



HAL
open science

Parcours de soin et suivi en médecine générale des patients allophones bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État

Chaïma Ahmed

► **To cite this version:**

Chaïma Ahmed. Parcours de soin et suivi en médecine générale des patients allophones bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État. Sciences du Vivant [q-bio]. 2025. <dumas-05404387>

HAL Id: dumas-05404387

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05404387v1>

Submitted on 8 Dec 2025

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.



HAL Authorization

**UNIVERSITE DE LA REUNION
UFR SANTE**

Année : 2025

N° : 2025LARE126M

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Parcours de soins et vécu du suivi en médecine générale des patients
allophones bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État
(Situation à Marseille et à la Réunion)**

Présentée et soutenue publiquement le 20/11/2025 à 17h15
à Marseille

Par Mme Chaïma AHMED

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO

Assesseurs :

Madame le Docteur Binti DJOUMOI

Madame le Docteur Emmanuelle THORE

Directrices de Thèse :

Madame le Docteur JEGO-SABLIER Maëva

Madame le Docteur VERMERSCH Marie

Table des matières

Table des matières	2
I. Liste des abréviations :	3
II. Introduction générale.....	4
III. Contextualisation.....	6
3.1. L'AME : définition d'un droit sans cesse remis en cause	6
3.2. Spécificité des populations migrantes et de leur état de santé.....	10
3.3. Place de l'interprétariat en santé	14
3.4. Communication en médecine générale et patients vulnérables.....	16
3.5. Situation à Marseille et à la Réunion.....	19
3.5.1. Marseille, ville cosmopolite et fracturée	19
3.5.2. Spécificité de l'île de la Réunion	20
IV. Objectifs de l'étude.....	22
V. Matériel et méthode	23
5.1. Type d'étude	23
5.2. Population.....	23
5.3. Recrutement des participants.....	24
5.4. Recueil des données et guide d'entretien.....	24
5.5. Analyse des données.....	25
5.6. Considérations éthiques	25
VI. Résultats	27
6.1. Caractéristiques des participants	27
6.2. Présentation des thématiques principales.....	28
6.2.1. L'apprentissage comme levier pour faire face à la barrière de la langue	28
6.2.2. Un parcours nécessitant l'intervention de tiers (communautaire ou professionnel)	33
6.2.3. Le médecin référent comme pierre angulaire du parcours de soin.....	38
6.2.4. Une volonté d'autonomie pour s'intégrer et « être comme tout le monde ».....	42
6.2.5. Un parcours d'accès aux soins marqué par des obstacles récurrents	46
6.3. Synthèse globale	50
VII. Discussion	52
7.1. Points forts et limites de l'étude	52
7.2. Discussion sur les résultats principaux de l'étude	53
7.2.1. L'autonomisation par la maîtrise de la langue	53
7.2.2. Place des intermédiaires : l'interprétariat en santé et la PASS	54
7.2.3. Place du médecin référent et de la communication dans la relation interculturelle.....	56
7.2.4. Un accès difficile à l'AME qui reste fortement stigmatisante.....	57
7.3. Implications pratiques et perspectives	59
VIII. Conclusion.....	61
IX. Bibliographie	62
X. Annexes	68

I. Liste des abréviations :

AME : Aide médicale d'État

AMG : Assistance médicale gratuite

CASO : Centres d'accueil, de Soins et d'Orientation

CMU : Couverture Maladie Universelle

COMEDE : Comité pour la santé des exilées

CSU : Couverture sanitaire universelle

DGS : Direction Générale de la Santé

DSUV : Dispositif des soins urgents et vitaux

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

ISM : Interprétariat Service Migrants

MDM : Médecins du Monde

MG : médecin généraliste

OIM : Organisation Internationale pour la Migration

OMS : Organisation mondiale de la santé

PRAHDA : Programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile

UNHCR : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

II. Introduction générale

La prise en charge de la santé des populations migrantes est un enjeu autant sur le plan éthique que sur le plan sanitaire. Elle s'inscrit dans un contexte mondial marqué par une instabilité géopolitique et une pression sanitaire de plus en plus importantes. Les déplacements de populations se multiplient, sous l'effet cumulé des conflits armés, des crises économiques, mais aussi des catastrophes climatiques, qui agissent comme catalyseurs de migration forcée (1).

L'accès aux soins des individus, peu importe leur statut ou leur origine, est pourtant un droit fondamental. Comme le rappelle l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le non-respect de ce droit favorise l'exclusion et la marginalisation des migrants. La couverture sanitaire universelle (CSU ou Universal Health Coverage, UHC) est une des cibles que se sont fixé plusieurs pays. Elle implique que chaque personne ait la possibilité d'avoir recours aux services de santé dont elle a besoin, où et quand elle en a besoin, sans être exposée à des difficultés financières (2). Bien que des progrès aient été réalisés, la part de la population mondiale non couverte par les services de santé essentiels restait importante en 2021 : environ 4,5 milliards de personnes n'étaient pas entièrement couvertes (2).

En France, le contexte est également préoccupant. Le nombre de personnes en situation de précarité ne cesse d'augmenter. Selon l'Observatoire des inégalités, entre 2005 et 2016, la population vivant sous le seuil de pauvreté a augmenté de 820 000 personnes. En 2021, le taux de pauvreté est passé de 13,6 % à 14,5 %, et l'intensité de la pauvreté a également augmenté, atteignant 20,2 % (3). Les personnes en situation de précarité, comme le sont souvent les populations migrantes, rencontrent des difficultés d'accès aux droits fondamentaux, notamment en matière de soins.

L'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de Médecins du Monde (MDM) soulignait déjà en 2017 que seulement 13,3 % des personnes accueillies dans leurs Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) disposaient d'une couverture maladie, alors que 7 patients sur 10 y étaient théoriquement éligibles (4). Parmi les principaux obstacles identifiés, on retrouve la méconnaissance des droits et des dispositifs, les lourdeurs administratives, mais aussi les difficultés financières. Environ 30 % des patients évoquaient des démarches trop complexes

pour ouvrir leurs droits, et 18 % citaient l'impossibilité d'avancer les frais ou de souscrire à une complémentaire santé (5).

Dans le but de garantir un accès minimal aux soins pour les personnes en situation irrégulière, l'Aide Médicale d'État (AME) a été mise en place par la loi du 27 juillet 1999, et est entrée en vigueur en janvier 2000 sous le gouvernement de Lionel Jospin. Instaurée simultanément à la Couverture Maladie Universelle (CMU), elle a remplacé l'Assistance Médicale Gratuite (AMG) alors financée par les départements. L'AME offre une couverture santé aux étrangers en situation irrégulière sous condition de ressources (6).

Depuis sa mise en place, l'AME est régulièrement au cœur de débats politiques et de remises en cause, à la fois pour des raisons budgétaires et idéologiques. Certains responsables politiques l'ont présentée comme une charge financière pour l'État, voire comme un « appel d'air » pour l'immigration clandestine. Ces accusations ont été réfutées à de nombreuses reprises par les professionnels de santé et les acteurs sociaux œuvrant auprès des populations concernées. Ils soulignent l'importance sanitaire et humaine de ce dispositif (7).

Malgré cette stratégie de santé publique, de nombreux obstacles persistent. Ils traduisent un manque d'efficacité des dispositifs et des moyens actuellement en place, comme le souligne l'enquête de Médecins du Monde. Cette dernière met en évidence que près d'un patient sur cinq identifie la barrière de la langue comme principal frein à l'accès aux soins. Ce constat souligne le besoin urgent d'interprètes professionnels au sein des institutions de santé, y compris en médecine de ville, afin d'assurer une prise en charge optimale.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a d'ailleurs rappelé en 2017 l'importance du recours aux médiateurs en santé et aux interprètes professionnels pour améliorer l'accès aux soins des personnes vulnérables. Elle met en avant les effets délétères des barrières linguistiques : difficultés d'accès, mauvaise qualité des soins, incompréhension des droits, baisse de satisfaction des patients comme des soignants (10).

L'étude PASSAGE (Parcours de soins et vécu du suivi par les patients bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État en médecine générale ambulatoire), réalisée en 2017 à Marseille par S. Touati et S. Vergan, explore le ressenti des bénéficiaires de l'AME concernant la médecine générale. Il en ressort que la prise en charge de ces patients doit impérativement intégrer une approche

pluridisciplinaire : médico-psycho-sociale. Les relations avec les médecins sont jugées d'autant plus importantes qu'elles reposent sur des qualités relationnelles fondamentales. Les patients exprimaient également le souhait de devenir des assurés sociaux à part entière (9). Cependant, un biais notable de cette étude est que tous les participants parlaient couramment français, ce qui a permis d'évacuer la question de la langue mais ne reflète pas la réalité de l'ensemble des bénéficiaires.

On peut supposer qu'une partie significative des patients bénéficiaires de l'AME ne maîtrise pas la langue française. En effet, il n'existe pas de chiffre exact décrivant le pourcentage de bénéficiaires de l'AME qui sont allophones, mais l'INSEE a réalisé un rapport en 2023 sur la maîtrise des langues par les immigrés (54). Il est décrit que, lors de leur arrivée en France, 51% des interrogés déclarent maîtriser le français à l'oral, soit près de la moitié qui ne le maîtrise pas.

Cette situation soulève des enjeux spécifiques, insuffisamment explorés jusqu'ici. Il apparaît donc essentiel d'étudier plus précisément le point de vue et l'expérience des patients allophones bénéficiant de l'AME, afin de mieux comprendre les impacts des barrières linguistiques sur leur parcours de soins.

III. Contextualisation

3.1. L'AME : définition d'un droit sans cesse remis en cause

L'Aide Médicale de l'État peut être décrite comme un filet de sécurité pour une partie des personnes les plus démunies. Elle leur permet d'accéder aux soins de santé les plus élémentaires.

La prise en charge publique de l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière est une tradition française. Dès 1893, la France a mis en place l'Aide médicale gratuite (AMG) pour fournir des soins aux personnes privées de ressources, et ce indépendamment de leur statut administratif sur le territoire.

C'est cent ans plus tard, en 1993, que les lois Pasqua ont introduit une condition de régularité du séjour sur le territoire pour accéder à l'assurance maladie, et cette condition a été maintenue

en 2000 lors de la création de la Couverture maladie universelle (CMU). L'AME a alors été créée afin de permettre aux personnes étrangères en situation irrégulière et à faible niveau de ressources d'accéder aux soins.

L'AME est donc une prestation d'aide sociale financée par l'État, qui permet aux personnes en situation administrative irrégulière d'accéder aux soins dans l'attente d'obtenir leur régularisation (10).

Elle est soumise à plusieurs conditions (ci-joint en annexe 1 le document à remplir pour les demandes d'AME) :

- Être sans titre de séjour,
- Prouver sa résidence irrégulière en France depuis au moins 3 mois consécutifs (elle n'est donc pas accessible dès l'entrée sur le territoire),
- Déclarer des ressources inférieures à 847 € /mois pour une personne seule (un montant bien en-deçà du seuil de pauvreté de 1158€ /mois).

Lorsque la demande d'AME est acceptée, la personne est assurée pour un an et doit renouveler sa demande à la fin de cette période. Il est à noter que l'AME n'est pas applicable à Mayotte.

L'AME ne prend en charge les frais de santé qu'à hauteur de 100 % du tarif sécurité sociale. Cela signifie qu'elle exclut les dépassements d'honoraires. Elle ne permet donc pas l'accès à de nombreux soins en raison de leur coût.

Le panier de soins AME est plus réduit que celui des assurés sociaux classiques. Par exemple, les frais d'examen de prévention bucco-dentaire pour les enfants, les frais de traitement et d'hébergement des personnes handicapées, les indemnités journalières ou encore les médicaments à faibles services rendus et les cures thermales ne sont pas inclus.

De plus, la prise en charge de certains soins (prothèse de genou, d'épaule ou de hanche, allogreffe de cornée, ...) est subordonnée à un délai d'ancienneté de bénéficiaire de l'AME de 9 mois.

Les bénéficiaires de l'AME ne rentrant pas dans le circuit du parcours de soin classique, ils n'ont pas la possibilité de déclarer un médecin traitant qu'ils auraient choisi, comme les assurés sociaux « classiques ».

L'enquête « Premiers Pas » réalisée en 2019 par l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (11) montre que le taux de non-recours à l'AME atteint 49 %. Après 5 années ou plus de résidence en France, 35 % des personnes sans titre de séjour n'ont pas ouvert leurs droits à l'AME.

Le non-recours aux soins est défini par l'absence de consultation médicale depuis deux ans, par le renoncement aux soins malgré le besoin et la motivation de se soigner, par le retard aux soins ou par l'inobservance thérapeutique (13). Il met en lumière les manières dont les usagers répondent à l'offre de santé en fonction de leurs caractéristiques sociales.

Selon le rapport de mars 2014 du Défenseur des droits (14), le non-recours résulte souvent d'un manque d'information, d'une incompréhension du dispositif, de la complexité des démarches, de la peur de la stigmatisation et du contrôle effectué par les administrations. Ces éléments peuvent contribuer pour une grande partie à ce que les bénéficiaires ne demandent pas leur affiliation au dispositif d'AME, s'interdisant ainsi un accès aux droits auxquels ils sont pourtant éligibles.

La remise en cause des droits des migrants et des réfugiés à la santé est particulièrement mise en avant par les pays à revenu élevé d'Europe et des États-Unis, mais en réalité, les réfugiés sont principalement accueillis par des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire. Ainsi, la Turquie accueille le plus grand nombre de réfugiés au monde (3,7 millions) (16).

Le budget de l'AME est en augmentation constante depuis sa création, mais cette augmentation est à relativiser. Avec 1,14 milliard d'euros en 2023, son budget n'équivaut qu'à 0,47 % de celui de l'assurance maladie, ce qui représente une proportion stable depuis des années.

Les dépenses sont maîtrisées et augmentent au même rythme que celles de l'assurance maladie. C'est une prestation très contrôlée, qui fait l'objet d'analyses régulières des services d'inspection générale. Le dernier rapport Evin-Stefanini de 2023 montre qu'il s'agit d'un « dispositif sanitaire utile et globalement maîtrisé ». (8)

En 2023, il a été à nouveau proposé de redéfinir l'aide médicale d'État (AME). Cette redéfinition est supposée faire économiser 350 millions d'euros à l'État français. Elle propose de réduire l'accès aux soins aux personnes en situation irrégulière uniquement pour les situations médicales urgentes et de diminuer le panier de soins auquel elles pouvaient prétendre précédemment (21).

Cette nouvelle vision de l'AME questionne l'accès au droit universel à la santé. L'argument économique de ce projet est remis en cause. Ses opposants expliquent que, soignés plus tardivement et en urgence, les migrants en situation irrégulière seront en moins bonne santé et les dépenses de santé risquent donc d'être plus élevées (19).

De plus, il existe également d'autres « types » d'AME correspondant à des situations particulières :

- L'AME « humanitaire » :

Elle est attribuée sous l'autorité d'un Ministre compétent selon le cas, pour un patient n'habitant pas habituellement en France (étrangers en situation régulière ou Français). Ce dispositif correspond chaque année à moins d'une centaine d'admissions à l'Hôpital. (12)

- Le « Dispositif des soins urgents et vitaux » (DSUV) :

Parfois appelé « AME pour soins urgents », il concerne les étrangers en situation irrégulière sur le territoire français depuis moins de 3 mois et pour lesquels une absence de soin compromettrait le pronostic vital ou aurait des conséquences graves sur la santé du patient.

Le DSUV permet une prise en charge uniquement sur les « soins urgents et vitaux ». Il s'exerce par exemple dans le cadre d'un suivi avant et après grossesse (les examens de prévention antérieurs à la grossesse et les soins du nouveau-né sont inclus), d'une interruption volontaire ou médicale de grossesse, de soins permettant de prévenir la transmission de pathologies à la collectivité, notamment les pathologies infectieuses, de pathologies graves pouvant altérer durablement et gravement la santé d'une personne, déterminées selon l'appréciation du médecin qui rédige le certificat médical permettant la mise en place du DSUV.

Des patients souffrant de cancers, de troubles psychiatriques graves ou de pathologies cardiaques sévères peuvent notamment entrer dans ce cadre.

Ainsi, l'AME est un droit essentiel auquel les populations en situation irrégulière peuvent bénéficier si elles remplissent certains critères. Ce droit est largement sous utilisé par manque de connaissance, par la complexité des démarches administratives ou par la barrière de la langue qui ne facilite pas les échanges avec les différents interlocuteurs que le patient peut être amené à rencontrer.

3.2. Spécificité des populations migrantes et de leur état de santé

Selon l'Organisation Internationale pour la Migration (OIM), le mot migrant est un « terme générique non défini dans le droit international qui, dans l'usage commun, désigne toute personne qui quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons, soit dans une autre région à l'intérieur d'un même pays, soit dans un autre pays, franchissant ainsi une frontière internationale. »

Pour la CIMADE, le terme migrant doit être utilisé avec précaution car il peut être souvent ambigu. Les « migrants » feraient le choix de quitter leur pays pour des raisons économiques, quand les réfugiés ou les demandeurs d'asile y seraient forcés pour des motifs politiques. Cependant, les problématiques économiques et politiques sont souvent entremêlées, et la distinction entre différentes catégories de « migrants » est généralement arbitraire.

