts sur les points de vue de médecins œuvrant dans les soins primaires. Les études parcourues et les récits de ces praticiens montrent que le milieu des spécialités médicales ou de la chirurgie, notamment dans le secteur privé peut aussi receler de nombreuses clefs aidant à l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation irrégulière sur le territoire français.

BIBLIOGRAPHIE

1. UNHCR (Agence des Nations Unis pour les réfugiés). Le nombre de personnes déracinées à travers le monde dépasse les 70 millions [Internet]. UNHCR. [cité 12 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.unhcr.org/fr-fr/news/stories/2019/6/5d08e699a/nombre-personnes-deracinees-travers-monde-depasse-70-millions.html>
2. Stratégie et plan d'action sur la santé des réfugiés et des migrants dans la Région européenne de l'OMS. OMS. sept 2016;1-31.
3. Ministère de l'Intérieur. Immigration, asile, accueil et accompagnement des étrangers en France. Les principales données de l'immigration en France au 15 janvier 2019. Disponible sur: <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/content/download/114416/915665/file/Les-principales-donnees-de-l-immigration-au-15-janvier-2019.pdf>
4. Dourgnon P, Guillaume S, Jusot F, Wittwer J. Étudier l'accès à l'Aide médicale de l'État des personnes sans titre de séjour. *Quest D'économie Santé*. nov 2019;244:1-6.
5. Loi du 15 juillet 1893 ASSISTANCE MEDICALE GRATUITE.
6. Décret n°53-1186 du 29 novembre 1953 PUPILLES DE L'ETAT. 53-1186 nov 29, 1953.
7. Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat.
8. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.
9. Wittwer J, Raynaud D, Dourgnon P, Jusot F. Protéger la santé des personnes étrangères en situation irrégulière en France. L'Aide médicale de l'État, une politique d'accès aux soins mal connue. *Quest D'économie Santé*. nov 2019;(243):1-8.
10. Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités. CIRCULAIRE N°DGAS/DSS/DHOS/2005/407 du 27 septembre 2005. 2005 sept p. 8.
11. Décret n°2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'Etat. 2005-860 juill 28, 2005.
12. l'Assurance Maladi. En situation irrégulière - AME [Internet]. 2018 juin [cité 28 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame>
13. Projet de loi de finances pour 2019 : Santé [Internet]. [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/a18-150-6/a18-150-66.html>
14. Projet de loi de finances pour 2020 : Santé [Internet]. [cité 2 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/a19-143-6/a19-143-65.html>

15. Gabarro C. Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique. Rev Eur Migr Int. 1 juin 2012;28(vol. 28-n°2):35-56.
16. INSTRUCTION N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants. Ministère Solidar Santé [Internet]. 2018 [cité 9 avr 2020]; Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/07/cir_43755.pdf
17. l'Assurance Maladie. Aide médicale de l'État et soins urgents [Internet]. 2017 nov [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/aide-medicale-etat-soins-urgents>
18. AME : le contenu du « panier de soins » après la réforme PUMa. COMEDE (Comité médical pour les exilés); 2018.
19. Aide médicale de l'Etat : un nouveau format pour le titre d'admission | ameli.fr | Établissement [Internet]. [cité 12 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/gironde/etablissement/actualites/aide-medicale-de-letat-un-nouveau-format-pour-le-titre-dadmission>
20. Sécurité sociale. Chiffres clés [Internet]. 2018 [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-cest-quoi/chiffres-cles>
21. Faciliter l'accès aux soins des personnes migrantes en situation de vulnérabilité sociale. COMEDE (Comité médical pour les exilés); 2018.
22. Tapié de Céleyran F, Astre H, Aras N, Grassineau D, Saint-Val T, Vignier N. Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. BMJ Open. 2017;(19-20):396-405.
23. Boisguérin H. Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. DRESS Etudes et Résultats. 2008 Jul;645:1-8.
24. André J-M, Azzedine F. Access to healthcare for undocumented migrants in France: a critical examination of State Medical Assistance. Public Health Rev [Internet]. 3 août 2016 [cité 4 déc 2018];37. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5809954/>
25. Jusot F, Dourgnon P, Wittwer J, Sarhiri J. Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas. Quest D'économie Santé. 245:1-8.
26. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France - Synthèse 2018. Médecins Monde. oct 2019;
27. Les bénéficiaires de l'Aide Médicale Etat (AME) en 2018. L'Assurance Maladie Gironde; 2019.
28. OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. WHO. World Health Organization; 1978 [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/