De son côté, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR) nomme migrant toute « personne qui se déplace pour des motifs qui ne sont pas inclus dans la définition légale de ce qu'est un réfugié », c'est-à-dire une personne fuyant la guerre ou les persécutions et franchissant une frontière internationale.

La capacité des soignants à accueillir et prendre en charge les populations migrantes constitue un enjeu éthique majeur. Comme dit dans l'ouvrage *Approche transculturelle de la santé, prendre soin et parler*, « l'éthique d'une société peut être évaluée par la manière dont elle traite ses étrangers et la place qu'elle donne à ses malades. » (20)

D'un point de vue sanitaire, l'état de santé des populations migrantes est une question complexe, influencée par différents facteurs sociaux, économiques, politiques et

environnementaux. Ces populations sont souvent confrontées à des vulnérabilités spécifiques, dues à leur parcours migratoire, leurs conditions de vie précaires, ou des obstacles dans l'accès aux systèmes de santé des pays d'accueil. Elles présentent souvent de ce fait un état de santé plus dégradé que la population générale.

Les données épidémiologiques concernant directement les migrants sont difficiles à connaître en France mais celles concernant certaines populations étrangères sont connues et font apparaître une surreprésentation de pathologies chroniques, infectieuses ou liées à des psycho-traumatismes (18).

Par exemple, des travaux menés récemment ont montré chez les demandeurs d'asile, un état de santé dégradé par rapport à la population générale, avec notamment près de 9 demandeurs d'asile sur 10 ayant une symptomatologie anxieuse, dépressive ou de stress post-traumatique et une prévalence de l'hépatite B chronique 10 fois plus importante (24).

Les migrants présentent en général une vulnérabilité plus importante aux troubles psychiatriques. Ce risque augmenté s'explique par le fait que ces populations sont plus fortement exposées à des facteurs de stress augmentant les « chances » de développer un trouble psychiatrique. Il est souvent lié aux conditions d'intégration et d'accueil dans le pays d'arrivée. Les troubles psychotiques se développent par exemple très fréquemment des années après l'arrivée dans le nouveau pays d'accueil (25).

On peut également s'intéresser à l'état de santé des migrants dans le but de mettre en évidence les facteurs de vulnérabilités qui contribuent à cet état de santé dégradé. Les données ont longtemps manqué pour faire des constats car la France a fait le choix de ne pas mesurer les différences selon l'origine des individus dans un souci d'intégration et d'assimilation (universalisme républicain), pour éviter le risque de surinterprétation de ces différences par les « spécificités socioculturelles des immigrés » et la stigmatisation de certains groupes (25).

Cependant, il paraît aujourd'hui nécessaire de mieux explorer les liens entre santé et migration pour pouvoir assurer la prise en charge des besoins de santé spécifiques aux populations migrantes et de tenir compte des inégalités sociales de santé.

Dans les années 1980, des travaux réalisés concluaient à un meilleur état de santé des populations migrantes, mais ces résultats découlaient en fait du « healthy migrant effect », qui vient du fait que les personnes les plus à même à s'aventurer dans le processus de migration étaient les personnes en meilleure santé. Ces résultats ont très vite été pondérés par des études plus récentes.

Les personnes en situation irrégulière sont d'autant plus vulnérables du fait de leur condition sociale (23). L'état de santé des immigrés se dégradent en fait de plus en plus, au fur et à mesure des années en migration, à cause notamment des conditions d'accueil souvent très difficiles, de mauvaises conditions de travail, de la précarité, d'habitudes de vie moins saines avec une alimentation très riche en graisse ou une consommation d'alcool et de tabac plus importante. Par exemple, des études récentes ont constaté une augmentation des conduites addictives telles que l'usage de tabac chez les migrants hommes originaires du Maghreb après leur arrivée en France, et chez les femmes originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne. On retrouve également ce changement au moment de l'arrivée chez les usagers de drogues originaires des pays de l'Est qui subissent un déclassement social important lors de leur arrivée en France.

Le Pr Didier Fassin a été l'un des premiers à décrire l'importance des conditions sociales sur l'état de santé des migrants dans le contexte plus général des inégalités sociales de santé dans sa leçon inaugurale au Collège de France intitulée *De l'inégalité des vies* (26). Les grandes enquêtes qui renseignent le pays de naissance ont confirmé ses premiers constats en mesurant un moins bon état de santé perçu des populations immigrées (mesure subjective de l'état de santé globale d'une personne) en comparaison à la population générale.

Chez les immigrés installés depuis plusieurs années, on observe une augmentation des maladies cardiovasculaires et métaboliques, des accidents du travail et des maladies professionnelles (25). La fréquence de ces pathologies est souvent aggravée par un retard du diagnostic et de la prise en charge, expliquée au moins en partie par des barrières à l'accès aux soins.

Ces obstacles entraînent d'importants retards dans la prise en charge médicale des patients migrants, ce qui peut avoir des conséquences négatives graves sur leur santé. Cela vient heurter le respect du droit fondamental qu'est la santé.

Les barrières d'accès aux soins peuvent être de plusieurs types :

- **La barrière professionnelle :**

Le "refus de soins" représente un obstacle majeur à l'accès aux soins pour les migrants en situation irrégulière. Un rapport d'enquête de Médecins Du Monde (27) publié en 2006 constatait 37% de refus de soins des médecins généralistes envers les bénéficiaires de l'AME, contre 10% pour les porteurs de la CMU. Ce taux pouvait même atteindre 59 % pour les généralistes de secteur 2.

Une autre étude réalisée en 2008 montrait que plus d'un tiers des bénéficiaires de l'AME ont été confrontés à un refus de soins de la part d'un professionnel de santé, le plus souvent pharmacien ou médecin généraliste.

- **La barrière financière :**

La barrière financière constitue un autre élément important de renoncement au soin. Selon les auteurs de l'étude « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soin », réalisée en Île-de-France en 2007 (28), le renoncement aux soins pour raisons économiques est souvent dû au fait que les individus sont préoccupés par d'autres impératifs, comme trouver où se loger ou comment se nourrir. Ce renoncement concernait essentiellement des soins de premier recours : médecin généraliste, médicaments et examens médicaux, alors que dans la population générale il concerne majoritairement les soins dentaires et l'optique, les médicaments représentant à peine 5 % des renoncements (29).

- **La barrière administrative :**

Comme présenté en introduction générale, dans l'enquête de MDM de 2017 (4), les difficultés administratives sont l'un des obstacles principaux à l'accès aux soins. Près de 5 personnes sur 10 évoquent l'impossibilité d'obtenir des droits à cause des différents critères exigés, et en particulier l'obligation de fournir des preuves de présence en France depuis au moins 3 mois. Les associations qui accompagnent ces personnes en situation de précarité constatent également un désengagement des services publics, une ignorance du droit et des procédures par le secteur institutionnel et de nombreuses pratiques abusives des administrations. Cela aboutit à un parcours du combattant pour de nombreuses personnes dans leur accès aux droits.

- **La barrière linguistique :**

La communication entre le patient et le professionnel de santé est essentielle pour arriver à une prise en charge adéquate. Dans l'enquête de MDM de 2017, quasiment un patient sur cinq évoque la barrière de la langue comme principal obstacle à l'accès aux soins.

À cause de cette barrière de la langue, et parfois également celle de la culture, le consentement du patient n'est pas forcément toujours recueilli par le professionnel lorsqu'il s'agit de patients migrants. L'accès aux soins s'en trouve alors dégradé pour ces populations (31).

Lorsque le patient et le soignant ne parlent pas la même langue, il est souvent difficile pour le patient de comprendre les informations médicales qui lui sont présentées. Cela peut également être difficile pour lui de poser des questions ou d'exprimer ses symptômes de manière précise. De même, le professionnel de santé peut se retrouver en difficulté pour évaluer la situation médicale du patient avec précisions pour pouvoir lui fournir les soins appropriés.

3.3. Place de l'interprétariat en santé

L'interprétariat médico-social est souvent très peu connu des professionnels de santé. Ils sous-estiment parfois son importance ou peuvent craindre son coût élevé. Parfois, simplement par habitude routinière ou par « facilité », ils se contentent de gestes et d'approximations ou ont recours à des interprètes informels, généralement les accompagnateurs présents au moment de la consultation (enfants, voisins, amis...) (31).

Cependant, connaître et parler une langue ne suffit pas pour être interprète. Dans les conditions d'une consultation médicale où le patient peut être amené à livrer une part de son intimité, la présence de l'accompagnateur limite forcément le dialogue. Au pire, le discours se retrouve censuré, malgré les règles régissant le secret médical et professionnel.

Dans beaucoup de cas, les interprètes informels peuvent être à l'origine de contresens pouvant être graves : traductions incorrectes, omission de certaines questions, difficulté à traduire le sujet, parfois parce que celui-ci semble embarrassant.

Le recours à des réseaux d'interprètes professionnels, formés au métier de l'interprétariat et aux thématiques médicales, soumis aux règles de la confidentialité, du secret professionnel et de la neutralité, permet une meilleure qualité du dialogue entre le soignant et le patient allophone.

Dans une *Scoping Review* parue en 2022 (32), certains articles ont montré que les interprètes professionnels améliorent la qualité des soins, notamment la prise en charge des soins cliniques par rapport aux interprètes *ad hoc* (les interprètes informels ou un soignant bilingue mais non interprète professionnel) lors de la prise en charge pour les patients.

L'un des essais contrôlés randomisés inclus dans cette revue évalue également l'efficacité des interprètes médicaux professionnels. Les résultats indiquent que « 96 % des patients du groupe de traitement étaient très satisfaits de leur capacité à communiquer pendant la visite ». Grâce à cet essai, on a pu conclure que les interprètes médicaux augmentent considérablement la satisfaction des patients, notamment dans les services d'urgence. Les patients ayant recours à des interprètes étaient plus à même de se poser des questions sur leur prise en charge et sur leurs soins.

L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé est défini par la loi de santé publique de janvier 2016 (article D11106 du code de santé publique) et le décret de mai 2017. Il « désigne la fonction d'interface, reposant sur des techniques de traduction orale » entre professionnels et patients. Il garantit aux professionnels de santé les moyens « d'assurer la prise en charge de ces personnes qui ne maîtrisent pas ou imparfaitement la langue française dans le respect de leurs droits, notamment du droit à l'information, du droit au consentement libre et éclairé, du droit au respect de leur vie privée et au secret des informations les concernant ». (30)

Dans un rapport sur l'interprétariat linguistique en santé publié en 2019, L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) rappelle l'exigence posée par la charte du patient hospitalisé : « Les établissements de soins doivent veiller à ce que l'information médicale et sociale des personnes hospitalisées soit assurée et que les moyens mis en œuvre soient adaptés aux éventuelles difficultés de communication ou de compréhension des patients, afin de garantir à tous l'égalité d'accès à l'information [...] Le médecin doit, au cours d'un entretien individuel, donner à la personne une information accessible, intelligible et loyale [...] aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement de l'intéressé ». (32)

L'IGAS insiste aussi sur les effets négatifs d'une absence de communication sur la qualité des soins apportée par les professionnels de santé. Elle cite en particulier le chercheur S. Chaaban.

Deux études publiées en Europe et en France révèlent un nombre important de facteurs de non-qualité, lorsqu'il n'y a pas d'interprétariat professionnel et que le patient et les soignants qui le prennent en charge ne parlent pas la même langue.

Comme le souligne le COMEDE (Comité pour la santé des exilées) dans son guide de 2023 (33), lorsque l'on se trouve, notamment dans une démarche de prévention, toute proposition de dépistage et de bilan de santé repose sur le consentement éclairé de la personne, et si besoin, avec un interprète, comme l'indique l'instruction de la Direction générale de la santé (DGS) du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants.

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande que le recours à l'interprétariat professionnel soit systématique pour les personnes non francophones. « Il importe que soit prêtée une attention particulière aux explications préalables fournies sur les éléments du bilan de santé, de manière à ce que soit recueilli le consentement libre et éclairé des personnes à qui ces examens sont proposés et à ce que soit assurée une information de qualité. »

Mais dans la pratique, ces exigences éthiques ne sont pas toujours respectées, comme le concluent de nombreuses études scientifiques et rapports d'experts.

3.4. Communication en médecine générale et patients vulnérables

Le médecin généraliste (MG) est souvent le premier interlocuteur des patients, qu'ils présentent une plainte aiguë ou chronique, somatique ou psychique. Il exerce également un rôle de dépistage et de prévention en informant et en proposant aux patients qu'il suit de participer aux dépistages systématisés de certains cancers par exemple ou en mettant régulièrement à jour leur vaccination.

Il doit prendre en compte la complexité et l'environnement psycho-social de chaque patient pour proposer la meilleure prise en charge possible.

Une relation de confiance s'établit au fur et à mesure des consultations et permet d'obtenir une alliance thérapeutique. Cette relation de confiance se développe notamment grâce à une communication satisfaisante.

La marguerite des compétences résume l'ensemble des rôles que le médecin généraliste doit aspirer à remplir, centrés sur ses capacités communicationnelles et relationnelles. (Figure 1).

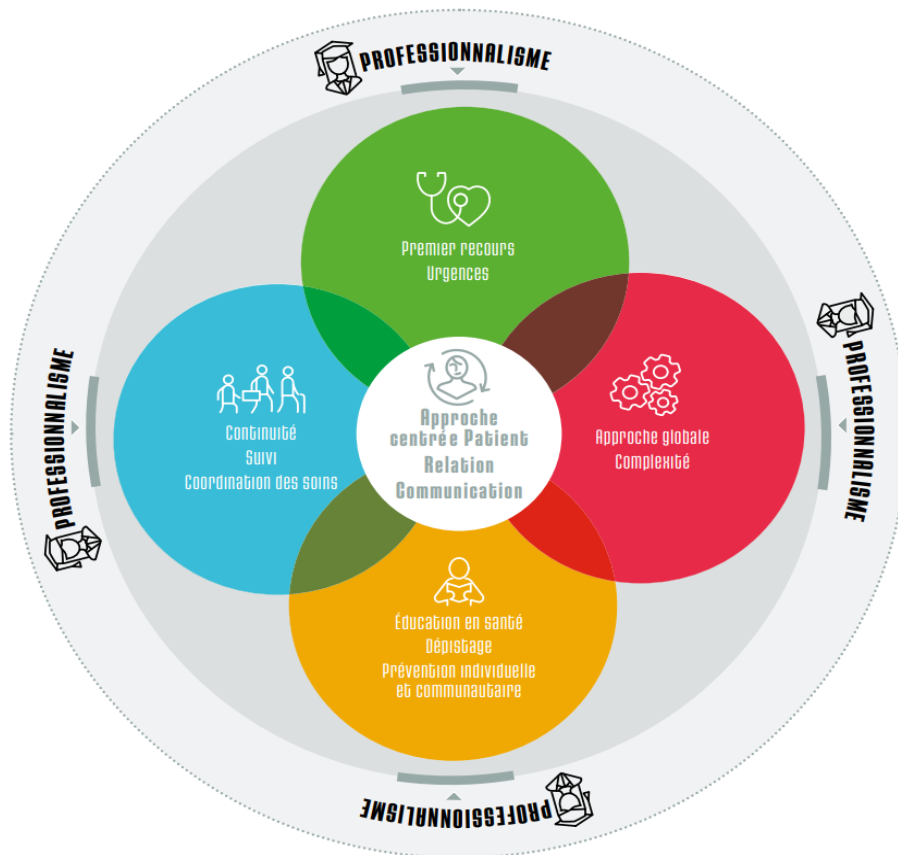


Figure 1 : Marguerite des compétences (Université de Rouen)

Le MG est à la fois le premier relais dans le système de santé mais également l'acteur essentiel du parcours de soins coordonnés. Il est en effet au centre de ce parcours tel qu'il est défini par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (39).

Le MG assure le suivi des assurés sociaux avec les différentes spécialités médicales et chirurgicales. De ce fait, les patients bénéficiaires de l'AME ne sont pas inclus dans le parcours de soins coordonnés, n'étant pas des assurés sociaux à part entière.

Comme vu précédemment, la communication avec un patient allophone peut être mise à mal à cause de la barrière de la langue, du fait qu'elle impose souvent la présence d'une personne tierce pour la traduction, ou en son absence, occasionne souvent une information incomplète de la part du médecin ou du patient.

Nous avons évoqué la place de l'interprétariat professionnel qui se veut être le Gold Standard dans le domaine de la santé.

Il existe également d'autres moyens de communication qui peuvent être utilisés par les soignants, lorsque l'accès à un interprétariat professionnel est impossible.

Il existe des logiciels de traduction adaptés aux situations médicales courantes, tels que Traducmed® proposant une traduction vocale des questions les plus couramment posées lors d'un interrogatoire médical. Cependant, ces logiciels ne permettent qu'une communication unilatérale, puisque les réponses du patient ne peuvent être traduites en sens inverse.

Les pictogrammes et illustrations peuvent également être utilisés. Par exemple, Medipicto® est une base de données imagées permettant au patient d'exprimer ces symptômes et au médecin de poser des questions à l'aide d'illustrations.

Les logiciels généraux de traduction tels que Google Traduction® peuvent également être utilisés mais manquent souvent de précision, et tous les dialectes ne sont pas disponibles.

Ces outils facilitent la communication et ont pour avantage d'être facilement accessibles et peu coûteux. Ils peuvent être adaptés à certaines situations. Toutefois, la HAS insiste sur les risques de leur usage (Annexe 2). En effet, ils dénaturent la fluidité de la rencontre et peuvent être sources d'erreur, car ils ne peuvent pas restaurer les subtilités de la langue (30).

En appliquant les principes de l'universalisme proportionné, les soins primaires sont en première ligne pour prendre soin des populations vulnérables, que peuvent notamment représenter les populations migrantes. Ce principe vise à « offrir des interventions universelles destinées à l'ensemble de la population mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins » (37).

Les démarches « d'aller-vers » sont de plus en plus utilisées en soins primaires pour aller à la rencontre de personnes en situation de précarité qui ne formulent aucune demande, du fait de leur état de vulnérabilité trop important (20). « L'aller-vers » n'a pas de définition conventionnelle mais représente une approche professionnelle où les travailleurs et intervenants sociaux sortent physiquement de leur structure pour aller à la rencontre des populations isolées pour rétablir un lien (38).

Cette notion est associée au « faire-avec », qui sous-entend faire avec les personnes et non à leur place, car c'est en les aidant à retrouver leur autonomie et leur responsabilisation qu'elles trouvent les solutions durables à leurs problèmes. L'aller-vers et le faire-avec sont les bases de la médiation en santé, dont l'objectif est de renforcer l'équité en santé (20), et le médecin généraliste qui est souvent le premier interlocuteur des populations vulnérables, se doit de mettre en place ces notions dans sa pratique quotidienne.

3.5. Situation à Marseille et à la Réunion

3.5.1. Marseille, ville cosmopolite et fracturée

Marseille est souvent décrite comme un véritable creuset culturel en raison de son histoire migratoire. Sa population s'est construite à travers d'importantes vagues de migration successives, contribuant à façonner l'identité unique de la ville. On y retrouve un « peuple pluriel », réunissant diverses origines, faisant de Marseille la ville la plus cosmopolite de la Méditerranée.

Cependant, au-delà de cette richesse culturelle, la ville est également perçue comme la capitale de la pauvreté, avec de profondes inégalités sociales qui marquent son paysage urbain et sa population.

Population	Moins de 15 ans	15 à 24 ans	25 à 54 ans	55 ans ou plus	Ensemble
Immigrés	7389	13006	79760	46590	146745 (13,5%)
Non immigrés	184772	120717	331370	302060	938919 (86,4%)
Total	192161	133723	411130	348650	1085664 (100%)

Tableau 1 : situation concernant l'immigration à Marseille vs au niveau national en 2020 (INSEE)

La population immigrée représente près d'un septième de la population marseillaise (13,5 %) en 2020.

De plus, il existe une disparité importante entre les arrondissements de Marseille. La proportion d'immigrés est deux à trois fois plus importante dans les localisations suivantes :

- Au centre-ville (1er, 2ème et 3ème arrondissement, avec respectivement 26,7%, 23,2% et 29,6%, en 2014).
- Dans 2 arrondissements des quartiers Nord (14ème et 15ème arrondissement, avec respectivement 19,3% et 21%).

Ces arrondissements (1er, 2ème, 3ème, 14ème et 15ème) représentent des territoires qui se distinguent par une grande pauvreté. Ces éléments renforcent le clivage "Nord-Sud" de la ville, entre le centre-ville et les quartiers Nord séparés sociologiquement et économiquement des quartiers Sud, plus favorisés.

L'Observatoire des inégalités, dans un article publié en décembre 2024 (40), met en évidence les communes les plus touchées par la pauvreté. Les villes les plus pauvres de France se situent en majorité sur l'île de la Réunion.

Lorsque l'on se focalise sur les grandes villes, Marseille arrive en tête du classement avec pas moins de dix arrondissements sur les seize qui affichent des taux de pauvreté supérieurs à 20 %, et même trois au-dessus de 40 %. Le 3^e arrondissement reste à la tête de ce classement avec un taux de pauvreté avoisinant les 52%.

La plus forte concentration de la population immigrée à Marseille se situe dans les quartiers les plus défavorisés, avec un taux de pauvreté plus élevé. Elle suggère que les besoins d'accès aux soins et à la santé de cette population y sont d'autant plus élevés, notamment pour les migrants qui sont en situation irrégulière.

3.5.2. Spécificité de l'île de la Réunion

Le peuplement de l'île de La Réunion s'est fait par différentes vagues migratoires depuis le XVII^e siècle. Ses premiers arrivants étaient en majorité français et malgaches. Au début du

XVIII^e siècle, des esclaves venant de Madagascar, d'Inde et du continent africain ont été amenés sur l'île pour satisfaire les besoins des plantations.

Pour continuer à répondre à la demande de main d'œuvre après l'abolition de l'esclavage en 1848, de nombreux travailleurs d'origine indienne, chinoise et africaine furent par la suite engagés. Après la seconde guerre mondiale et la départementalisation de l'île en 1946, des ressortissants chinois et indo-musulmans se sont installés à La Réunion pour ouvrir des commerces (42).

Au niveau linguistique, la langue principalement pratiquée sur l'île est le créole réunionnais, qui est la langue maternelle d'une grande majorité de réunionnais. Cette langue régionale s'est fondée sur le français provenant majoritairement du nord de la France et s'est enrichie d'expressions et de mots d'origine africaine, indienne et malgache (42).

Au niveau migratoire, la situation géographique de l'île en fait l'un des départements français le moins concerné par l'immigration. Le dernier rapport de l'INSEE, paru en 2022 (43), dénombre l'arrivée de 1500 personnes étrangères chaque année de 2015 à 2019 : environ 400 de Madagascar et quelques dizaines de Maurice et des Comores.

Parmi ces arrivants sur l'île, certains migrants ne parlent pas le français couramment. Par exemple, durant l'année scolaire 2016-2017 on dénombrait ainsi 430 nouveaux élèves allophones scolarisés à La Réunion, tout niveau confondu (44).

Population	Moins de 15 ans	15 à 24 ans	25 à 54 ans	55 ans ou plus	Ensemble
Immigrés	911	1820	12723	5984	21438 (2,4%)
Non immigrés	191672	115962	326782	207229	841645 (97,5%)
Total	192583	117782	339505	213213	863083 (100%)

Tableau 2 : situation concernant l'immigration à La Réunion vs au niveau national en 2023 (INSEE)

De plus, comme vu précédemment, l'île de la Réunion abrite en son sein les villes les plus pauvres de France.

C'est dans ce contexte qu'il nous a paru pertinent d'étudier le parcours de soins et le vécu du suivi en médecine générale des patients allophones bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État en nous focalisant sur la situation à Marseille et à la Réunion.

IV. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est donc d'explorer le parcours de soin et le vécu de la prise en charge en médecine générale des patients allophones bénéficiaires de l'AME.

Les objectifs secondaires sont d'explorer les expériences des soins des patients allophones bénéficiant de l'AME, les attentes envers le médecin généraliste et les possibles freins à la consultation.

V. Matériel et méthode

5.1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative menée à l'aide d'entretiens semi dirigés auprès de patients allophones bénéficiaires de l'AME. Ce choix méthodologique a été motivé par la volonté de mieux comprendre l'expérience subjective des patients allophones afin d'explorer leur expérience de soin en médecine générale.

Nous avons fait le choix d'une approche inspirée de la théorisation ancrée car cette méthodologie permet de tendre vers une compréhension approfondie et contextualisée des représentations, des vécus et des trajectoires de soins des patients allophones bénéficiaires de l'AME, en s'appuyant sur les données issues du terrain. L'analyse ne part pas d'hypothèses préétablies mais fait émerger les catégories directement à partir du discours des participants.

En effet, cette méthode est adaptée aux questions de recherche qui visent à comprendre des phénomènes sociaux : « Cette méthode permet d'explorer les émotions, les sentiments des patients, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. À ce titre, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins. » (53)

5.2. Population

La population de l'étude est constituée de personnes majeures, hommes et femmes, évalués comme non francophones par les soignants qui les suivent, migrants en situation administrative irrégulière en France depuis plus de trois mois. Tous étaient bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME) au moment de l'étude ou l'ont été par le passé. Ils avaient déjà eu recours à au moins une consultation en médecine générale.

Les critères de non-inclusion comprenaient la présence de troubles cognitifs limitant la compréhension de l'entretien, ainsi que le refus de participer à l'étude.

5.3. Recrutement des participants

Le recrutement a été réalisé selon un échantillonnage diversifié sur l'âge, le sexe, la langue parlée, le lieu de recrutement et l'ancienneté de l'AME. Il a été réalisé en collaboration avec des structures de soins accueillant des patients précaires (centres de santé, associations, PASS, cabinet de médecine générale etc.). L'objectif était de garantir une diversité des profils en termes de langues parlées, de pays d'origine, de parcours migratoires et d'expériences de soins.

En recherche qualitative, la taille de l'échantillon n'est pas définie à l'avance. L'analyse du matériel est simultanée au recueil des données et les entretiens se poursuivent tant qu'émergent de nouvelles informations, jusqu'à saturation des données.

5.4. Recueil des données et guide d'entretien

Les données ont été recueillies à l'aide d'entretiens semi-dirigés, menés entre février 2024 et août 2025, à partir d'un guide d'entretien (annexe 3) élaboré spécifiquement pour cette recherche. Ce guide, structuré en plusieurs thématiques, visait à explorer l'expérience des patients allophones bénéficiaires de l'AME dans leur relation avec la médecine générale.

Les thématiques abordées incluaient : le rapport au médecin généraliste, le renoncement aux soins, les obstacles liés à la langue, les modalités d'interprétariat, et les pistes d'amélioration du parcours de soins que les participants pourraient proposer.

L'ordre et la formulation des questions étaient flexibles, permettant de s'adapter aux réponses et au vécu du participant, selon une logique inductive propre à la démarche qualitative.

Chaque entretien débutait par une présentation de l'enquêteur, un rappel des objectifs de l'étude, et une explication des modalités de l'entretien, notamment la confidentialité, l'anonymat, l'usage d'un enregistrement audio et le recours à un interprète. Le consentement éclairé était systématiquement vérifié oralement avant de commencer. Les entretiens étaient réalisés en présence d'un interprète professionnel à distance via Interprétariat Service Migrant (ISM), afin d'assurer une communication fluide et respectueuse des propos des participants.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, puis retranscrits de façon anonyme dans un fichier Word, à partir des enregistrements audios. L'ensemble des données enregistrées a été détruit après transcription.

Enfin, un questionnaire standardisé était administré en fin d'entretien pour recueillir des données sociodémographiques et cliniques complémentaires : âge, sexe, présence éventuelle de maladie chronique et présence ou non d'un médecin généraliste référent.

Étant donné l'inexistence de grille de cotation officielle de l'allophonie, une échelle subjective a été proposée pour évaluer le degré de compréhension et expression de la langue française par le patient. Cette échelle a été mise en place grâce au ressenti du personnel soignant qui suit ces patients. (cf. tableau 3)

5.5. Analyse des données

L'analyse qualitative a été menée selon les principes de la théorisation ancrée. Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse de contenu inductive. L'induction est décrite comme une démarche intellectuelle qui consiste à rechercher des lois générales à partir de l'observation de faits particuliers (55). L'objectif est de faire émerger des hypothèses à partir des données recueillies dans une approche compréhensive.

Après une lecture attentive des verbatim, un codage manuel a été effectué sur le logiciel Excel pour faire émerger des catégories thématiques à partir des données. Ce codage, en suivant la logique inductive, a permis de structurer progressivement les éléments du discours en thèmes et sous-thèmes.

La triangulation de l'analyse a été assurée à chaque étape par l'investigatrice en collaboration avec les deux directrices de thèse. Des points réguliers étaient réalisés pour discuter des résultats.

5.6. Considérations éthiques

Cette étude a reçu un avis favorable du comité d'éthique de la Faculté de Médecine d'Aix-Marseille. Avant chaque entretien, une lettre d'information était remise au participant, puis expliquée de manière détaillée avec l'aide d'un interprète professionnel. La non-opposition

orale à la participation à l'étude était systématiquement recherchée, puis attestée par l'enquêteur, conformément au modèle de formulaire de non-opposition validé (annexe 4).

Le respect de l'anonymat et de la confidentialité a été garanti à toutes les étapes de la recherche. Aucune donnée d'identification, directe ou indirecte, n'a été collectée. Aucune table de concordance n'a été créée, et aucun nom n'a été prononcé ou enregistré lors des entretiens. Toute portion de discours pouvant permettre d'identifier un participant ou risquant de porter préjudice a été soigneusement anonymisée lors de la retranscription des verbatims. L'ensemble des enregistrements a été supprimé après retranscription.

Aucune indemnisation n'était prévue pour les participants, la participation étant entièrement volontaire.

Les entretiens ont eu lieu en présentiel, à la Maison de Santé Pluriprofessionnelle Universitaire Peyssonnel à Marseille, au sein de centres médicaux des 14^e et 15^e arrondissements de la ville, dans une pharmacie du 3^e arrondissement et à la PASS du GHER à la Réunion. Ils ont eu lieu en fonction de la disponibilité et des préférences des participants, toujours en présence d'un interprète professionnel téléphonique.

VI. Résultats

6.1. Caractéristiques des participants

	Âge	Sexe	Langue parlée	Ancienneté AME	Maitrise de la langue française	Pathologie chronique	Médecin référent	Lieu de recrutement	En France depuis
P1	30	F	Algérien	7 ans	Modérée	Non	Oui	Centre de santé, Marseille	7 ans
P2	50	M	Comorien	< 1 an	Modérée	Oui	Oui	Centre de santé, Marseille	< 1 an
P3	49	M	Comorien	18 mois	Faible	Oui	Oui	Centre de santé, Marseille	18 mois
P4	25	F	Algérien	9 ans	Modérée	Non	Non	Centre de santé, Marseille	9 ans
P5	30	F	Comorien	< 1 an	Modérée	Non	Oui	PASS, La Réunion	< 1 an
P6	30	F	Comorien	< 1 an	Modérée	Oui	Oui	PASS, la Réunion	< 1 an
P7	25	F	Comorien	< 1 an	Modérée	Non	Oui	PASS, La Réunion	1 an
P8	35	F	Comorien	< 1 an	Modérée	Oui	Oui	PASS, La Réunion	4 ans
P9	45	F	Albanais	1 an	Très faible	Oui	Oui	MSP Marseille	6 ans
P 10	25	F	Géorgien	3 ans	Très faible	Non	Oui	MSP Marseille	3 ans
P 11	30	M	Algérien	3 ans	Faible	Non	Oui	Pharmacie Marseille	/

Tableau 3 : Caractéristiques des participants

Au total, onze entretiens semi dirigés ont été réalisés à Marseille et à l’île de la Réunion entre février 2024 et août 2025. À la Réunion, les participants ont été recruté à la PASS. À Marseille, ils ont été recrutés dans différents lieux, principalement des cabinets libéraux et une MSP, mais également dans une pharmacie. La saturation des données a été obtenue à partir du 9^e entretien, mais nous avons souhaité la confirmer à l’aide de 2 entretiens supplémentaires.

Les entretiens ont duré en moyenne 30 minutes (12 minutes pour le plus court, 50 pour le plus long). Ils ont été retranscrits intégralement puis anonymisés. Les participants avaient en moyenne 35 ans et étaient en majorité des femmes.

Dans le tableau 3, le médecin référent correspond au médecin choisi par le patient, qui le suit de manière préférentielle. Cela correspondrait au « médecin traitant » dans le parcours de soin classique.

6.2. Présentation des thématiques principales

6.2.1. L'apprentissage comme levier pour faire face à la barrière de la langue

Au cours des différents entretiens, les participants nous ont quasiment tous fait part d'une volonté d'apprendre la langue française. Ils exprimaient le besoin d'être en contact direct avec le médecin, sans filtre ni interprète.

Entretien 1 :

Participant 1 : Le mieux honnêtement, je peux vous dire que moi j'aimerais bien m'exprimer en français comme ça, le contact par exemple avec le médecin et autre, ça va être un lien direct. Comme ça je n'aurai pas besoin d'interprète et je peux m'exprimer comme je veux. Donc ça c'est le mieux pour moi.

Ce besoin d'apprentissage s'inscrivait dans une démarche pro-active où la participante prenait des cours de français au collège de son enfant.

Entretien 1 :

P1 : Je fais des études au collège pour apprendre la langue car mon fils est au collège. Je suis parent déléguée.

Grâce à ces cours, elle se sentait plus autonome et surtout plus intégrée dans la société, en intégrant le rôle de parent délégué.