29. Allen J, Heyrman J, Svab I, Gay B, Crebolder H, Ram P. Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. Eur WONCA. 2002;52.
30. Organisation mondiale de la santé (OMS). Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève; 2008 août.
31. ANR Premiers pas [Internet]. Disponible sur: <https://premierspas.hypotheses.org/>
32. Gimenez-Tessier M. 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. [Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine]. [Bordeaux]: UFR des sciences médicales; 2018.
33. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 2016.
34. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Paris: A. Colin; 2017.
35. Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. Questions d'économie de la santé. 2012;172:1-7.
36. Berchet C, Jusot F. Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition. Économie PubliquePublic Econ. 15 nov 2012;(24-25):73-100.
37. Fang ML, Sixsmith J, Lawthom R, Mountian I, Shahrin A. Experiencing 'pathologized presence and normalized absence'; understanding health related experiences and access to health care among Iraqi and Somali asylum seekers, refugees and persons without legal status. BMC Public Health. 19 sept 2015;15(1):923.
38. Mizrahi A, Mizrahi A. Morbidité et soins médicaux aux personnes nées à l'étranger. J Econ Medecale. 2008;Volume 26(3):159-76.
39. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Rev Econ. 30 mars 2009;Vol. 60(2):385-411.
40. Cognet M, Hoyez A-C, Poiret C. Éditorial : Expériences de la santé et du soin en migration : entre inégalités et discriminations. Rev Eur Migr Int. 1 juin 2012;28(vol. 28-n°2):7-10.
41. Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer. Déf Droits [Internet]. 13 mai 2019 [cité 9 avr 2020]; Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2019/05/personnes-malades-etrangees-des-droits-fragilises-des-protections-a-renforcer>
42. Guillou AY. Immigration thérapeutique, immigration pathogène. Abandonner le « parcours thérapeutique » pour l'« expérience migratoire ». Sci Soc Sante. 2009;Vol. 27(1):63-71.
43. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Paris: Journal officiel; 1987 févr p. 14.

44. INPES. Prendre en compte les inégalités de santé en médecine générale. 2014; Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/INPES_1407_inegalites_sante.pdf
45. Veïsse A, Wolmark L, Revault P, Giacomelli M, Bamberger M, Zlatanova Z. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. *Bull Epidémiol Hebd.* 2017;(19-20):405-14.
46. Revault P, Adam C, Faucherre V, Micheletti P, Pascal G. Migrations, vulnérabilités et santé en France. In: *La santé des populations vulnérables.* Ellipses. 2017. p. 184-205.
47. Wolmark L. La détection de la vulnérabilité et ensuite ? Actes de la journée d'étude Orspere-Samdarra « Vulnérabilité et demande d'asile »; 2017.
48. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Article L744-6 [Internet]. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000037398533&cidTexte=LEGITEXT000006070158&dateTexte=>
49. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 5 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins
50. Boubil E, Wolmark L. Vulnérabilité, soin et accueil des demandeurs d'asile. *Rev Droits L'homme* [Internet]. 4 déc 2017 [cité 30 mai 2019];(13). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/revdh/3502>
51. Huaume H, Kellou N, Tomasino A, Chappuis M, 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. *Bull Epidémiol Hebd.* 2017;(19-20):430-6.
52. Gerbes A, Leroy H, Leferrand P, Michel D, Jarno P, Chaplain J-M. Mieux repérer la souffrance psychique des patients migrants primo-arrivants en consultation de médecine générale et limiter les ruptures de suivis psychiatriques. *Inf Psychiatr.* 15 avr 2015;Volume 91(3):243-54.
53. Tortelli A, Skurnik N, Szöke A, Simon P. L'importance de la recherche épidémiologique psychiatrique sur les populations migrantes en France. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 juill 2017;175(6):577-82.
54. Baudet T, Saglio-Yatzimirsky M-C. Santé mentale des migrants : des blessures invisibles. Une prévalence élevée du trouble de stress post-traumatique et de la dépression. *Rev Prat.* juin 2019;69:672-5.
55. Kotobi L. L'interprétariat médico-social : une exigence éthique. *Santé En Action.* déc 2017;(442):15-7.
56. Elghezouani A. Migrants, épreuves d'exil et épreuve de l'étranger. *Psychotherapies.* 14 juin 2017;Vol. 37(2):81-9.