La barrière de la langue représentait chez certains participants une peur de ne pas comprendre les informations médicales importantes. D'où le besoin d'apprendre et maîtriser la langue pour ne pas manquer d'information importante pour leur suivi.

Entretien 2 :

P2 : J'ai peur parce que je ne comprends pas bien le français. J'ai peur que le médecin m'explique des choses mais que je n'arrive pas à comprendre. Que je dise oui mais que ce n'était pas ça.

C : D'accord. Et comment vous vous sentez avec le fait qu'il y ait toujours besoin de quelqu'un avec vous ?

P2 : Ça m'embête un peu, j'aurai bien voulu apprendre le français.

De plus, certains participants considéraient la traduction par un proche comme non fiable, et souhaitaient comprendre les informations eux même pour éviter cet intermédiaire.

Entretien 9 :

P9 : Je connais une albanaise, je sais pas si elle traduisait bien ou pas. Puis en plus les médicaments du médecin je les ai pas bien pris du coup. Donc je sais pas trop ce qu'elle avait fait.

De nombreux participants ont évoqué une forme de dualité linguistique : même s'ils ont le sentiment de comprendre la langue française, ils éprouvent des difficultés à s'exprimer oralement. Cette discordance entre compréhension et expression génère souvent un sentiment de gêne ou d'insécurité lors des échanges en français, notamment dans le cadre médical.

Entretien 1 :

P1 : Oui, je comprends mais des fois je ne trouve pas les mots. Je cherche, je cherche mais je me débrouille pour expliquer.

Entretien 4 :

P4 : Par exemple hier j'avais RDV chez le médecin ma fille m'a tout expliqué, par exemple mon fils il est malade, il a des allergies, il tousse, il a le nez qui coule. Comme les médecins parlent avec moi, ma fille comprend. Après elle m'explique tout. Il n'y a pas de problème.

C : D'accord très bien. Vous n'avez jamais eu de mauvaise expérience où vous n'avez pas réussi à comprendre ce que le médecin disait ?

P4 : En fait je comprends mais j'ai des difficultés pour répondre.

In fine, les participants souhaitaient maîtriser la langue pour être le plus autonome possible et se détacher de l'interprète, qu'il soit professionnel ou non.

Entretien 9 :

P9 : (...) et aussi faut qu'on apprenne en fait. Moi j'ai pas eu le temps, et j'ai pas forcément pu apprendre la langue mais faut s'en sortir par soi-même et essayer d'apprendre la langue. Je pense que c'est ça qui est important.

Entretien 2 :

C : D'accord. Et comment vous vous sentez avec le fait qu'il y ait toujours besoin de quelqu'un avec vous ?

P2 : Ça m'embête un peu, j'aurai bien voulu apprendre le français.

C : C'est quoi qui vous embête ?

P2 : Ça ne m'embête pas qu'il y ait une personne qui assiste à la consultation, ça m'embête de déranger la personne qui m'accompagne.

Entretien 10 :

P10 : Je sais pas quoi vous dire à part que je dois m'améliorer en français. Je prends des cours de français, j'espère m'améliorer bientôt.

Pour certains participants, ce besoin d'apprentissage venait du fait qu'ils ressentaient une perte de chance en ne comprenant pas la langue. Ils ressentaient une peur de ne pas comprendre les informations délivrées surtout lors d'annonces de résultats d'analyses ou lorsque des termes médicaux plus techniques étaient utilisés.

Entretien 1 :

P1 : J'arrive quand même à comprendre, sauf quand il faut parler des résultats d'analyses. Donc j'ai ma belle-sœur avec moi qui me sert d'interprète. (...) Et pour les analyses, même si je lis, je n'arrive pas à déchiffrer ce qu'il y est marqué dans le résultat d'analyse et c'est pour ça qu'il fallait ramener ma belle-sœur avec moi pour me servir d'interprète.

Entretien 2 :

P2 : J'ai peur parce que je ne comprends pas bien le français. J'ai peur que le médecin m'explique des choses mais que je n'arrive pas à comprendre. Que je dise oui mais que ce n'était pas ça.

Certains participants expliquaient qu'ils ressentaient également une appréhension et une peur d'être jugé dans leur expression du français, mais que finalement avec la pratique, ils ont pu acquérir les compétences suffisantes pour tenir une conversation avec leur médecin.

Entretien 5 :

P5 : Au début j'avais très peur parce que j'ai pas l'habitude de parler français. Si je parlais, j'avais peur que les gens pensent que je n'y arrive même pas. Mais finalement je me suis habitué et maintenant ça va.

Finalement, en maîtrisant mieux la langue au fur et mesure des efforts d'apprentissage réalisés, les participants se sentaient plus autonomes car ils pouvaient gérer seuls certaines étapes de leur parcours de soin. Mais parfois, l'accompagnement de l'équipe soignante était toujours nécessaire.

Entretien 9 :

P9 : J'ai eu beaucoup de problèmes avec les médicaments mais l'infirmière est venue à la pharmacie, elle leur a expliqué les choses, elle m'a expliqué à moi aussi. Elle m'a dit tu vas aller les chercher tous les mois maintenant avec les explications. La doctoresse aussi elle m'a donné un papier traduit en albanais pour que je sache aussi comment prendre les médicaments.

Synthèse de la première partie :

En arrivant sur le territoire français sans maîtriser la langue du pays, ces patients bénéficiant de l'AME se sont souvent retrouvés dans des situations d'incompréhension face aux soignants qu'ils ont pu rencontrer dans leur parcours de soins. Que ce soit pour l'explications des symptômes ou lorsque le médecin annonce un diagnostic ou des résultats d'examen, la barrière de la langue pouvait mener à des incompréhensions et des quiproquos.

Pour y faire face, la majorité des participants avait recours à des membres de leur famille ou de leur entourage pour assurer la traduction lors des consultations. Cependant, tous ont exprimé ce besoin d'acquérir des connaissances et apprendre la langue pour se sentir plus libre et autonome dans leur parcours de soin.

6.2.2. Un parcours nécessitant l'intervention de tiers (communautaire ou professionnel)

Tout au long des différents entretiens que nous avons menés, nous avons pu constater que, quasi systématiquement, l'intervention d'une tierce personne était nécessaire dans le parcours de soins des patients allophones bénéficiaires de l'AME.

Qu'il s'agisse d'un proche qui accompagne lors de la consultation pour assurer la traduction ou d'une médiatrice qui aide à récupérer les traitements en pharmacie, le patient avait souvent besoin d'être accompagné, que ce soit pour assurer une traduction ou bénéficier d'une aide pour faire valoir ses droits.

Entretien 10 :

P10 : J'essaie de me débrouiller. Parfois les enfants vont traduire un petit peu mais pas vraiment les termes médicaux.

Entretien 2 :

P2 : Je suis venue ici et la dame qui était là (la médiatrice en santé) c'est elle qui m'a accompagné à la pharmacie pour prendre les vaccins avec l'AME.

Entretien 4 :

P4 : J'ai ma fille de 8 ans, elle parle bien français et elle comprend bien. Quand je n'ai pas compris quelque chose c'est ma fille qui m'explique.

Ce système de traduction par des proches, permet certes de faciliter la communication lors de la consultation mais reste inadapté. L'enfant se retrouve à jouer un rôle qu'elle ne devrait pas, en étant confronté à des informations médicales parfois sensibles.

L'intervention d'une structure comme la PASS était également indispensable pour de nombreux participants dans l'accès aux droits et l'acquisition de l'AME. Le rôle des assistantes sociales était primordial dans les premières demandes comme pour les demandes de renouvellement de la couverture santé.

Entretien 4 :

P4 : C'est l'assistante sociale qui m'a aidé dans tout ce qui est administratif.

C : D'accord, et pour le renouvellement à chaque fois c'est les assistants sociaux qui vous ont aidé ou vous avez réussi à vous débrouiller ?

P4 : Non c'est moi je refais mon dossier seule chaque année, quelqu'un remplit le papier pour moi et je le dépose.

Entretien 7 :

P7 : L'hospitalisation s'est bien passé, je n'ai pas eu de problème, à part lorsque j'ai voulu quitter l'hôpital une infirmière m'a dit que je n'ai pas le droit de quitter l'hôpital sans payer, parce qu'on avait pas encore l'AME.

C : Ah mince et qu'est ce qui s'est passé ensuite ?

P7 : J'ai pu rentrer chez moi puis on m'a contacté pour me dire que la PASS m'a fait l'AME.

Entretien 5 :

P5 : Donc ce jour-là, la première fois où je suis allé à ce cabinet, je n'ai pas pu consulter le médecin. Je suis sortie et je suis allé à la PASS. C'est le docteur de la PASS qui m'a aidé avec son équipe. Ils ont appelé le médecin et lui ont tout expliqué. Ils m'ont donné un certificat et un dossier qui dit que c'est obligatoire qu'elle me prenne.

(...)

J'ai dû appeler la secrétaire de la PASS pour qu'elle les appelle (le cabinet de kinésithérapie) pour qu'ils m'acceptent. Elle les appelle pour leur dire qu'elle veut prendre un RDV pour moi, que j'ai l'AME, que les droits sont ouverts. Quand elle les appelle ça marche bien mais si j'y vais seule, on m'envoie à gauche à droite.

Pour cette participante, malgré l'obtention de l'AME, elle avait toujours besoin que la PASS intervienne pour que les professionnels de santé acceptent de la voir en consultation.

La PASS jouait également un rôle majeur dans l'orientation des patients en médecine de ville en les aiguillant vers un médecin libéral qui acceptait l'AME et prenait le relais pour le suivi ambulatoire de ces patients.

Entretien 8 :

P8 : Depuis que je suis arrivée à la Réunion c'est le Dr C. qui s'occupe de moi jusqu'à maintenant.

C : Et comment vous l'avez connu Dr C. ?

P8 : Je suis venue ici à la PASS parce que depuis Mayotte on nous préparait les papiers. On est venu par EVASAN. Puis j'ai tout expliqué au Dr C. ma situation. L'assistante sociale m'a écouté, je lui ai tout expliqué aussi et elle a fait les démarches pour demander l'AME et changer ma situation entre Mayotte et ici. Maintenant ça a marché et tout va bien.

Une entraide communautaire se mettait souvent en place. À l'arrivée sur le territoire, des personnes s'étant retrouvés par le passé dans une situation similaire à celle rencontrée par les participants, pouvaient leur indiquer où se rendre pour obtenir un logement, où consulter un médecin et comment obtenir des droits.

Souvent, le choix du médecin généraliste que le participant allait consulter se faisait suite à une recommandation d'un proche. Par le bouche-à-oreille on pouvait trouver un médecin réputé comme bienveillant et ne refusant pas les personnes étrangères par exemple.

Entretien 1 :

C : Et comment vous avez trouvé ce médecin généraliste ? C'est quelqu'un qui vous l'a conseillé ?

P1 : C'était par la bouche à oreille, parce que d'autres personnes qui sont d'origine maghrébine m'ont orienté vers ce médecin traitant.

Entretien 3 :

P3 : La maladie qu'on m'a diagnostiqué à la Réunion, c'est pas une maladie avec laquelle je suis né. J'ai suivi les conseils de mes amis qui m'ont conseillé de venir ici. Cet ami-là ne pouvait pas m'accueillir chez lui et m'a dit d'aller dans un foyer. J'y suis allé, ils m'ont demandé d'où je venais. Je leur ai dit que j'étais comorien et que je suis venu de manière clandestine, je n'ai pas où dormir. Du coup ils m'ont pris et m'ont aidé à faire les examens.

Entretien 5 :

P5 : C'est les voisins qui m'ont vu souffrir avec mon fils, ils m'ont dit d'aller là-bas (à la PASS). J'avais peur d'aller à l'hôpital parce que j'avais peur qu'ils nous renvoient si on passe là-bas. Mais les voisins m'ont dit ne laisse pas ton fils mourir là, il y a un service qui aide les gens comme nous. Passe là-bas ils n'ont pas le droit de te renvoyer. Ils vont vous accueillir et faire ce qu'il faut.

Nombreux participants ne se sentaient pas autonomes et acteurs de leur parcours de soin du fait de ce besoin d'être constamment accompagné et épaulé par un tiers qu'il soit professionnel ou non.

Entretien 2 :

C : D'accord, donc quand vous allez consulter un médecin, il y a toujours quelqu'un qui vous accompagne ?

P2 : Oui toujours, j'y vais avec mon petit frère.

(...)

P2 : Une fois j'avais rendez-vous pour mes dents, mais mon petit frère a oublié la date.

C : Et vous vous ne vous rappelez pas la date non plus ?

P2 : Il ne me l'a pas donné.

(...)

C : D'accord. Et ça fait combien de temps que vous avez l'AME ?

P2 : Je ne sais pas trop, c'est mon frère qui saura, car c'est lui qui a fait les démarches et qui me récupère les médicaments.

L'intermédiaire pouvait également être un professionnel. L'intervention d'un interprète par téléphone était en général bien accueillie par les patients et permettait de s'affranchir de la présence d'un membre de la famille, parfois moins bien vécue.

Entretien 10 :

C : D'accord. Comme je vous disais, je m'intéresse principalement à la barrière de la langue lors des consultations, est-ce que vous pouvez m'expliquer comment ça se passe quand vous allez voir le médecin ?

P10 : C'est le médecin qui appelle l'interprète à chaque fois par téléphone.

C : D'accord, donc vous avez jamais eu de consultation sans interprète ?

P10 : Non, jamais.

Entretien 11 :

C : À votre avis qu'est-ce qu'on pourrait faire pour améliorer les consultations quand le patient et le médecin ne parlent pas la même langue ?

P11 : Appeler un interprète par téléphone comme aujourd'hui pour que les choses soient claires. Dans tous les cas c'est bien d'appeler pour moi.

Synthèse de la deuxième partie :

Tout au long de leur parcours de soins les patients allophones bénéficiaires de l'AME ont eu besoin de l'intervention d'une tierce personne. Que ce soit un proche pour traduire lors des consultations, ou un voisin qui les orientait vers les structures adaptées à l'accueil des patients en situation irrégulière, la présence d'un intermédiaire était quasi inévitable. La PASS occupait un rôle central dans cet accompagnement. Elle intervenait non seulement dans l'ouverture des droits auxquels les patients pouvaient prétendre, mais aussi dans leur orientation et leur intégration au sein du système de soins. Elle facilitait notamment la mise en relation avec un médecin généraliste susceptible de devenir leur médecin référent.

6.2.3. Le médecin référent comme pierre angulaire du parcours de soin

La relation avec le médecin identifié comme « médecin référent » était cruciale pour de nombreux participants. Ce médecin, choisi par le patient lui-même ou non, devenait le chef d'orchestre du parcours de soin en organisant le suivi, les rendez-vous et surtout en faisant office d'intermédiaire avec les autres professionnels de santé lorsque cela était nécessaire.

C'était le médecin avec lequel le patient se sentait assez en confiance pour lui exposer ses problématiques, sans se sentir jugé.

Entretien 1 :

P1 : Le médecin c'est quelqu'un de très bien bienveillant. Lors de la consultation, tout s'est très bien passé.

Entretien 3 :

P3 : Quand je tombe malade je sais déjà que j'ai un médecin traitant et je peux aller le voir.

C : Donc c'est le médecin que vous irez voir en priorité s'il vous arrivait quelque chose, c'est ça ?

P3 : Oui c'est ça.

La plupart des participants exprimaient un besoin de régularité dans le suivi avec un même médecin avec qui une relation de confiance s'était tissée.

Entretien 4 :

C : C'est votre médecin généraliste qui vous suit régulièrement ?

P4 : Non ça change à chaque fois, il n'y a pas un médecin de famille qui me suit tout le temps.

C : D'accord, et vous aimeriez avoir un même médecin généraliste qui vous suit à chaque fois ?

P4 : Oui, quand je viens ici moi je demande le même médecin à chaque fois que je prends RDV.

Entretien 6 :

C : D'accord, donc le docteur que vous voyez et qui vous suit actuellement c'est celui qui venait au début au foyer c'est ça ?

P6 : Oui c'est ça, c'est lui qui faisait le renouvellement des traitements pour 3 mois et je récupérais à la pharmacie. Si j'avais mal quelque part ou si j'étais un peu malade j'appelais l'infirmière du foyer qui appelle le médecin du foyer et il venait me consulter.

Entretien 11 :

C : D'accord, vous avez un médecin traitant qui vous suit ou vous voyez différents médecins ?

P11 : Oui j'ai un médecin qui me suit.

C : Et comment vous avez trouvé ce médecin ?

P11 : Ça fait 3 ans que je suis suivi, quelqu'un m'a mis en contact avec ce médecin et je vais très bien depuis que je suis suivi par ce médecin.

(...)

C : Vous me dites que ça fait 3 ans que vous allez chez le même médecin pour les renouvellements de traitement. Pourquoi vous en voyez pas un autre par exemple ?

P11 : Parce qu'avec lui il y a une confiance mutuelle et il comprend mes besoins facilement.