57. Hudelson P. Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ? Santé Conjug. oct 2008;(46):35-9.
58. Chambon N, Cochet P, Goff GL. Soigner des migrants précaires en psychiatrie publique. *Ecart* Identité. 2013;(121):38-44.
59. Ministère de l'Europe et des affaires étrangères - France Diplomatie. Le Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières [Internet]. France Diplomatie : : Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères. [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/politique-etrangere-de-la-france/la-france-et-les-nations-unies/le-pacte-mondial-pour-des-migrations-sures-ordonnees-et-regulieres/>
60. Hoyez A-C. L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales. *Cybergeo Eur J Geogr* [Internet]. 21 nov 2011 [cité 13 mai 2019]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/cybergeo/24796>
61. Geisser V. Projet de loi sur l'asile et l'immigration : indignation morale versus cynisme gouvernemental ? *Migr Soc.* 27 avr 2018;N° 171(1):3-11.
62. Dumitru S. La production de l'immigration irrégulière en France : une question d'insécurité humaine. *Migr Soc.* 27 avr 2018;N° 171(1):35-48.
63. Basset C. Santé des migrants et exigence éthique [Internet]. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé; 2017 [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-du-ccne-sante-des-migrants-et-exigence-ethique>
64. 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 Soc.* 27 avr 2018;N° 171(1):93-104.
65. Les droits fondamentaux des étrangers en France. *Déf Droits.* mai 2016;1-65.
66. Suphanchaimat R, Kantamaturapoj K, Putthasri W, Prakongsai P. Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. *BMC Health Serv Res.* 17 sept 2015;15:14.
67. Dauvrin M, Lorant V. Adaptation of health care for migrants: whose responsibility? *BMC Health Serv Res.* 8 juill 2014;14:294.
68. Mathieu A. Construction des représentations des généralistes libéraux franciliens envers les patients bénéficiaires de la CMU-c [Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine]. [Créteil]: Paris-Est Créteil; 2016.
69. Société Française de Médecine Générale. Sociologie et anthropologie : quels apports pour la médecine générale. *Doc Rech En Médecine Générale.* nov 2007;(64).
70. PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA. *Organ Mond Santé.* 21 nov 1986;6.
71. Code de la santé publique - Article L1110-3 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000026268225&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

72. Maux d'exil n°56 : Discriminations : des patients pas comme les autres ? COMEDE (Comité médical pour les exilés); 2017.
73. Pikus A-C, Deschamps J-P, Boissonnat H. Maladies chroniques et précarité : obstacles à la prise en charge et préconisations. *Santé Publique*. 2015;S1(HS):13-6.
74. Flores P, Falcoff H. Peut-on agir en médecine générale sur les inégalités sociales de santé ? *Rev Prat*. 31 déc 2004;54(20):2263-70.
75. Dreyfus B. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME : les principaux constats et préconisations du Défenseur des droits. *Regards*. 2014;46(2):41-9.
76. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 5 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante
77. Brisset C, Leanza Y, Laforest K. Working with interpreters in health care: A systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Educ Couns*. 1 mai 2013;91(2):131-40.
78. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature. *Health Serv Res*. avr 2007;42(2):727-54.
79. Marie CFS, Querrioux I, Baumann C, Patrizio PD. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. *Santé Publique (Bucur)*. 31 déc 2015;Vol. 27(5):679-90.
80. Perret G, Vandentorren S, Chauvin P, Vignier N, Vuillermoz C. Les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes en famille, sans domicile, hébergées en Île-de-France. *Bull Épidémiologique Hebd*. 25 juin 2019;(17-18):341-50.
81. Guisao A, Jangal C, Quéré M, Laporte A, Riou F. La santé des migrants primo-arrivants : résultats des bilans infirmiers réalisés d'octobre 2015 à mars 2016 dans des centres franciliens hébergeant des migrants évacués des campements parisiens. *Bull Épidémiol Hebd*. 2017;(19-20):382-8.
82. Desprès C, Lombrail P. Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse de discours de médecins et dentistes. *Études&Résultats*. mars 2017;apr. J.-C.;1-12.
83. Sauvegrain P, Sterwart Z, Gonthier C, Saurel-Cubizolles M, Saucedo M, Deneux-Tharoux C. Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées. *Bull Épidémiologique Hebd*. nov 2017;(19-20):389-95.
84. Pian A, Hoyez A-C, Tersigni S. L'interprétariat en santé mentale : divisions sociale, morale et spatiale du travail dans les soins aux migrants. *Rev Eur Migr Int*. 2018;Vol. 34(2):55-78.

85. Chambon N, Goff GL. Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie. *Rev Française Aff Soc.* 22 juin 2016;(2):123-40.
86. Cognet M, Gabarro C, Adam-Vezina E. Entre droit aux soins et qualité des soins. *Hommes Migr Rev Fr Réf Sur Dyn Migratoires.* 1 nov 2009;(1282):54-65.
87. Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Silva J. Le recours aux soins de ville des immigrés en France. *Quest Déconomie Santé Irdes* [Internet]. sept 2009 [cité 15 mai 2019];146. Disponible sur: <https://docplayer.fr/8437443-Le-recours-aux-soins-de-ville-des-immigres-en-france.html>
88. Cailhol J, Lombrail P. Quelles pistes pour améliorer la santé des migrants en situation de vulnérabilité ? Faire davantage valoir le principe d'équité. *Rev Prat.* juin 2019;69:668-70.
89. Moquet M-J. De la précarité aux inégalités sociales : les enjeux d'une lutte contre l'injustice sociale. *Santé Homme.* sept 2012;(420):35-7.
90. Van den Broucke, S. La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. *Santé En Action.* juin 2017;(440):11-3.
91. Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France. Strasbourg; 2012.
92. Morice A-E. Evaluation d'un service d'interprétariat par visio-conférence mis à disposition des médecins généralistes de Bordeaux Etude qualitative auprès des médecins et des patients expérimentateurs et enquête exploratoire sur le non-recours. [Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine]. Bordeaux : UFR des sciences médicales. [Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine]. [Bordeaux]: UFR des sciences médicales; 2019.
93. Naït Salem L. Quels sont les outils à disposition des acteurs de soins primaires pour prendre en compte la dimension culturelle dans la démarche de soins : revue systématique de la littérature [Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine]. [Bordeaux]: UFR des sciences médicales; 2019.
94. Précarité, pauvreté et santé. Académie Natl Médecine Une Inst Dans Son Temps [Internet]. 19 juin 2017 [cité 7 août 2019]; Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/precarite-pauvrete-et-sante/>

Abstract

Introduction : Every year, interactions between human society and environment push millions of people on the road of exile. Many of them arrive in France passing through exhausting migratory process. There, walks of life and backgrounds damage their health and the french measure called AME (*Aide Médicale de l'État*) is one of the recourses helping them to access medical care. The main goal of this study is to explore knowledges, representations and treatment strategies of Bordeaux general praticioners with AME and its adult recipients in order to improve primary health cares toward this specific population.

Method : Qualitative research with semi-directive interviews achieved with twenty general practioners practicing in Bordeaux.

Outcomes : Interviewes' knowledges about AME system and its beneficiaries was restricted. All of them approved it ; for some of them it was measures to develop, for others a system to restrict. Two types of physicians were highlighted : the ones who consider AME beneficiaries similar to other patients with particularities and the ones who understand the impact of this characteristics without knowing exactly how to efficiently overcome. The main problem encountered is the difficulty to communicate simply and with confidence. Follow-up cares, screenings and preventions, specialized cares and psycho-social involvement were also more difficult.

Conclusion : In order to improve this persons health, it is necessary to involve professional interpreters. Adaptability of individual centered pratices, health mediators' role developpement, network cares includeed specialists and surgeons, medico-social organisations or every professionnel liable to enhancement of life contexts are also encouraging leads. Awareness to healthcare and precarity are essential, from the further studies to regular trainings, to promote equity in health.

Keywords : AME, migrants, precarity, social health inequality, equity in health, care access, primary health care, network practice, health communication.