Le médecin référent jouait un rôle polyvalent qui ne se limitait pas uniquement aux soins. Aux yeux des participants, il devait par exemple les aider à prendre des rendez-vous avec les spécialistes, faire le lien avec les autres professionnels de santé et surtout les aider au niveau administratif pour la régularisation de leur situation ou le renouvellement de leur couverture sociale. Il pouvait parfois faire office de confident à qui l'on peut confier ses angoisses et auprès de qui l'on peut se sentir rassuré.

Entretien 6 :

P6 : Pour moi le médecin traitant c'est celui qui me suit quand j'ai des problèmes de santé.

C : D'accord et la différence avec un autre docteur qu'est-ce que c'est ?

P6 : Le médecin traitant je peux aller le voir peu importe mon problème. Alors que d'autres docteur n'accepte pas de déclarer et suivre quelqu'un par exemple.

Entretien 8 :

C : D'accord. Et pour vous médecin traitant ça veut dire quoi ?

P8 : Ça veut dire que tu gère ma situation administrative, mes maladies, quand j'ai des soucis tu cherches un spécialiste, tu cherches une solution avec les autres médecins. Tout ça c'est toi qui gères.

Entretien 9 :

P9 : Je lui ai expliqué (à mon médecin référent) que je ne pouvais pas trop consulté étant donné que ma carte d'AME s'est terminée. Le Dr m'a dit qu'on va s'en occuper avec l'assistante sociale qui me suit. Donc on a fait la demande et ensuite on a attendu la réponse.

(...)

P9 : Oui c'est ce que la doctoresse (qui me suit) m'a dit, elle me donne du courage, elle me dit « tu t'en sors, on va s'en sortir » il faut juste enlever l'anxiété parce que c'est vrai que j'ai beaucoup de stress. J'ai vécu beaucoup de chose difficile, la doctoresse me dit t'en fait pas. C'est des choses qui vont passer, il faut vraiment juste que tu te tracasse pas et que tu essaies d'enlever l'anxiété.

Chez le participant 11, le seul recruté dans une pharmacie, le rôle du médecin se résumait à renouveler les traitements. Pour lui, la communication semblait moins importante, tant qu'il arrivait à obtenir ses médicaments.

Entretien 11 :

C : Et comment vous vous sentez du coup si vous ne comprenez pas tout ou si vous n'arrivez pas à dire tout ce que vous avez à dire ?

P11 : On a pas besoin de beaucoup parler. J'ai des médicaments, il me fait le renouvellement de traitement et c'est tout.

Synthèse de la troisième partie :

Le médecin référent endossait un rôle central dans la coordination du parcours de soins. Véritable chef d'orchestre du suivi médical, il ne se limitait pas à la dimension strictement clinique du soin, mais s'impliquait également dans l'accompagnement administratif. Cet aspect était particulièrement crucial pour les patients en situation irrégulière ou précaire. Cette double mission plaçait le médecin à l'intersection entre le soin, l'écoute et le soutien social.

Au fil des consultations, une relation de confiance s'installait progressivement favorisant un climat de bienveillance et de sécurité. Le patient, se sentant reconnu et compris, trouvait dans cet espace un lieu où il pouvait s'exprimer plus librement, y compris sur des aspects personnels dépassant parfois le cadre strictement médical.

Cependant, cette relation de proximité n'était pas systématiquement observée. Pour certains patients, la consultation restait avant tout fonctionnelle : le médecin était perçu comme un intermédiaire « utilitaire ». Son rôle se limitait à répondre à un besoin immédiat : renouveler une ordonnance par exemple ou obtenir une prescription. Cette variabilité dans la nature du lien thérapeutique reflétait la diversité des attentes des patients.

Cela pourrait également traduire la superficialité de la relation avec le médecin, étant donné la carence de communication due à la barrière de la langue. Peut-être qu'en usant d'un interprète lors de prochaines consultations, le patient pourrait s'ouvrir davantage.

6.2.4. Une volonté d'autonomie pour s'intégrer et « être comme tout le monde »

Au cours des différents entretiens, nous avons pu observer une volonté d'autonomisation chez la plupart des participants. Comme vu précédemment, cela pouvait passer par l'apprentissage de la langue mais également par une démarche où le participant souhaitait être indépendant dans son parcours de soin.

Entretien 6 :

C : Vous êtes allé le voir (le médecin) de vous-même ?

P6 : Oui c'est moi, j'ai ramené tout mon dossier médical, les comptes rendus d'hospitalisation, le suivi au foyer etc. et ça s'est bien passé.

Les participants souhaitent se prouver à eux même qu'ils étaient capables et avaient les ressources pour se débrouiller seuls. Les participants qui maîtrisaient un peu mieux le français se retrouvaient majoritairement dans cette démarche.

Entretien 7 :

P7 : Non je n'ai pas trop eu de difficultés, je me débrouille depuis que je suis venue à la Réunion. Je n'ai besoin de personne pour m'accompagner.

L'une des stratégies d'adaptation souvent proposée par les participants était de demander à leur interlocuteur d'adapter le débit de parole en ralentissant et en employant des mots plus simples lorsqu'ils ne comprenaient pas toutes les informations, pour qu'ils puissent mieux déchiffrer ce qui était dit, sans avoir recours à un intermédiaire pour assurer la traduction.

Entretien 7 :

C : D'accord, et quand le docteur vous explique quelque chose par exemple vous ne trouvez pas ça difficile ?

P7 : Non ce n'est pas trop difficile. S'il y a des mots que je n'ai pas compris je lui demande de m'expliquer doucement pour que je comprenne.

Entretien 8 :

C : D'accord. Et pour parler ça va ? il n'y avait pas trop de soucis ?

P8 : Avant j'avais du mal mais maintenant ça va mieux.

C : Et comment vous faisiez à ce moment-là ?

P8 : J'ai fait un stage dans des associations pour m'aider à parler. Quand je comprenais pas je demandais au médecin de parler doucement et m'expliquer et je comprenais mieux.

Les participants se sentaient très souvent stigmatisé par leur situation administrative et par l'AME qui n'était pas toujours accepté par les professionnels de santé. Ils souhaitaient obtenir une couverture « classique » avec la carte vitale « comme tout le monde » pour ne plus être pointé du doigt.

Entretien 1 :

P1 : Bien sûr que le traitement il ne sera pas le même quand j'aurai la carte vitale. Je vais vous donner un simple exemple : quand je pars à la pharmacie, pour avoir les médicaments. Dès que vous présentez votre carte d'AME, bah on vous regarde un petit peu de travers. Après on commence à vous expliquer que vous n'avez pas droit à ci pas droit à ça. Je pense qu'avec la carte vitale je n'aurai pas le même traitement.

Entretien 5 :

P5 : (...) C'est dur pour certains, surtout pour nous les étrangers, on souffre. Parfois on va dans des bureaux, il y a des gens qui nous traitent mal, qui nous parlent mal, des gens qui nous demande pourquoi je ne suis pas resté chez moi.

Certains patients renonçaient aux soins et préféraient s'automédiquer pour les maux qu'ils jugeaient simples et ils préféraient ne pas avoir recours systématiquement à une consultation.

Toutefois, ils mettaient également en avant leur capacité à trouver les ressources nécessaires pour consulter quand cela devenait indispensable.

Entretien 1 :

C : Est-ce que sur les 6 derniers mois vous avez dû renoncer à vous soigner ?

P1 : Oui, des fois oui. Quand j'ai des petites choses, notamment par exemple si j'ai mal à la gorge, je vais me soigner avec du citron avec du miel et éviter une consultation.

Entretien 4 :

C : Est-ce que ça vous est déjà arrivé de vouloir voir un médecin généraliste mais ne pas y être arrivé ?

P4 : Non ça m'est jamais arrivé, quand les enfants sont malades je suis partie chez les médecins sans RDV, je fais la queue et je passe. Jamais eu de problème ou besoin de passer par les urgences. Soit j'appelle ici, il y a de la place et je viens ici. Soit il y a pas de place et je cherche une autre solution.

Tout au long des différents discours, nous avons pu retrouver cette volonté d'être régularisé pour « être comme tout le monde ». Cela pouvait passer par l'obtention d'un emploi par exemple.

Entretien 9 :

P9 : Parce que moi j'étais dans un hôtel, j'y travaillais, je lavais les escaliers et on me donnait de l'argent et avec je payais la chambre. Mais le patron refusait de faire une attestation. Donc j'avais pas d'AME.

Certains participants exprimaient le besoin d'affirmer leur identité, notamment en transmettant leur langue maternelle à leurs enfants. D'autres mettaient en avant le fait de parler plusieurs langues, même partiellement, comme un atout pour s'émanciper dans leur parcours migratoire.

Entretien 1 :

P1 : Moi je me suis dit que je parle arabe avec mon fils pour qu'il n'oublie pas l'arabe.

C : Oui c'est important aussi.

P1 : Il m'a dit j'ai la honte, je ne parle pas devant mes amis comme ça en arabe. Je lui ai dit mais non c'est bien, on communique.

Entretien 3 :

C : D'accord, donc avec le médecin, il y a pas de difficultés par rapport à la langue ? Vous arrivez toujours à vous faire comprendre et vous comprenez bien ce qu'on vous dit ?

P3 : Non il y a aucun soucis. Je parle un peu le français, l'anglais et l'arabe.

Synthèse de la quatrième partie :

L'ensemble des participants témoignaient d'un profond besoin d'autonomie et de reconnaissance dans leur parcours de soins. Cette volonté d'indépendance se manifestait sous différentes formes : tenter de se soigner par eux-mêmes, mobiliser leurs propres ressources pour consulter lorsqu'ils en ressentaient le besoin, ou encore chercher un emploi afin de subvenir à leurs besoins.

Les participants faisaient preuve d'une grande résilience malgré les obstacles rencontrés, notamment les jugements ou remarques liés à leur situation administrative irrégulière. Ces remarques pouvaient émaner de certains professionnels de santé ou bien des institutions elles-mêmes.

Le désir d'intégration ne s'opposait pas pour autant à la volonté de préserver leur identité culturelle. Au contraire, un sentiment de fierté et d'affirmation de soi pouvait émerger chez certains participants. D'autres mettaient même en avant le fait de parler plusieurs langues comme un atout dans leur parcours, même s'ils ne les maîtrisait pas toutes.

6.2.5. Un parcours d'accès aux soins marqué par des obstacles récurrents

De nombreux obstacles ont été mentionnés par les participants lors de notre étude. Pour certains, le « parcours du combattant » débutait avant même l'arrivée sur le territoire français. Certains ont consulté dans plusieurs pays avant d'arriver en France. D'autres ont eu recours à une évacuation sanitaire organisée par l'hôpital du fait de la gravité de leur état de santé.

Entretien 3 :

P3 : On m'avait déjà dit que j'avais de la tension. J'avais été à Madagascar pour le traitement, puis je n'ai plus eu de suivi quand je suis retourné aux Comores. C'est quand je suis allé à la Réunion qu'on m'a dit que j'avais le diabète et encore les problèmes de tension, mais je n'étais pas surpris.

Entretien 2 :

P2 : C'est Mayotte qui m'a envoyé ici grâce à une évacuation sanitaire parce que j'étais très malade.

Ensuite, après être arrivé sur le territoire français, les participants devaient faire face aux obstacles financiers. Certains ont évoqué les difficultés financières auxquelles ils ont été confrontés pour arriver à se soigner, notamment pour les soins non pris en charge par l'AME.

Entretien 4 :

P4. : Avec les professionnels ça s'est toujours bien passé, ça se passe bien. C'est juste il y a des choses, par exemple pour faire des lunettes et tout, ça ce n'est pas remboursé et je suis obligé de payer.

Entretien 7 :

C : Pour commencer, est-ce que vous vous rappelez la première fois que vous avez vu le docteur, comment ça s'est passé ?

P7 : Ça s'est bien passé, je n'ai pas eu de problème, à part lorsque j'ai voulu quitter l'hôpital une infirmière m'a dit que je n'ai pas le droit de quitter l'hôpital sans payer, parce qu'on avait pas encore l'AME.

(...)

P7 : J'ai des difficultés concernant le remboursement des lunettes de vue de ma fille chez l'opticien. Elle n'a pas eu ses lunettes à cause de l'AME.

De plus, ils ont été nombreux à être confronté à des refus de soins de la part des professionnels de santé, que ce soient les médecins, leurs secrétaires, les pharmaciens ou les kinésithérapeutes. Ces refus de soins obligeaient certains à devoir parcourir des kilomètres pour trouver un professionnel acceptant de les prendre en charge.

Entretien 2 :

P2 : Donc il (le médecin) m'a donné une ordonnance pour récupérer des vaccins en pharmacie. J'y suis allé mais ils ont refusé de me les donner.

C : Pourquoi ils ont refusé ?

P2 : Je ne sais pas. Je suis venue et ici et la dame qui était là (la médiatrice en santé) c'est elle qui m'a accompagné à la pharmacie pour prendre les vaccins avec l'AME.

Entretien 5 :

C : Pour commencer, est-ce que vous vous rappelez la première où vous avez rencontré un médecin généraliste ?

P5 : Oui c'était très dur avant parce que je n'étais pas ici dans cette ville. J'étais au Port, je suis allé chez le médecin là-bas mais le docteur a refusé de me voir.

C : Il vous a expliqué pourquoi il a refusé de vous voir ?

P5 : Ils m'ont refusé parce que je suis venue à la Réunion avec mon enfant en bas âge qui est malade. Lui il a pas eu de problème pour être soigné, les soins étaient finis mais ils m'ont dit de retourner à Mayotte avec mon enfant mais j'ai refusé.

(...)

P5 : Oui. Par exemple avant d'aller chez le Dr P. j'ai fait 3 docteurs mais ils m'ont refusé.

C : Qu'est-ce qu'ils vous ont dit ?

P5 : Ils m'ont dit qu'il faut que je revienne avec la carte vitale et qu'ils ne prennent pas l'AME.

Nombre des participants mettaient également en avant la longueur des démarches administratives avec des délais toujours rallongés, entravant d'autant plus leur accès aux soins.

Entretien 1 :

P1 : Je suis arrivée en France en 2018. Après il me fallait 3 mois de présence pour pouvoir faire les démarches pour avoir l'AME et c'est à ce moment-là que j'ai eu une consultation avec le médecin.

Entretien 6 :

C : Donc vous n'avez plus l'AME actuellement et vous avez obtenu votre carte vitale « classique » actuellement c'est ça ?

P5 : Oui c'est ça, avant j'avais l'AME mais quand je suis allé faire le renouvellement, je n'ai pas eu de nouvelles pendant un moment. Donc je suis allé à la sécurité sociale, ils ont regardé mon dossier et ils ont dit qu'il n'avait rien d'enregistré. Puis j'ai attendu de recevoir le séjour et la sécurité sociale m'a dit que je n'ai plus besoin de l'AME maintenant mais que je peux avoir la carte vitale.

De ce fait, beaucoup finissait par ne pas recourir aux soins, à avoir recours à l'automédication ou à consulter uniquement en situation d'urgence.

Entretien 9 :

P9 : Puis pour être honnête moi j'allais pas forcément voir le médecin hormis quand j'étais vraiment très mal.

(...)

C : D'accord. Donc avant d'avoir l'AME vous n'aviez jamais consulté de médecin généraliste ?

P9 : Non jamais, jamais. Même quand je m'étais fait mal à la jambe, j'ai essayé de m'en sortir en mettant du froid. Je suis allé prendre du doliprane mais c'est tout. Mais j'ai jamais eu de médecins ou quoi que ce soit. Et c'est vrai que j'étais pas non plus complètement à terre. Quand je suis tombée à terre, bah oui j'ai passé mon temps dans les hôpitaux.

Certains participants mettaient également en avant le sentiment de perte de chance qu'ils ont ressenti, du fait de ne pas connaître leurs droits.

Beaucoup décrivaient ce sentiment de « vivre dans la peur » à cause de leur situation irrégulière, qui in fine, résumait leur identité.

Entretien 9 :

P9 : Pour être honnête, j'avais pas les papiers moi, j'avais pas l'AME avant. J'avais pas des droits. Parce qu'il y a eu la vie et j'y connaissais pas grand-chose. Donc j'avais juste pas la possibilité. On me disait il faut l'adresse. J'avais essayé de mettre l'adresse de l'hôtel. Mais j'y connaissais pas grand-chose. Parce que je connaissais pas la langue, évidemment. Donc j'y connaissais rien en droit tout ça et après ça était fait parce qu'il y a eu l'assistante (sociale) et il y a eu une adresse qui a été donnée. Mais je connaissais pas la langue et oui je pense que c'est ça qui a empêché (l'accès aux droits).

Entretien 5 :

P5 : J'avais peur d'aller à l'hôpital parce que j'avais peur qu'ils nous renvoient si on passe là-bas.

Synthèse de la cinquième partie :

Les participants ont relaté les multiples obstacles qu'ils ont rencontrés dans leur parcours de soins. Les premières difficultés concernaient l'accès à l'information et la compréhension de leurs droits. Ensuite il fallait pouvoir mobiliser ces droits de manière autonome.

Très souvent, l'ouverture des droits n'a été rendue possible qu'avec l'aide d'un intermédiaire, professionnel ou membre de la communauté.

Même après l'obtention de l'AME, certains participants se sont heurtés à des refus de soins les contraignant parfois à parcourir de longues distances pour trouver un praticien acceptant de les prendre en charge. Dans ce contexte, plusieurs ont choisi d'avoir recours à l'automédication, ne sollicitant une consultation médicale qu'en cas d'extrême urgence.

Enfin, tous les participants exprimaient une aspiration forte à la régularisation administrative. Elle était perçue comme la condition nécessaire pour « être comme tout le monde », accéder plus librement aux soins et retrouver un sentiment de dignité et de liberté.

6.3. Synthèse globale

L'analyse des entretiens met en évidence la complexité du parcours de soins des patients allophones bénéficiaires de l'AME, marqué par des obstacles structurels, linguistiques et sociaux mais aussi par une forte volonté d'adaptation et de résilience.

Dès leur arrivée sur le territoire français, la barrière de la langue apparaît comme un obstacle majeur à l'accès aux soins et à la compréhension du système de santé. L'incompréhension lors des consultations, que ce soit pour décrire les symptômes, comprendre un diagnostic ou suivre un traitement conduit souvent à des malentendus, voire à des renoncements aux soins.

Face à ces difficultés, la majorité des participants ont eu recours à des proches pour assurer la traduction, soulignant ainsi la place essentielle des réseaux communautaires dans la médiation entre patients et professionnels de santé. Cependant, tous expriment le désir d'apprendre la langue française afin de devenir autonomes et de ne plus dépendre d'un tiers.

L'intervention d'acteurs extérieurs constitue un autre pilier central du parcours de soins. Les associations, les PASS et les assistants sociaux jouent un rôle déterminant dans l'ouverture des droits, l'accompagnement administratif et la mise en relation avec un médecin généraliste. La PASS se distingue comme un espace pivot d'accès au système de santé assurant une continuité entre les démarches administratives et la prise en charge médicale.

Le médecin généraliste, une fois identifié, devient le point d'ancrage du suivi médical. Il dépasse la simple dimension clinique pour jouer un rôle de soutien social et administratif. La relation de confiance qui s'instaure progressivement entre le patient et le praticien repose sur l'écoute, la bienveillance et la stabilité du suivi. Pour certains, le médecin devient une figure de repère, synonyme de sécurité et d'humanité dans un environnement souvent perçu comme hostile.

Toutefois, cette relation n'est pas uniforme : d'autres patients entretiennent un lien plus fonctionnel avec leur médecin en cantonnant leur relation à un acte médical ponctuel ou utilitaire, cela s'expliquant peut-être justement par une communication superficielle en cas d'absence d'interprète.

Au-delà des difficultés rencontrées, les participants ont exprimé une réelle volonté d'autonomie et d'intégration. Ce besoin d'indépendance se traduit par une forte capacité d'adaptation. Malgré les discriminations ou les refus de prise en charge les patients développent une forte résilience. Leur parcours est marqué par la nécessité de s'intégrer au système français et la volonté de préserver leur identité culturelle et linguistique.

Enfin, l'accès aux droits ne garantit pas toujours l'accès effectif aux soins. Plusieurs participants ont rapporté des refus de soins malgré qu'ils aient obtenu l'AME. Cela les contraignait à parcourir de longues distances pour pouvoir être pris en charge.

Cette précarité administrative accentue les inégalités de santé et contribue au sentiment d'exclusion. Pour beaucoup, la régularisation administrative est perçue comme la clé d'un véritable accès à la santé. Elle représente un symbole d'appartenance et de reconnaissance sociale en étant « comme tout le monde ».

Ainsi, le parcours des patients allophones bénéficiaires de l'AME illustre une double réalité : celle d'un système de santé qui peine encore à garantir une équité d'accès aux plus vulnérables, et celle de patients dont la détermination, la résilience et la capacité à apprendre leur permettent malgré tout de trouver leur place, souvent grâce à la solidarité humaine et à l'engagement de certains professionnels.

VII. Discussion

7.1. Points forts et limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs points forts. Elle s'appuie sur un matériau qualitatif riche, recueilli au travers de onze entretiens semi-dirigés menés à La Réunion et à Marseille, deux terrains contrastés par leurs dynamiques migratoires et leur offre de soins. Le recours à l'interprétariat professionnel lors des entretiens a permis de favoriser la compréhension et de limiter les biais liés à la langue. Enfin, le choix d'une analyse thématique inductive a rendu possible l'émergence de catégories directement issues du vécu des participants.

Cependant, certaines limites doivent être soulignées. Tout d'abord, la population incluse présente une faible diversité, notamment à la Réunion où uniquement des participants d'origine comorienne ont pu être recrutés. Mais comme nous l'avons indiqué en introduction, l'île de la Réunion présente un taux d'immigration assez faible, provenant principalement des îles voisines.

Ce manque de diversité se retrouve également au niveau des profils socio-démographiques : majorité de femmes avec des parcours migratoires assez proches. Cette homogénéité réduit la transférabilité des résultats à d'autres contextes migratoires.

Ensuite, les patients interrogés étaient souvent déjà insérés dans un circuit de soins structuré, bien accompagnés par des professionnels ou des associations, ce qui a conduit à un ressenti globalement positif du système de soins. Cela pourrait introduire un biais de sélection et sous-représenter les expériences de patients plus isolés ou confrontés à d'autres difficultés.

Nous n'avons pu recruter qu'un seul patient sortant de ce cadre via la pharmacie dans laquelle il récupérait ses traitements. Ce profil de patient plus marginalisé était plus difficile à capter et interroger. En effet, les patients les plus marginalisés ne priorisent pas forcément leur santé mais plutôt leur accès au droit, au logement et à une situation administrative plus pérenne (56). Ils ne sont pas indifférents à l'égard de leur santé mais procèdent à une hiérarchisation de leurs démarches, avec pour but une légalisation de leur présence sur le territoire et l'amélioration de leurs conditions de vie, qui agiront ensuite positivement sur leur état de santé.

La question de l'allophonie constitue une autre limite : la cotation de la difficulté linguistique était assez subjective et variait selon la perception du soignant et du patient. À plusieurs reprises nous avons pu constater qu'un patient qui nous était initialement présenté comme « ne parlant pas français » par son équipe soignante, considérait lui, au contraire, maîtriser un minimum la langue et réussissait à naviguer dans le système de soins.

Enfin, nous avons également pu constater que la propension à s'ouvrir lors des entretiens a semblé dépendre de l'habitude des patients à utiliser des interprètes. En effet, les participants déjà familiers de l'interprétariat téléphonique se montraient plus à l'aise pour exprimer leurs ressentis, ce qui a pu influencer la profondeur des données recueillies.

7.2. Discussion sur les résultats principaux de l'étude

L'objectif de ce travail était d'explorer le vécu des patients allophones bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME) dans leur parcours de soins en médecine générale. Onze entretiens semi-dirigés ont permis d'identifier les cinq thématiques majeures décrites plus haut.

7.2.1. L'autonomisation par la maîtrise de la langue

L'acquisition progressive de la langue française apparaît comme un facteur central permettant de réduire la dépendance à autrui et de renforcer l'autonomie des patients. Certains participants décrivent l'apprentissage du français comme une stratégie active d'intégration qui facilite la compréhension des prescriptions médicales et la communication avec les soignants. Ces résultats rejoignent les travaux qui soulignent que la maîtrise de la langue de soin constitue un déterminant majeur d'accès aux services de santé et de qualité de la relation thérapeutique.

En effet, comme mentionné dans l'article *Lever de la barrière linguistique dans la prise en charge médicale de patients allophones* paru en 2022 dans Santé Publique (35), ces difficultés de compréhension peuvent être un frein majeur et engendrer des répercussions sur la santé des patients. Si la compréhension n'est pas claire, les soins peuvent être mal effectués, ou même ne pas avoir de rapport avec ceux qui auraient dû être fait, d'où la nécessité pour le patient et le soignant de parler la même langue.

Cependant, la temporalité de cet apprentissage laisse une période de vulnérabilité importante, durant laquelle les patients peuvent être exposés à des risques de mauvaise compréhension ou de rupture dans le suivi.

L'apprentissage de la langue repose sur la motivation personnelle et l'accompagnement associatif de la personne (47). L'apprentissage du français n'est proposé par l'État qu'une fois un titre de séjour obtenu. Il est difficile pour les personnes venant d'arriver sur le territoire de pouvoir communiquer en français, quand bien même leurs droits au niveau de la couverture santé seraient ouverts, à part si elles ont étudié le français précédemment.

L'appropriation de la langue ne peut pas être corrélée à l'obtention d'un statut administratif, les temporalités n'étant pas les mêmes. D'où la nécessité de pouvoir proposer des cours de langue dès l'arrivée sur le territoire pour permettre au patient d'acquérir les compétences nécessaires à sa communication dans la langue du pays d'accueil.

7.2.2. Place des intermédiaires : l'interprétariat en santé et la PASS

Le rôle des intermédiaires, qu'il s'agisse d'assistantes sociales, d'associations, de la PASS, ou d'interprètes professionnels ou informels est omniprésent dans les récits recueillis. L'accès aux droits et aux soins ne se fait presque jamais de façon autonome mais très souvent grâce à ces intervenants indispensables. Cette médiation révèle la complexité administrative et organisationnelle de l'AME, confirmant les données déjà publiées sur les obstacles systémiques rencontrés par les patients migrants.

L'interprétariat professionnel, comme vu en introduction, est présenté par la HAS comme le Gold Standard pour palier à la barrière de la langue. Cependant, on peut noter qu'en pratique, les professionnels de santé n'ont que peu souvent recours à cet outil, principalement dans les services ayant l'habitude d'accueillir des populations migrantes. Souvent les praticiens préfèrent « se débrouiller par eux même » par peur de perdre du temps, par méconnaissance du fonctionnement de l'interprétariat téléphonique, au nom du secret médical ou par peur de ne pas être assez bien formé pour y avoir recours.

Selon l'article *La situation de communication lors de la consultation médicale avec et sans interprète. Points de tensions et stratégies développées par les interacteurs de la situation de*

soin paru en 2020 (47), l'interprétariat n'est pas toujours la solution idéale. En effet, le recours aux services d'interprétariat professionnel n'est pas toujours possible, notamment dans des contextes d'urgence par exemple ou dans le contexte de consultation en médecine libérale où ces services sont moins répandus. Parfois ce peut être le patient lui-même qui refuse d'avoir recours à l'interprétariat, à cause de la difficulté de raconter des récits traumatiques en présence d'un tiers.

Comme mentionné en introduction, le travail de thèse de Touati S. et Vergan S. en 2017 sur le *Parcours de Soins et vécu du Suivi par les patients bénéficiaires de l'AME en médecine générale ambulatoire* (9) met en exergue le rôle central des PASS et des associations dans l'accompagnement des bénéficiaires de l'AME. Il souligne l'importance de ces tiers dans l'orientation des patients et leur accès aux soins dans le système de santé français.

Cette médiation interroge également la dépendance structurelle créée par ces interventions, les patients soulignant la difficulté à avancer seuls dans leurs démarches malgré leur volonté d'autonomisation.

Dans l'article *Droit universel à la santé pour les populations migrantes vulnérables* (23), les auteurs mettent en avant les démarches d'« aller-vers » qui sont utilisées pour aller à la rencontre de personnes en situation de précarité. Elles sont associées au « faire-avec », qui sous-entend faire avec les personnes et non faire à leur place. C'est dans leur autonomie et leur responsabilisation que les patients trouveraient les solutions durables à leurs problématiques. L'aller-vers et le faire-avec sont définies comme les bases de la médiation en santé, dont l'objectif est de renforcer l'équité en santé pour les patients marginalisés en favorisant leur retour vers le droit commun.

Malgré les obstacles, les participants expriment une forte aspiration à l'autonomie et à l'intégration. Consulter sans accompagnant, comprendre directement les prescriptions, ou déclarer un médecin traitant constituent des étapes perçues comme des victoires personnelles. Cette volonté illustre le rôle symbolique du soin dans le processus d'intégration sociale : accéder à un médecin et comprendre sa santé, c'est aussi accéder à une place légitime dans la société d'accueil.

7.2.3. Place du médecin référent et de la communication dans la relation interculturelle

La figure du médecin traitant ou référent est décrite comme centrale. Il incarne la continuité du suivi, la coordination avec les spécialistes, et le réceptacle de la confiance des patients. Dans un contexte de vulnérabilité et d'errance administrative, le médecin référent devient une figure stabilisatrice, au-delà de son rôle strictement biomédical. Ces résultats rejoignent les modèles décrivant le médecin généraliste comme pivot de la prise en charge des patients en situation complexe, et soulignent l'importance d'un lien de confiance durable pour compenser la précarité structurelle du dispositif de l'AME.

Ce lien de confiance passe principalement par la capacité du médecin à communiquer avec le patient au fur et à mesure des consultations. Le « colloque singulier » qualifie l'échange entre le soignant et le patient au cours duquel va naître l'alliance thérapeutique et la formulation du projet de soins. Le qualificatif « singulier » désigne une relation bilatérale soignant/soigné. La définition de ce colloque ne prend pas en compte les différences culturelles : en effet, dans de nombreuses cultures par exemple, l'annonce de la maladie peut se faire en groupe ou en présence d'autres membres de la communauté. (47)

Dans le cadre d'une consultation en contexte interculturel avec un soignant et un patient qui ne parlent pas la même langue et qui n'ont pas la même culture, il peut s'ajouter, comme nous l'avons vu, la présence d'un interprète professionnel ou d'une personne bénévole qui assure la traduction pour faciliter la communication.

Pour la branche Europe de la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), organisation professionnelle mondiale des médecins généralistes, « la médecine générale utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée. » (48). La qualité de cette relation est déterminée par les capacités de communication du médecin généraliste qui est en elle-même thérapeutique pour le patient.

Cette vision de la médecine générale rejoint la vision balintienne qui vise à repenser la relation d'aide avec le patient (49). Lors de l'intervention d'un tiers pour traduire, le risque est que le professionnel ne focalise son attention que sur la formulation de son discours et sa traduction au détriment de la « relation » au sens de Balint. Par exemple, des témoignages (47) mettent en

évidence que lorsque l'on a recours à l'interprétariat téléphonique, les regards des interacteurs sont souvent tournés vers le combiné du téléphone pour concentrer leur attention sur ce qui est dit, au détriment de l'échange visuel à travers les regards et les gestes. On perd ainsi la réassurance et la relation de confiance qui aurait pu être renforcée par le comportement non verbal du soignant, d'où la difficulté pour certains patients à se livrer au cours d'un échange avec interprète.

Les différents systèmes d'interprétariat permettent de transmettre les informations les plus importantes mais ils sont en général insuffisants pour établir une relation de qualité qui pourra garantir un bon soin (50). L'utilisation d'un interprète officiel peut aussi poser d'autres problèmes : la traduction est en général plus fiable et plus neutre mais elle peut aussi être déformée si l'interprète méconnaît le langage médical et fait des contresens qui s'aggravent dans la traduction.

7.2.4. Un accès difficile à l'AME qui reste fortement stigmatisante

Les témoignages des participants à notre étude mettent en évidence de multiples embûches : refus de soins liés à l'AME, difficultés administratives pour le renouvellement des droits, obstacles financiers ou encore méfiance institutionnelle.

Ces freins contribuent à retarder l'accès aux soins, à fragmenter le suivi et à aggraver la vulnérabilité des patients. La littérature décrit de façon concordante l'AME comme un dispositif protecteur mais insuffisamment connu et parfois stigmatisé par les professionnels de santé.

Dans un rapport sur la situation sanitaire et sociale de l'immigration en France publié en 2020 (45), l'Académie Nationale de Médecine émet 8 recommandations prioritaires pour améliorer la prise en charge et l'état de santé des populations migrantes.

Parmi elles :

- Créer une Protection Maladie réellement universelle rassemblant AME et PUMa, garantissant l'accès aux soins pour toute personne résidant sur le territoire national.

- Rappeler aux professionnels de la santé les recommandations du ministère de la Santé concernant le parcours de santé des primo-arrivants, en vue de les appliquer dans toutes les Régions de l'hexagone et des DOM-TOM.
- Remémorer aux praticiens leur devoir de prendre en charge les patients qui ont un titre de soins, conformément au Serment d'Hippocrate, quelles que soient les difficultés rencontrées.

Les résultats de notre étude confirment cette ambivalence : l'AME permet l'accès aux soins mais n'efface pas les barrières systémiques et sociales. Comme mis en évidence dans le rapport d'enquête réalisé en 2023 sur les entraves dans l'accès à la santé (46), l'accès à l'AME reste complexe car, même après cinq ans de résidence en France, 35 % des personnes sans titre de séjour n'y ont pas accès.

Dans l'article *La santé des immigrés au piège du totem de l'AME* (51), une réflexion autour de l'AME est proposée. Premièrement, la mobilisation pour l'AME doit s'accompagner d'une réflexion sur la nécessité de sortir ses bénéficiaires de l'irrégularité. En effet, la régularisation est d'après cet article, la mesure la plus efficace pour améliorer la santé des personnes sans papier. L'enquête anthropologique de Stefan Le Courant (52) explore comment la situation irrégulière affecte l'ensemble des dimensions de la vie des personnes immigrées et dégrade leur santé somatique et mentale.

De plus, la santé des immigrés de manière globale ne se résume pas à celle des bénéficiaires de l'AME qui ne représentent qu'une part minoritaire des 7 millions d'immigrés qui vivent en France (51). Il faudrait proposer des politiques de santé qui prennent en compte les particularités des parcours des populations immigrées, notamment les premières années après l'arrivée en France (accès à l'interprétariat, prévention ciblée des risques infectieux, prise en charge du psychotraumatisme...) mais il faudrait aussi prendre en compte l'absence de spécificité de cette population sur certains points. Les déterminants de la santé des immigrés sont les mêmes que ceux de l'ensemble des classes populaires.

7.3. Implications pratiques et perspectives

Les résultats de notre étude soulignent la nécessité d'adapter le système de santé aux besoins spécifiques des patients allophones bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'État (AME). Plusieurs axes d'amélioration peuvent être envisagés afin de favoriser un accès plus équitable et un accompagnement global de ces patients.

Tout d'abord, le recours à l'interprétariat professionnel, malgré ses limites décrites précédemment, apparaît comme une mesure essentielle. L'utilisation d'interprètes formés et qualifiés garantit une communication claire, renforce la relation de soin et évite les malentendus pouvant avoir des conséquences cliniques négatives. La généralisation de l'interprétariat téléphonique ou présentiel permettrait d'améliorer la qualité et la sécurité des soins pour ces patients.

Ensuite, une simplification des démarches administratives liées à l'AME est indispensable. L'obtention et le renouvellement de cette aide demeurent souvent complexes, engendrant des ruptures de droits préjudiciables à la continuité des soins. L'Académie nationale de médecine recommande depuis plusieurs années d'alléger ces procédures, notamment en prolongeant la durée de validité de l'AME et en harmonisant les pratiques départementales (45). Une meilleure coordination entre les services sociaux, les associations et les structures de santé contribuerait également à limiter les situations de non-recours.

Le rôle du médecin généraliste doit être pleinement reconnu et valorisé comme pivot de la prise en charge. Il serait intéressant de renforcer ce rôle par des formations spécifiques à la prise en charge des patients allophones et aux soins interculturels et faciliter la possibilité de travailler en lien étroit avec des médiateurs de santé ou des interprètes.

Parallèlement, la promotion de l'apprentissage de la langue constitue un levier essentiel d'autonomisation. La mise en place de programmes d'enseignement du français en parallèle du parcours de soins permettrait d'améliorer la compréhension du système de santé et de favoriser l'intégration sociale. L'accès à des cours de langue dès l'arrivée sur le territoire pourrait être facilité avec des partenariats entre les collectivités locales, les associations et les structures d'accueil médico-sociales par exemple.

Enfin, il pourrait être intéressant de réaliser une nouvelle étude se focalisant sur les patients allophones qui ne sont pas aussi bien intégrés dans le parcours de soins, contrairement à ceux que nous avons recrutés lors de notre travail, pour rendre compte de leurs difficultés spécifiques. Malgré la difficulté à recruter ce type de population, cela permettrait d'élargir les perspectives d'amélioration et de facilitation de l'accès aux soins pour les personnes migrantes les plus marginalisées.

Ainsi, ces différentes mesures pourraient renforcer l'équité d'accès aux soins, améliorer la qualité de la prise en charge et promouvoir une véritable inclusion sanitaire et sociale des patients allophones bénéficiaires de l'AME.

VIII. Conclusion

Cette étude qualitative menée auprès de onze patients allophones bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'État (AME) à La Réunion et à Marseille avait pour objectif d'explorer leur parcours de soins et les obstacles rencontrés dans l'accès à la médecine générale.

Les résultats mettent en évidence le poids de la barrière linguistique, qui freine la compréhension, la communication et parfois l'accès aux droits. Pour y faire face, les patients ont souvent eu recours à des intermédiaires : proches, associations, professionnels qui jouent un rôle essentiel dans la traduction, l'orientation et les démarches administratives. La PASS apparaît comme une structure clé, facilitant l'ouverture des droits et l'intégration dans le système de soins.

Le médecin généraliste occupe une place centrale dans ce parcours. Il assure à la fois le soin, l'écoute et l'accompagnement administratif des patients. Une relation de confiance se construit petit à petit et permet au patient de naviguer dans le système de soin.

Malgré les difficultés rencontrées, les participants ont exprimé un fort désir d'autonomie et d'intégration, cherchant à apprendre la langue et à s'insérer socialement, tout en préservant leur identité culturelle. Cependant, les obstacles administratifs et les refus de soins persistaient, rendant leur accès à la santé encore précaire.

Ces résultats soulignent la nécessité de consolider l'accès à l'interprétariat aux professionnels de santé mais également aux patients, qui, s'ils y avaient accès de manière plus libre, pourraient être d'autant plus autonome dans leur parcours. Ils soulignent la nécessité de simplifier les démarches administratives liées à l'AME, de valoriser le rôle du médecin généraliste comme coordinateur du parcours et favoriser l'apprentissage linguistique en parallèle de l'accès aux soins.

Malgré certaines limites liées à la diversité limitée de l'échantillon cette étude met en avant la résilience des patients allophones et la nécessité d'un accompagnement global, humain et coordonné. Garantir l'accès aux soins pour ces populations relève non seulement d'un enjeu sanitaire, mais aussi d'un impératif éthique et sociétal, au cœur des valeurs d'universalité du système de santé français.

IX. Bibliographie

1. Sciences et actions sociales. Migrations contemporaines et politiques publiques [Internet]. 2018 [cité 2025 avr 12]. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/revue-sciences-et-actions-sociales-2018-1-page-12>
2. Organisation mondiale de la Santé. Couverture sanitaire universelle (CSU) [Internet]. Genève : OMS; 2025 [cité 2025 avr 12]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-%28uhc%29>
3. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). En 2021, les inégalités et la pauvreté augmentent [Internet]. Paris : INSEE ; 2023 [cité 2025 avr 12]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7710966>
4. Gentilini M., Kerouedan D. et al. L'Immigration en France : situation sanitaire et sociale. Académie nationale de médecine, rapport, 26 février 2020.
5. Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. *Quest Déconomie Santé*. janv 2012;(172).
6. Chappuis, Marielle, Yannick Le Bihan, et Anne Tomasino. « Le difficile accès aux soins des personnes en situation de grande précarité en France : les constats de Médecins du Monde », *Après-demain*, vol. 42,nf, no. 2, 2017, pp. 3-5.
7. Gabarro C. Obtenir l'AME : un parcours du combattant. In : Rouland B, éditeur. Dossier « Santé et immigration ». Paris : CNRS ; 2022. p. 31-35. Disponible sur: <https://www.icmigrations.cnrs.fr/wp-content/uploads/2022/03/DF31-Gabarro.pdf>
8. EVIN Claude, STEFANINI Patrick, Rapport sur l'Aide médicale d'État, 2023.

9. Stephan Touati, Sébastien Vergan. PASSAGE : Parcours de Soins et vécu du Suivi par les patients bénéficiaires de l'AME en médecine générale ambulatoire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. ffdumas01901229f.
10. Munoz M, Kholli A. Les barrières de langue : Comment les surmonter en clinique. Le Médecin du Québec. 2007;42(2).
11. HAS, Press release, Personnes vulnérables et éloignées du système de santé : s'appuyer sur les médiateurs et interprètes pour améliorer l'accès aux soins, octobre 2017.
12. CNLE. De 1893 à 1999 : De l'Assistance médicale gratuite (AMG) à l'Aide médicale d'État (AME) en passant par l'Aide médicale départementale (AMD) [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://www.cnle.gouv.fr/De-1893-a-1999-De-l-assistance.html>
13. Matthias Thibeaud, Christian Reboul, Aide Médicale de l'État : un dispositif essentiel de santé publique. Médecins du Monde. Septembre 2024. Disponible sur <https://www.medecinsdumonde.org/ame-laide-medicale-detat/>.
14. Florence Jusot, Paul Dourgnon, Jérôme Wittwer, Jawhar Sarhiri, Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas. IRDES 2019. Disponible sur <https://www.irdes.fr/recherche/2019/questions-d-economie-de-la-sante.html>.
15. Delattre F. Projet de loi de finances pour 2015 - notes de présentation [Internet]. Sénat; 2014 oct. Disponible sur: <https://www.senat.fr/commission/fin/pjlf2015/np/np25/np255.html>
16. Ben Hammou K. Le patient précaire au cabinet de médecine générale : le point de vue des généralistes ayant une expérience de soins auprès des populations précaires. Rouen, 2014.
17. Baudis Dominique D des droits. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME : rapport remis au Premier ministre. 2014 mars p.47.

18. COMEDE, Rapport de 2017 du COMEDE, Activité de synthèse 2016, 2017, aout.
19. Rusch E., Soutenir l'accès à la santé pour les réfugiés et les migrants, *Exercer* 2023;198:435.
20. Lesoeurs G, Ferradji T, Approche transculturelle de la santé, prendre soin et parler, *Culture et société* 2016 ; 37:33.
21. Sénat. Projet de loi de finances pour 2023 : Santé. Rapports législatifs. Avis n° 118 (2022-2023), tome IV, déposé le 17 novembre 2022. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/a22-118-4/a22-118-43.html>.
22. European Union Agency for Fundamental Rights. Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation. Vienne : EUAFR, 2015.
23. Janczewski A, Jegu-Sablier M, Khouani J, Droit universel à la santé pour les populations migrantes vulnérables, *Exercer* 2023;198:456-9.
24. Khouani J, Blatrix L, Tinland A, et al. Health status of recently arrived asylum seekers in their host country: results of a cross-sectional observational study. *BMC Public Health* 2022; 22(1):1688.
25. État de santé des immigrés à travers les grandes enquêtes, ADSP n°111, juin 2020.
26. Fassin D, De l'inégalité des vies, leçon inaugurale prononcée le 16/01/2020.
27. Velissaropoulos A. Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale Etat dans 10 villes de France. *Médecins du Monde Coordination Mission France*; 2006 oct p. 42.
28. Boisguérin B, Haury B. Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. *DREES Etudes et Résultats*; 2008 juill p. 8. Report No.: 645.

29. Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. IRDES; 2010 juin p. 254. Report No.: 547.
30. Haute Autorité de Santé. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques. Paris: HAS, 2017 : 57 p. En ligne: https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_compences....pdf.
31. Géry Y, Accès aux soins pour les migrants : Comment consentir si l'on ne comprend pas ?, La santé en action – N° 464 – Juin 2023.
32. Burnel P., Calmette P. Le modèle économique de l'interprétariat linguistique en santé [Rapport]. Paris : IGAS, 2019 : 65 p. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2018-128R.pdf>
33. Guide COMEDE. Prévention soins accompagnement personnes étrangères vulnérables. 16.2 Bilan de santé. Prévention et promotion de la santé. Article mis à jour le 12 avril 2023. Disponible sur: <https://guide.comede.org/bilan-de-sante/>
34. Aziz Tabouri, « L'interprétariat dans le domaine de la santé », Hommes & migrations [En ligne], 1282 | 2009, mis en ligne le 29 mai 2013. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/456> ; DOI : 10.4000/hommesmigrations.456
35. Dray, É., Ève, K., Lalande, F., Robert, A. et Lantheaume, S. (2022) . Lever de la barrière linguistique dans la prise en charge médicale de patients allophones. Santé Publique, Vol. 34(6), 783-793. <https://doi.org/10.3917/spub.226.0783>.
36. Sciarra AM, Batigália F, Oliveira MA. Technological Devices Improving System of Translating Languages: What About their Usefulness on the Applicability in Medicine and Health Sciences? Braz J Cardiovasc Surg. 2015 Nov-Dec;30(6):664-7. doi: 10.5935/1678-9741.20150087. PMID: 26934409; PMCID: PMC4762561.

37. Affeltranger, B., Potvin, L., Ferron, C., Vandewalle, H. et Vallée, A. (2018) . Universalisme proportionné : vers une « égalité réelle » de la prévention en France ? Santé Publique, S1(HS1), 13-24. <https://doi.org/10.3917/spub.184.0013>.
38. Géry Y, L'aller-vers permet de faire face aux situations de décrochage social et de réduire le non-recours aux droits, La santé en action, n° 458-Décembre 2021.
39. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août 13, 2004.
40. <https://inegalites.fr/Les-communes-les-plus-touchees-par-la-pauvrete-2086>.
41. Lénaïc Jestin. Les difficultés de communication des médecins généralistes face aux patients allophones à La Réunion. Sciences du Vivant [q-bio].2023. dumas-04076667.
42. Pourchez, Laurence. « Métissage, multi-appartenance, créolité à l'Île de La Réunion. » Anthropologie et Sociétés, volume 38, numéro 2, 2014, p. 45–66. <https://doi.org/10.7202/1026164ar>.
43. Touzet C. Seguin S. Deux déménagements sur trois sont de courte distance - Insee Analyses Réunion – n°67. www.insee.fr. fév. 2022. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6203918#titre-bloc-14>
44. Abriac D. Baccala E. Beurenaut A. Repères & références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche, Ministère de l'Education Nationale, aout 2018,. Disponible sur: <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr>
45. Gentilini M, Kerouedan D, et al. L'Immigration en France : situation sanitaire et sociale. Rapport de l'Académie nationale de médecine. 2020.
46. Médecins du monde, Cimade, Comede, Dom'Asile, Secours catholique. Entraves dans l'accès à la santé. Les conséquences de la réforme de 2019 sur les droits à l'aide médicale de l'État, rapport d'enquête, avril 2023. Paris : La Cimade, 2023.

47. Thouroude, V. (2020). La situation de communication lors de la consultation médicale avec et sans interprète. Points de tensions et stratégies développées par les interacteurs de la situation de soin. *Cahiers internationaux de sociolinguistique*, 17(1), 145-177. <https://doi.org/10.3917/cisl.2001.0145>.
48. WONCA, « La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille », WONCA EUROPE, 2002.
49. Balint M., *Le Médecin, son malade et la maladie*, Payot, 1996.
50. Marin, I., Farota-Romejko, I., Larchanché, S. et Kessar, Z. (2012). Soigner en langue étrangère. Jusqu'à la mort accompagner la vie, 111(4), 11-19. <https://doi.org/10.3917/jalmalv.111.0011>.
51. Izambert, C. (2024). [Point de vue] La santé des immigrés au piège du totem de l'aide médicale d'État. *Revue française des affaires sociales*, 243(3), 235-243. <https://doi.org/10.3917/rfas.243.0235>.
52. Le Courant S., *Vivre sous la menace. Les sans-papiers et l'État*, Paris, Seuil, 2022
53. (Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Imbert P, Lehr-Drylewicz AM, Letrillart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;(Exercer 2008;84:142-5).)
54. Insee Références – Édition 2023 – Fiche 3.1 – Maîtrise des langues par les immigrés
55. Laurent Letrillart, Isabelle Bourgeois, Anne Vega, Jacques Cittée, Matthieu Lutsman. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *Exercer*. 2009;(Exercer 2009; 87:74-9).
56. Beltran, G., Faya Robles, A. et Nicaise, S. (2024). Une santé à la marge : l'imbrication des entraves à la santé dans les trajectoires des exilé-es vivant en squat. *Revue française des affaires sociales*, 243(3), 49-69. <https://doi.org/10.3917/rfas.243.0049>.

X. Annexes

Annexe 1 : Dossier AME



50741#09

Demande d'aide médicale de l'Etat (AME)

(Articles L.251 à L.252-4, D.252-2 du code de l'Action sociale et des familles)

Si votre séjour en France n'est pas régulier, l'aide médicale de l'Etat peut prendre en charge vos dépenses de santé pour les soins dispensés en ville et dans un établissement de santé. Le droit à l'AME d'une durée de douze mois est conditionné, pour les personnes majeures, à une double condition de résidence en France (**3 mois minimum de séjour irrégulier**) et de ressources qui doivent être inférieures à un certain seuil. Si les conditions sont remplies, vous serez convoqué(e) pour la remise de votre carte d'admission à l'AME.

Le droit à l'AME est ouvert également pour les personnes qui se trouvent à votre charge : conjoint, partenaire d'un PACS, concubin, enfants mineurs, ou enfants jusqu'à l'âge de 21 ans s'ils poursuivent des études ou sont dans l'incapacité permanente de travailler, cohabitant(e) (personne non mentionnée précédemment qui se trouve à votre charge effective, totale et permanente depuis plus de douze mois, par exemple, un neveu de 25 ans).

Même si vous ne remplissez pas la condition de résidence en France ou de ressources, vous pouvez dès à présent faire la demande pour les personnes mineures à votre charge sans avoir à joindre de justificatif de résidence ou de ressources.

Comment déposer votre demande ?

Pour une première demande, vous ou une autre personne majeure de votre foyer, devez vous présenter physiquement à l'accueil de l'organisme d'assurance maladie de votre lieu de résidence pour y déposer votre dossier. En cas de prise en charge dans un établissement de santé ou une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), votre dossier est transmis directement à votre organisme d'assurance maladie par l'établissement concerné (dans un délai de 8 jours).

Pour un renouvellement, vous pouvez envoyer directement votre dossier à votre organisme d'assurance maladie. Vous pouvez également le déposer auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale ou auprès des services sanitaires et sociaux de votre lieu de résidence, ou des associations ou organismes à but non lucratifs agréés à cet effet.

Peuvent déposer leur première demande, dans les mêmes conditions que pour une demande de renouvellement, les mineurs isolés, les personnes à mobilité réduite (sur présentation d'une attestation sur l'honneur de situation de handicap due à une diminution des capacités de déplacement), les personnes sous curatelle (tuteur doit présenter le jugement de tutelle/curatelle renforcé).

Le demandeur et les personnes à charge

Rubrique "Nom" :

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

Rubrique "Si vous n'avez pas d'adresse personnelle ou si vous êtes hébergé(e)" :

joignez à la demande une attestation de domiciliation établie par un Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale (CCAS ou CIAS) ou un organisme agréé, ou une attestation sur l'honneur, établie par la personne qui vous héberge.

Vous devez joindre la copie de **l'un des documents suivants qui prouve votre identité et celle des personnes qui sont à votre charge (conjoint(e), partenaire d'un PACS, concubin(e), enfants et cohabitant(e)) et vivent en France :**

- passeport (copie de toutes les pages y compris les vierges),
- carte nationale d'identité (copie recto/verso),
- titre de séjour antérieurement détenu,
- extrait d'acte de naissance ou livret de famille,
- tout autre document de nature à attester votre identité et celle des personnes à votre charge.

Pour le (la) cohabitant(e), vous devez joindre une déclaration sur l'honneur, signée par vous-même et cette personne, attestant qu'elle vit sous votre toit et qu'elle se trouve à votre charge effective, totale et permanente depuis plus de douze mois.

Votre résidence en France

Vous résidez en France, en situation irrégulière, depuis plus de trois mois (c'est-à-dire au-delà de la période de validité du visa, de la période de dispense de visa ou de la période de libre circulation pendant laquelle vous êtes en situation régulière) :

Joignez la copie de **l'un des documents ci-dessous :**

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

Vos ressources et celles des personnes à votre charge et obligation alimentaire

Indiquez la nature et le montant de vos ressources et de celles des personnes à votre charge, perçues en France et à l'étranger (imposables ou non), pendant les douze derniers mois (si vous avez plusieurs enfants, indiquez, dans la même colonne, le montant total de leurs ressources). Joignez les documents relatifs à vos ressources en votre possession.

Les ressources des membres de votre famille habitant en France, en situation régulière (père, mère, conjoint, enfants), ne sont pas prises en compte pour vous attribuer l'aide médicale de l'Etat. En revanche, après votre admission à l'aide médicale, le préfet est habilité à leur demander le remboursement des sommes versées à ce titre.

Un contrôle de vos déclarations peut être opéré auprès de l'administration fiscale ou d'autres organismes (art. L. 114-12, L. 114-14 et L. 114-19 du Code de la Sécurité Sociale).

Vous souhaitez corriger une erreur ? Vous avez besoin d'aide ?

Vous bénéficiez du droit à l'erreur

Vous avez la possibilité de corriger les informations que vous avez déclarées dans ce formulaire en application du droit à l'erreur. Pour ce faire, ou si vous désirez des informations complémentaires, vous pouvez prendre contact avec votre caisse d'assurance maladie : par téléphone au 3646 ou consulter le site www.ameli.fr

S3720h

Annexe 2 : Autres moyens de communication – Limites et risques (HAS 2017)

Moyens de communication	Limites et risques
Recours à un tiers non formé à l'interprétariat	<ul style="list-style-type: none"> • le respect du cadre déontologique n'est pas garanti (fidélité de la traduction, confidentialité et secret professionnel, impartialité, respect de l'autonomie des personnes) ; • non maîtrise des techniques d'interprétation et du vocabulaire médical par le tiers non formé à l'interprétariat : <ul style="list-style-type: none"> ▸ non maîtrise de la gestion des émotions par le tiers non formé à l'interprétariat, ▸ non maîtrise de la posture d'un tiers en retrait ; • un transfert de responsabilités et une perte d'autonomie du patient /usager vers son entourage sur-sollicité. Le rôle d'accompagnant est ainsi mis à mal.
Recours à une langue tierce (par exemple, l'anglais)	<ul style="list-style-type: none"> • souvent une maîtrise partielle de la langue commune et non une pleine maîtrise et donc une difficulté à employer le vocabulaire adéquat et les nuances nécessaires aux propos, amenant à une communication très appauvrie et restreinte, inadaptée à des situations médicales.
Pictogrammes	<ul style="list-style-type: none"> • communication unilatérale ; • les pictogrammes ne sont pas universels ; • les pictogrammes ne permettent pas de vérifier la compréhension par la reformulation, et comportent donc des risques d'incompréhension non maîtrisés ; • difficiles à utiliser par des personnes non habituées à ce mode de communication.
Sites de traduction en ligne	<ul style="list-style-type: none"> • communication unilatérale, dans la plupart des cas ; • ne sont pas adaptés pour toutes les langues et plus particulièrement les langues rares. Ils comportent des risques des traductions erronées, sources de malentendus et de mauvaises compréhensions ; • ce sont des « dictionnaires », ayant de capacités très limitées en création de phrases. Il n'est pas possible d'y avoir recours avec l'objectif de communiquer ; • réponses binaires sans possibilité d'apporter des nuances ou précisions, par exemple sur des antécédents ; • les logiciels de traduction effacent la dimension humaine des fonctions de l'interprète et ne permettent pas à l'intervenant médical ou social d'être pleinement disponible dans la consultation.

Annexe 3 : Guide d'entretien

1. Préambule à l'entretien

1.1. Présentation personnelle auprès du patient : « Bonjour, Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je m'appelle Chaïma AHMED, et je mène un travail sur les patients qui ne parlent pas français, qui bénéficient de l'Aide médicale de l'État et de leur suivi en médecine générale. »

1.2. Rappel des principes généraux de l'entretien au patient : « Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, nous nous intéressons à votre expérience et votre vécu. Je suis ici pour écouter et comprendre. Vous pouvez exprimer tout ce que vous souhaitez. »

1.3. Nécessité de présence de l'interprète physique ou téléphonique : « Me confirmez-vous que vous n'avez pas de gêne à ce qu'un interprète professionnel assure la traduction de notre entretien ? ». Si cela vous gêne, nous pouvons mettre fin à cet entretien sans aucune conséquence.

1.4. Précision sur le respect de l'anonymat : « L'entretien sera confidentiel et anonyme. Nous ne garderons pas vos coordonnées (téléphone, etc.). L'enregistrement sera supprimé après sa retranscription. »

1.5. On s'assurera du consentement du patient : « Avez-vous bien signé la feuille de consentement avant notre rencontre ? » « Avez-vous bien compris l'ensemble des informations données ? Avez-vous des questions avant que nous débutions ? »

2. Déroulement de l'entretien

Plusieurs questions seront abordées avec le patient. Elles seront regroupées sous plusieurs thématiques. Leur ordre dans ce guide et l'intitulé même des questions sont susceptibles de changer car les réponses délivrées par les patients peuvent influencer le choix de la question suivante.

Question brise-glace

- Est-ce que vous pouvez me raconter votre dernière rencontre avec un médecin généraliste en ville ? (relances : mode de rencontre, ressenti, attentes, quand par rapport à l'obtention de l'AME)

Rapport au médecin généraliste

- comment avez-vous rencontré le médecin généraliste ? (relances : comment l'avez-vous choisi / quelles difficultés / quelles leviers – aides)

- Pour vous, c'est quoi un médecin généraliste ?

(relances : identification comme référent ? rôle perçu, parcours)

- Qu'attendez-vous d'un médecin généraliste ?

Renoncement aux soins

- Vous est-il déjà arrivé ces 6 derniers mois de souhaiter voir un médecin mais de ne pas pouvoir ?

Si oui, POURQUOI ? (faire raconter les raisons / l'histoire de la situation)

Si non, POURQUOI ? Qu'est ce qui fait que vous arrivez à consulter chaque fois ? (faire raconter les situations réussies, pourquoi la personne arrive à consulter)

Barrières de la langue / présence d'un tiers traducteur

- Comment se passent vos consultations malgré vos difficultés à parler français ?

(relances : difficultés / aides à l'interprétariat / solutions / ressenti des soins, de la relation)

- Comment ça se passe pour communiquer avec votre médecin généraliste ?

- Et avec les autres médecins / professionnels de santé, comment se passent vos soins ?
Comment se passe la communication ?

- Si une tierce personne était nécessaire / présente pour faire office d'interprète : « Comment avez-vous vécu la présence d'une autre personne au cours de la consultation pour vous aidez à communiquer avec le médecin ? »

Pistes

- Pour vous, qu'est-ce que l'on pourrait faire pour faciliter/améliorer votre communication avec votre médecin généraliste ?

3. En fin d'entretien

« Je vous remercie de votre participation à cette étude. Souhaiteriez-vous évoquer certains éléments de votre vécu que nous n'aurions pu aborder au cours de l'entretien ? »

Annexe 4 : Notice d'information + formulaire de non-opposition

Notice d'information

Parcours de soins et vécu du suivi en médecine générale des patients allophones bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État

Responsable de l'étude : Dr JEGO Maeva, Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Marseille, 27 Bd Jean Moulin, 13385 Marseille CEDEX 05

Investigateurs : Dr JEGO Maeva (investigateur principal), Dr VERMERSCH Marie, Mme AHMED Chaïma

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

L'investigateur principal, Dr JEGO Maeva, vous a proposé de participer à la recherche intitulée : « *Parcours de soins et vécu du suivi en médecine générale ambulatoire par les patients allophones bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État* ».

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation.

Vous pourrez durant l'étude vous adresser à l'investigateur Dr JEGO Maeva à l'adresse maeva.jego@univ-amu.fr pour lui poser toutes les questions complémentaires.

Cette étude est réalisée par les Dr JEGO, Dr VERMERSCH et Mme AHMED Chaïma dans le cadre du travail de thèse de cette dernière.

Objectif de la recherche

Cette recherche a pour objectif d'explorer les représentations des soins et le vécu de la prise en charge en médecine générale des patients allophones bénéficiaires de l'AME.

Les objectifs secondaires sont d'explorer les expériences des soins des patients allophones bénéficiant de l'AME, les attentes envers le médecin généraliste et les possibles freins à la consultation.

Quelle est la méthodologie et comment se déroule l'étude ?

- Type d'étude : il s'agit d'une étude qualitative, qui a pour but de recueillir votre ressenti et votre expérience.

- Recueil de données :

Déroulement de l'entretien : il s'agit d'un dialogue avec vous, qui vise à vous écouter et à comprendre vos ressentis et expériences. La durée de l'entretien durera entre 30 minutes et 1 heure 30 environ. Un interprète professionnel téléphonique ou physique sera présent pour assurer la traduction de l'entretien. Si cela vous gêne, vous pouvez refuser de participer à l'étude sans aucune conséquence.

Lieu de réalisation de l'entretien : l'entretien pourra être réalisé dans les locaux de la MSP de PEYSONNEL ou tout autre lieu qui vous conviendrait.

Modalités du recueil : l'entretien sera enregistré intégralement à l'aide d'un dictaphone, et votre discours sera ensuite retranscrit intégralement par écrit sur un fichier Word sur un ordinateur.

- Analyse des données :

Les résultats feront l'objet d'une analyse qualitative par relecture par l'investigateur principale et par triangulation des données. Des morceaux d'entretiens (phrases ou paragraphes) pourront être cités dans les documents produits à la suite de l'analyse de ces entretiens, mais en aucun cas un entretien complet ne sera exposé.

- Anonymat et confidentialité des données :

Les entretiens seront totalement anonymes, votre nom ne sera pas prononcé pendant l'entretien. Aucun fichier permettant de relier vos éventuelles données personnelles ne sera conservé. Tous les éléments de l'entretien qui pourraient directement ou indirectement mener à votre identification seront effacés. Les enregistrements seront détruits une fois l'analyse réalisée.

Votre médecin n'aura en aucune mesure connaissance de ce que vous avez exprimé durant l'entretien.

Quelles sont les contraintes et désagréments ?

Cette étude présente des risques et contraintes minimales pour les personnes se prêtant à la recherche : il s'agit d'un recueil de données dans une démarche observationnelle, à visée de recherche. Il n'est pas réalisé d'intervention sur les soins, les traitements, ou les parcours de soins des patients. Aucun geste technique ou test thérapeutique n'est pratiqué.

Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?

Vous pouvez refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier. De même vous pouvez vous retirer à tout moment de l'essai sans justification, sans conséquence sur la suite de votre traitement ni la qualité des soins qui vous seront fournis.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique et aux libertés (loi N°78-17 du 6 Janvier 1978 modifiée par la loi n°2004-801 du 6 Août 2004), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'oppositions relatives au traitement de vos données personnelles. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant au Dr JEGO : maeva.jego@univ-amu.fr.

Nous nous tenons à votre disposition si vous souhaitez obtenir de plus amples informations.

Nous vous remercions par avance du temps de vous voudrez bien consacrer à cette recherche.

***Parcours de soins et vécu du suivi en médecine générale ambulatoire par les patients
allophones bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État***

FORMULAIRE DE NON-OPPOSITION

Investigateurs :

Dr Maeva JEGO -SABLIER

Dr Marie VERMERSCH

Mme Chaïma AHMED

Je soussigné, _____, investigateur (ou personne qualifiée le représentant) certifie avoir informé de façon éclairée, sur les modalités de cette étude, Madame / Monsieur _____ qui ne s'est pas opposé(e) ensuite à sa réalisation.

Fait à _____, le ____/____/____

Signature de l'investigateur (ou de la personne qualifiée le représentant) :

(NB : La non-opposition est tracée dans le dossier du participant)

Un exemplaire est remis au participant à l'étude et un exemplaire est conservé dans le dossier du participant.

Parcours de soin et suivi en médecine générale des patients allophones bénéficiaires de l'AME

Résumé

Objectif : Cette étude vise à analyser les parcours de soins en médecine générale de patients allophones bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'État (AME), en mettant en évidence les obstacles rencontrés et les stratégies d'adaptation déployées.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative conduite auprès de onze patients, à l'aide d'entretiens semi-directifs. Les données ont été analysées selon une approche inductive inspirée de la théorisation ancrée, avec un codage thématique des verbatim.

Résultats : Les participants décrivent des difficultés linguistiques et administratives à l'entrée dans le système de soins, souvent compensées par l'intervention de structures hospitalières (PASS) ou d'acteurs sociaux. Le médecin généraliste, lorsqu'il est accessible, joue un rôle central de coordination et de soutien. La relation de soin est globalement perçue positivement. Des disparités d'accès subsistent cependant, notamment liées à la méconnaissance ou au refus de l'AME par certains professionnels de santé.

Conclusion : Les résultats soulignent l'importance des dispositifs de médiation sociale, de la reconnaissance institutionnelle de l'AME, et de la continuité relationnelle en médecine générale pour améliorer la prise en charge des patients en situation de grande précarité linguistique et administrative.

Discipline : Médecine générale

Mots-Clés : Aide Médicale de l'État (AME), Médecine générale, Patients allophone, Barrière linguistique, Précarité administrative, Parcours de soins, Médiation sociale, Accès aux soins, Médecin traitant, Théorisation ancrée, Santé des migrants, Inégalités de santé

Primary Care Pathways and General Practitioner Follow-up of Non-French-Speaking Patients Benefiting from State Medical Aid (AME) in France

Abstract

Objective : This study aims to explore the primary care pathways of non-French-speaking patients receiving State Medical Aid (AME), highlighting the challenges encountered and the adaptive strategies implemented.

Methods : A qualitative study was conducted with eleven participants through semi-structured interviews. Data were analyzed using an inductive approach inspired by grounded theory, with thematic coding of verbatim transcripts.

Results : Participants reported linguistic and administrative difficulties when entering the healthcare system, often mitigated by the involvement of hospital-based services (PASS) and social workers. When accessible, the general practitioner plays a key role in coordinating care and providing support. The therapeutic relationship was generally viewed positively. Nevertheless, disparities in access remain, particularly due to the limited acceptance or understanding of AME by some healthcare providers.

Conclusion : Findings highlight the critical role of social mediation mechanisms, institutional recognition of AME, and relational continuity in general practice to improve healthcare access for patients facing linguistic and administrative vulnerability.

Discipline : Primary care

Keywords : State Medical Aid, Primary Health Care, Linguistic Minorities, Language Barriers, Undocumented Immigrants, Health Services Accessibility, Continuity of Patient Care, Social Work / Patient Navigation, General Practitioners, Qualitative Research / Grounded Theory, Immigrant Health, Health Status Disparities