Annexe 1 - Guide d'entretien individuel

* en amont : **observation du terrain** :

voisinage, intégration au quartier.

ambiance globale, salle d'attente +++ , cabinet.

secrétariat ou non, place au sein du cabinet.

informations : sur les murs (affiches...), les tables, meubles (prospectus, magazines...).

musique, radio, sonorisation.

clim, ventilos.

- Peut-il rapidement **présenter son exercice** ?

durée d'installation., changements éventuels (raisons ?).

type d'activité : exclusivement libérale ou mixte. autre activité ?

nombre de patients vus chaque jour en moyenne, visites, nombres de jours travaillés, durée des consultations...

ses patients : pédiatrie, gériatrie, population jeune, niveau socio-économique, diversité, origines...

- Quelle est la **place des patients AME dans la pratique** du médecin rencontré?

dans les deux dernières semaines, combien de patients avec l'AME a-t-il vu en consultation? nombres de patients avec AME vus chaque semaine ou mois. recrutement, accès aux consultations (rdv, sans rdv, appels...).

consultations ponctuelles, suivi régulier, patient de passage ou réguliers.

intérêt personnel ou professionnel accordé à ces consultations.

- Quelles sont ses **connaissances et représentations des patients adultes bénéficiant de l'AME** ? Y a-t-il pour lui un **profil** de patient AME ?

âge, origine géographique.

parcours migratoire.

culture, langue, milieu psycho-social.

pathologies somatiques ou psychiatriques.

état psychologique.

situation psycho-sociale et familiale, intégration, difficultés non médicales.

intégration au système de soins, difficultés qu'ils rencontrent, capacités qu'ils développent pour y faire face.

- Rencontrez-vous des **spécificités** lors des **consultations** avec les patients AME?
principales difficultés rencontrées.
communication, expression, compréhension.
feuille de soins papier et remboursement.
intégration des patients au fonctionnement habituel du cabinet.
consultations complexes et chronophages.
implication dans difficultés dépassant le cadre médical.

- A-t-il des **stratégies** pour faire face aux problèmes rencontrés ? (**reprendre point par point** +++++++)
multiplication des consultations, orientation, prises de rdv, offre de sans rdv.
aide des proches, recours aux traducteurs / interprètes
secrétariat.
formation personnelle.
ressources locales (évaluer la connaissance et l'utilisation des dispositifs d'appui, des structures sanitaires et sociales environnantes mobilisables).
refus de soins.

- Que sait-il de l'**AME** ?
condition d'obtention, aides pour démarches, soins remboursés, carte AME.

- **Que pense-t-il** de ce dispositif ?
aspect éthique, application...
avis personnel, degré de satisfaction personnel des consultations.
pertinence, intérêt, utilité, efficacité...

- A-t-il des idées personnelles pour **améliorer l'accès aux soins des personnes adultes bénéficiant de l'AME** ?
selon lui, qu'est-ce qui pourrait/devrait être fait pour améliorer sa pratique avec ces patients?
pour améliorer la santé des patients AME (au sens large)?

Annexe 2 – Caractéristiques de la population d'étude

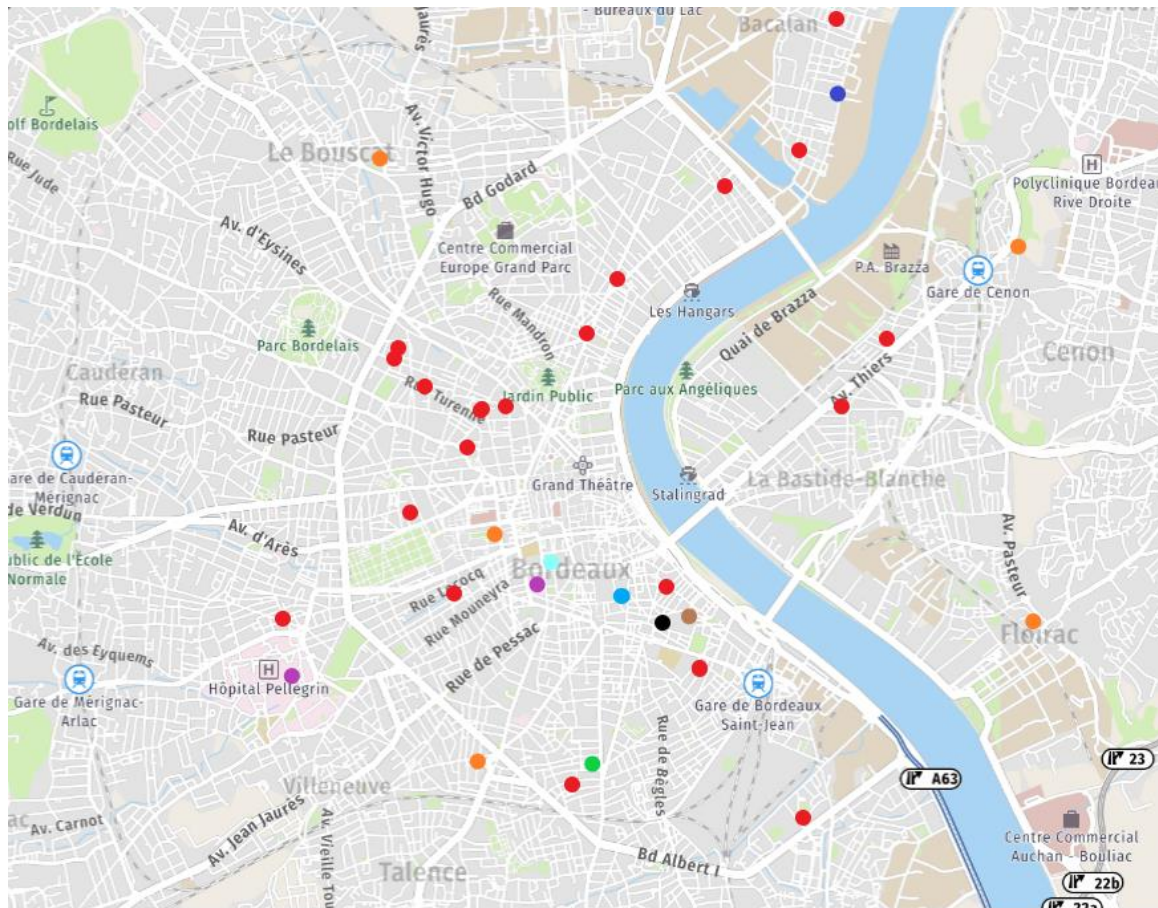
Enquêtés	Sexe	Planification des consultations	Secrétariat et prise de rendez-vous	Type d'exercice	Nombre de patients vus quotidiennement	Patientèle AME
E1	F	Rendez-vous exclusif	Pas de secrétariat (ni physique ni téléphonique)	Cabinet de 2 médecins en association	25	0 Quasiment aucun : n'en a vu que 2-3 dans toute sa carrière
E2	F	Rendez-vous-exclusif	- Pas de secrétariat (ni physique ni téléphonique) - Plateforme de rendez-vous en ligne	Cabinet de 2 médecins généralistes en association avec paramédicaux (kinésithérapeute, ergothérapeute)	20-30	++ Suivi de quelques familles (plusieurs fois par semaine), consultations ponctuelles rares (quelques fois par mois maximum)
E3	H	Rendez-vous-exclusif	- Secrétaire présente sur place le matin, non informatisée - Plateforme de rendez-vous en ligne	Cabinet de 3 médecins généralistes en association	25-30	+ Suivi de quelques familles (plusieurs fois par mois), consultations ponctuelles rares (quelques fois par mois maximum)
E4	H	Rendez-vous-exclusif	- Secrétariat sur place - Plateforme de rendez-vous en ligne	Consultations d'urgences au sein d'une structure de permanence libérale 24h/24	20-30	+ Consultations aiguës ponctuelles : environ 2 par mois
E5	H	Rendez-vous-exclusif	- Secrétariat sur place - Plateforme de rendez-vous en ligne	Cabinet de groupe de 5 médecins généralistes	20-30	+ Consultations ponctuelles quelques fois par mois.
E6	H	Avec et sans rendez-vous : adapte son planning selon personnes dans la salle	Pas de secrétariat	Exerce seul dans son cabinet	20-30	+++ Consultations ponctuelles et de suivis régulières : plusieurs fois par semaine

		d'attente et leurs motifs de consultation				
E7	H	Rendez-vous-exclusif	- Pas de secrétariat	Cabinet de 2 médecins généralistes en association avec paramédicaux (orthophoniste, psychologue, hypnothérapeute, diététicienne)	25	++ - 2 patients réguliers, consultations consultations ponctuelles plus rares - Consultations orientées somatique dans clinique ayant des consultations médico-sociales pour les patients précaires
E8	F	Rendez-vous-exclusif	- Secrétariat sur place - Plateforme de rendez-vous en ligne	Cabinet en association avec 2 médecins généraliste Présence de spécialités médicales, paramédicales et pharmacie dans le même bâtiment	20-30	+++ Suivi de quelques bénéficiaires de l'AME et consultations ponctuelles : 1 à 2 par semaine
E9	H	Rendez-vous-exclusif	Secrétariat sur place	Cabinet en association avec un médecin généraliste et des paramédicaux (psychologue, dentiste, ostéopathe)	20-30	++ Suivi de quelques bénéficiaires de l'AME, consultations ponctuelles : environ 5 par mois
E10	H	Sans rendez-vous exclusif	Secrétariat sur place	Exerce seul dans son cabinet	30	++ Plusieurs consultations par mois
E11	F	Rendez-vous-exclusif	Secrétariat sur place	Cabinet en association avec 2 médecins généralistes	20-30	+++ Consultations ponctuelles et de suivis très régulières : plusieurs fois par semaine
E12	H	Rendez-vous-exclusif	- Secrétariat présente sur place à mi-temps	Cabinet en association avec 2 médecins généralistes	20-30	+

			- Secrétariat téléphonique - Plateforme de rendez-vous en ligne			Pas de suivi de bénéficiaires de l'AME régulier, consultations ponctuelles rares (quelques une par mois au maximum)
E13	F	Rendez-vous-exclusif	- Secrétariat sur place - Plateforme de rendez-vous en ligne	Cabinet en association avec un médecin généraliste	20-30	+++ Consultations ponctuelles et de suivis très régulières : plusieurs fois par semaine
E14	F	Plages avec et sans rendez-vous	Secrétariat téléphonique	Variée	20-30	+ Suivi de quelques familles, consultations ponctuelles plus rares (quelques une par mois au maximum)
E15	H	Rendez-vous-exclusif	Pas de secrétariat	Exerce seul dans son cabinet	20-30	+ 2 patients suivis régulièrement, consultations ponctuelles rares (quelques une par mois au maximum)
E16	H	Rendez-vous-exclusif	- Pas de secrétariat - Plateforme de rendez-vous en ligne	Exerce dans maison médicale avec paramédicaux	45	++ Suivi de régulier de quelques familles, consultations ponctuelles occasionnelles (plusieurs fois par mois)
E17	H	Rendez-vous-exclusif	Pas de secrétariat	Cabinet de 2 médecins généralistes en association avec paramédicaux (orthophoniste, psychologue, hypnothérapeute, diététicienne)	15-20	+++ Suivi de quelques familles et consultations ponctuelles fréquentes : 20 à 30 par mois
E18	H	Quasiment exclusivement sans rendez-vous : fonctionnement en permanences	Secrétariat présente sur place	Cabinet de groupe de 4 médecins généralistes	20-30	+++ Pas de suivi régulier mais consultations ponctuelles fréquentes (plusieurs fois par mois)

E19	H	Rendez-vous-exclusif	- Secrétariat téléphonique le matin - Plateforme de rendez-vous en ligne	Cabinet de 2 médecins généralistes	25-30	+ 2 patients suivis régulièrement, consultations ponctuelles rares (quelques une par mois au maximum)
E20	F	Plages avec et sans rendez-vous	Secrétariat présente sur place	Cabinet de 4 médecins généralistes et 2 infirmières	20-30	++ Suivi régulier de 4 ou 5 bénéficiaires de l'AME, consultations ponctuelles fréquentes (plusieurs fois par mois)

Annexe 3 – Répartition géographique des médecins rencontrés et des principales structures d'aide aux migrants



Légende :

- Médecins rencontrés
- CCAS
- PASS
- CASO
- CAIO
- LHSS
- La Cimade
- Welcome Bordeaux
- ASTI

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis 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.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque.