

**PASSAGE : PARCOURS DE SOINS ET VÉCU DU SUIVI PAR LES PATIENTS
BÉNÉFICIAIRES DE L'AME EN MÉDECINE GÉNÉRALE AMBULATOIRE.**

T H È S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 25 Octobre 2017

Par Monsieur Stéphane TOUATI

Né le 22 janvier 1986 à Marseille (13)

Et

Par Monsieur Sébastien VERGAN

Né le 16 octobre 1990 à Toulon (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur VILLANI Patrick	Président
Madame le Professeur GENTILE Stéphanie	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan	Assesseur
Monsieur le Professeur TANTI-HARDOUIN Nicolas	Assesseur
Madame le Docteur JEGO-SABLIER Maeva	Directeur

**PASSAGE : PARCOURS DE SOINS ET VÉCU DU SUIVI PAR LES PATIENTS
BÉNÉFICIAIRES DE L'AME EN MÉDECINE GÉNÉRALE AMBULATOIRE.**

T H È S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 25 Octobre 2017

Par Monsieur Stéphane TOUATI

Né le 22 janvier 1986 à Marseille (13)

Et

Par Monsieur Sébastien VERGAN

Né le 16 octobre 1990 à Toulon (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur VILLANI Patrick	Président
Madame le Professeur GENTILE Stéphanie	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan	Assesseur
Monsieur le Professeur TANTI-HARDOUIN Nicolas	Assesseur
Madame le Docteur JEGO-SABLIER Maeva	Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Responsable administratif :

- * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
- * Intérieur : Joëlle FAVREGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	GALLAIS Hervé
	ALDIGHERI René		GAMERRE Marc
	ALLIEZ Bernard		GARCIN Michel
	AQUARON Robert		GARNIER Jean-Marc
	ARGEME Maxime		GAUTHIER André
	ASSADOURIAN Robert		GERARD Raymond
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BAILLE Yves		GIUDICELLI Roger
	BARDOT Jacques		GIUDICELLI Sébastien
	BARDOT André		GOUDARD Alain
	BERARD Pierre		GOUIN François
	BERGOIN Maurice		GRISOLI François
	BERNARD Dominique		GROULIER Pierre
	BERNARD Jean-Louis		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BERNARD Pierre-Marie		HASSOUN Jacques
	BERTRAND Edmond		HEIM Marc
	BISSET Jean-Pierre		HOUEL Jean
	BLANC Bernard		HUGUET Jean-François
	BLANC Jean-Louis		JAQUET Philippe
	BOLLINI Gérard		JAMMES Yves
	BONGRAND Pierre		JOUVE Paulette
	BONNEAU Henri		JUHAN Claude
	BONNOIT Jean		JUIN Pierre
	BORY Michel		KAPHAN Gérard
	BOURGEADE Augustin		KASBARIAN Michel
	BOUVENOT Gilles		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BOUYALA Jean-Marie		LACHARD Jean
	BREMOND Georges		LAFFARGUE Pierre
	BRICOT René		LEVY Samuel
	BRUNET Christian		LOUCHET Edmond
	BUREAU Henri		LOUIS René
	CAMBOULIVES Jean		LUCIANI Jean-Marie
	CANNONI Maurice		MAGALON Guy
	CARTOUZOU Guy		MAGNAN Jacques
	CAU Pierre		MALLAN- MANCINI Josette
	CHAMLIAN Albert		MALMEJAC Claude
	CHARREL Michel		MATTEI Jean François
	CHOUX Maurice		MERCIER Claude
	CIANFARANI François		METGE Paul
	CLEMENT Robert		MICHOTÉY Georges
	COMBALBERT André		MILLET Yves
	CONTE-DEVOLX Bernard		MIRANDA François
	CORRIOL Jacques		MONFORT Gérard
	COULANGE Christian		MONGES André
	DALMAS Henri		MONGIN Maurice
	DE MICO Philippe		MONTIES Jean-Raoul
	DEVIN Robert		NAZARIAN Serge
	DEVRED Philippe		NICOLI René
	DJIANE Pierre		NOIRCLERC Michel
	DONNET Vincent		OLMER Michel
	DUCASSOU Jacques		OREHEK Jean
	DUFOUR Michel		PAPY Jean-Jacques
	DUMON Henri		PAULIN Raymond
	FARNARIER Georges		PELOUX Yves
	FAVRE Roger		PENAUD Antony

FIECHI Marius
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
MM POYEN Danièle
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
VIGOUROUX Robert
WEILLER Pierre-Jean
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les
Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les
Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les
Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-
Bretagne)

1976

MM. les
Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les
Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les
Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les
Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les
Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les
Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les
Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les
Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les
Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les
Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les
Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les
Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les
Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les
Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les
Professeurs

J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les
Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les
Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les
Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHARPIN Denis Surnombre	GORINCOUR Guillaume
ALBANESE Jacques	CHAUMOITRE Kathia	GRANEL/REY Brigitte
ALESSANDRINI Pierre Surnombre	CHAUVEL Patrick Surnombre	GRILLO Jean-Marie Surnombre
ALIMI Yves	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
AMABILE Philippe	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel Surnombre	GUEDJ Eric
ARGENSON Jean-Noël	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ASTOUL Philippe	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ATTARIAN Shahram	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AUDOUIN Bertrand	COWEN Didier	GUYOT Laurent
AUFFRAY Jean-Pierre Surnombre	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
AUQUIER Pascal	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AVIERINOS Jean-François	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AZORIN Jean-Michel	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AZULAY Jean-Philippe	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOFFART Louis
BAILLY Daniel	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BARLESI Fabrice	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	JOLIVET/BADIER Monique
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTOLI Jean-Michel	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Michel	DELARQUE Alain	KARSENTY Gilles
BARTOLIN Robert Surnombre	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLOMEI Fabrice	DENIS Danièle	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DESSEIN Alain Surnombre	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DESSI Patrick	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DISDIER Patrick	LAUGIER René
BERDAH Stéphane	DODDOLI Christophe	LAUNAY Franck
BERLAND Yvon	DRANCOURT Michel	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERNARD Jean-Paul	DUBUS Jean-Christophe	LE CORROLLER Thomas
BEROUD Christophe	DUFFAUD Florence	LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
BERTUCCI François	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
BLIN Olivier	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie- Pascale
BLONDEL Benjamin	ENJALBERT Alain	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FAKHRY Nicolas	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Nicolas
BOTTA Alain Surnombre	FELICIAN Olivier	MACE Loïc
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FENOLLAR Florence	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUBLI Léon	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MARANINCHI Dominique Surnombre
BOYER Laurent	FLECHER Xavier	MARTIN Claude Surnombre
BREGEON Fabienne	FOURNIER Pierre-Edouard	MATONTI Frédéric
BRETELLE Florence	FRAISSE Alain Disponibilité	MEGE Jean-Louis
BROUQUI Philippe	FRANCES Yves Surnombre	MERROT Thierry
BRUDER Nicolas	FRANCESCHI Frédéric	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRUE Thierry	FUENTES Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUNET Philippe	GABERT Jean	MICCALEF/ROLL Joëlle
BURTEY Stéphane	GAINNIER Marc	MICHEL Fabrice

CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET
Emmanuelle
CHARREL Rémi

CHIARONI Jacques
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PAUT Olivier
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIARROUX Renaud
PIERCECCHI/MARTI Marie-
Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
POUGET Jean Surnombre
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine

GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine

GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte

GONCALVES Anthony
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole

SASTRE Bernard Surnombre
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SERRATRICE Jacques
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas

MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier

NAUDIN Jean
NICCOLI/SIRE Patricia
NICOLAS DE LAMBALLERIE
Xavier
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TRIGLIA Jean-Michel
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel

VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

FILIPPI Simon

**PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS
PARTIEL**

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITE - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent	FABRE Alexandre	MOTTOLA GHIGO Giovanna
ANDRE Nicolas	FOUILLOUX Virginie	NGUYEN PHONG Karine
ANGELAKIS Emmanouil	FRERE Corinne	NINOVE Laetitia
ATLAN Catherine	GABORIT Bénédicte	NOUGAIREDE Antoine
BACCINI Véronique	GASTALDI Marguerite	OUDIN Claire
BARTHELEMY Pierre	GAUDY/MARQUESTE Caroline	OVAERT Caroline
BARTOLI Christophe	GELSI/BOYER Véronique	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	GIUSIANO Bernard	PERRIN Jeanne
BELIARD Sophie	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	RANQUE Stéphane
BERBIS Julie	GOURIET Frédérique	REY Marc
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GRAILLON Thomas	ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
BEYER-BERJOT Laura	GREILLIER Laurent	ROBERT Philippe
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SABATIER Renaud
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BOULLU/CIOCCA Sandrine	HAUTIER/KRAHN Aurélie	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	SAVEANU Alexandru
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise	JOURDE CHICHE Noémie	SECQ Véronique
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	SOULA Gérard
CARRON Romain	KRAHN Martin	TOGA Caroline
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TOGA Isabelle
		TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	TROUSSE Delphine
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VALLI Marc
DADOUN Frédéric (disponibilité)	LAGIER Aude	VELLY Lionel
DALES Jean-Philippe	LAGIER Jean-Christophe	VELY Frédéric
DAUMAS Aurélie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VION-DURY Jean
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LEVY/MOZZICONACCI Annie	ZATTARA/CANNONI Hélène
DEL VOLGO/GORI Marie-José	LOOSVELD Marie	
DELLIAUX Stéphane	MANCINI Julien	
DESPLAT/JEGO Sophie	MARY Charles	
DEVEZE Arnaud Disponibilité	MASCAUX Céline	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André	
EBBO Mikael	MILLION Matthieu	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	STEINBERG Jean-Guillaume
BARBACARU/PERLES T. A.	LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BERAUD/JUVEN Evelyne (retraite octobre 2016)	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
BOYER Sylvie	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

**MAITRE DE CONFERENCES
ASSOCIE à MI-TEMPS**

REVIS Joana

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)****ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH)

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) Surnombre
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
PAUT Olivier (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

VELLY Lionel (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

BURKHART Gary (PAST)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)

KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**CARDIOLOGIE 5102**

GUEDJ Eric (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)

MUNDLER Olivier (PU-PH)

BONNET Jean-Louis (PU-PH)

TAIEB David (PU-PH)

CUISSET Thomas (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)

DEHARO Jean-Claude (PU-PH)

RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)

VION-DURY Jean (MCU-PH)

HABIB Gilbert (PU-PH)

PAGANELLI Franck (PU-PH)

THUNY Franck (PU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

BERDAH Stéphane (PU-PH)

HARDWIGSEN Jean (PU-PH)

LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre

SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre

SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

GAUDART Jean (PU-PH)

GIORGI Roch (PU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

CHAUDET Hervé (MCU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)

DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)

MANCINI Julien (MCU-PH)

TURRINI Olivier (PU-PH)

SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)

BEGE Thierry (MCU-PH)

BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)
ACHARD Vincent (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Surnombre
GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
LAUGIER René (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)
NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH)
THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
FRERE Corinne (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section) (retraite octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)

DELARQUE Alain (PU-PH)

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)

DISDIER Patrick (PU-PH)

DURAND Jean-Marc (PU-PH)

FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre

GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)

HARLE Jean-Robert (PU-PH)

ROSSI Pascal (PU-PH)

SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

SERRATRICE Jacques (PU-PH) disponibilité

VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

BOTTA Alain (PU-PH) Surnombre

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

NEPHROLOGIE 5203

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BERLAND Yvon (PU-PH)

BRUNET Philippe (PU-PH)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

MOAL Valérie (PU-PH)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

NUTRITION 4404**NEUROCHIRURGIE 4902**

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH)

BELIARD Sophie (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)	ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
OPHTALMOLOGIE 5502	FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH) POUGET Jean (PU-PH) Surnombre
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) MATONTI Frédéric (PU-PH) RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section) ROMAN Stéphane (Professeur associé des universités mi-temps)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH) VALLI Marc (MCU-PH)
DESSEIN Alain (PU-PH) PIARROUX Renaud (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) RANQUE Stéphane (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	PHILOSOPHIE 17
PEDIATRIE 5401	LE COZ Pierre (PR) (17ème section) ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)
CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH) ANDRE Nicolas (MCU-PH)	PHYSIOLOGIE 4402
	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) CHAUVEL Patrick (PU-PH) Surnombre JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité) DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)
BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)
MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS COMMUNS

Monsieur le Professeur Patrick Villani,

Merci pour l'honneur que vous nous faites de présider cette thèse. Merci de nous avoir accueillis dans votre service et d'avoir eu un regard attentif sur l'évolution de ce travail. Nous vous prions de recevoir l'expression de notre plus profond respect.

Madame le Professeur Stéphanie Gentile,

Merci pour l'honneur que vous nous faites d'avoir accepté de siéger dans ce jury. Nous vous remercions par ailleurs de juger ce travail. Votre expertise en santé publique sera précieuse lors de la présentation de cette thèse. Nous voudrions vous assurer de notre respectueuse considération.

Monsieur le Docteur Gaétan Gentile,

Vous nous faites l'honneur d'accepter d'être membre de ce jury. Nous accueillerons avec respect votre appréciation de ce travail. Veuillez recevoir l'expression de notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Nicolas Tanti-Hardouin,

Merci pour l'honneur que vous nous faites de siéger dans ce jury et juger ce travail. Veuillez recevoir notre plus grande considération.

Madame le Docteur Maeva Jego,

Merci d'avoir dirigé ce travail en nous accompagnant dans cette dernière et belle étape de notre parcours de médecin en herbe. Tes compétences médicales, en santé publique et humaines ont su mobiliser nos forces pour mener à bien cette thèse et nous te remercions pour cela.

A toutes les personnes interviewées qui ont accepté de donner de leur temps pour ce travail, nous vous en remercions du fond du cœur. Nous portons fièrement vos voix à travers cette étude.

A tous les médecins généralistes qui nous ont mis en relation avec leurs patients bénéficiaires de l'AME. Leur aide a été précieuse. Recevez l'expression de notre profonde reconnaissance.

REMERCIEMENTS DE STEPHAN

Aux Professeurs et à tout le personnel de la faculté de Nice pour m'avoir donné l'envie en dépit de tout de parachever mes études de médecine.

Aux secrétaires et personnels paramédicaux des services dans lesquelles je suis passé : la Clinique de Saint Christophe, les urgences du CH d'Avignon, la PMI Belle de Mai, le SSR du CHU sainte Marguerite, merci pour votre patience et conseils formateurs.

Aux médecins qui m'ont formé, je les remercie profondément. Je remercie en particulier les médecins du service du SSR du CHU de Sainte-Marguerite, qui m'ont accueilli une année. Je remercie aussi les médecins de la PMI de la Belle de Mai pour leurs conseils avisés pendant mon travail de thèse et de m'avoir tant appris sur l'exercice d'une médecine préventive humaine.

À Aneta, merci pour ton amour, ton écoute et ton soutien. *De cette plage de Jeri, j'ai saisi le plus beau coin de paradis.*

À ma mère, merci pour ton affection et ta sollicitude permanentes. Je ne serai pas arrivé là sans ta présence.

À mon père, merci pour tout ce que tu m'as transmis. J'aurais aimé échanger avec toi sur cette thèse. Je pense à toi en ce jour particulier.

À ma sœur Clara, merci pour la belle personne que tu es, qui me pousse à me dépasser et à garder un regard positif sur notre monde quelles qu'en soient les vicissitudes.

À mon frère Julien, merci pour nos échanges communs et cette voie exigeante et d'excellence que tu as su tracer. Merci d'être le frère admirable que tu es. À ma belle-sœur Marie merci pour ton regard bienveillant, notamment sur mon parcours depuis ma première année d'étude. À mon neveu et à ma nièce merci pour les joies que vous nous procurez.

À ma grand-mère paternelle merci pour ta curiosité et ta gentillesse.

À ma grand-mère maternelle et mes grands-pères, j'ai une pensée particulière pour vous aujourd'hui.

À mes oncles et tantes, je vous remercie pour votre présence et affection toutes ces années.

À mes cousins et cousines si nombreux, merci pour les moments de joie et de partage.

À mes amis d'Antibes, merci : Clément pour ton amitié depuis les années Leïdo et ta présence pendant toutes mes années d'étude ; Laurent pour cette belle amitié entre nous ; Mathieu (et la famille Gilli) je ne saurais te remercier pour ton amitié et ton accueil toujours si chaleureux ; Maud et Fred pour votre amitié indéfectible ; Valentin pour l'esprit de voyage qui t'anime et ton amitié ; Yohan pour ces liens amicaux qui perdurent après toutes ces années ; Thibault, pour ton noble esprit ;) ; Yannick pour être cet « insatiable » ami ; Philippe pour ton amitié et nos échanges sur l'art ; Aurélien pour les concerts de hip-hop buddy ! ; Valérie ; Sébastien ; Lucas ; Johan ; Nina ; Samir.

À mes amis de Nice, merci : Joseph pour ton soutien et ton amitié ; Laurie pour m'avoir fait l'honneur d'être le parrain de votre petite Marilou ; Paulo pour notre amitié et nos liens musicaux ! Johann pour ton amitié et ces années d'études ensemble ; Abdi pour être un ami remarquable depuis les années Montebello ; Sandy pour les petites ambiances chez vous ; Babs pour m'avoir toujours accueilli chez toi avec une hospitalité rare ; Vivien pour ce voyage incroyable au Brésil ; Pierro pour les 'tites soirées chez toi quand on était voisins ; Florian pour tous ces bons échanges sur la musique entre autres ; Mika pour ce petit coin cosy rue Julia ; Félix pour tes bons conseils ; Thomas parce qu'on a pu donner une teinte plus antiboise au « Testis Impact ») ; Faf merci pour ton amitié de Nice jusqu'à Lyon en passant par Carghèse ^^; Alex pour ces bons moments depuis Montebello ; Chris et Gauthier pour être deux amis à l'esprit de soirée et d'aventure sans limite ; Hayley et Jilou pour tous ces bons moments, soirées et concerts ; Louis et John pour votre soutien immense au cours de ces (parfois trop) longues études ; Olivier pour t'avoir côtoyé sur les bancs de la fac depuis le tutorat ; Jordan et Marion pour vous compter parmi mes amis depuis la cité U.

A tous mes cointernes, merci : Cyril pour ton amitié depuis le début de cette aventure de l'internat ; Paulette et Sadok, heureux de vous compter parmi mes amis ; Ferréole pour ta coolitude ; Marguerite, Camille, Estelle et Quentin pour s'être serrés les coudes pendant ce stage aux urgences ; Marc-Antoine et Camille pour les bons moments en stage ; Alexandra pour avoir été une co-interne au top ; Juliette ; Nina ; Perrine ; Gauthier ; Moussa.

A Sébastien, merci d'avoir été un co-thésard hors pair. Je suis heureux d'avoir mené ce travail avec toi.

REMERCIEMENTS DE SEBASTIEN

Au Docteur Clément Amiot et à toute l'équipe des SSR et court séjour du service VILLANI à Sainte Marguerite, pour la bonne ambiance au travail et ma rencontre avec Stéphan, merci pour tout !

A toute l'équipe de l'Oncoméd 3 de l'IPC, vous m'avez apporté un bagage indispensable pour ma pratique médicale, je vous en suis très reconnaissant.

Au Docteur Florence Fourcade et à toute l'équipe de la PMI du Nautile, ce fut un semestre exaltant à vos côtés. Notre rencontre m'a apporté de nombreuses réflexions et une meilleure compréhension de la médecine préventive que j'affectionne plus que tout. Ce fut un tournant majeur pour mon projet professionnel. Je tiens aussi à vous remercier pour m'avoir donné les conditions optimales nécessaires à la réalisation de ce travail.

Au Docteur Michel Danvin, mon Maître de stage, qui avec beaucoup de patience m'a appris la condition d'exercice du médecin généraliste en ville. Votre expérience et la qualité de votre pratique médicale ont entre autre optimisé ma formation et ma réflexion de futur médecin sur les relations à développer avec les patients. Merci beaucoup pour votre enseignement.

A Swann, ma chérie, toujours sereine et pleine d'envies ! Je t'aime, tout simplement ☺, pour la vie que l'on mène, le bonheur et la force que tu me donnes chaque jour par ton amour. Tous ces débats et longues réflexions avec toi ont fait grandir ce travail et ma pensée. Merci du fond du cœur.

A Coralie, ma sœur, qui m'a soutenu toutes ces années et qui s'est trouvée une petite île de délices... Profite bien, et reviens nous voir dès que tu peux ! Je pense à toi et te fais de gros bisous.

A ma mère et mon père, qui ont toujours été là en toutes circonstances. Mille fois merci pour votre soutien sans faille.

A toute ma famille, mes mamys, papy, mes oncles et tantes et mes cousins, qui m'ont toujours poussé à aller de l'avant pour que la réussite et le bonheur soient au rendez-vous.

Merci pour ces moments de joie, de détente et de partage. Une pensée particulière pour Aurélie, tu m'as donné la force de continuer dans les moments particulièrement difficiles.

A ma belle-famille, merci de m'avoir soutenu et continuez à me faire découvrir tant de belles choses ! C'est un plaisir de vous avoir à mes côtés.

A mes amis, qui ne méritent que le bonheur ; Max, tu es remarquable ! Ta détermination est toujours source d'inspiration pour moi, comme ton art de la pétanque ; Suzy, poursuis sur ta lancée elle te fait rayonner ; Amandine, Léo, Lucas et Dorian, on va passer un dimanche aux Goudes ? ; Julia, garde ton cœur gros comme ça ; Flo, ton enthousiasme est tout simplement grandiose ; Matt, la prochaine fois on vient te voir au Pérou ! ; Thomas, Victoire, Buzz et François, Morgane et Juan, Alexis, Jojo, Fabio, Quentin, Anas, Grazia, merci pour ces moments de fête et de partage.

A mes chers camarades, conscients que « *la cause de la maladie, c'est le capitalisme* », et qui s'organisent et luttent pour un monde meilleur ; A Luigi, merci entre autre pour tous ces moments de formation militante pratique et théorique ; Aux autres camarades de la section marseillaise de Révolution – TMI (Adam, Stéphanie, Jade, Anna, Olivier, Michel et Fred), déterminés et enthousiastes pour de belles perspectives ! ; À Jérôme, Hubert, Jules, Pierre, Suzanne, Andréas, Stéven, Maïder, Philippe, Charles, Emilie, Gabrielle, Nico, Yassim, Ophélie et aux camarades que je ne cite pas ici (notamment de l'Internationale), je suis fier de construire les forces du marxisme avec vous pour mettre fin, une bonne fois pour toutes, aux calamités de la faim, de la maladie, de la misère, aux guerres et aux conflits ethniques.

Merci à Flo et Marie (encore félicitations pour le petit !!), Micka, Véro, Margaux, Ségolène, Raphael, Anthony, JFM, Dora, Jean-Claude, Nico et à tous les camarades non cités ici pour ces moments d'échanges et d'apéros fraternels.

A mes co-internes, merci : Alix et Simon, pour mon premier stage on s'est mis dans l'ambiance ! Victoire, Emmanuel et Rakan, merci encore pour avoir fait mon travail pendant les jours de grève ! Amir, Anouk, Brice, Coralie, Hatem, Julien, Fiona, Sonia, Antoine et Manon, Henri, je vous souhaite le meilleur pour la suite.

A Stéphan, mon co-thésard, pour avoir surmonté avec succès ce défi qu'est le travail de thèse en binôme. Je suis heureux d'avoir partagé tous ces moments importants avec toi.

Table des matières

1 INTRODUCTION	3
1.1 Introduction générale.....	3
1.2 Contextualisation	4
1.3 Objectifs de l'étude	18
2 METHODES.....	19
2.1 Type d'étude.....	19
2.2 Recueil des données et guide d'entretien.....	19
2.3 Population de l'étude	20
2.4 Constitution de l'échantillon.....	20
2.5 Analyse.....	21
2.6 Questions éthiques.....	21
3 RESULTATS.....	23
3.1 Caractéristiques des entretiens.....	23
3.2 Caractéristiques de l'échantillon	23
3.3 Arbre de codage	25
3.4 Des représentations des soins façonnées par la condition sociale	26
3.5 Les éléments déterminant le recours aux soins et la rencontre avec le médecin généraliste	36
3.6 Les attentes des bénéficiaires de l'AME dans la relation médecin/patient.....	48
3.7 Parcours de soins et aspiration à devenir des assurés sociaux.....	63
3.8 Synthèse	70
4 DISCUSSION	72
4.1 Résultats principaux	72
4.2 Discussion méthodologique	72
4.3 Discussion des résultats.....	77
5 CONCLUSION.....	95
BIBLIOGRAPHIE.....	97
ANNEXES	109
Abréviations	119

Liste des figures	121
Liste des graphiques.....	121
Liste des tableaux	121
Liste des annexes	122

1 INTRODUCTION

1.1 Introduction générale

La question de la place des migrants dans nos sociétés s'est posée récemment avec une acuité sans égal - à la fois en raison du contexte électoral et aussi de conflits nouveaux qui ont placé les sociétés occidentales face à la question de l'accueil de l'autre (1-3). Écueil pour certains au vivre ensemble, l'hospitalité en question de certains pays (dont la France) interroge les capacités de solidarité de ceux-ci. Les capacités des soignants à accueillir et prendre en charge les populations migrantes constituent en particulier un enjeu majeur. *“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”* affirmaient ainsi de concert le psychologue Guy Lesoeurs et le pédopsychiatre Taïeb Ferradji (4).

L'Aide Médicale de l'État ou AME, mesure dont les principes renvoient aux ordonnances de 1945 et à la Constitution de 1946, a pour objectif d'assurer une protection médicale aux étrangers ne pouvant être affiliés à un régime de sécurité sociale en raison de leur situation irrégulière en France (5). Sous l'impulsion du ministre Ambroise Croizat (6), l'Assurance Maladie, instaurée initialement pour les salariés et leur famille, a fait prévaloir trois principes fondamentaux depuis sa fondation : l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité. Cette protection sociale garantie par la Sécurité Sociale a peu à peu concerné d'autres catégories de la population, notamment les plus précaires (7). Héritière de l'aide sociale pour la santé, l'AME, dont seule la gestion est confiée à l'Assurance Maladie, est directement financée par l'Etat et assure la prise en charge des soins des étrangers en situation irrégulière, sous certaines conditions de résidence et de ressources (8).

La prise en charge de la santé des migrants est un enjeu autant sur le plan éthique que sur le plan de la santé publique. En effet, leur santé dégradée par rapport à la population générale (9) encourage la mise en place de politiques publiques ambitieuses (10) afin de garantir aux populations les plus vulnérables l'accès à la santé. Ainsi à l'instar de ce qu'affirme l'ONG Médecins du Monde dans ses travaux récents sur l'AME, *« l'état de santé général du pays ne peut s'améliorer si la frange la plus précaire ne peut pas se soigner »* et les politiques de santé publique impliquent de fait la prise en compte de l'accès aux soins pour tous (11).

En dépit de l'existence de mesures de solidarité et de la nécessité d'une prise en charge médicale adaptée, les migrants présents sur le territoire français, et plus particulièrement ceux en situation irrégulière, expérimentent des difficultés de recours aux soins (5).

Différentes études ont exploré l'approche des médecins généralistes face aux soins des migrants (12–14) mais peu abordent le ressenti des soins en médecine générale des patients bénéficiaires de l'AME. Cette étude s'intègre aux réflexions sur l'amélioration de l'état de santé des populations migrantes en France par l'exploration du vécu de leur prise en charge en médecine générale ambulatoire. Il s'agissait également de s'interroger sur le passage - pour reprendre l'intitulé de cette étude - dans le parcours de droit commun de ces patients. Elle prend sens à Marseille, ville où s'entremêlent des cultures diverses.

1.2 Contextualisation

1.2.1 Migrations : des définitions multiples

Les trajectoires des migrants correspondent à des réalités multiples (15). Le mot « migrant » renvoie à la notion de « migrant international » telle que définie par l'UNESCO : toute personne vivant temporairement ou de manière permanente dans un pays où il n'est pas né et qui y a développé des liens sociaux conséquents (16). Le HCR (Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés) introduit une distinction avec les réfugiés (ou « protégé subsidiaire ») : ceux-ci sont des « *personnes qui fuient des conflits armés ou la persécution* » contrairement aux migrants dont la démarche de migration est motivée avant tout par des raisons économiques, familiales, éducatives ou autres (17). Pourtant ces définitions sont à nuancer. Ainsi comme l'affirme l'historienne Nancy Green : « *on essaie de faire une distinction entre réfugiés et migrants. Les uns auraient des raisons politiques, les autres économiques ; les uns seraient forcés, les autres volontaires. Pourtant les historiens des migrations le savent bien : la frontière entre une émigration choisie et un départ contraint est souvent ténue.* » (18). La guerre ou le motif économique engendrent des détresses similaires et posent dès lors la nécessité du départ.

D'autres définitions permettent de préciser la diversité des situations qui concernent les migrants dans leur ensemble. Les demandeurs d'asile sont des personnes qui sollicitent le statut de réfugié au sens de la Convention de Genève de 1951 auprès de l'OFPRA (Office français de protection des réfugiés et des apatrides). La notion d'étranger renvoie quant à elle à une définition juridique, à savoir l'absence de nationalité française. Le terme «

Ressortissants de pays tiers » concerne les personnes issues de pays extérieurs à l'Union européenne, l'espace économique européen et la Suisse (5). Enfin, selon la définition adoptée par le Haut Conseil à l'Intégration, un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et qui réside en France. Une personne demeure immigrée même si elle obtient la nationalité française.

1.2.2 Historique de l'AME et dispositifs législatifs

En un siècle, l'assistance médicale à destination des plus pauvres est devenue une Aide médicale à destination des seuls individus en irrégularité de séjour. L'Aide Médicale de l'Etat, pendant un temps "départementale", peut être décrite comme un filet de sécurité pour une partie des personnes les plus démunies, leur permettant d'accéder aux soins les plus élémentaires (19). Mais le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) rappelle que son existence même, très ciblée, pose la question de la marginalisation de ses bénéficiaires et d'un accès plus difficile aux soins et à la santé.

Précurseur de l'AME, l'assistance médicale gratuite (AMG) avait été créée par la loi du 15 juillet 1893 (20) pour permettre aux malades les plus pauvres de bénéficier d'un accès gratuit aux soins de santé. Se posait alors une réflexion autour d'un "droit à l'aide sociale", une aide qui apparaissait comme un devoir de la collectivité à l'égard des plus démunis. Sur fond de solidarité, l'aide sociale (appelée assistance médicale gratuite ou AMG), remise à la charge de l'Etat, avait dès lors la particularité d'être attribuée sans contribution préalable, à toute personne qui ne bénéficiait alors pas de couverture maladie.

Cent ans plus tard, la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 (21) organisait dans le cadre des « lois de décentralisation » le transfert de l'AMG aux départements, en instaurant l'Aide médicale départementale (AMD). La loi n° 92-722 du 29 juillet 1992 (22) a permis d'assouplir les conditions d'accès à l'AMD, en offrant aux personnes déjà affiliées à un régime d'assurance maladie de supporter la part des dépenses de santé non prise en charge par la Sécurité sociale. Dans ce cadre, les bénéficiaires du RMI¹ (remplacé depuis 2009 par le RSA) se sont vus automatiquement accorder l'AMD, constituant une avancée majeure dans l'accès aux soins et à la santé des plus démunis.

¹ Le revenu minimum d'insertion (RMI), créé en 1988, avait pour objectif de garantir un niveau minimum de ressources et faciliter l'insertion ou la réinsertion de personnes disposant de faibles revenus (23).

Jusqu'en 1993, il n'existait alors aucune condition de régularité de séjour nécessaire tant pour l'assurance maladie que pour l'AMD, les étrangers en situation irrégulière pouvaient donc en fonction de leur situation (possibilité de cotiser ou non à la Sécurité Sociale) bénéficier de l'une et/ou de l'autre. La loi 93-1027 du 24 août 1993 (24) relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France, dite "Loi Pasqua", a bouleversé cette organisation en introduisant une condition de régularité de séjour pour bénéficier de l'assurance maladie. En conséquence, cette loi a supprimé le droit à la Sécurité Sociale pour les étrangers en situation irrégulière qui n'ont alors plus eu d'autre possibilité de couverture maladie que l'aide médicale relevant de l'aide sociale (l'AMD).

La loi 99-641 du 27 juillet 1999 (25) relative à la couverture maladie universelle (CMU), devait à l'origine faire disparaître l'AMD et unifier tous les résidents de France dans une protection maladie « universelle », égale pour tous. Mais le maintien de l'exigence de régularité de séjour pour bénéficier de l'assurance maladie a conduit au maintien d'un dispositif d'aide médicale spécifique pour les étrangers en séjour irrégulier. C'est ce dispositif qui a été nommé "Aide médicale de l'Etat", reliquat de l'AMD dorénavant réservé aux seuls étrangers en situation irrégulière (19).

Ces derniers sont donc désormais les seuls bénéficiaires de l'aide sociale, tous les autres bénéficiaires ayant basculé dans la couverture maladie "universelle" (financée et gérée par la Sécurité Sociale). L'évolution de leurs droits s'est ainsi déroulée en deux temps : exclusion de l'assurance maladie (1993), puis isolement au sein de l'Aide Médicale de l'Etat, ex-AMD (1999).

1.2.3 Conditions d'attribution et droits ouverts par l'AME

L'AME, qui concernait 282 425 bénéficiaires en 2013 répondant aux conditions d'attribution et ayant fait les démarches pour l'obtenir, existe sous trois formes (26):

- L'AME de droit commun
- L'AME dite "humanitaire"
- Le "Dispositif de soins urgents et vitaux"

1.2.3.1 L'AME de droit commun

L'AME de droit commun s'obtient selon certains critères (ci-joint en *annexe 5* le document à remplir pour les demandes d'AME (27)) :

- Une résidence stable en France depuis plus de 3 mois en France.
- Une situation irrégulière (le demandeur ne doit pas posséder de titre de séjour, ni de récépissé de demande, ni de document attestant une démarche pour l'obtention d'un titre de séjour).
- Des revenus inférieurs à 8 723 euros par an pour une personne seule vivant en métropole par exemple (28).

Ces critères précis d'obtention restreignent ainsi son accès aux migrants en situation irrégulière présents sur le territoire français depuis plus de 3 mois (29).

L'AME de droit commun, qui est accordée un an une fois ouverte, donne droit à la prise en charge à 100% des soins médicaux et hospitaliers avec dispense d'avance des frais et ce dans les limites des tarifs de la Sécurité sociale. Cependant, ce dispositif n'est pas une prestation de la Sécurité sociale. Les bénéficiaires n'étant ainsi pas des assurés sociaux, ils ne disposent pas de carte vitale. Certains domaines sont par ailleurs exclus de la prise en charge (Cure thermique, PMA, les médicaments à faible service médical rendu, les indemnités journalières). Ainsi ce "panier des soins" auquel donne droit l'AME limite une prise en charge optimale en santé pour ses bénéficiaires (5). L'AME, qui est attribuée selon les mêmes conditions de ressources que la complémentaire-CMU, donne donc accès à une offre de soins inférieure à la CMUC (5).

1.2.3.2 L'AME "humanitaire"

L'AME dite "humanitaire" 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 (26).

1.2.3.3 Le "Dispositif des soins urgents et vitaux"

Le "Dispositif des soins urgents et vitaux" (DSUV) appelé improprement "AME pour soins urgents" concerne les étrangers :

- En situation irrégulière
- Avec une résidence de moins de 3 mois en France
- Pour lesquels une absence de soin compromettrait le pronostic vital ou aurait des conséquences graves sur la santé du patient.

Il a pour but de permettre l'accès à des soins indispensables pour les étrangers qui sont exclus de l'AME (par une présence depuis moins de 3 mois notamment) (5).

Ce dispositif offre une couverture maladie uniquement pour les "soins urgents et vitaux". Il s'exerce notamment 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 de grossesse ou interruption médicale de grossesse
- De soins permettant de prévenir la transmission de pathologies à la collectivité, infectieuses notamment.
- De pathologies graves pouvant altérer durablement et gravement la santé d'une personne, déterminées selon l'appréciation du médecin qui rédige le certificat. Des patients souffrant de cancers, de troubles psychiatriques graves ou de pathologies cardiaques sévères peuvent notamment entrer dans ce cadre (30).

1.2.4 La santé des migrants – et plus particulièrement des bénéficiaires de l'AME : enjeu de santé publique

Quel que soit le parcours de migration, les personnes concernées sont confrontées à des problématiques culturelles, économiques et sociales auxquelles s'ajoutent parfois des inquiétudes singulières sur le plan de la santé. Par un « *phénomène de précarisation spécifique* » (15), les étrangers en situation irrégulière - et donc les bénéficiaires de l'AME - sont parmi les plus vulnérables.

Les patients migrants présentent 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 (31,32). Après une période (années 1980-1990) où l'état de santé des étrangers en France était de meilleur niveau que le reste de la population, celui-ci s'est

considérablement dégradé à partir des années 2000 (33). Certaines données sont applicables aux patients bénéficiant de l'AME, notamment concernant les maladies chroniques (34).

La compréhension des enjeux de santé publique liés aux migrants implique de “*mettre en relation la condition sociale et les conditions de santé des étrangers*” pour reprendre les termes employés par le sociologue Didier Fassin (35). La perception d'un état de santé dégradé semble en effet croître à mesure que la situation socio-économique se détériore (36). L'amélioration de l'accès aux soins des migrants représente une priorité de santé publique et de nombreux pays européens témoignent de cette démarche (10). En France, garantir un accès égal à la santé est réaffirmée par la stratégie nationale de santé publique 2016 dans ses grands axes (37).

1.2.5 De nombreux obstacles à l'accès aux soins des migrants en séjour irrégulier

Malgré le choix de stratégies de santé publique visant à améliorer l'accès aux soins des migrants en situation irrégulière (37), de nombreux obstacles persistent, traduisant un manque d'efficacité des dispositifs et des moyens mis en œuvre à ce jour.

1.2.5.1 *Non recours aux soins*

Le non recours aux soins est défini par l'absence de consultation (d'un médecin ou d'un dentiste) 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. Il illustre les manières dont les usagers répondent à l'offre de santé en fonction de leurs caractéristiques sociales (38).

L'enquête PRECALOG menée en 1999-2000 auprès de 590 consultants de centres de soins gratuits (39) relevait une « *logique de refus de soins* » pour 21 % des personnes interrogées. Elle mettait en évidence l'irrégularité de séjour parmi les facteurs les plus significatifs conduisant à ce comportement.

Selon le rapport de mars 2014 du Défenseur des droits (7), 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 part déterminante à ce que les bénéficiaires ne sollicitent pas leur affiliation au dispositif d'AME, s'interdisant par là même un accès aux droits auxquels ils sont pourtant éligibles. La mission IGAS-IGF de 2010 (40) notait que « *la complexité de*

l'accès aux droits et l'inquiétude ressentie vis à vis d'un environnement souvent perçu comme hostile font que les bénéficiaires potentiels ne recourent à l'AME qu'en cas de forte nécessité ». L'enquête de Médecins Du Monde (41) a défini des catégories de personnes dont les droits, possibles au regard de leur situation, n'étaient pas ouverts. Compte tenu de ces catégories, ce sont les personnes pouvant relever de l'AME qui, dans les faits, recourent le moins aux dispositifs de couverture maladie : seules 10 % des personnes concernées auraient ouvert leurs droits.

1.2.5.2 La barrière professionnelle

Le "refus de soins" (42) constitue un obstacle important à l'accès aux soins pour les migrants en situation irrégulière. Un rapport d'enquête de Médecins Du Monde (43) publié en 2006 faisait état de 37% de refus de soins des médecins généralistes envers les bénéficiaires de l'AME, versus 10% pour les porteurs de la CMU. Ce taux atteint même 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 (34).

1.2.5.3 La barrière économique

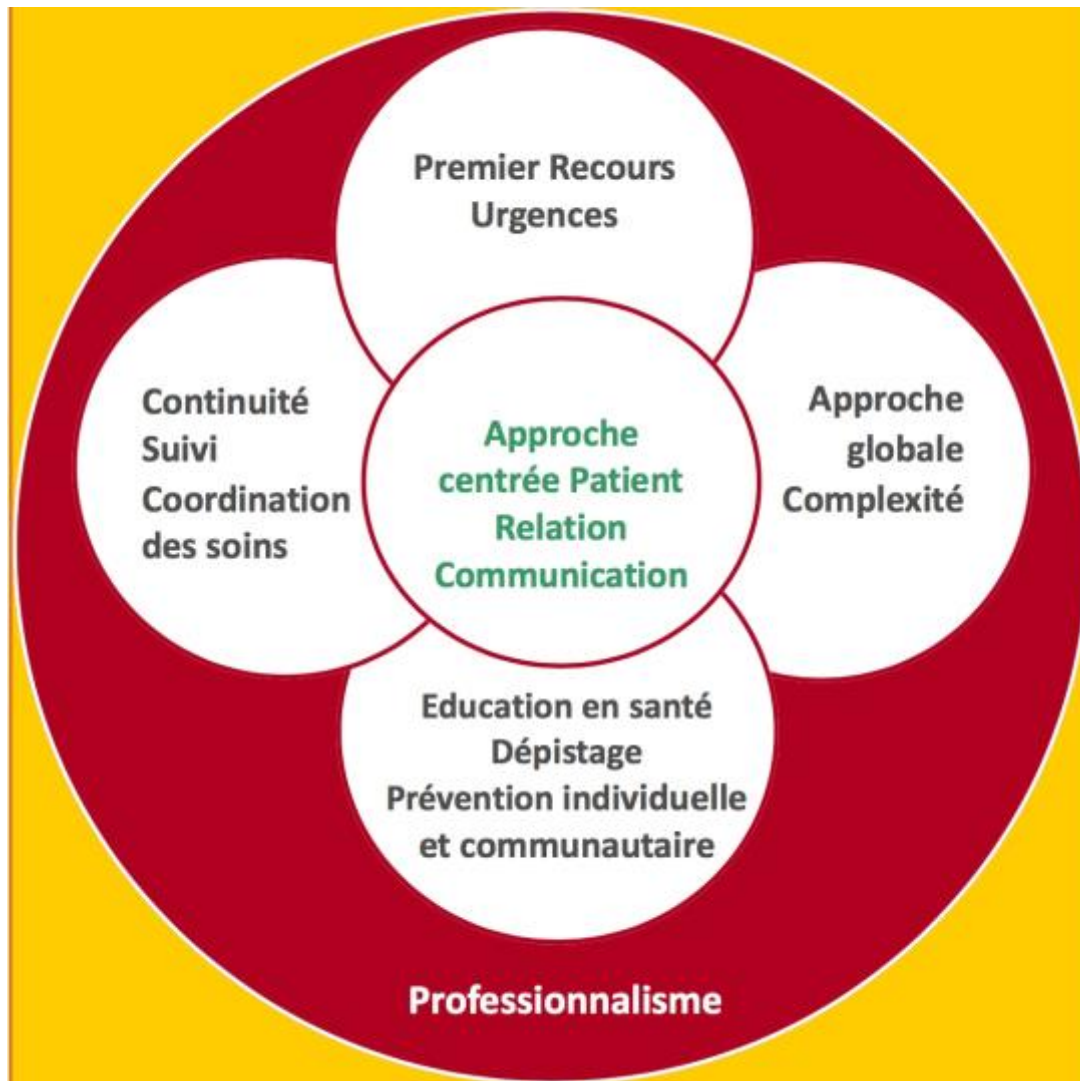
La barrière économique constitue un autre élément décisif de renoncement au soin. Selon les auteurs de l'étude "*les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soin*", réalisée en Île-de-France au premier trimestre 2007 (34), le renoncement aux soins pour raisons financières pouvait être lié au fait que les individus ont d'autres priorités, comme le logement ou l'alimentation. Ce renoncement concernait essentiellement des soins de premier recours : médecin, médicaments et examens médicaux, alors qu'en population générale il concerne majoritairement les soins dentaires et l'optique, les médicaments représentant à peine 5 % des renoncements (44).

1.2.6 Le médecin généraliste, acteur majeur de la prise en charge des patients bénéficiaires de l'AME

Selon la définition de la Société européenne de médecine générale (WONCA), le médecin généraliste est "*le médecin de chaque patient, chargé de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et*

toujours dans le respect de leur autonomie”(45). La WONCA rappelle l'exigence d'une prise en charge universelle des patients par le médecin généraliste. Celui-ci se doit d'exercer ses compétences, rappelées dans le schéma du CNGE (Collège national des enseignants de médecine générale), quel que soit le patient qu'il rencontre.

Figure 1: Les compétences du médecin généraliste selon le CNGE (46)



Le généraliste est à la fois le premier relais dans le système de santé - le garant des soins primaires - et l'acteur essentiel du parcours de soins coordonnés. Il est en effet au centre de ce parcours de soins tel que défini par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (47).

Le médecin assure le suivi de l'assuré social avec les diverses spécialités médicales et chirurgicales (48). À ce titre, les bénéficiaires de l'AME sont de fait exclus du parcours de soins coordonnés, n'étant pas des assurés sociaux. Il s'agira toutefois au cours de ce travail

d'explorer les similitudes du suivi en santé des patients bénéficiant de l'AME avec le parcours de soins coordonnés des assurés sociaux.

Le médecin traitant est en outre le garant d'une prise en charge globale du patient. Dans ce cadre, les médecins généralistes sont en première ligne dans la prise en charge des patients bénéficiaires de l'AME. A Paris et en Seine-St-Denis, 95% des bénéficiaires ont eu recours à des soins de ville et 82% ont eu recours à un médecin généraliste (49).

Pourtant, dans une étude portant sur les itinéraires thérapeutiques des personnes sans chez-soi menée sur Marseille (50), et qui a concerné une part non négligeable de patients bénéficiaires de l'AME, le médecin généraliste n'est apparu que comme la 5ème solution de recours lorsqu'ils identifiaient un problème de santé.

1.2.7 Les représentations des patients bénéficiaires de l'AME quant à la médecine générale

L'exploration du vécu des patients bénéficiaires de l'AME vis-à-vis des soins de premier recours est un point primordial pour travailler sur l'amélioration de leur accès aux soins et à la santé.

Pourtant, les représentations des bénéficiaires de l'AME quant à la médecine générale sont mal connues. Si une étude menée dans la région de Lille s'est efforcée de décrire les attentes des migrants concernant leurs consultations en structures d'accueil pour migrants (51), ou si une autre s'est concentrée sur le contact des bénéficiaires de l'AME dans les structures de soin (34), peu d'études se concentrent aux données concernant les bénéficiaires de l'AME en médecine générale ambulatoire. En outre, certains travaux se sont intéressés au positionnement des médecins généralistes dans leur prise en charge de migrants en situation précaire (12–14), mais peu explorent plus spécifiquement le ressenti de ces patients quant à leur contact avec la médecine générale ambulatoire.

Enfin, aucune étude n'évalue le ressenti des bénéficiaires de l'AME quant à leur prise en charge en soins primaires à Marseille, creuset inédit de populations.

1.2.8 Lieu de l'étude : Marseille, ville-monde

Marseille est souvent présentée comme un véritable melting-pot quand on s'intéresse aux données concernant les migrations. La population actuelle s'est construite sur des vagues

migratoires importantes et successives qui ont façonné l'identité de la ville. Sa population peut être définie comme un « *peuple pluriel* » réuni dans la ville la plus cosmopolite de toute la Méditerranée (52). Outre ces caractéristiques, Marseille est également présentée comme la capitale de la pauvreté, marquée par des conditions sociales très clivantes au sein même de sa population (53).

1.2.8.1 Description de la situation à Marseille quant à l'immigration

Marseille est une cité de migrations diverses, temporaires ou permanentes, ainsi qu'un lieu d'accueil et de passage pour de nombreux migrants. Le port de Marseille a joué un rôle décisif depuis ses origines en organisant une cité de transit, d'arrivée et de départ, une étape pour beaucoup de voyageurs quittant l'Europe ou y faisant escale. Depuis le milieu du XIXème siècle, les vagues d'immigrations qui se sont succédées à Marseille en ont fait une véritable « *ville-Monde* » : les Européens du Sud arrivent entre la fin du XIXème siècle et le début du XXème, puis arrivent les populations « orientales » (du Maghreb au Caucase) et enfin la vague sub-saharienne (54).

Marseille demeure un lieu où s'entrecroisent différentes communautés, d'origines et de cultures diverses. Selon l'historien Yvan Gastaut, « *malgré les spécificités socioculturelles de chacun et l'attachement puissant de certaines de ces communautés à leurs traditions, la ville a toujours su absorber les nouveaux arrivants sans heurts, en faisant montre d'une grande tolérance, notamment en ce qui concerne la pratique des cultes* » même si « *les minorités intégrées sont restées fortement structurées autour de leurs références successives* » (55).

Tableau 1 : Situation quant à l'immigration à Marseille et au niveau national (INSEE 2014)
(56)

Population	Immigrés	Non immigrés	Total
Marseille	118 623 (13.8%)	739 494 (86.2%)	858 117 (100%)
National	5 967 359 (9%)	59 939 801 (91%)	65 907 160 (100%)

Variable utilisée : (définitions de l'INSEE (57))

“Immigré” : personne née étrangère à l'étranger et résidant en France (voir plus haut la définition du Haut Conseil à l'Intégration).

Le tableau 1 met en évidence la particularité de Marseille concernant l'immigration, avec un nombre d'immigrés 1,5 fois supérieur au niveau national (près de 14% à Marseille contre 9% sur le plan national).

Tableau 2 : La population immigrée par âge et par sexe à Marseille (INSEE 2014) (56)

Immigrés à Marseille	118 623 / 858 117 (13,8% de la population)
Immigrés - jeunes < 25 ans	15 684 / 269 347 (5,8% des moins de 25 ans)
Immigrés - femmes	60 485 / 451 899 (13,4% de la population féminine)

La population immigrée représente près d'un septième de la population marseillaise (13,8%). Les jeunes de moins de 25 ans sont plus de 15 000 et représentent près de 6% des moins de 25 ans à Marseille. Ils sont six fois moins nombreux que leurs aînés, qui constituent 17,5% des plus de 25 ans (voir *annexe 1*). Les femmes, aussi nombreuses que les hommes (51% des immigrés sont des femmes) représentent plus de 13% de la population féminine à Marseille.

Tableau 3 : La situation quant à l'immigration par arrondissements (Marseille, INSEE 2014)

(56)

Marseille	Immigrés	Non immigrés	Total
1er arrondissement	10 648 (26.7%)	29 208 (73.3%)	39 856 (100%)
2ème arrondissement	5 549 (23.2%)	18 381 (76.8%)	23 930 (100%)
3ème arrondissement	13 923 (29.6%)	33 186 (70.4%)	47 109 (100%)
4ème arrondissement	5 515 (11.4%)	42 728 (88.6%)	48 243 (100%)
5ème arrondissement	5 379 (11.6%)	41 055 (88.4%)	46 434 (100%)
6ème arrondissement	4 913 (11.5%)	37 707 (88.5%)	42 620 (100%)
7ème arrondissement	2 452 (7%)	32 698 (93%)	35 150 (100%)
8ème arrondissement	6 752 (8.4%)	73 159 (91.6%)	79 911 (100%)
9ème arrondissement	6 607 (9%)	66 972 (91%)	73 579 (100%)
10ème arrondissement	5 806 (10.5%)	49 313 (89.5%)	55 119 (100%)
11ème arrondissement	5 386 (9.4%)	51 454 (84.6%)	56 840 (100%)
12ème arrondissement	3 835 (6.3%)	56 974 (93.7%)	60 809 (100%)
13ème arrondissement	11 644 (12.8%)	79 570 (87.2%)	91 214 (100%)
14ème arrondissement	11 885 (19.3%)	49 557 (80.7%)	61 442 (100%)
15ème arrondissement	16 637 (21%)	62 651 (79%)	79 288 (100%)
16ème arrondissement	1 692 (10.2%)	14 881 (89.8%)	16 573 (100%)
Total	118 623 (13.8%)	739 494 (86.2%)	858 117 (100%)

Le tableau 3 met en évidence une disparité importante entre les arrondissements de Marseille. La proportion d'immigrés est deux voire trois fois plus importante dans les localisations suivantes :

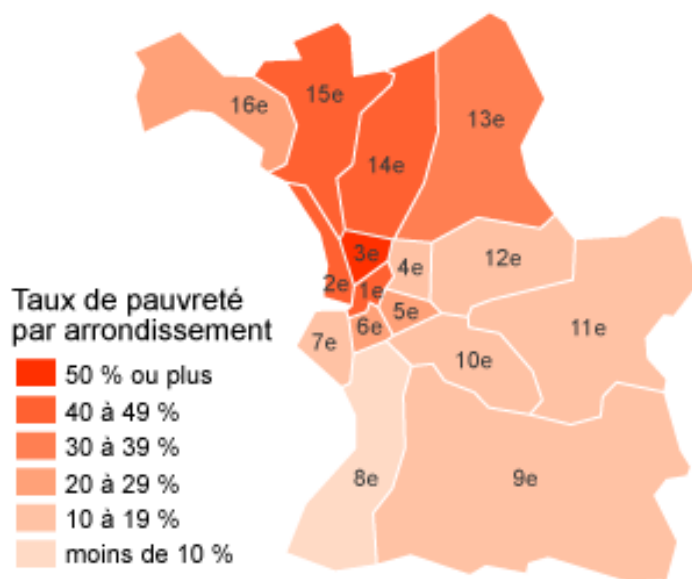
- Au centre-ville (1er, 2ème et 3ème arrondissements, avec respectivement 26,7%, 23,2% et 29,6%)
- Dans 2 arrondissements des quartiers Nord (14ème et 15ème arrondissements, avec respectivement 19,3% et 21%).

A l'opposé, une plus faible proportion d'immigrés est constatée dans les quartiers Est de la ville, mais aussi et surtout dans les quartiers Sud (8ème et 9ème arrondissement, avec respectivement 8,4% et 9%).

1.2.8.2 Un clivage "Nord-Sud" sociologique et économique

Les arrondissements cités précédemment (1er, 2ème, 3ème, 14ème et 15ème) ne sont pas uniquement caractérisés par une immigration plus importante. Ce sont également des territoires qui se distinguent par une grande pauvreté. Autant d'éléments qui renforcent le clivage "Nord-Sud" de la ville, entre le centre-ville et les quartiers Nord (1er, 2ème, 3ème, 14ème et 15ème arrondissements) séparés sociologiquement et économiquement des quartiers Sud (8ème et 9ème arrondissements).

Figure 2 : Taux de pauvreté par arrondissement à Marseille (INSEE 2013) (53)



L'analyse de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) sur la pauvreté en France, sur la base de chiffres collectés auprès de l'administration fiscale et des organismes sociaux en 2012 (58), révèle que 4 des 6 communes les plus pauvres de France se situent à Marseille. Le 3ème arrondissement prend la première place du classement, et est la seule commune du pays dont plus de la moitié de la population (51,3%) vit sous le seuil de pauvreté. Ce sont les autres arrondissements où l'immigration est la plus importante qui se répartissent les 3ème place (2ème arrondissement), 5ème place (15ème arrondissement), 6ème place (1er arrondissement) et 11ème place (14ème arrondissement). Les quartiers Est et plus particulièrement les quartiers Sud (8ème et 9ème arrondissements) présentent un taux de pauvreté plus proche du niveau national, à savoir 14,1% (INSEE 2013).

Tableau 4 : Situation à Marseille quant à l'immigration, la pauvreté et le chômage (INSEE 2013, 2014) (56) (53)

	Quartiers Nord et centre-ville (1er, 2ème, 3ème, 14ème, 15ème)	Quartiers Sud (8ème et 9ème arrondissements)	National
Immigrés	58 642 (23,3%)	13 359 (8,7%)	5 967 359 (9%)
Pauvres	109 906 (43,7%)	18 877 (12,3%)	8 770 000 (14,2%)
Chômeurs	72 273 (28,7%)	18 601 (12,1%)	9 227 002 (14%)

Variables utilisées : (définitions de l'INSEE (57))

- *Immigrés* : personne née étrangère à l'étranger et résidant en France (voir plus haut la définition du Haut Conseil à l'Intégration).
- *Pauvres* : Un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, fixé à 60 % de la médiane des niveaux de vie.
- *Chômeurs* : personne de 15 ans et plus, privée d'emploi et en recherchant un.

Le tableau 4 illustre le clivage présent à Marseille, entre les quartiers Nord et le centre-ville précarisés et les quartiers Sud plus aisés économiquement. Près de la moitié des immigrés à Marseille vivent dans des quartiers où le taux de pauvreté frôle les 44% et où le taux de chômage approche les 30%. Autrement dit, on y retrouve 3,5 fois plus de pauvreté et près de 2,5 fois plus de chômage que dans les 8ème et 9ème arrondissements (quartiers Sud).

La plus forte concentration de la population immigrée à Marseille, particulièrement dans les quartiers les plus défavorisés avec une pauvreté et un chômage accrus, 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.

1.3 Objectifs de l'étude

Des réflexions sont nécessaires sur les stratégies à adopter pour améliorer la santé des migrants en séjour irrégulier en France.

Afin de contribuer à l'élaboration de ces réflexions, notre étude s'est portée sur le parcours de soins et le vécu du suivi des patients bénéficiaires de l'AME en médecine générale ambulatoire (PASSAGE). La question du ressenti des soins des bénéficiaires de l'AME s'est imposée pour améliorer l'exercice de la médecine générale ambulatoire envers cette population et pour proposer des réponses aux questions d'organisation du système de santé ainsi que des stratégies à développer pour améliorer l'accès aux soins et à la santé.

Dans ce cadre, l'objectif principal de notre étude était d'explorer les représentations des soins et le vécu de la prise en charge en médecine générale ambulatoire des patients bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat.

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- Identifier les éléments déterminant le recours aux soins et l'accès à un cabinet de médecine générale des patients bénéficiaires de l'AME
- Préciser les attentes des patients bénéficiaires de l'AME vis-à-vis d'une prise en charge en médecine générale et rechercher l'existence d'un décalage entre les représentations de ces patients et leur vécu.
- Retracer les parcours de soins des patients bénéficiaires de l'AME.

2 METHODES

2.1 Type d'étude

L'étude présentée ici relevait d'un travail qualitatif. En effet, la recherche qualitative - qui se définit selon les termes de Pierre Paillé et Alex Mucchielli (59) comme "*une démarche discursive de reformulation, d'explicitation ou de théorisation de témoignages, d'expériences ou de phénomènes*" - est adaptée à un travail qui vise à explorer, comprendre un phénomène et faire émerger des hypothèses. Initialement adaptée aux questions de sciences humaines et sociales, cette méthode de recherche a peu à peu été investie dans le champ de la médecine.

2.2 Recueil des données et guide d'entretien

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés en face à face et abordaient des thématiques autour du ressenti des bénéficiaires de l'AME vis-à-vis de leur prise en charge en médecine générale (rencontre avec les médecins généralistes de ville, attentes et représentations des patients bénéficiaires de l'AME en médecine générale ambulatoire, renoncement aux soins, perspectives). Le choix de mener des entretiens semi-dirigés plutôt que d'utiliser d'autres méthodes (comme les focus groupes par exemple) s'est imposé car les sujets abordés pouvaient potentiellement être gênants pour les personnes interrogées. Un "entretien test" a été réalisé dans un premier temps, qui a permis d'identifier les éléments à éclaircir et d'améliorer le guide d'entretien initial.

Les entretiens étaient menés par l'un ou l'autre des 2 doctorants. Le premier avait suivi au préalable une formation à la recherche qualitative, et le second avait assisté à un premier entretien mené par le directeur de ce travail. Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone puis intégralement retranscrits. Lors de la retranscription, à des fins de compréhension les verbatim ont été parfois corrigés sur le plan de la grammaire et de la syntaxe tout en respectant le sens du discours exprimé par les patients. La durée initialement prévue des entretiens était évaluée entre 30 minutes et 1 heure.

Au sein du guide d'entretien (*annexe 3*), les thématiques abordées étaient réparties en 3 grandes parties et divisées en 9 questions ouvertes. Ce guide a évolué au fur et à mesure des entretiens et jusqu'à la fin de l'étude. Un bref questionnaire complémentaire lui a été associé pour recueillir des données générales permettant d'assurer la diversité de l'échantillon.

2.3 Population de l'étude

Etaient éligibles à l'inclusion dans cette étude les patients :

- Bénéficiaires d'une AME en cours de validité
- Âgés de plus de 18 ans
- Francophones (parlant un niveau de français suffisant pour pouvoir évoquer le ressenti des soins en médecine générale en français) ou accompagnés d'un tiers francophone
- Ayant déjà consulté un médecin généraliste.

2.4 Constitution de l'échantillon

Un premier travail de recrutement de bénéficiaires de l'AME a été mené auprès de médecins généralistes libéraux exerçant à Marseille. Ils ont été contactés par téléphone après identification sur la base des « *pages jaunes* », dans la totalité des arrondissements de Marseille (seize arrondissements), suivant une méthode d'échantillonnage raisonné apportant une diversité géographique dans le recrutement. L'objet de l'étude leur a été expliqué, ainsi que leur rôle potentiel de recruteur de patients bénéficiaires de l'AME pour la réalisation des entretiens impliquant le patient et le doctorant. Les médecins intéressés par l'étude ont été par la suite régulièrement recontactés afin de favoriser leur implication dans le recrutement des patients.

Un second travail de recrutement de bénéficiaires de l'AME a été mené en structure de Protection Maternelle et Infantile (PMI), lieu de travail des 2 doctorants durant la période novembre 2016-mai 2017. Un accord préalable des responsables de la PMI a été obtenu, afin de pouvoir proposer un entretien avec le doctorant aux patients présents sur les lieux et répondants aux critères d'inclusion. Il leur a été précisé les tenants et les aboutissants de l'étude, qui était portée sur le vécu de la prise en charge des bénéficiaires de l'AME en médecine générale de ville.

Un troisième travail de recrutement a été mené auprès de la Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé (PASS), avec l'implication d'internes en médecine et de praticiens hospitaliers exerçant dans cette structure.

Le nombre de sujets nécessaires a été déterminé par le phénomène de "saturation des données", qui précise que les inclusions cessent lorsque deux entretiens à la suite n'apportent

pas de nouvelle information concernant la thématique étudiée. Pour cette étude, le nombre d'entretiens nécessaires a été évalué initialement entre 10 et 20.

Cette faible taille de l'échantillon est toute relative car justifiée par le fait qu'une seule information apportée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans les études par questionnaires dites "quantitatives". En effet, les entretiens sont validés par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence (60).

2.5 Analyse

L'analyse employée pour les entretiens a été dans cette étude une analyse de contenu thématique de type inductive. Ce choix d'analyse se justifiait par le but de dégager des hypothèses à partir d'un travail de recherche. Notre réflexion s'inspirait pour partie du processus de théorisation ancrée. Tel que l'exprime Jean-Claude Kaufmann dans *l'Entretien compréhensif*, 3^{ème} édition, (61), l'ambition d'une recherche qualitative est en effet la production de théorie. Cette théorisation se doit d'émerger en partant du « bas », du terrain, en quelque sorte une « *Grounded Theory* », à l'instar de l'expression des sociologues Anselm Strauss et Barney Glaser (62).

Pour cette étude, une première lecture flottante intervenait initialement. Elle était réalisée par les deux doctorants pour chaque entretien. Puis un travail d'analyse manuelle a été effectué et s'est matérialisé par un travail de codification, en ayant recours à une classification au sein d'un tableur Excel simple. La triangulation de l'analyse réalisée en binôme a été permanente et a été associée à une intervention du directeur de recherche dans le processus d'analyse.

La codification comportait à la fois un codage ouvert, qui faisait émerger des codes à partir de chaque entretien, et un codage axial - qui comparait les codes de chaque entretien.

Puis l'étape suivante a consisté au regroupement des codes en catégories (catégorisation), permettant l'établissement d'un arbre à thèmes - encore intitulé "*coding tree*". A cette étape, le processus de triangulation était également intervenu, de même qu'une relecture secondairement par le directeur de recherche.

2.6 Questions éthiques

Cette étude - centrée sur une population sensible (sujets vulnérables en situation irrégulière) -

a soulevé certains problèmes éthiques. Un accord a été obtenu auprès du Comité d'Éthique de l'Université d'Aix-Marseille avec pour numéro de référence : 2016-28-09-01. L'étude a aussi fait l'objet d'une déclaration à la CNIL avec pour numéro : 2015434v0.

D'autre part, avant chaque entretien, le consentement écrit de participation à la recherche a été recueilli auprès de chaque patient interviewé.

3 RESULTATS

Les résultats de la recherche sont présentés dans la partie suivante, avec au préalable des précisions apportées sur la population de l'étude. Un arbre de codage explicite notre réflexion et le choix des résultats. Puis les résultats principaux sont déclinés comme suit :

- Des représentations des soins façonnées par la condition sociale
- Les éléments déterminant le recours aux soins et la rencontre avec le médecin généraliste
- Les attentes des bénéficiaires de l'AME dans la relation médecin/patient
- Parcours de soins et aspiration à devenir des assurés sociaux.

3.1 Caractéristiques des entretiens

14 entretiens semi-dirigés ont été réalisés. Chaque doctorant a mené 7 entretiens (le premier a été réalisé conjointement par la directrice de recherche et l'un des deux doctorants) et a retranscrit intégralement ceux-ci. La durée moyenne des enregistrements était de 30 minutes (allant de 18 à 42 minutes). Les entretiens ont été menés majoritairement dans deux PMI de Marseille (lieux de stage médical des doctorants). D'autres ont été réalisés au laboratoire de santé publique de la Faculté de Médecine de la Timone, à la terrasse d'un café ou en cabinet de médecine générale. Les personnes interviewées parlaient un français de qualité suffisante pour la discussion, sauf la patiente E. Le mari présent à ses côtés témoignait alors pour son épouse et permettait l'interprétariat. La saturation des données a été obtenue au bout du 13ème entretien, vérifiée par le 14ème.

Les patients ont été recrutés dans les cabinets de médecine générale de Marseille et via la PMI, entre décembre 2016 et mars 2017. Aucun patient répondant aux critères d'inclusion n'a pu être recruté au niveau de la PASS. Tous les entretiens ont été réalisés de façon similaire, dans un lieu calme et propice à la discussion, choisi par le patient.

3.2 Caractéristiques de l'échantillon

Les entretiens réalisés au cours de cette étude ont révélé une diversité des profils de personnes interviewées tant sur l'âge, le sexe, l'ancienneté de présence en France que l'habitat. Des variabilités ont été constatées concernant l'ambiance générale de chaque entretien. Les affects

de chaque patient interrogé et l'intérêt porté au sujet d'étude influait en particulier le déroulement de l'entretien.

Tableau 5 : Caractéristiques de l'échantillon

Entretiens	Recrutement	Lieu	Durée	Âge	Sexe	Années en France	Anchenneté AME	Type d'habitation (voir annexe 2)	Ambiance de l'entretien
A	Médecin généraliste	Laboratoire santé publique Timone	42 min	50-60 ans	F	> 2 ans et < 10 ans	> 2 ans et < 10 ans	Logement précaire, sans bail de (sous) location (8.2), habitat provisoire (11.3)	Emotivité manifeste à de multiples reprises
B	Médecin généraliste	Terrasse d'un café	27 min	20-30 ans	F	[1 ; 2] ans	[1 ; 2] ans	Logement précaire, provisoirement hébergé dans la famille (8.1)	Patiente décontractée, très intéressée par l'étude
C	PMI	PMI	30 min	40-50 ans	F	≥ 10 ans	≥ 10 ans	Logement précaire, sans bail de location, habitat provisoire (8.2 et 11.3)	Parole libre et assurée, mise en avant des problèmes rencontrés
D	PMI	PMI	26 min	30-40 ans	F	[1 ; 2] ans	[1 ; 2] ans	Logement précaire, provisoirement hébergé dans la famille (8.1)	Motivation à parler de l'AME et de sa santé
E	PMI	PMI	31 min	30-40 ans	F	[1 ; 2] ans	< 1 an	Bail pour un appartement en location	Monsieur parle en toute intimité, en vérifiant ses propos auprès de sa femme
F	PMI	PMI	30 min	30-40 ans	F	[1 ; 2] ans	< 1 an	Logement précaire, provisoirement hébergé dans la famille (8.1)	Volonté de partager sa détresse et demande d'aide
G	PMI	PMI	38 min	20-30 ans	F	[1 ; 2] ans	[1 ; 2] ans	Provisoirement hébergée dans la famille (8.1)	Patiente réservée en début d'entretien, parole plus libérée par la suite
H	PMI	PMI	33 min	30-40 ans	F	< 1 an	< 1 an	Vit en appartement	Appréhension majeure de la patiente qui laisse place progressivement à un dialogue constructif
I	PMI	PMI	28 min	30-40 ans	F	> 2 ans et < 10 ans	> 2 ans et < 10 ans	Hébergée dans sa famille (8.1)	Patiente très disponible pour échanger sur son suivi en médecine générale et intéressée par l'étude
J	PMI	PMI	18 min	20-30 ans	F	[1 ; 2] ans	< 1 an	Bail pour appartement en location, vivant en studio avec ses enfants et sa sœur (13.1)	Difficultés linguistiques mésestimées, rendant difficile d'élaborer un long dialogue
K	Médecin généraliste	Cabinet de médecin G	37 min	50-60 ans	M	≥ 10 ans	≥ 10 ans	Locataire	Patient s'exprimant longuement sur son parcours et détaillant son suivi
L	PMI	PMI	28 min	30-40 ans	F	> 2 ans et < 10 ans	[1 ; 2] ans	Hébergée dans sa famille (8.1)	Patiente intéressée par les résultats de l'étude, évoque dans le détail sur sa situation
M	Médecin généraliste	Cabinet de médecin G	20 min	30-40 ans	M	[1 ; 2] ans	[1 ; 2] ans	Locataire	Patient sollicité juste avant l'entretien par son médecin traitant. Inquiétude initiale vite dissipée, réponses brèves mais constructives
N	PMI	PMI	30 min	20-30 ans	F	[1 ; 2] ans	< 1 an	Locataire	Multiplis interrogations sur l'AME et l'accès au parcours de soins de droit commun

Légende du Tableau 5 :

F : sexe féminin

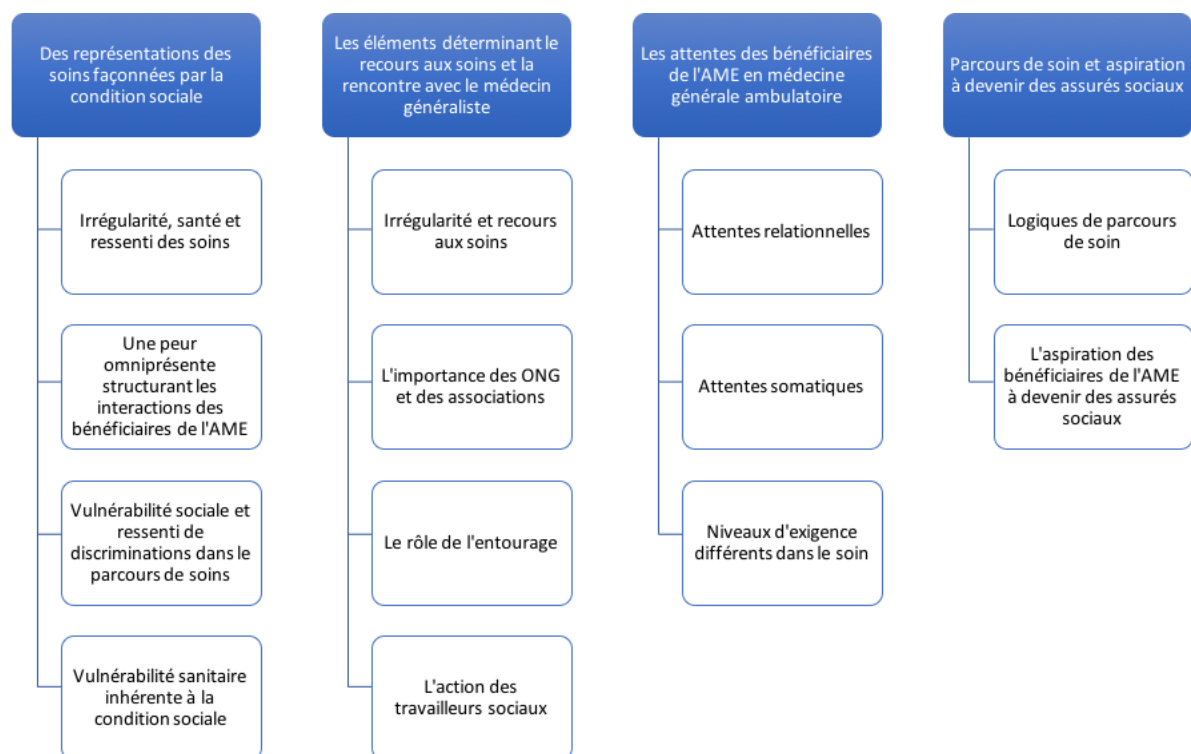
M : sexe masculin

Type d'habitation : voir *annexe 2* (Tableau ETHOS - typologie européenne de l'absence de chez-soi et de l'exclusion liée au logement).

3.3 Arbre de codage

Construit à partir des codes de l'analyse, ce modèle d'arbre de codage résume l'approche d'analyse de contenu inductive effectuée au cours de ce travail.

Figure 3 : Arbre de codage



3.4 Des représentations des soins façonnées par la condition sociale

La vulnérabilité sociale entretenue par l'irrégularité de séjour et la vulnérabilité sanitaire inhérente aux conditions de vie des migrants en situation irrégulière, ont été les premiers enjeux des représentations des soins en France. Les droits fondamentaux des bénéficiaires de l'AME ont été régulièrement remis en cause, ce qui a complexifié la réalité de leur parcours de soins. Leur condition sociale, déterminée par l'irrégularité de séjour, façonnait le vécu de la prise en charge en médecine générale ambulatoire. Elle constituait chez ces patients bénéficiaires de l'AME un obstacle à la promotion de la santé.

3.4.1 Irrégularité, santé et ressenti des soins

Patiente F : *“J’aimerais bien avoir mes papiers. Si j’ai mes papiers, après... normal. J’ai droit... [à la] carte vitale, après ça y est. J’ai... je vais travailler, je vais... [avoir] mon appartement avec ma fille, elle va grandir, elle va aller à l’école comme [tous] les enfants... c’est tout ce que je souhaite.”*

L'accès aux besoins fondamentaux (soins, logement, éducation pour les enfants, ressources financières et emploi notamment) était la revendication principale des patients bénéficiaires de l'AME dans cette étude, car il était décrit comme un préalable indispensable à toute amélioration de l'état de santé. Le refus d'ordre administratif de s'établir de façon pérenne en France, condition première à l'ouverture du droit à l'AME, était mis en avant comme un obstacle majeur à l'accès à ces besoins et donc à la promotion de la santé.

Patient E : *“On a besoin de quelqu’un qui nous aide. Parce que ça [n’est] pas facile de rester comme ça... 5 ans [dans l’attente d’une régularisation]. C’est ça le premier [problème], la santé. C’est l’essentiel. Oui, oui. (Discute avec sa femme en comorien). La première chose qu’on voit, c’est ça, ce [dont] on a parlé... L’assistante sociale, pour la santé, comment on va faire pour... trouver des solutions pour [...] pour vivre ici. Voilà. Parce qu’ici, il faut des papiers, il faut ça, ça, ça. Quand on n’a pas [les papiers], c’est... [on a] des problèmes. “*

L'attestation d'AME était valorisée dans le parcours de soins comme une première étape d'obtention de droits fondamentaux. L'étape suivante était celle du droit de rester en France en toute légalité (obtention d'un titre de séjour), ce qui permettait, selon nos patients interviewés, une activité professionnelle suffisamment rémunératrice et la garantie d'une sécurité sanitaire et sociale dans le parcours de droit commun. Ce processus d'acquisition des

droits révélait une démarche administrative apparaissant au premier plan dans la représentation des soins, et souvent vécue avec difficultés et frustrations.

Patient E : *“Oui. Le souci aussi, parce que... Elle et lui (son fils de 4 ans ndlr) ils sont pareils, parce que lui n'est pas né ici, il est né au Comores. Moi je suis en train de le déclarer, ils ont dit qu'il faut le VISA, le passeport. J'amène son acte de naissance. Ils ont insisté, le VISA ou le passeport. C'est ça le souci qu'on a. [...] C'est un gros souci, oui.”*

L'impact de l'irrégularité de présence sur le territoire français façonnait profondément les propos des bénéficiaires de l'AME vis à vis du vécu des soins. Désireux de légitimité et de protection sanitaire, ils mettaient en avant les droits ouverts par l'AME et en retrait les soins effectifs dont ils bénéficiaient.

Doctorant : *“Est-ce que vous trouvez [que le Docteur X] vous soigne bien ? “*

Patiente B : *“Oui, oui, très bien, parce que moi en fait c'est compliqué parce que je n'ai pas les papiers [...] Je n'ai pas les papiers, et donc je n'ai pas d'autre moyen à part la carte d'AME, donc c'est elle qui me, qui me... je peux dire comme ça tous les... [toutes] les aides que je peux avoir, ... [je les ai] par la carte d'AME, c'est ça qui m'aide, pour le dentiste je l'utilise, je vais au dermatologue, je l'utilise...”*

Doctorant : *“Comment faites-vous pour vous soigner depuis que vous êtes en France ? “*

Patiente G : *“Déjà... Je suis venue... J'ai ... Je suis restée 2 – 3 mois, et j'ai accouché. C'était un grand pas pour l'AME, mon assistante sociale a tout fait pour que j'obtienne cette ... AME. Après, j'ai accouché très, très bien, ils ont accepté l'AME, je suis restée hospitalisée 5 nuits, avec mon enfant.”*

La réponse des patientes ci-dessus à une question sur les modalités du soin n'était pas orientée sur le soin en lui-même. Ce dernier était d'une importance secondaire, derrière la possession de l'attestation d'AME. La réponse était en fait dirigée sur l'accès au droit à la santé.

La patiente A nous livrait au cours de l'entretien ses rapports avec le système de santé et la médecine générale à travers son parcours de soins. Très émue, elle ajoutait à l'isolement et l'exclusion sociale un ressenti d'humiliation et de honte, qu'elle associait à son irrégularité de

séjour. Ces différentes représentations avaient conduit à un renoncement aux soins, qu'elle avouait à demi-mot :

Patiente A : *“Parce qu'à des moments j'ai été malade, je suis restée à la maison, je [ne] bouge pas...”*

Patiente A : *“J'ai honte aussi, ça... ça... ça... ça parle un peu dans la tête, ça embrouille [les pensées] ... [...] La honte, on a honte, on a un peu peur, comment ça va se passer, qu'est-ce que le docteur... [que] va dire le docteur, est-ce qu'il va être sévère, qu'est-ce qu'il va dire, qu'est-ce qu'il va me trouver parce que je [ne] paie pas, les gens paient ... [...] J'ai eu peur (rires crispés) [...] parce que le problème avec moi c'est ... [que] j'ai peur et j'hésite.”*

3.4.2 Une peur omniprésente structurant les interactions des bénéficiaires de l'AME

Patiente F : *“C'est pour ça après j'ai... même quand je marche j'ai peur...”*

Doctorant : *“Vous avez peur... ?”*

Patiente F : *“Je [ne] sais pas comment... quand tu n'as pas de papier, tu as peur. [...] Même quand vous m'avez appelé... j'ai [eu] peur (rires crispés).”*

La situation irrégulière impliquait un stress chronique dans le vécu quotidien et une appréhension généralisée altérant les capacités relationnelles des bénéficiaires de l'AME.

Patiente A : *“C'est le jeu [du] cache-cache [...] les réactions des gens, les réactions des docteurs... [...] ce qu'il va se passer, et tout ça [...] Quand on est dans mon cas, on [n'ose] pas parler aux autres...”*

Cette peur omniprésente était retranscrite dans les entretiens comme un obstacle pour établir un premier contact avec des personnes “inconnues”, dont pouvaient faire partie des acteurs du système de santé. L'existence d'un “climat de racisme” rappelé par la patiente H augmentait l'inquiétude ressentie :

Doctorant : *“Et ce problème de racisme [dont vous me parliez] ...”*

Patiente H : *Moi je n'ai rien vu de [cela]. Ça [se] passe bien mais [...] je [ne] sais pas après comment ça se passe pour d'autres médecins, dans d'autres hôpitaux et tout ça...”*

Doctorant : *“Ça vous est arrivé ?”*

Patiente H : *“Non, non, non, non. Je pense, c’est tout.”*

Le parcours de soins des bénéficiaires de l’AME pouvait être impacté significativement par une angoisse généralisée maintenue par leur condition sociale. Elle pouvait engendrer un repli sur soi toujours délétère à la promotion de la santé.

Patiente C : *“J’ai peur d’aller à l’hôpital, j’ai peur d’aller voir un médecin pour faire la consultation...”*

Patiente F : *“Quand je reste toute seule, je dis imagine je tombe malade, [une maladie] grave, comment je vais faire...”*

3.4.3 La vulnérabilité sociale et le ressenti de discriminations dans le parcours de soins

Les bénéficiaires de l’AME rapportaient des éléments dans leur parcours de soins vécus comme une discrimination à leur égard.

En premier lieu, leur condition sociale spécifique était ressentie comme discriminatoire vis-à-vis de l’accès à la santé (plus difficile que pour la population générale). Elle était responsable d’une vulnérabilité sociale imposée par les autorités administratives : l’exclusion liée à l’irrégularité de séjour en France. Elle était exprimée dans le cadre du parcours de soins par l’absence du droit à la carte Vitale.

Patiente C : *“ Je suis sûr que c’est [mieux] si j’ai la carte Vitale. Parce qu’il y a certaines choses qu’il faut payer. Mais au moins si je travaille c’est mieux. Avec [l’] AME [et la situation irrégulière], je ne travaille pas, j’ai beaucoup de choses... je [ne] vais pas à la consultation parce que ça [ne] marche pas, il faut payer quand même, donc pas la peine... j’attends. C’est tout.”*

Des liens étaient établis entre l’irrégularité de séjour, le manque de ressources financières, le ressenti de discriminations à leur égard et le renoncement aux soins. Tous ces éléments façonnaient le parcours de soins en France des bénéficiaires de l’AME. Le ressenti des soins était perçu d’autant plus négativement lorsque ces patients étaient victimes de comportements xénophobes de la part de professionnels de santé. A ce titre, les patientes F et G livraient leur propre expérience avec une émotivité manifeste :

Doctorant : “ *Et ça vous a empêché...* ”

Patiente F : “ *Oui, des fois je [ne] demande pas parce que... si je dis... il va me dire... parce que quand je suis partie pour [donner naissance à] ma fille, moi je [pleurais] avec les contractions... une sage-femme est venue me voir, pour voir si j'accouche maintenant ou après... Elle me pose des questions, moi je pleure... j'ai mal... Elle m'a dit pourquoi tu es venue en France ? Pourquoi tu es venue accoucher ici en France ? Avec la douleur, et puis les questions... Elle m'a dit pourquoi tu n'es pas restée chez toi, pour accoucher la petite... Avec les douleurs, elle m'a dit pourquoi... Après je n'ai rien [dit] parce que je pleure, j'ai mal... Et elle m'a dit pourquoi tu [es venue] ? Pourquoi tu es venue [donner naissance à] ta fille ici ? ”*

Patiente G : “ *Une fois, j'avais pris... ma fille était vraiment malade, elle toussait, elle toussait... Je l'ai amené dans un centre médical, un autre centre, pour [la] pédiatrie. C'était un médecin généraliste... non, un pédiatre. Quand j'ai montré l'AME... je crois qu'on m'a gueulé dessus (rires crispés), je vous jure... j'étais en centre-ville, je marchais vers le centre médical. Comme elle a toussé, j'ai vu un centre médical, je suis entrée. On m'a dit : “mais pourquoi vous avez l'AME et pas la carte... vous avez... Ah, à cause des papiers, ma chère ! “ J'ai dit... Je suis restée bouche bée, franchement... Elle a soigné la petite, c'est vrai elle lui a donné l'ordonnance, j'ai acheté les médicaments, après plus jamais je n'y suis allée... C'était un peu... je n'avais pas les mots... mais après je me suis dit pourquoi je [ne] lui ai pas répondu... ou quelque chose... Mais j'étais bouche bée, je n'arrivais pas à sortir un mot de ma bouche. J'étais brisée...”*

L'ensemble de ces éléments révélait la réalité de l'exclusion sociale et de la discrimination dans le parcours de soins qui dominaient le ressenti et impactaient les relations avec les acteurs de santé. Nous avons également retrouvé dans nos interviews la responsabilité de la situation irrégulière comme condition sociale spécifique favorisant les renoncements aux soins et la vulnérabilité sanitaire.

3.4.4 Une vulnérabilité sanitaire inhérente à la condition sociale

La précarité se reflétait de façon multiple sur le parcours de soins et le ressenti des soins en médecine générale ambulatoire. Les bénéficiaires de l'AME insistaient sur les liens entre leur

condition sociale et leur exposition accrue aux risques sanitaires. L'élément financier dominait le discours.

La situation irrégulière était rapportée comme une condition sociale qui impliquait des conditions de vie précaires mettant en danger la santé de l'individu. Au point où l'expression de symptômes anxio-dépressifs secondaires se retrouvait fréquemment dans le discours de nos patients interviewés. Dans le parcours de soins, le médecin généraliste se devait d'assurer un soutien psychologique pour aider la patiente F face à ses "difficultés pour vivre" :

Doctorant : *"Qu'est-ce qui vous a causé des soucis ?*

Patiente F : *"Pour le soin ça va... je n'ai pas eu de difficulté... elle (sa fille, ndlr) n'est pas malade, elle est en bonne santé maintenant, ça va."*

Doctorant : *"Et c'est quoi alors ces difficultés ?"*

Patiente F : *"Vivre. J'habite chez ma sœur, je suis chez ma sœur. Ma sœur a 3 enfants avec elle, et son mari [ne] travaille pas donc... c'est un peu compliqué..."*

Les deux témoignages suivants ont été obtenus en réponse à la question "brise-glace" du guide d'entretien. L'accès aux soins et à la santé était directement lié à la précarité des conditions de vie, et déterminé par les ressources financières, le travail, le logement et l'accès aux droits. Le parcours de soins était impacté par le processus de précarisation, que l'on retrouvait plus ou moins avancé parmi nos bénéficiaires de l'AME interviewés.

Doctorant : *"Comment faites-vous pour vous soigner depuis que vous êtes en France ?"*

Patiente A : *"euh... la première fois, je suis arrivée ici [en] 2007, donc... j'ai travaillé... J'ai un peu aidé des enfants qui étaient... avec l'évacuation sanitaire de Madagascar, et des enfants franco-malgaches qui ont attrapé le palu [...] Je suis restée, après [je suis] tombée malade, en plus j'ai rencontré une dame qui m'a engagé pour travailler, pour veiller sur elle et tout ça... Donc c'est... je suis restée chez elle pendant... pendant 1 an, pendant 2 ans."*

Doctorant : *"Comment faites-vous pour vous soigner depuis que vous êtes en France ?"*

Patient M : *"Bon [je suis] venu en 2015 bon après j'ai habité avec mon père. Mon père il est ici, il est de nationalité française. [...] Après j'ai même cherché pour trouver un appartement, pour bouger, mais je n'ai pas de travail. J'ai une association près de X là-bas, qui m'a aidé."*

[...] Parce que le souci, c'est que je n'ai pas trouvé de travail pour payer mon logement. Souvent [mon père] va me donner 100 €, il va me compléter pour payer mon loyer pour une chambre de bonne qui coûte 180 € avec toutes les charges. Après j'ai trouvé ça [...] [Je suis] allé à l'agence qui m'a aussi aidé pour remplir mon dossier, pour faire ma demande à la sécurité sociale (demande d'AME ndlr). On a fait les demandes, il m'a donné la carte, pas de problème. [La] première en 2016, on est en 2017. C'est la deuxième année qu'il m'a donné ça."

Les patients en situation irrégulière faisaient face à de multiples problèmes financiers rapportés aux besoins de soins. La précarité financière mise en évidence exprimait bien la vulnérabilité sanitaire qui impactait le ressenti de la prise en charge médicale. Chargée d'émotions, la patiente F traduisait la difficulté de faire face aux besoins dans le domaine de la santé, avant l'obtention de l'AME :

Patiente F : *"C'est... quand ils m'ont dit 6 000 euros, j'ai crié, j'ai pleuré... comment je vais faire, 6 000 euros ? 6 000 euros, c'est ... [...] après j'ai payé... moitié-moitié. On a tout vendu [avec ma sœur... nos bijoux... oui. Pour payer l'hôpital."*

Patiente F : *"La première fois... quand est née ma fille... A la naissance. Je n'ai pas la CMU. Je l'ai amenée chez le pédiatre, parce qu'elle avait la fièvre. Quand elle l'a examiné, elle a dit : il faut que tu fasses la prise de sang, pour voir si ça va. Après elle m'a demandé des sous. 32 euros. J'ai fait ... franchement ça m'a... j'ai pleuré aussi. Après quand je suis partie faire... la prise de sang, ils m'ont demandé 55 euros... pour la prise de sang. Je suis devenue folle après. Mais... qu'est-ce que tu veux faire ?"*

L'obtention de l'AME n'avait permis de lever que partiellement cette "barrière économique". En effet, le panier de soins proposé par l'AME n'est pas complet, par exemple il exclut les médicaments à faible Service Médical Rendu (SMR) qui restent payants. La prescription par le médecin généraliste de ce type de médicament n'était alors souvent pas suivie. La relation médecin-patient s'en trouvait affectée, en majorant le décalage entre la vision du médecin sur l'attitude thérapeutique à adopter et les soins réellement réalisés par le patient.

Doctorant : *"Depuis que vous êtes en France, comment faites-vous pour vous soigner ?"*

Patiente C : *"C'est... pour [me] soigner, si je suis malade, je vais au docteur, mais avec l'AME ça [ne] marche pas bien, parce que... des fois, ils ont donné l'ordonnance, moi je*

[n'ai] pas de travail, [je n'ai] pas de moyens pour acheter les médicaments, ils ont donné l'ordonnance... il y a des médicaments qu'il faut acheter... je [ne] peux pas acheter, je laisse tomber. Même quand je suis malade et que je souffre, parce que je [n'ai] pas l'argent pour acheter le médicament."

Doctorant : "D'accord."

Patiente C : *"Ils [ne m'] ont pas donné [le médicament à la pharmacie], parce qu'avec l'AME ça [ne] marche pas bien tous les médicaments."*

Doctorant : "Là vous avez eu des difficultés ?"

Patiente N : *"Oui parce que l'AME... C'est vrai on fait une ordonnance et quand tu vas à la pharmacie avec l'AME, ce qui est remboursable, on te donne. Mais ce qui [n'est] pas remboursable, si tu n'as pas les moyens pour payer, comment tu fais ?"*

Le médecin faisait partie des premiers interlocuteurs face à ces difficultés matérielles d'ordre plus général que le domaine médical. La vulnérabilité sanitaire des bénéficiaires de l'AME impliquait une adaptation de sa pratique. Il devait tenir compte du contexte psycho-social. Le témoignage de la patiente L ci-dessous reflétait également cet exemple d'attente particulière des bénéficiaires de l'AME vis à vis du médecin généraliste, à savoir qu'il sache adapter ses prescriptions afin de garantir un accès effectif aux traitements.

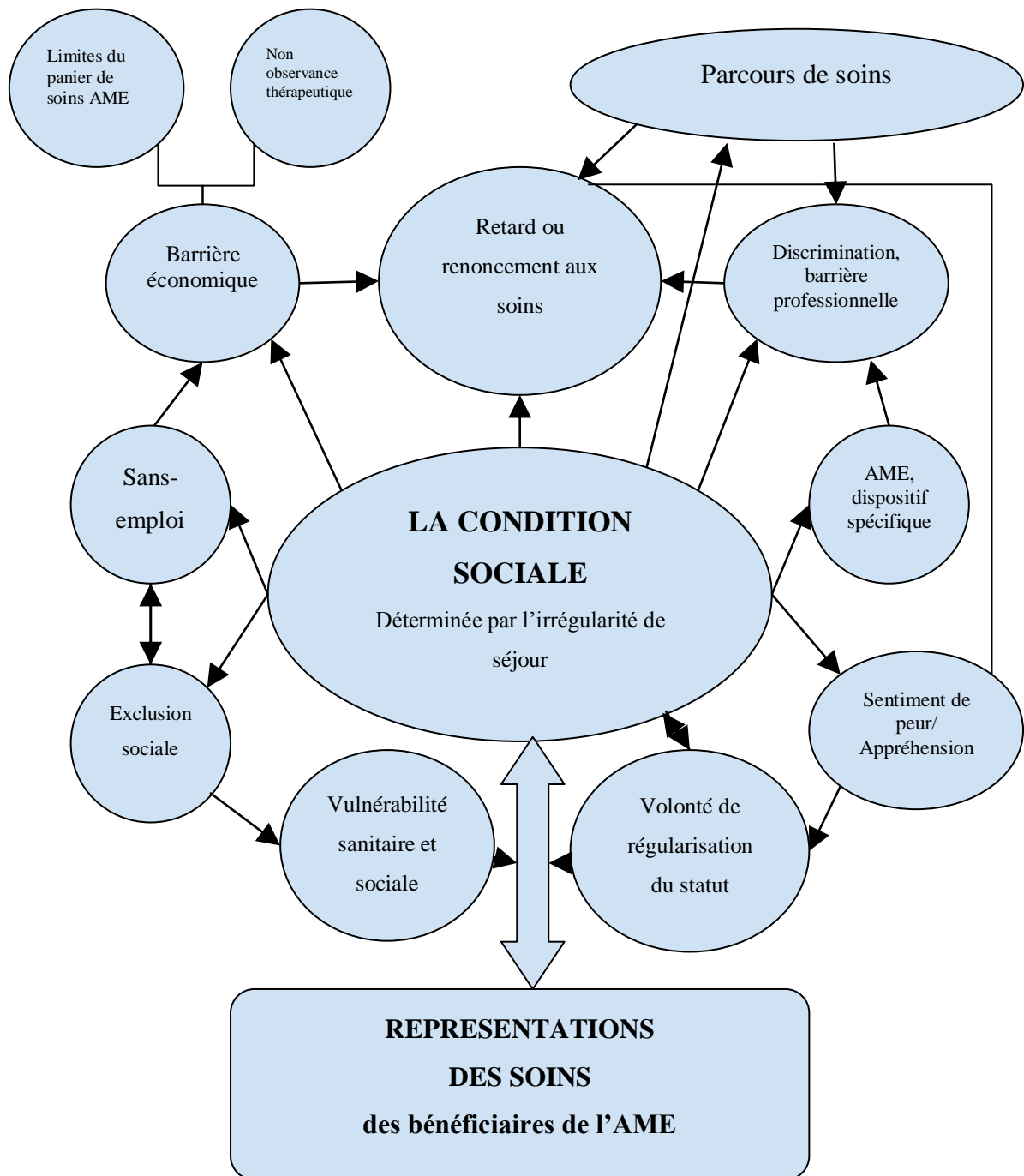
Patiente L (à propos de son médecin généraliste) : *"Avec la carte, il y a des médicaments qui ne sont pas remboursés à 100%. Alors il rédige à propos de la carte pour que je ne paie rien."*

3.4.5 Synthèse

La faible considération des soins à proprement parler, l'appréhension omniprésente, le ressenti de discriminations et les différents renoncements aux soins ont été exprimés comme les conséquences de la condition sociale particulière des migrants en séjour irrégulier. La démarche d'acquisition de droits fondamentaux était la priorité absolue, devant l'urgence à répondre à leurs besoins essentiels (se loger, avoir accès à des ressources financières, aux soins et à l'éducation pour les enfants, bénéficier d'un écosystème stable). L'exclusion par

l'irrégularité de séjour façonnait la représentation des soins, les rapports du bénéficiaire de l'AME avec les acteurs du système de santé et le parcours de soins. Il est apparu indispensable que le médecin généraliste ait conscience de la condition sociale du bénéficiaire de l'AME. Son rôle d'acteur majeur dans le parcours de soins lui conférait la responsabilité d'assurer une cohésion médico-psycho-sociale de la prise en charge du migrant en situation irrégulière, en conscience du déterminant de santé prédominant : la vulnérabilité sociale liée à l'irrégularité de séjour. Cette dernière impliquait une vulnérabilité sanitaire liée au processus de précarisation, qui nécessitait dans l'exercice de la médecine générale ambulatoire une adaptation des pratiques d'exercice et de prescription.

Figure 4 – Des représentations des soins façonnées par la condition sociale



3.5 Les éléments déterminant le recours aux soins et la rencontre avec le médecin généraliste

Avant que le médecin généraliste ne devienne un interlocuteur de premier plan pour les questions médicales, les bénéficiaires de l'AME ont été confrontés à des problématiques administratives ajoutées à des problématiques de santé. Dans le parcours de migration, nous avons mesuré la place primordiale des travailleurs sociaux et des réseaux amicaux, familiaux, communautaires ou associatifs pour l'accès aux droits, le recours aux soins et la rencontre avec la médecine générale ambulatoire. Ils constituaient un tissu social spécifique essentiel dans un contexte d'irrégularité de séjour.

3.5.1 Irrégularité et recours aux soins

3.5.1.1 La découverte du système de soins français

La nouveauté du système de soins français engendrait dans un premier temps une situation de méconnaissance pour certains patients. On peut citer notamment le patient K qui semblait rencontrer quelques difficultés face au système de santé, et qui sollicitait pour la première fois une consultation après 3 années de présence sur le territoire français.

Doctorant : “ *Vous vous en rappelez ?* “

Patient K : “ *Euh. Si je m'en rappelle... en 2007, si je m'en rappelle. En 2007, Entre juin... juin, mai et juin. C'est ça. J'ai [vu] le premier médecin généraliste.* “

Doctorant : “ *Et comment ça s'est passé ?* “

Patient K : “ *Y'avait un gars, il m'a amené chez lui mais moi [je ne] connais pas comme je viens, je rentre ici en France, je [ne] connais personne. Tu vois ?* “

Doctorant : “ *D'accord.* “

Patient K : “ *Je viens comme ça, comme ils disent les gens « [je suis] tombé [d'une autre] planète ».*”

Sans un soutien social fort, le parcours de migration offrait peu de possibilité d'accès à ses droits, notamment ceux qui garantissent le recours aux soins. Une carence d'information sur les moyens existants pour se soigner était mise en évidence dans plusieurs entretiens :

Doctorant : “ *Comment vous faites pour vous soigner ?* “

Patient K : “ *Voilà avant j'étais hébergé chez une dame et je [suis resté] presque deux ans et je [n'avais] pas... [Je n'] avais pas l'aide médicale parce que je [ne] savais pas quand je suis rentré le premier jour ici en France ; je [ne] savais pas [pour] l'aide médicale. Je consommais mon argent. [...] Je lui dis « comment je dois faire l'aide médicale ? ». Je [ne] savais même pas [ce que ça voulait] dire l'aide médicale. [...]* “

Doctorant : “ *Et est-ce que vous pouvez me raconter cette première rencontre avec un médecin généraliste en ville. C'était avant ou après l'AME ?* “

Patient K : “ *Avant. Je suis passé chez un médecin à la rue X. En 2004. [...] Je suis resté trois ans sans l'AME.* ”

Doctorant : “ *Ce sont les difficultés que vous avez rencontrées ?* “

Patiente L : “ *Oui, il n'y a pas d'information.* ”

Patiente A : “ *Quand on est dans mon cas, on [n'ose] pas parler aux autres... donc on [n'] a pas d'information, on [n'] a pas de... tant qu'il faut... mais ... il y avait un blocage, donc... on [ne] peut pas avoir d'information.* ”

La méconnaissance du dispositif d'AME ou du dispositif des “soins urgents” tous deux réservés aux personnes en situation irrégulière avait parfois pour conséquence un non recours aux soins.

Doctorant : “ *D'accord... Au cours de ces 5 mois [sans l'AME] vous n'avez pas eu de problème de santé, pas eu besoin d'aller voir un médecin ?* “

Patiente D : “ *Euh... Si, mais... pendant [ces] 5 mois, j'étais enceinte, et... les enfants comme vous savez, [ont parfois] des maladies, tout et tout... Mais je [n'y] suis pas allée.* ”

De même, le dispositif des “soins urgents” semblait méconnu du personnel de santé d’après le témoignage de la patiente G. Il n’a pas été envisagé d’orientation de la patiente vers un établissement de santé réalisant dans ce contexte la gratuité des soins.

Doctorant : “ *Est-ce que vous avez perçu une différence entre avant l’AME et après ?* “

Patiente G : “ *Bien sûr. Avant, je voulais aller consulter un médecin pour... Mais... Une fois, je suis allée dans la salle d’attente, je suis restée... Pour voir juste l’état de mon bébé, comment il est... Après ils m’ont dit pour la radio... comment on appelle ça...* “

Doctorant : “ *L’échographie ?* “

Patiente G : “ *L’échographie c’est ça. Ça dépasse 50 euros... je [n’avais] pas les 50 euros sur moi, je parlais de ça... j’ai dit que je n’ai pas... je n’ai pas la carte vitale, je n’ai rien, comment ça se passe... Après elle m’a dit, c’est payant, c’est plus de 50 euros... Après je me suis barrée directement, je [n’ai] pas consulté, je n’ai pas vu.* ”

Les droits délivrés par l’AME ont également pu être contestés par erreur, ce qui pouvait avoir pour conséquence de majorer l’inquiétude de patients déjà peu enclins à se manifester compte tenu de leur irrégularité de séjour, et de rendre plus difficile le recours aux soins.

Patiente I : “ *Voilà, voilà et un jour aussi encore mais c’était par erreur, c’était à l’hôpital X parce que... Avant je me suis fait opérer du fibrome. Et du coup ils m’ont envoyé une, comment on dit, en fait, une lettre comme quoi il faut que [je paie] 1 700 euros ou je [ne] sais pas quoi ... et je me suis dit : « Comment je vais payer 1 700 euros ? ». Et ils ont dit qu’avec l’AME je peux me soigner c’est eux qui m’ont dit [ça]. [...] Et du coup j’y suis allé, j’ai ramené la lettre et l’Aide médicale et j’y suis allé et ils ont dit : « Ah [excusez]-nous c’est par erreur on n’a pas enregistré, on n’a pas enregistré l’AME et c’est pour ça. ».* ”

3.5.1.2 Evaluation de la place d’un guide d’information sur l’AME

La carence d’information concernant les droits et l’accès aux soins était une problématique centrale du vécu du migrant en situation irrégulière lors de sa rencontre avec le système de santé. Dans cette étude était évalué l’apport potentiel d’un guide d’information sur l’AME destiné aux migrants en séjour irrégulier pour favoriser le recours aux soins. Les différents entretiens ont montré une certaine résonance pour cet outil, qui était perçu comme un élément supplémentaire d’aide à la connaissance du fonctionnement du système de santé français.

Doctorant : *“Vous auriez eu besoin de quoi sur ce guide ? ”*

Patient K : *“J’ai besoin de tout parce que moi je [ne] sais pas, j’ai besoin de tout. Il me manque tout. Parce que je [ne] sais même pas où je suis, [dans] quel hôpital je suis rentré, juste un exemple. Voilà c’est pour ça. [...] Des renseignements, des informations et tout, et tout, à droite, à gauche. Maintenant je [ne] sais pas, je connais tout (rires).”*

L’aide fournie par le guide devait se concentrer sur la résolution des démarches administratives, selon les souhaits de la patiente I. Cela permettrait d’éviter de suivre des informations contradictoires en provenance de connaissances et d’établir une “feuille de route” claire sur la conduite à tenir pour accéder à ses droits et aux soins.

Doctorant : *“Alors est-ce qu’un guide d’information, un petit livret d’informations comme ça par exemple, ça vous aurait aidé sur l’AME au début ? ”*

Patient I : *“Oui, oui. ”*

Doctorant : *“Vous auriez aimé avoir ça ? ”*

Patient I : *“Oui, oui. ”*

Doctorant : *“Et vous auriez besoin de quoi sur ce guide ? ”*

Patient I : *“En fait, [pour faire] les démarches. Parce [...] les gens, ils ont dit : « ah il faut faire ceci » et l’autre « ah non il [ne] faut pas faire ceci, il faut faire cela ». Par contre, [si on avait] un guide, on pourrait savoir ce qu’il faut [faire] et ce qu’il [ne] faut pas [faire].”*

Cependant, l’aide directe par une personne était plus valorisée que le guide manuscrit. Elle était décrite comme essentielle en faisant reculer le sentiment de peur omniprésent et en apportant une bienveillance que l’on ne pouvait pas retrouver dans un guide d’information. Elle était également privilégiée car elle renforçait le soutien social dans un contexte d’exclusion. Le guide d’information écrit occupait dès lors une place secondaire, la priorité étant donnée au renforcement des liens sociaux.

Doctorant : *“Est-ce que vous pensez qu’un guide d’information sur comment se soigner quand on n’est pas français peut être utile ? ”*

Patiente B : *“Je [ne] sais pas, en fait je [ne] vois pas quelqu’un qui va faire, qui va chercher à se traiter sans que quelqu’un lui dise, parce qu’à part si c’est lui qui va demander, voyez, si quelqu’un par exemple viens [me] demander... oui vous savez où je peux me traiter, où je peux avoir une carte de santé, comme ça je peux avoir les traitements et tout... Bien évidemment je vais vous dire : Ah ! il y a la carte AME, la carte vitale aussi, les trucs comme ça... Parce qu’après si la personne elle [ne] sait pas... [De] toute façon elle est obligée de demander, donc... il y a les gens qui l’aident... A part ça je [ne] vois pas...”*

3.5.2 L’importance des ONG et des associations

Un élément incontestable pour le recours aux soins des migrants en séjour irrégulier était rapidement mis en évidence au cours des différents entretiens : l’activité d’associations et d’ONG (Organisations Non Gouvernementales) à vocation médico-psycho-sociale pour les plus démunis, comme acteurs d’intégration au système de santé.

Doctorant : *“ C’est une association qui vous a aidé pour faire l’AME ? “*

Patient M : *“Oui, c’est [elle] qui m’avait aidé pour faire l’AME. Parce que [je suis] passé là-bas...Bon il m’a dit « tu amènes avec toi la quittance de loyer, avec le contrat de bail, tout ça j’avais. Il m’a dit que « si tu as fait comme ça, bon on va faire comme ça on va demander comme ça. » On a fait ça, ça a réussi. [...] On [n’a] pas de papiers. Tout ça, il va m’aider. “*

Nos différents entretiens avec les bénéficiaires de l’AME ont révélé qu’initialement les problématiques administratives intervenaient au premier plan, devant les problématiques de soins à proprement parler. La méconnaissance du fonctionnement du système de santé et de ses droits était ressentie comme un véritable obstacle à l’accès aux soins, qui ne pouvait être dépassé que par une aide extérieure. Avec la structure associative, un suivi individuel pouvait alors être mis en place pour faire face aux contraintes administratives dont “souffraient” en premier lieu ces patients :

Patient M : *“C’est l’association seulement parce que quand [je suis] rentré pour le premier dossier [...] [je suis] parti à l’association qui m’a aidé, elle m’a guidé. “Tu fais comme ça, tu fais comme ça”. On a fait [une] première fois (le dossier AME ndlr), [je l’ai] reçu... Quand la première carte [d’AME était] finie, après [je suis] allé là-bas encore. On a fait la deuxième. « Tu fais comme ça, tu fais comme ça » On a fait comme ça, ça va. C’est l’association qui me guide. “*

Les demandes d'obtention de titre de séjour étaient également traitées par ces structures, pour accompagner ces personnes qui ressentait une frustration liée à la législation en vigueur :

Patient E : *“Pour me renseigner, comment faire, pour la régularisation des 2 là (enfant de 4 ans et sa femme ndlr), j'ai ... je suis allé voir l'association, vous connaissez la rue X ? Il y a...”*

Doctorant : *“Une association ?”*

Patient E : *“Ah j'ai oublié le nom... C'est au milieu de la rue X. Après ils nous ont dit qu'il faut attendre pendant 5 ans. [Pour] quelqu'un [qui est] Comorien, venu ici sans papier, il faut attendre pendant 5 ans pour régulariser. Voilà, 5 ans c'est beaucoup.”*

L'aura de ces associations et ONG dans le milieu de vie était palpable. Ces dernières apportaient des réponses primordiales aux problématiques mises en avant, qu'elles soient d'ordre administratif, médical, psychologique ou social. Elles pouvaient également être à l'initiative d'une première rencontre avec un médecin. La nécessaire condition de résidence à prouver pour obtenir l'AME justifiait ainsi une consultation médicale, pour des raisons administratives :

Patient I : *“ Ils m'ont dit : “Il faut que tu aies un justificatif, que tu es ici depuis... “ C'est pour ça que je suis allé chez le médecin donc comme ça j'aurais l'ordonnance. Comme ça, ça va me servir comme justificatif.”*

L'exemple de la patiente A, en souffrance psychologique du fait d'un isolement social majeur, était révélateur d'une première rencontre avec un médecin généraliste dans une association, pour des raisons médicales :

“Je [ne] sais pas comment on fait parce qu'il n'y a pas des gens qui vont me diriger, [me dire] où je vais aller, donc... je suis allée chez Médecins du monde pour la première fois.”

“J'ai les palpitations, j'ai mal à la tête, mais... jusqu'à l'extrême, jusqu'à ... le cas devient très grave, c'est à ce moment-là que j'ai décidé d'aller... à Médecins Du Monde... et c'est [grâce à eux] que j'ai eu cette information...”

Le caractère global de la prise en charge réalisée par ces associations/ONG, allant des soins urgents à la résolution de difficultés administratives, était valorisé mais révélait certaines

limites. La patiente 5 soulignait à ce titre une certaine fragilité du tissu associatif, en prenant l'exemple des soins dentaires :

“Oui je suis allée chez Médecins du monde. Il y avait beaucoup de monde. On m'a dit on ne va pas traiter ; on ne traite pas, on enlève uniquement la dent. [J'y suis allée] 2 fois. Des fois [le dentiste n'] arrivait pas. J'avais deux rendez-vous. Une fois pour aller prendre un rendez-vous et la 2ème fois pour prendre le numéro pour passer. Mais il n'est pas venu deux fois.”

Le tissu associatif, d'après le témoignage de cette patiente, ne semblait pas pouvoir se substituer au parcours de soins rattaché au système de santé. Une orientation vers la médecine générale ambulatoire était systématiquement réalisée par les associations, pour optimiser la prise en charge et le suivi. A ce titre, l'entourage du bénéficiaire de l'AME jouait également un rôle déterminant.

3.5.3 Le rôle de l'entourage

La rencontre avec la médecine générale ambulatoire était dans de nombreux cas subordonnée aux connaissances et à l'implication de l'entourage du patient. Les liens communautaires, familiaux ou non, avaient contribué à lutter contre l'exclusion sociale vectrice de souffrance psychologique notamment et obstacle à l'accès aux soins.

Les patients suivants insistaient sur l'importance de l'aide apportée par des connaissances pour obtenir des informations et des réponses aux questions d'ordre administratif, représentées comme des piliers du recours aux soins :

Patiente I : *“En fait des amis, et des voisins, des voisins, des amis... Ils m'ont conseillé [de faire la demande d'AME] parce que si tu n'as pas l'AME [et que] tu tombes malade, tu vas galérer [parce que] tu n'es pas en situation régulière, tu n'as pas d'argent. Donc au moins si tu as l'AME, tu es garantie pour les soins.”*

Patiente G : *“C'est une amie qui m'a dit... “Comment tu vas accoucher, sans assurance ni rien... ? “ Après j'ai dit : “c'est quoi cette carte ?” la carte Vitale, parce qu'elle a une carte Vitale. Après j'ai dit : “je [n'ai] pas cette carte-là”. Elle m'a dit “ [ça n'est] pas possible pour toi, peut-être l'AME [est possible].”*

Patiente H : *“Les proches nous ont dit : « quand tu es là après 3 mois [de résidence] ici en France, tu fais le dossier d’aide médicale » et c’est tout. Je [le] fais et après quand un [de mes] enfants est malade ou moi, je vais [chez le] médecin, normal, je fais ma consultation et je rentre, et c’est tout.”*

L’entourage a joué dans cette situation un rôle clé pour accéder aux soins. En son absence, le migrant isolé se retrouvait dans une situation plus défavorable, comme le soulignait le patient K qui avait le sentiment de “débarquer d’une [autre] planète” et qui était dans l’expectative durant 3 ans. Pour tenter de pallier à ces difficultés, la communauté dont pouvait bénéficier le patient en situation irrégulière avait alors développé ses propres réflexes pour répondre aux besoins de soins de ses membres. Elle fournissait une information sur les modalités du soin en France ainsi que sur les démarches à accomplir pour en bénéficier. Le migrant en séjour irrégulier suivait ses propositions et acceptait son accompagnement, notamment en ce qui concerne le choix du médecin généraliste :

Doctorant : *“ Comment vous avez connu ce médecin ? “*

Patient E : *“ Ah... Parce que... J’étais avec des amis qui connaissent le médecin, ça fait longtemps qu’ils habitent avec lui, au X arrondissement, depuis 1991 je le connais, avec mes amis. Voilà, jusqu’à maintenant. Mais il est bon, il est pas mal, il n’est pas méchant, je reste avec lui.”*

Doctorant : *“Qu’est-ce que vous aimez chez lui, alors ? “*

Patient E : *“Parce que je suis là, avec mes enfants, avec ma femme et tout... Et la famille... Beaucoup de Comoriens sont avec lui. C’est pour ça que je [n’ai] pas changé. Ça veut dire qu’il est bon. Oui, oui. [...] Tout le monde parle de lui, qu’il n’est pas mauvais... Il est bon.”*

On retrouvait dans l’entourage communautaire le cadre familial qui, dans cette situation sociale complexe, pouvait représenter une structure protectrice et solide permettant d’étayer les démarches d’accès aux droits et aux soins, tout en positionnant le médecin généraliste comme acteur majeur de la prise en charge dans le parcours de soins.

Patiente B : *“Ma mère et ma tante m’ont fait les papiers pour cette carte [d’AME] [...] C’est le médecin généraliste de ma mère, et de mes tantes ... Du coup, c’est la mienne aussi.”*

Doctorant : “ *D’accord... et vous avez un médecin généraliste ?* “

Patiente F : “ *Maintenant oui, j’ai le médecin généraliste.* “

Doctorant : “ *Et c’est vous qui l’avez choisi ?* “

Patiente F : “ *Non... c’est le médecin de ma sœur aussi. Toujours avec ma sœur (sourires).* ”

3.5.4 L’action des travailleurs sociaux

Même si l’interlocuteur initial pouvait être l’entourage ou une ONG, un rôle majeur était tenu par les travailleurs sociaux. Ils concrétisaient la demande d’AME. Ils permettaient de rendre effectif le recours aux soins, et notamment la rencontre avec la médecine générale ambulatoire. Leur rôle était aussi d’établir une relation rassurante et bienveillante pour le migrant en situation irrégulière.

Patiente G : “ *Après elle m’a pris un rendez-vous avec une assistante sociale de l’hôpital X, là où j’ai accouché. Et elle a tout fait cette dame-là, je [la] remercie infiniment.* ”

Patiente E : “ *Je pense que... Il faut voir les assistantes sociales qui... vous obtiennent quelque chose pour avancer, ça c’est important. Oui.* ”

Les différents entretiens soulignaient la part prépondérante des problématiques administratives, et leur impact sur le vécu de la prise en charge en matière de santé. Une véritable importance était donnée aux travailleurs sociaux qui fournissaient un sentiment d’assurance et de confiance nécessaire à la réalisation des obligations administratives pour obtenir et/ou renouveler l’attestation d’AME. En effet, ces processus pouvaient parfois s’avérer déroutants et aboutir à une impasse qui nécessitait cette intervention extérieure :

Patiente A : “ *La personne qui m’a aidé, l’assistante sociale, à l’hôpital X au début... Parce qu’au début c’est elle qui [a] rempli le papier, et qui l’a envoyé de suite à la Sécurité sociale pour que j’ai l’attestation... Mais l’année dernière il y a le papier là, qu’il faut imprimer soi-même, et... qui... [c’] est écrit en bas l’organisme qui nous aide à remplir... Donc je suis retourné à l’hôpital X pour demander à la dame [...]. Elle a accepté, et après ça marche tout seul.* “

Patiente C : “ C’est [l’assistante sociale] qui m’a aidé pour [bien le] remplir [le formulaire de demande de l’AME, ndlr], je [ne] savais pas [bien le] remplir, je [ne] connais pas des choses... Elle a [bien] rempli, j’ai renouvelé l’aide médicale, depuis 2005 jusque... 2017 (rires). ”

La complexité des démarches administratives était soulignée à de multiples reprises, la voix de la patiente D dans le témoignage ci-dessous traduisait une certaine lassitude à ce sujet :

Patiente D : “Ils m’ont demandé un dossier, un papier qu’il faut [remplir], “est-ce que j’ai des ressources ici”, euh... L’attestation d’hébergement, une photocopie de passeport, toutes les feuilles de passeport, le livret de famille par rapport aux enfants...”

Les éléments d’un vécu difficile de l’obtention de ses droits étaient bien révélés par la patiente B, qui a énuméré ses obstacles à l’obtention de l’AME, d’une façon assez confuse :

Patiente B : “Euh... j’ai fait un dossier, j’ai rempli le dossier, et... je pense 1 mois ou... oui 1 mois, en fait il me manquait quelque chose, il me manquait un truc sur le dossier, ils m’ont renvoyé chez moi, pour que je fasse. C’était par rapport à mon passeport, j’ai fait que les ... feuilles importantes quoi, la première et la dernière, et il me manquait tout, du coup j’ai été obligée de refaire, après ils ont vite fait et je l’ai eu, non ils m’ont envoyé la lettre, je [suis allée] la récupérer, et après ça ma mère a ramené... et... après, en mai, je l’ai renouvelé, parce qu’en fait là par exemple, depuis ... février ou mars, je suis déjà obligé d’aller prendre le dossier comme ça je l’ai encore une fois, une 2ème fois. “

L’aide apportée par les travailleurs sociaux contribuait à la compréhension des tenants et des aboutissants de l’AME, méconnus jusqu’alors :

Patiente N : “ C’est depuis que j’ai appris la grossesse, j’ai commencé à venir à l’hôpital. Et avec ça je [n’avais] pas d’aide médicale pour me faire soigner. Donc ensuite j’ai consulté une assistante sociale, et avec elle j’ai fait les démarches et j’ai reçu mon AME. C’est comme ça [que] j’ai eu l’aide médicale pour les soins.”

Dans ce cadre, l’action des travailleurs sociaux était essentielle pour que ces patients puissent conserver leur détermination à faire valoir leurs droits.

Doctorant : “ *Qui est ce qui vous aide pour ces difficultés et pour faire en sorte que ça se passe mieux ?* “

Patiente E : *“Moi je pense qu’il [ne] faut pas les lâcher les assistantes sociales. Parce que... On n’a que ça. Faut aller... avec les assistantes sociales...”*

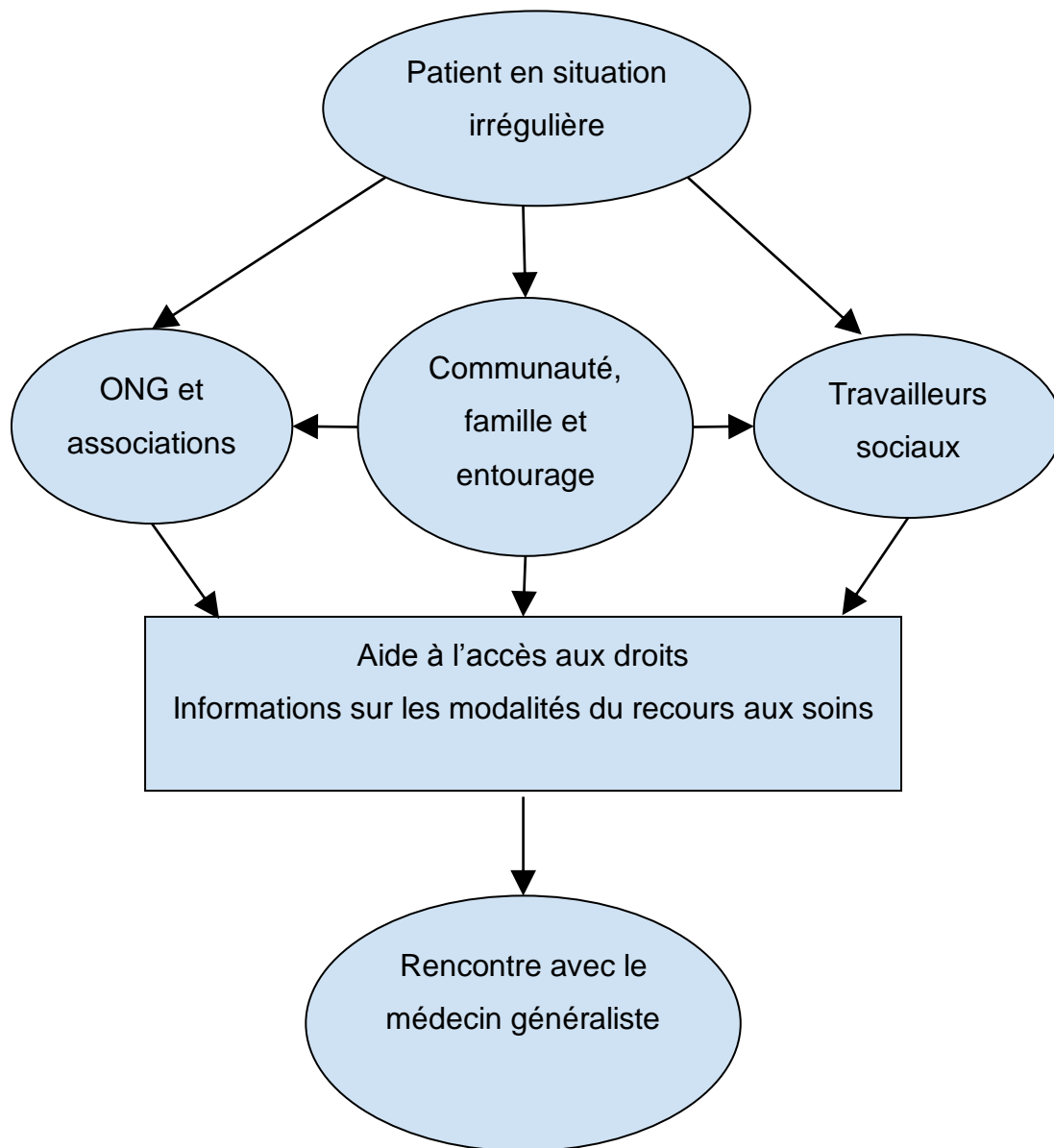
Les travailleurs sociaux, tout comme les associations prenant en charge les migrants en situation irrégulière, pouvaient orienter ces derniers vers le médecin généraliste pour une première rencontre avec la médecine générale ambulatoire.

Patiente L : *“ Alors [l’assistante sociale] m’a dit : “il faut aller voir le médecin pour avoir une ordonnance pour [justifier] que vous êtes [depuis] 3 mois ici [...] il faut l’ordonnance qui [le] prouve”. Ni billet, ni ticket, rien. Alors on [est] passé chez le médecin pour une ordonnance pour toute la famille.”*

3.5.5 Synthèse

Devant des difficultés de recours aux soins et la méconnaissance du fonctionnement du système de santé français, le migrant en situation irrégulière mettait en avant un tissu social spécifique composé des liens communautaires (familiaux ou non), des ONG ou des associations à vocation médico-psycho-sociale, et des travailleurs sociaux. Ces derniers étaient en interaction et formaient une première structure d’aide à l’accès aux droits, notamment en matière de santé. Ils étaient déterminants dans la rencontre avec la médecine générale ambulatoire. Ce tissu social spécifique était décrit comme une protection essentielle pour le migrant en situation irrégulière, en s’efforçant de faire reculer la vulnérabilité sanitaire et sociale inhérente à l’irrégularité de séjour.

Figure 5 : Les éléments déterminant le recours aux soins et la rencontre avec le médecin généraliste



3.6 Les attentes des bénéficiaires de l'AME dans la relation médecin/patient

Dans notre étude, les attentes relationnelles apparaissaient comme la pierre angulaire du rapport médecin/patient pour les bénéficiaires de l'AME. Les patients rencontrés manifestaient également le souhait d'une prise en charge adaptée de leurs plaintes somatiques. Nous avons enfin distingué enfin des niveaux d'exigence différents dans le soin, qui variaient notamment selon l'ancienneté de présence en France.

3.6.1 Attentes relationnelles, premiers jalons des rapports médecin/patient

L'échantillon de patients interrogés nous a montré des attentes avant tout relationnelles dans le contact avec le médecin généraliste.

3.6.1.1 *Qualité d'écoute du médecin*

Patiente A : *« Un bon médecin généraliste, c'est le médecin qui... qui écoute et qui fait tout pour que les patients soient... en confiance, et qui prends le temps d'écouter les difficultés qui arrivent... que rencontrent les gens qui souffrent ».*

Ainsi défini par Madame A, le rôle d'un « bon » médecin généraliste prenait tout son sens dans une place prépondérante de l'écoute, première étape d'une relation médecin/patient de qualité. Chez cette patiente, manifestant une détresse psychologique profonde, le travail de réassurance du médecin généraliste participait à l'instauration d'une confiance réciproque.

Doctorant : *“Qu'est-ce qu'un bon médecin généraliste pour vous ? “*

Patiente I : *“Ah ok. Parce que des fois tu vas chez un docteur, il te...En fait il [ne t'écoute même pas]. Tu dis « j'ai mal à la tête » mais il [ne] te laisse pas en fait dire « c'est parce que j'ai mal à la tête ». Des fois je [n'ai] pas dormi ou [des fois] j'ai un problème. Donc y'a des docteurs qui [ne] te laissent même pas t'exprimer mais dès que tu dis « j'ai mal à la tête ». Il prend le truc, il écrit en fait “médicament X” et il te donne. Mais il [ne] te laisse pas t'exprimer ou il [ne] te demande pas « Pourquoi tu as eu mal à la tête ? C'est à cause de quoi ? » donc...”*

On retrouvait à nouveau dans cette définition du « bon médecin » donnée par Madame I, l'identification de l'écoute du patient comme critère essentiel. Prérequis à l'établissement

d'une bonne relation médecin/patient, la capacité d'attention du médecin permettait pour les patients interrogés que leur anamnèse soit comprise et que le médecin puisse mener un interrogatoire exhaustif. Cette critique ici de médecins qui faisaient peu de cas des plaintes somatiques - plus complexes qu'un simple symptôme - des patients auxquels ils sont confrontés, exprimait en creux l'attente par cette bénéficiaire de l'AME d'une écoute renforcée de la part du médecin.

3.6.1.2 Relations médecin/patient privilégiées

Les rapports privilégiés développés entre les patients et leur médecin participaient à la valorisation du praticien. Madame B évoquait notamment le développement de relations privilégiées, "intimes" avec son médecin sous-tendues par une écoute attentive et des conseils dispensés.

Patiente B : *"Oui, c'est quand même intime pour parler avec un médecin, et ce [n'est] pas tout le monde qui arrive et que... qui parlent de trucs comme ça. [De] toute façon on est obligé, quand c'est des gynécologues, obligé de [s]'ouvrir, et c'est toujours bien si tu vois que la personne elle est là pour écouter, voir ce qui est bien, ce qui [n'est] pas bien, et pour te conseiller... pour [te] traiter. "*

Doctorant : *" Parce que sinon la relation ne peut pas se faire... "*

Patiente B : *"Oui, elle va se faire mais sans plus, sans rien de spécial. "*

Un rapport paternaliste paraissait s'instaurer entre Monsieur 4 et le médecin traitant qu'il consultait pendant presque 10 ans et qui l'accueillait "comme son fils" selon ses propos. On percevait ce rôle singulier et protecteur à l'évocation du médecin dans l'entretien 4 où celui-ci était identifié comme un "père de famille".

Doctorant : *" Pour revenir au médecin généraliste, pour vous c'est quoi son rôle ? "*

Patient K : *"Pour moi c'est un médecin comme un ... comme on dit... comme un père de famille, voilà. Si je tombe malade je prends mon téléphone je l'appelle tu vois au moins il te dit un mot tu vois. Voilà comme un chef de maison, comme on dit, comme un patron de maison, c'est un médecin traitant."*

3.6.1.3 Relation de confiance

L'élément central des rapports médecin/patient identifié parmi les entretiens était l'instauration d'une relation de confiance forte. Elle était exprimée comme essentielle dans un contexte d'irrégularité de séjour, qui engendrait une appréhension dans le contact humain et avec les acteurs de soins. La patiente A évoquait l'instauration d'une confiance progressive dans la relation avec son médecin généraliste (devenu son médecin référent par la suite), et l'exprimait en ces termes :

Patiente A : *“ J'ai eu peur (rires crispés) au début, et... [...] à ce moment-là, et il m'a tout de suite ... tout de suite rassurée, il [ne] faut pas avoir peur, parce que le problème avec moi c'est [que] ... j'ai peur et j'hésite. ”*

La peur liée à la vulnérabilité sociale n'occupait ainsi plus une place dominante. En outre, cette confiance, fortement valorisée, favorisait le suivi médical :

Doctorant : *“Est-ce que vous avez mis du temps à vous “rassurer” au niveau des soins, avec maintenant votre médecin généraliste... ? “*

Patiente A : *“Oui, ça a mis du temps oui, ça a mis presque 6 mois, longtemps, j'ai toujours les craintes et ça... (renifle) ça a disparu petit à petit, ça met du temps [pour] avoir confiance... “*

La relation de confiance était mise en exergue à plusieurs reprises dans l'entretien avec la patiente H, notamment ici :

Doctorant : *“Qu'est-ce que vous retrouvez chez ce médecin qui vous plaît ? “*

Patiente H : *“Juste la confiance, [qu'] il travaille bien et c'est tout. “*

Le soin passait par l'établissement d'une relation de confiance car elle permettait d'aborder des sujets sensibles et de développer plus spécifiquement pour la patiente B des rapports privilégiés avec le généraliste qu'elle consultait. La réciprocité de la relation de confiance, propice à la conduite de décisions médicales partagées, était aussi rappelée par la patiente de l'entretien B :

Doctorant : *“Vous avez confiance ? “*

Patiente B : *Oui.*

Doctorant : *“C’est important... ? “*

Patiente B : *“Oui, je pense que c’est important, ce [n’est] pas... ce [n’est] pas [à] n’importe quel médecin que [tu] arrives, tu racontes ta vie, [tu es là], tu trouves... moi non je suis arrivée, elle m’a fait confiance elle aussi, moi aussi j’ai ... je me suis confiée à elle, et ... c’est tout. “*

Dans l’entretien M, le patient montrait que l’étayage familial et/ou communautaire pouvait favoriser un climat de confiance entre le patient et le médecin comme décrit auparavant :

Doctorant : *“Mais pour le médecin généraliste ce sont vos proches qui vous ont guidé vers lui en vous disant qu’il était très bien ? “*

Patient M : *“Oui mon père il est là depuis 68. Bon je l’ai trouvé ici [le Dr X ndlr]. Même, le Dr X il est arrivé pour trouver mon père ici, bon. Dr X avant il était tout seul devant mon père. Je le trouve. Moi-même [il me suit] ça va. On parle, ça va, c’est bien. On parle le même langage. Même s’il y’a des problèmes, je viens. Même si j’ai un problème personnel, je viens [lui] demander. Il va m’aider, ça va, il [n’y a] pas de soucis. Pas de problèmes, ça va. J’étais [en] confiance vraiment. “*

Le généraliste s’imposait en quelque sorte comme le médecin de famille : d’abord médecin du père puis du fils. La notion de “même langage” faisait référence par ailleurs à l’absence de barrière de la langue pour le patient qui était en contact avec un médecin de la même origine que lui, ce qui facilitait le dialogue et le soin.

3.6.1.4 Humanisme et bienveillance du médecin

Les caractéristiques de bienveillance et d’humanisme que les bénéficiaires de l’AME interrogés attendaient du médecin généraliste ont été retrouvées dans certains entretiens. Cette bienveillance s’illustre notamment par un travail de réassurance du médecin confronté à des patients en situation de vulnérabilité sanitaire et sociale. C’était le cas pour les patientes A et B :

Patiente A : *“ J’ai eu peur (rires crispés) au début, et... j’ai trouvé le même à ce moment-là, et il m’a tout de suite ... tout de suite rassurée, il [ne] faut pas avoir peur. “*

Patiente B : “ *Non en fait elle m’a rassurée depuis le début.* “

Doctorant : “*Depuis le début...*“

Patiente B : “*Oui, elle m’a rassurée, et... je me suis ouverte.* “

Certains médecins avaient une vision égalitaire et humaine de l'accueil dans le soin, y compris face à des patients avec ou sans AME. Les témoignages des patientes F et J valorisaient au cours de l'entretien cette perception :

Patiente F : “ *Oui c’est un bon médecin...* “

Doctorant : “ *Dites-moi pourquoi ? Qu’est-ce qui vous fait penser ça ?* “

Patiente F : “*C’est un bon médecin. Il regarde bien, il... il est bien. Oui. Il examine bien. Il y a des médecins, quand tu rentres, je [ne] sais pas, si tu n’as pas de papier, il ne te regarde même pas. Mais lui non, ça va. Moi qui n’ai pas de papier, il m’examine.* “

Doctorant : “ *Et vous avez été contente de cette consultation ? Comment ça s’est passé ?* “

Patiente J : “*Oui je suis contente.* “

Doctorant : “*Avec l’AME ce n’était pas un problème ?* “

Patiente J : “*Non, il accepte même sans l’AME.* “

Doctorant : “*Ah bon...mais à ce moment il faut régler ?* “

Patiente J : “*Oui parce que mon mari n’a pas l’AME mais il a fait des consultations. Il ne les paie pas.* “

Doctorant : “ *D’accord. Votre mari n’a ni l’AME ni la CMU ?* “

Patiente J : “ *Non, mais le médecin accepte.* “

Un médecin témoignait même de sa désapprobation sur l’expérience de refus de soins vécue par sa patiente, Madame C :

Patiente C : *“Quand j’ai donné l’ordonnance, que j’allais au docteur, il... ça [ne] marchait pas. Quand je suis allé une autre fois, le docteur [m’a dit] : donnez-moi cette ordonnance, donnez-moi ce papier pour prendre RDV avec cet autre docteur... Mais quand je suis allée là-bas, il (l’autre docteur, ndlr) a dit non. Là, toujours, le docteur de famille il dit : [ce n’est] pas bien. “*

L’hospitalité du médecin qui recevait le patient en situation irrégulière était aussi mise en évidence par certains bénéficiaires rencontrés :

Doctorant : *“Et ce médecin il était comment avec vous ? Comment il vous a accueillie ? “*

Patiente I : *“Oui ça va, il m’a bien accueillie, et encore à ce moment-là, j’avais un petit peu de difficultés de parler mais quand même elle a essayé de me comprendre. Voilà, [elle] a essayé de me comprendre, [elle] a dit « il [ne] faut pas hésiter, il faut que tu dises tout ce [que] tu as, comme ça je vais, c’est à cause de ça, je pourrais t’examiner comme il faut ». Donc j’ai tout raconté, tout, donc il m’a examinée et ça a été, c’était bien, bien. “*

Ce regard empreint d’humanité que pouvait exercer certains praticiens sur leurs patients les plus vulnérables attestait d’un humanisme valorisé par une partie des patients rencontrés. On peut citer aussi ces verbatim en exemple, dans lequel le médecin était perçu positivement par les patients, à travers l’emploi des termes mélioratifs « gentil » ou encore « généreux » :

Doctorant : *“Qu’est ce vous aimez chez lui justement ? “*

Patiente D : *“Chez le médecin ? il est gentil, il est ... Par rapport à nous hein ? Il est gentil... On peut dire quoi ? “*

Doctorant : *“Et comment il est lui ? Décrivez-le-moi ? Comment il était Dr Y ? “*

Patient K : *“Il était sympa. “*

Doctorant : *“Oui. “*

Patient K : *“Sympa, c’est un généreux, tu vois si quelqu’un [vient] chez lui il part avec lui doucement il commence [à] chercher à droite, à gauche la maladie [qu’il] a...Il passe, il te fait l’examen, il te [prends] la tension, il fait ça, la bouche, les oreilles tu vois ça, ça, ça. Quand tu es...je [ne] sais pas, c’est tout. C’est pour ça [que] moi, j’aime bien [le] Dr Y. “*

3.6.1.5 Disponibilité du médecin

La disponibilité du médecin a également été identifiée par certains bénéficiaires de l'AME interrogés comme le critère d'une bonne relation médecin/patient. Cette disponibilité pouvait se manifester dans un contexte d'urgence comme chez Madame A :

Patiente A : *“Non avec le médecin qui me traite je pense que c'est... je [n'ai] plus de... j'ai tout [dit]... et avec le cardiologue aussi je... je le remercie vraiment parce que... il a fait beaucoup de ... il m'a consultée tout de suite... “*

Cette disponibilité devait être présente aussi dans les consultations en dehors de l'urgence et éviter tout empressement manifeste du médecin dans la conduite de son examen clinique. La patiente N exprimait notamment cela à travers ce verbatim :

Patiente N : *“Mm, un bon médecin généraliste, c'est celui qui prends le temps de t'examiner. Il prend le temps de t'examiner, il prend le temps de te comprendre. Il prend le temps de te suivre. Pas faire les choses « bon oui ça c'est bon. » Non, non. Il prend [le temps ndlr], il t'examine. Il te regarde. “*

3.6.1.6 Conseils du médecin attendus

Parmi les attentes relationnelles de la part du médecin, les patients bénéficiaires de l'AME pouvaient également attendre des conseils de la part du praticien qu'ils consultaient. Ces conseils attendus de la part du médecin pouvaient concerner des recommandations d'ordre médical comme l'exprimait la patiente N :

Patiente N : *“Avec ça, à chaque fois quand j'avais les analyses de sang, je venais, je lui montrais il me disait c'est bon ou pas. Quels médicaments il faut prendre ou [ne] pas prendre. Des conseils quoi. “*

La patiente B, qui développait une relation privilégiée avec le médecin qu'elle consultait, évoquait notamment comme raison de l'affection qu'elle portait à son médecin : l'écoute mais aussi les conseils dispensés.

Patiente B : *“Je l'aime bien, elle m'écoute, je vois même quand elle voit que j'ai des problèmes elle me conseille, et voilà quoi, ... Amour, je peux dire comme ça parce qu'une*

fois, l'amour, il y a des relations avec la santé, et du coup elle est là, elle m'écoute, elle me conseille, c'est pour ça je vous ai dit, je l'aime bien, c'est elle qui me suit, et donc... "

3.6.2 Attentes d'une prise en charge somatique

Les bénéficiaires de l'AME attendaient des praticiens qu'ils rencontraient - au-delà d'une prise en charge relationnelle - une prise en charge de leurs plaintes somatiques. On peut notamment citer en premier lieu la patiente L qui identifiait comme "bon médecin" un praticien qui effectuait un examen clinique adéquat et menait un interrogatoire complet :

Doctorant : *"Qu'est-ce qu'un bon médecin généraliste pour vous ? "*

Patiente L : *"Un bon médecin généraliste examine bien. Il questionne si j'ai une maladie, [si] j'ai une allergie, [si] j'ai un vaccin déjà fait. Si j'ai déjà suivi un traitement dernièrement. Il donne beaucoup d'analyses avant de donner un traitement."*

Les patientes A et N exprimaient notamment ce souhait de bénéficier des compétences cliniques du médecin :

Doctorant : *" Et alors est-ce que... vous pouvez me parler un peu de votre médecin généraliste, comment ça se passe avec lui... ? "*

Patiente A : *"Mmh... Non ça se passe bien, il prend [la] tension tout le temps, et il me pèse aussi. Parce que j'ai toujours tendance à ... à faire des [hauts, des bas] ... j'ai maigri, j'ai... je prends du poids, et je reviens là-bas tous les ... tous les mois pour... les médicaments, sauf l'été où... il est en congé, donc il m'a donné des... ordonnances pour 4 mois..."*

Doctorant : *"Vous vous rappelez de la première fois que vous avez consulté un médecin généraliste ? "*

Patiente N : *"Oui c'est quand j'ai accouché, j'avais des analyses à faire, que je partais [les] montrer pour qu'il me dise un peu comment ça évolue pour ne plus revenir encore à l'hôpital voir des médecins. Donc c'est là-bas. Donc c'est quand j'ai fait des analyses de sang que je suis allée lui montrer. Et il me prenait la tension parce que j'avais une forte tension. Donc c'était écrit dans le papier de l'hôpital que je devais voir un médecin généraliste pour consulter à chaque fois [pour] ma tension, avec mes examens de sang que je faisais mes*

analyses. Voilà pour lui montrer. Donc c'est comme ça que depuis ce temps j'ai consulté un médecin généraliste."

3.6.3 Des niveaux d'exigence différents dans le soin

Les entretiens réalisés faisaient apparaître une exigence de soins différenciée en médecine générale ambulatoire, déterminée notamment par l'ancienneté sur le territoire français.

3.6.3.1 *Faible exigence dans la prise en charge médicale*

Satisfaction dans la gratuité des soins

Doctorant : *"Comment faites-vous pour vous soigner depuis que vous êtes en France ? "*

Patiente D : *"Et bien... Pour moi, tout va bien. Par rapport aux généralistes, aux spécialistes, aux hôpitaux, ça se passe bien. "*

Doctorant : *"D'accord... Et ça a toujours été comme ça ? "*

Patiente D : *"Oui. Je vous dis la vérité, tout, tout, tout bien. Surtout avec les spécialistes. Je [ne] donne rien du tout, je donne que la carte, et... c'est bon. "*

Doctorant : *"Et ça se passe bien..."*

Patiente D : *"Oui."*

On identifiait comme critère de faible exigence dans la prise en charge médicale, la satisfaction dans la gratuité des soins telle qu'illustrée par les propos de Mme D. Cette patiente semblait en effet se contenter d'une consultation "gratuite". La patiente F, présente depuis moins d'un an en France, exprimait aussi avant tout une satisfaction dans l'accès à des soins gratuits.

Doctorant : *"Et à chaque fois, vous avez payé ? "*

Patiente F : *"Oui, chaque fois je paye... jusqu'à ce [que soit] sortie la carte. Ça y est, je [ne] paye pas. "*

Doctorant : *"Et la différence entre avant et après la carte..."*

Patiente F : *“Maintenant ça va. Je [ne] paye pas l’hôpital, si je suis malade ou... je [ne] paye pas. Ça va. “*

Doctorant : *“Et au niveau des soignants, des médecins, ... vous avez remarqué une différence entre avant et après la carte ? “*

Patiente F : *“Oui bien sur, [ça n’est] pas pareil. “*

Doctorant : *“C’est quoi ces différences ? “*

Patiente F : *“Différences... je [ne] paye pas. J’ai la carte. Quand je [n’ai] pas la carte, je paye. “*

Doctorant : *“Et pour les soins, comment ça se passe ? c’est pareil ? “*

Patiente F : *“c’est pareil, juste tu payes ou tu [ne] payes pas, c’est tout.”*

On peut aussi citer la patiente D qui apparaissait véritablement convaincue du bien-fondé de l’AME et de cet accès gratuit à la santé après avoir été confrontée auparavant à des dépenses de santé importantes.

Patiente D : *“Ils m’ont demandé la carte, j’ai dit : je [n]’ai rien du tout. J’ai donné les passeports, et par contre la facture c’était (rires) 3 000 euros, pour 3 jours. “*

Doctorant : *“Ah oui, d’accord... Et... Vous avez payé ? “*

Patiente D : *“Je [ne] l’ai pas reçue. Peut-être ils ont réglé avec... Parce que la facture je [ne] l’ai pas reçue. Ils m’ont dit à l’hôpital, c’est ça la facture, c’est 3000 euros, si vous pouvez la payer... J’ai dit : “je [n’ai] pas d’argent, pas de ressources...” Ils m’ont dit : “on va l’envoyer à l’adresse chez ma sœur, et”... Je [ne] l’ai pas reçue...”*

Doctorant : *“D’accord, ...“*

Patiente D : *“Mais c’était 3 000 euros... 3 000 euros... 3 jours. C’était trop cher...”*

Doctorant : *“ Oui, non c’est sur...”*

Patiente D : *“Et... Heureusement il y a la carte maintenant, heureusement !”*

La gratuité des soins était perçue comme indispensable chez des patients aux problématiques financières majeures entretenues par l'irrégularité de séjour. Comme explicité précédemment, la gratuité autorisée par l'AME était déterminante pour le recours aux soins dans un contexte de vulnérabilité sanitaire et sociale, particulièrement chez des patients résidents en France depuis peu par rapport au reste de notre échantillon (moins de 2 ans).

Patiente B : *“ Et j'étais à la clinique X, et je [n'ai] rien payé. Rien, et je suis restée là-bas, je [n'ai] pas dormi là-bas mais le soir... Je [n'ai] rien payé, et je sais que des potes à moi qui ont eu des accidents, ils sont partis à l'hôpital, ils ont payé la nuit, ils sont... restés. Je me suis dit, ah c'est bien quand même !”*

Choix du médecin par proximité géographique

Le choix d'un médecin généraliste pour des motifs géographiques pouvait relever d'une exigence moindre dans la prise en charge médicale. La patiente N, présente en France depuis moins d'un an, semblait ainsi porter dans son choix initial du médecin qui la suivait par un déterminant géographique, il s'agissait simplement du médecin le plus proche de son domicile.

Doctorant : *“Et comment ça s'est passé pour choisir ce médecin, consulter ce médecin ? “*

Patiente N : *“Bon il était dans le quartier. Voilà il était dans le quartier. J'ai regardé, j'ai vu médecin généraliste. Je suis allée, c'est tout. Je [n'ai] pas demandé où ça se trouve. Je suis sortie du quartier et j'ai dit bon dans mon rapport, c'est dit de voir un médecin pour qu'il puisse me suivre. Donc quand je suis sortie j'ai essayé de voir, il [n]'était pas loin, il était [tout] près. Je suis allée.”*

On retrouvait à nouveau ce facteur géographique comme critère majeur du choix du médecin chez une patiente également installée depuis peu en France (moins d'un an), Madame H :

Doctorant : *“Est-ce vous pouvez me parler de ce médecin généraliste ? Est-ce que pour vous c'est le médecin de vos enfants, de vous, comment vous le voyez ? C'est votre médecin généraliste maintenant ? “*

Patiente H : *“Oui, oui c'est mon médecin. Parce qu'il est le plus près de ma maison. Je ramène tout [au] même généraliste et ça [se] passe bien.”*

3.6.3.2 Exigence élevée de la prise en charge médicale

Exigence de soins de qualité

On distinguait parmi des patients installés depuis plus longtemps en France (au-delà de deux ans), une exigence de soins de qualité.

Doctorant : *“Qu’est-ce que c’était un médecin généraliste en ville, vous vous attendiez à autre chose ?”*

Patiente A : *“Non, j’attendais un bon médecin qui... je [n]’attendais pas autre chose.”*

L’exemple de la patiente A illustre cette exigence dans la prise en charge médicale, l’attente d’un “bon médecin”, qu’on pouvait corréliser à une présence plus longue en France (9 ans concernant cette patiente). Chez la patiente I, présente depuis 8 ans en France, on retrouvait aussi cette exigence d’une prise en charge de qualité à travers le souhait d’un bon interrogatoire et d’un examen somatique complet :

Doctorant : *“Quel est votre attente de la part d’un médecin généraliste ?”*

Patiente I : *“Ah en fait qu’il m’examine partout, qu’il me demande : « Ça vient de quoi ? » mais...bon je [ne] sais pas mais il demande [des] tas de questions, [qu]’il me laisse m’exprimer « [j’ai] mal [au] pied parce que je [l’ai] tordu ». En fait [qu]’il me laisse dire ce que j’ai. Donc comme ça il pourra me demander : « t’as pris quoi avant de venir ici ? Qu’est-ce que tu as fait ? » Donc euh. ”*

Doctorant : *“D’accord. Et son rôle c’est quoi ? Le médecin généraliste il a quel rôle ?”*

Patiente I : *“Le rôle, c’est examiner, m’examiner.”*

Le patient 4 identifiait le médecin qu’il consultait comme un “bon docteur” avec des critères qui reflétaient une certaine exigence (ce médecin devait dispenser des traitements justifiés) :

Doctorant : *“Le Dr Y où on vous l’avait indiqué aussi ?”*

Patient K : *“Ouais. Le Dr Y mais vraiment, je te dis la vérité c’est un bon docteur. S’il te donne quelque chose, [ce n’est] pas comme les autres un sac de médicaments. Il te donne deux, trois, ça suffira.”*

Confrontation à des soins incomplets

On identifiait parmi les patients installés en France depuis longtemps, l'expression d'un mécontentement lorsqu'ils étaient confrontés à des soins incomplets, notamment dentaires. C'était le cas de Mme C, présente sur le territoire français depuis 12 ans.

Patiente C : *“Il est allé à l'hôpital X pour soigner [ses] dents parce que ses dents [de] devant [ça faisait]... 7 ou 8 dents [abimés], [ça n'est] pas bien. Qu'il faut soigner. Quand il prend le rendez-vous pour enlever les dents et après pour les plaques aux dents, ils ont dit [qu'il faut] payer... 2 300 [euros à] payer, pour soigner les dents, parce qu'avec [l'] AME ça [ne] marche pas. Et ils ont dit “il faut aller à l'assurance sociale pour demander”. Avec le papier [il faut tout] remplir, et après l'assurance sociale dit... il a [le] droit pour payer... pour rembourser 200 des quelques [2 300 euros ndlr]... pour l'AME. “*

La patiente I, présente en France depuis 8 ans, évoquait les difficultés qu'elle rencontrait dans la prise en charge médicamenteuse.

Patiente I : *“ En fait pour l'AME parce qu'avant ça a été 100% et maintenant, je [ne] sais pas si c'est juste l'AME, ou tous les...parce que maintenant il y a des médicaments que l'AME ne prend pas en charge que, que [j'achète] avec de l'argent. “*

Doctorant : *“ Alors qu'avant ... ? “*

Patiente I : *“ Alors qu'avant [j'achète] avec l'AME. Donc je [ne] sais pas si c'est l'AME seulement ou même si c'est... “*

Doctorant : *“ La sécu ? “*

Patiente I : *“ La sécu. Il y'a des choses pour la sécu qui ont été dé-remboursées par exemple les sirops...Par exemple avant le médicament X, le médicament Y, le...en fait même il y'a des médicaments pour le bébé que j'achète. “*

Doctorant : *“ Maintenant ? “*

Patiente I : *“ Maintenant oui. Comme le médicament Z. “*

L'AME ne permettait effectivement pas une prise en charge totale de ces soins, ce qui engendrait un désarroi pour ces bénéficiaires :

Doctorant : *“Vous avez toujours pu aller voir le médecin...”*

Patiente F : *“Oui... chez le dentiste... parce que ma dent, elle me... elle m’a fait mal, je suis partie chez le dentiste, je l’ai fait ça y est... mais après il m’a demandé des sous pour faire les dents... Il m’a dit, cette carte, [ce n’]est pas assez. Pour les dents. Pour qu’il fasse les dents.”*

Doctorant : *“Et comment vous avez fait alors ? ”*

Patiente F : *“ J’ai laissé (rires crispés). ”*

Patiente G : *“ J’ai du mal à voir un dentiste (rires), j’aimerais bien... Oui, parce que... Avec l’AME, il soigne juste la carie quoi.”*

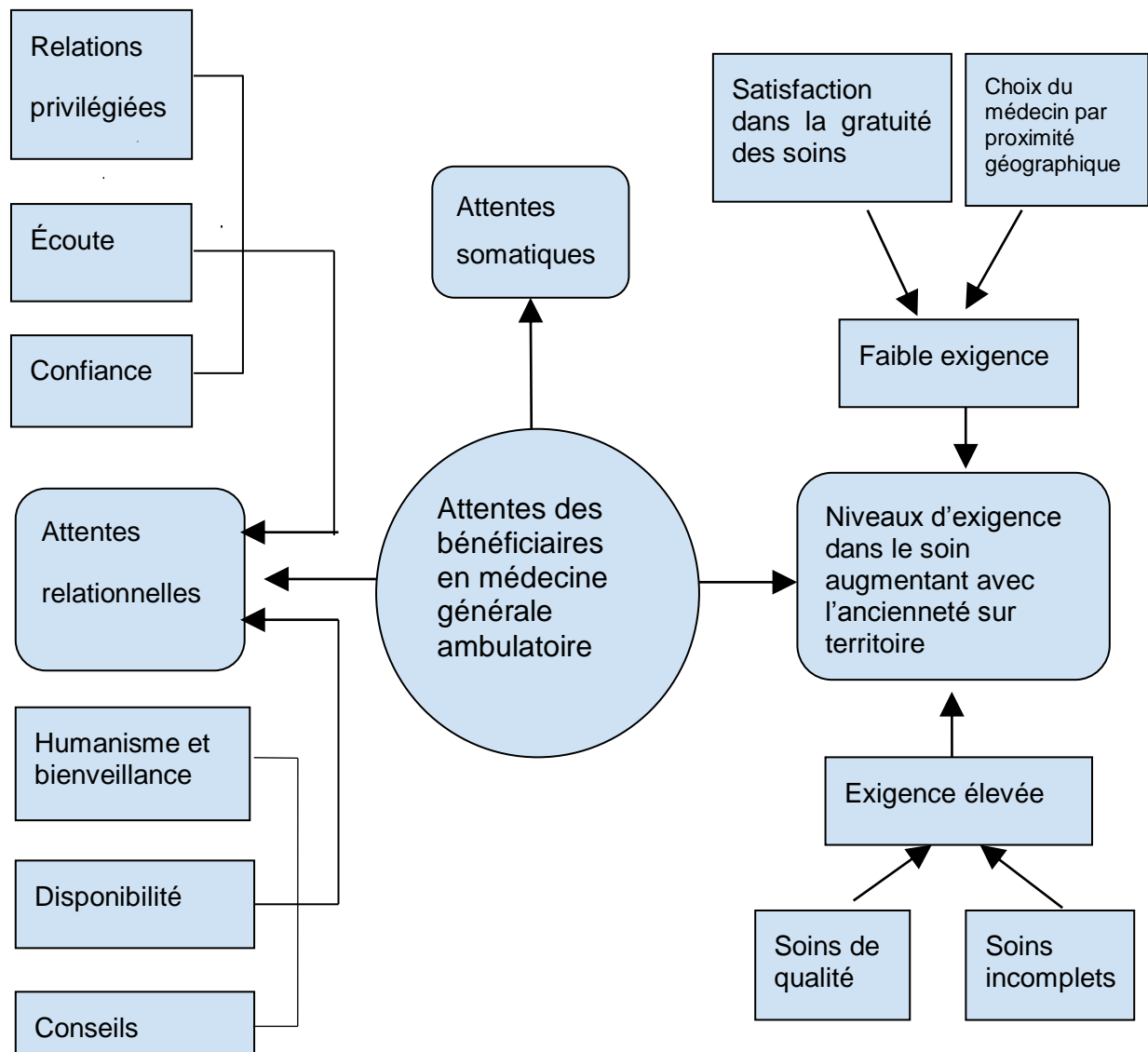
Patiente C : *“Quand il [mon mari, ndlr] y est allé, le docteur (le dentiste, ndlr) lui a demandé, pour enlever oui mais après pour arranger il [a] dit non, donc il reste comme ça... Moi aussi des fois je suis malade, je suis allée [chez le] médecin, il m’a donné l’ordonnance, mais quand... à la pharmacie, ça, avec [l]’aide médicale, [la] vignette orange ça veut dire qu’il faut payer... Là, je laisse tomber le médicament et... qu’est ce qu’on fait, je [n]’ai pas l’argent pour payer [...] Donc avec [l]’aide médicale c’est compliqué pour des gens qui [ne] travaillent pas... ”*

3.6.4 Synthèse

Les compétences relationnelles des médecins, centrées sur l’écoute et la relation de confiance, occupaient une place majeure dans les attentes des patients bénéficiaires de l’AME. Les compétences cliniques du médecin faisaient également partie des attentes exprimées par les patients interrogés mais apparaissaient au second plan.

Nous avons par ailleurs identifié des niveaux différents d’exigence dans le soin, qui variaient selon l’ancienneté sur le territoire français. En effet certains critères (choix du médecin généraliste par proximité géographique, satisfaction dans la gratuité des soins) traduisaient une exigence moindre dans le soin. L’exigence des soins en médecine générale ambulatoire semblait enfin croître avec l’ancienneté de présence en France, ce qui pouvait révéler un sentiment de légitimité de présence en France malgré l’irrégularité de séjour.

Figure 6 : Les attentes des bénéficiaires de l'AME dans la relation médecin/patient



3.7 Parcours de soins et aspiration à devenir des assurés sociaux

Les patients rencontrés au cours de cette étude formaient un échantillon dont les trajectoires dans le soin présentaient certaines caractéristiques communes. Le recrutement de patients bien insérés dans un “parcours” de soins était notamment constaté à l’issue des entretiens. Les bénéficiaires de l’AME manifestaient d’autre part le souhait d’accéder à des droits universels en matière de santé et à une relation médecin/patient équitable au regard du reste de la population française.

3.7.1 Logiques de parcours de soins

3.7.1.1 *Histoires de parcours de soins*

Certains patients s’inscrivaient dans un véritable parcours de soins à l’instar de la patiente I. Cette patiente, installée depuis plus de deux ans en France, bénéficiait d’un médecin “traitant” selon ses propres mots permettant la constitution d’un parcours de soins semblable à celui des assurés sociaux (parcours de soins coordonnés).

Patiente I: “ *Il m’a enregistré comme médecin traitant parce que quand j’ai eu ma grossesse, je me suis renseignée avec des collègues. Ils ont dit que « c’est mieux [d’avoir] un médecin traitant comme ça, il va te suivre parce qu’à l’hôpital ils te suivent après 6 mois. » C’est après 6 mois que l’hôpital, il prend en charge. Donc je suis allée chez le médecin et je lui ai dit « je [veux] que tu me declares [comme] médecin traitant ». Et il a fait le papier et il a envoyé à la sécu et [depuis le] début il est mon médecin traitant. “*

Doctorant : “ *D’accord. “*

Patiente I: “*Et c’est celui qui m’a suivie pendant ma grossesse depuis le premier mois [jusqu’au] 6ème mois après il m’a fait une lettre et je suis allée à l’hôpital. Et depuis c’est l’hôpital qui [m’a] donné le gynéco.”*

La patiente N, présente depuis moins de deux ans en France mais avec une antériorité de présence en Europe plus importante, évoquait aussi un suivi en médecine générale ambulatoire, à l’issue de son suivi hospitalier pour sa grossesse. Elle révélait donc un relais effectif par le médecin généraliste après une prise en charge hospitalière.

Patiente N : “ *Donc c’était écrit dans le papier de l’hôpital que je devais voir un médecin généraliste pour consulter à chaque fois ma tension avec mes examens de sang que je faisais mes analyses. Voilà pour lui montrer. Donc c’est comme ça que depuis ce temps j’ai consulté un médecin généraliste.* ”

Cette même patiente évoquait la consultation d’un dermatologue à l’issue de sa consultation chez le médecin généraliste. L’insertion dans une forme de parcours de soins “coordonnés” était à nouveau constatée.

Patiente N : “*Non c’était ma fille aussi qui [ne] se sentait pas bien. Donc j’[en] ai profité, elle avait des boutons sur le corps un peu bizarres. Donc je suis partie j’ai dit « ah docteur ma fille voici ce que je vois sur le corps. Comment vous trouvez [ça] ? ». Il l’a déshabillée, il a dit bon c’est mieux que je parte voir une dermatologue. Parce que lui il n’est pas le médecin des peaux. Il ne connaît pas trop la peau. Mais c’est mieux que j’[aille] voir une dermatologue, pédiatre dermatologue, pour voir un peu la peau du bébé. Donc ensuite de ça aussi, il a fait seulement [après m’avoir dit cela]. Il a pris encore la carte AME, son nom, parce [qu’elle] est sur ma carte, la photocopie tout, tout, même chose. Il a regardé, il a vérifié et il a écrit un mot. Et il m’a conduit chez une dermatologue. Voilà.*”

Le médecin référent pouvait aussi permettre l’accès à des soins hospitaliers - dans le cadre à nouveau de soins coordonnés - comme ces propos du patient M le montraient :

Doctorant : “*Pouvez-vous me parler de votre médecin généraliste ? Comment vous l’identifiez ? Est-ce que c’est votre médecin référent ?* ”

Patient M : “ *Bon c’est mon médecin bon, je [ne] sais pas comment te dire. Quand j’ai quelque chose, je viens, c’est lui qui va me donner des médicaments. Une seule fois j’ai eu une opération, il m’a envoyé à l’hôpital X. [Je suis] allé là-bas, j’ai fait l’opération, après j’ai guéri, ça va.* ”

On retrouvait par ailleurs parmi les patients interrogés des consultations de médecine générale appropriées chez des patients présents depuis 2 ans en France (Madame G) ou plus longtemps (patient K, présent depuis 13 ans) :

Doctorant : “ *Si vous êtes malade, est-ce que vous savez vers qui vous tourner ?* ”

Patiente G : “ [...] Si je suis malade... Déjà je suis partie 2 fois depuis que j’ai l’AME, 2 ou 3 fois maximum, chez un médecin généraliste. Une fois j’avais l’angine, l’autre fois j’avais une otite. C’est tout.”

Doctorant : “ *Et vous avez perçu une différence entre avant et après l’AME ?* “

Patient K : “ Pour moi pas avant non parce que [je ne suis] pas tombé malade tout le temps moi. Même jusqu’à maintenant. Si je passe chez le médecin une fois [tous les] deux mois. Ça dépend.”

3.7.1.2 Vécus de personnes hors du parcours de soins

Le témoignage de la patiente G montrait un attachement à la notion de “médecin traitant”. Dépourvue de cet acteur dans le soin, la patiente G révélait toutefois son souhait de bénéficier de cette possibilité d’avoir un médecin traitant.

Doctorant : “*Est-ce que vous aimeriez pouvoir choisir un médecin généraliste, qui soit le médecin que vous voyez la plupart du temps, quand vous êtes malade ?* “

Patiente G : “Oui j’aimerais bien. J’aimerais bien avec le même médecin...j’aimerais bien. “

Doctorant : “*Pour quelles raisons ? Qu’est-ce que ça apporterait ?* “

Patiente G : “Je [ne] sais pas... on va dire... si je choisis un médecin, je le trouve bien, j’aimerais bien continuer avec lui, chaque consultation il me prend, il prend son temps [pour] me soigner, me parler, ça j’aimerais bien continuer avec lui. C’est la cause... “

Doctorant : “*Et là en ce moment, vous ne pouvez pas ?* “

Patiente G : Normalement si... je [ne] suis pas sûre, je [n’ai] pas vraiment un médecin traitant, [que] ... je vois tout le temps.”

Le vécu du patient K, qui n’a pas sollicité d’AME pendant ses trois premières années en France, montrait les difficultés intrinsèques aux patients migrants en situation irrégulière. La méconnaissance des droits identifiée dans le verbatim suivant impliquait la nécessité de recourir à des soins coûteux.

Doctorant : “ *Comment faites-vous pour vous soigner ?* “

Patient K : *“Voilà avant [j’étais] hébergé chez une dame, je [suis resté] presque deux ans et je [n]’ai pas aussi... je [n]’ai pas aussi l’aide médicale parce que je [ne] savais pas quand je suis rentré le premier jour ici en France ; je [ne] savais si [il] y’avait l’aide médicale ou pas. Je consommait mon argent. “*

Doctorant : *“D’accord. “*

Patient K : *“Ah ben ouais, j’ai passé les examens et tout de ma poche. Heureusement, j’ai bougé à droite, à gauche. Bon bref. Et cette dame... y’a un gars. Bon j’ai fait connaissance avec un gars dehors, tu vois. Un mec dehors il [m’a] dit : « bon pourquoi, tu [ne] fais pas l’Aide médicale ? ». Je lui [ai] dit « comment je dois faire l’aide médicale ? ». Je [ne] sais même pas ce que ça veut dire l’Aide médicale.”*

3.7.1.3 Place du médecin généraliste

La place majeure du médecin généraliste au sein de ce dispositif de parcours de soins spécifique pour les patients bénéficiaires de l’AME - proche du parcours de soins coordonnés - était clairement identifiée par la patiente L :

Doctorant : *“Quel est le rôle d’un médecin généraliste ? “*

Patient L : *“Le rôle ? C’est le rôle principal. C’est lui qui va diriger s’il y a une maladie, voir un spécialiste ou pas. C’est le rôle principal. C’est lui on va dire « la racine ».”*

La patiente B semblait également évoquer le positionnement central du médecin généraliste qu’elle consultait dans le cadre d’un parcours de soins constitué.

Patient B : *“ C’est elle qui m’a conseillé la dermatologue, les dents, c’est elle qui m’a donné les numéros...”*

Doctorant : *“ D’accord, elle... elle vous guide “*

Patient B : *“ Oui...”*

Doctorant : *“ Pour la santé. “*

Patient B : *“ Exactement.”*

L'identification d'un médecin généraliste référent semblait également caractériser de nombreux patients interrogés, qui définissaient rapidement le médecin généraliste les accompagnants dans le soin comme tel. La notion de "choix" de médecin généraliste apparaissait ainsi chez Madame C :

Doctorant : *“ Comment ça s'est passé pour consulter ce médecin ? Vous l'avez choisi ? ”*

Patiente C : *“ Oui, j'ai choisi le 1er docteur, il s'appelait Dr X, ça marchait bien. Quand je suis malade, je suis là, il s'occupe bien de nous. ”*

Madame E identifiait ce médecin référent en véritable médecin de famille :

Doctorant : *“ Et vous allez voir un médecin ? Ou plusieurs médecins ? Comment ça se passe ? ”*

Patiente E : *“ J'ai un médecin. Un médecin de famille. Je suis toujours avec lui, jusqu'à maintenant. C'est lui qui me soigne. ”*

Doctorant : *“ C'est lui qui vous soigne... qui vous suit ... ”*

Patient E : *“ Oui, oui, jusqu'à maintenant. ”*

On retrouvait ainsi le souhait chez certains patients de pouvoir clairement bénéficier d'un médecin traitant. Ceci était particulièrement significatif chez des patients présents plus longtemps en France et donc plus au fait du système de santé français. C'était le cas de la patiente A, souhaitant faire une véritable déclaration de médecin traitant mais qui considérait déjà de fait son médecin généraliste comme son médecin traitant :

Doctorant : *“ Est-ce que vous ça changerait quelque chose si vous pouviez faire la déclaration de médecin traitant, avec ce médecin ? ”*

Patiente A : *“ Oui, j'aime bien. ”*

Doctorant : *“ Oui, vous pensez que ça changerait quelque chose avec ce médecin pour vous, pour lui... dans votre relation... ? ”*

Patiente A : *“ Mm... je pense [que] ça [ne] changera pas... ”*

3.7.2 L'aspiration des bénéficiaires de l'AME à devenir des assurés sociaux

3.7.2.1 *Souhait d'équité dans la prise en charge en médecine générale*

Confrontée à des “barrières professionnelles” à l'accès aux soins, la patiente C manifestait un souhait d'équité dans le suivi en médecine générale, en comparaison avec les assurés sociaux.

Patiente C : “ *[Si] on trouve le moyen de changer des choses, un papier comme [...] l'AME, où que vous alliez, tous les docteurs acceptent l'AME, acceptent autre chose qui... qu'on [ne] cherche pas à droite à gauche pour [trouver] où ils sont (les médecins qui acceptent l'AME, ndlr). Que [quel que soit le médecin consulté], oui ça va, c'est bien. Comme les autres [qui] ont la carte vitale.* ”

Doctorant : “*Ok. Et qu'est-ce que vous appelez « bien s'occuper » ? Pour vous c'est quoi un bon médecin généraliste ?* ”

Patiente C : “*Pour moi, quand j'ai besoin... quand je suis ici, que je dis moi, par exemple, j'ai mal à la tête, tout ça... “Donnez-moi la carte vitale”, et moi je [n']ai pas la carte vitale, je donne l'aide médicale, et après il dit non ça, ça [ne] marche pas avec moi, parce que... Il [ne] remplit pas... comment on dit ... l'assurance... Ils [n'] ont pas payé, donc ça, ça [ne] marche pas. Là il faut que je rentre, et qu'est-ce que je fais ? Je [ne] fais rien ...* ”

Certains patients exprimaient au cours des entretiens en premier lieu ce souhait d'une équité dans leur prise en charge médicale. Le soin devait avant tout être guidé par une égalité de traitement avec les assurés sociaux, pour ne pas ressentir une stigmatisation dans la prise en charge médicale, en lien avec l'irrégularité de séjour. On retrouvait notamment ce souhait dans les témoignages des patientes D, F et H :

Patiente D : “*... Je, je [ne] sais pas, je [ne] peux rien dire, parce que ... je vois qu'il est un bon médecin. Il est gentil, que ce soit avec moi, mes enfants, il est trop, trop, gentil. Il n'y a pas de différence « non, vous avez la carte AME, non, vous êtes etc. » non, au contraire, il est trop, trop gentil avec nous...* ”

Doctorant : “*Dites-moi pourquoi ? Qu'est-ce qui vous fait penser ça ?* ”

Patiente F : *“C’est un bon médecin. Il regarde bien, il... il est bien. Oui. Il examine bien. Il y en a des médecins, quand tu rentres, je [ne] sais pas, si tu n’as pas de papier, il ne te regarde même pas. Mais lui non, ça va. Moi qui n’ai pas de papier, il m’examine. Voilà.”*

Doctorant : *“Souhaiteriez-vous évoquer certains éléments de votre vécu que nous n’aurions pu aborder au cours de l’entretien ? “*

Patiente H : *“ Juste la confiance avec les médecins et le même travail [qu’] avec une autre personne qui [a] tout réglé avec la Carte vitale. “*

Doctorant : *“ C’est le plus important pour vous ? “*

Patiente H : *“ Oui, oui, oui. ”*

Ce dernier verbatim illustre ce souhait majeur d’être considérée l’égal d’un assuré social par le médecin généraliste qui prenait en charge la patiente bénéficiant de l’AME. On pouvait identifier dans cette demande d’équité l’aspiration à être considérée comme un assuré social à part entière :

Doctorant : *“Donc un médecin qui écoute. “*

Patiente A : *“Oui, oui, dans toutes les circonstances et dans tous les cas, qu’ils soient AME, qu’ils soient...”*

Doctorant : *“D’accord... quel que soit la personne. “*

Patiente A : *“Quelle que soit la personne oui.”*

3.7.2.2 La Carte Vitale, un symbole de l’accès au statut d’assuré social

La Carte Vitale représentait pour les patients interviewés l’accès au parcours de droit commun.

Doctorant : *“Vous voulez avoir la carte vitale ? “*

Patiente G : *“Oui c’est clair. “*

Doctorant : *“Pourquoi ? “*

Patiente G : *“Parce qu’ils ont beaucoup d’aides par rapport à la médecine, déjà les dentistes que moi je ne peux pas me permettre... Et puis... c’est ça... [la] médecine, comment on va dire, profonde, ou... l’esthétique ou dermatologue ou... Un généraliste ça reste un généraliste. Il nous aide à guérir, et il nous aide moralement... Mais pas les dents, les chutes de cheveux... Ils peuvent nous donner quelques médicaments mais je veux dire, pas une médecine profonde. Ils prennent tout en compte, [c’est une] médecine globale. Donc j’aimerais bien avoir aussi une carte vitale mais pour le moment je suis tranquille, je suis très satisfaite.”*

En dépit d’une satisfaction manifeste concernant les droits ouverts par l’AME, Madame G semblait dans l’attente de bénéficier de la carte vitale, dans l’espoir d’un accès plus élargi à la santé. De même, la patiente J et le patient K exprimaient le souhait d’accéder au parcours de droit commun.

Doctorant : *“Est ce qu’il y a d’autres choses qui auraient pu vous aider par rapport à l’AME ? “*

Patiente J : *“ Je [ne]sais pas trop...j’attends l’autre... “*

Doctorant : *“La CMU ? “*

Patiente J : *“Oui.”*

Patient K : *“Y’a la carte vitale c’est pas comme moi. Lui il a la carte vitale c’est pas comme moi. » Et ça, [ça n’est] pas bon. “*

Doctorant : *“Parce que vous considérez qu’il y a une différence entre la carte vitale et l’AME ? “*

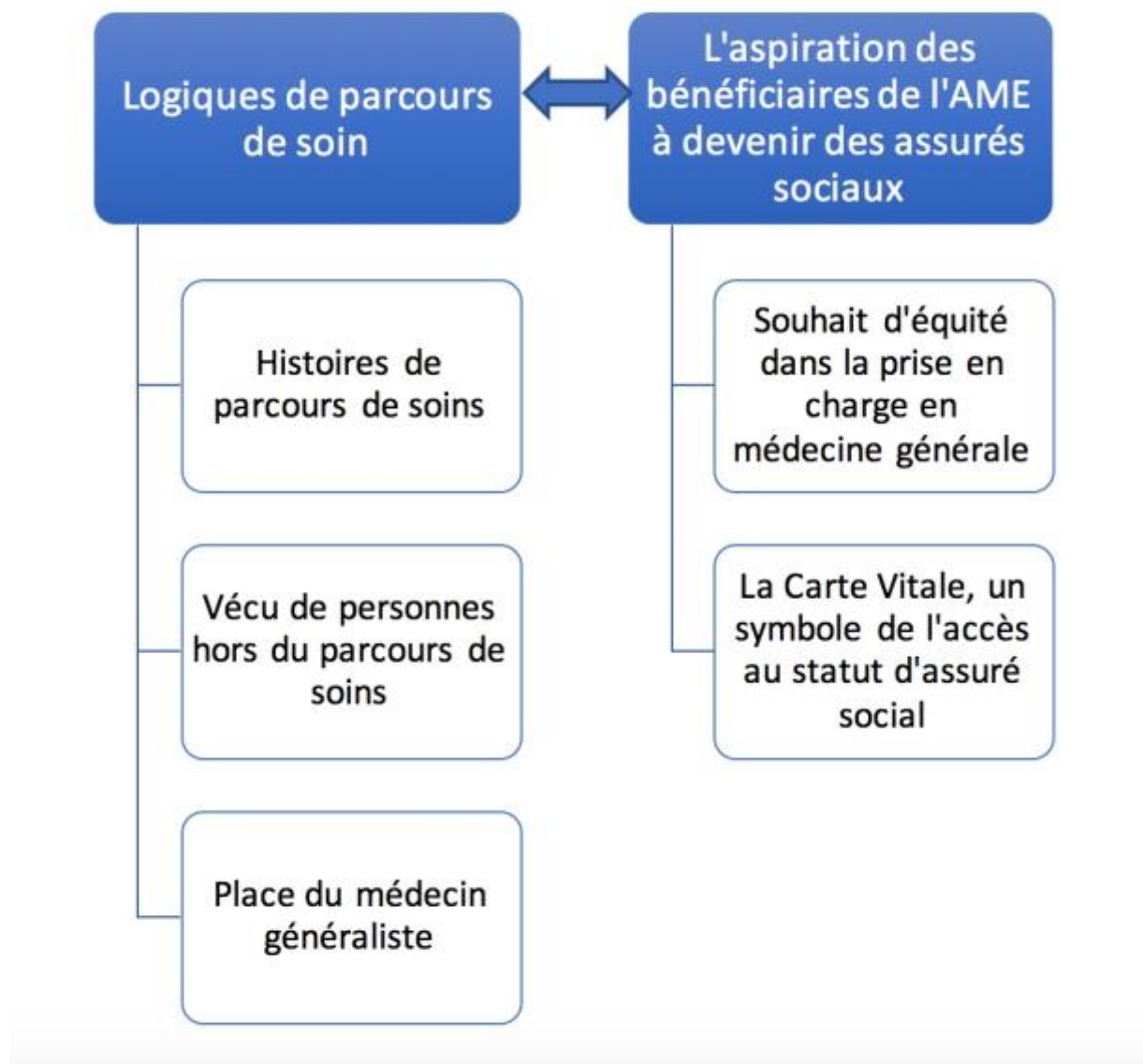
Patient K : *“Oui bien sûr. Moi j’espère la carte vitale [qui est] mieux que l’AME. Et oui, moi j’espère moi.”*

3.8 Synthèse

D’après les propos recueillis auprès de notre échantillon, les patients bénéficiaires de l’AME présentaient un parcours de soins similaire à celui des assurés sociaux, par l’identification d’un médecin référent notamment.

Les patients rencontrés au cours des entretiens paraissaient par ailleurs aspirer à être des assurés sociaux par une demande d'équité dans le soin ou l'aspiration à obtenir la carte Vitale, symbole du parcours de droit commun. Ces éléments traduisaient une volonté de mettre fin à la stigmatisation ressentie dans la prise en charge médicale du fait de la spécificité du dispositif d'AME dévolu aux migrants en situation irrégulière.

Figure 7 : Parcours de soins et aspiration à devenir des assurés sociaux



4 DISCUSSION

4.1 Résultats principaux

Confronté à des patients dont la vulnérabilité sanitaire et sociale impactait le parcours et les représentations des soins, le médecin généraliste se devait de contribuer à une prise en charge médico-psycho-sociale de ces patients. Le tissu social spécifique, sur lequel s'appuyaient les bénéficiaires de l'AME rencontrés au cours de cette étude, était déterminant pour le recours aux soins et la rencontre avec le médecin généraliste. Les patients interviewés faisaient apparaître une relation médecin/patient spécifique, centrée avant tout sur les compétences relationnelles du médecin. Des exigences différentes dans le soin étaient identifiées à l'issue des entretiens. L'aspiration à devenir des assurés sociaux à part entière était manifeste pour les patients rencontrés.

4.2 Discussion méthodologique

4.2.1 Population de l'étude

4.2.1.1 *Discussion des critères d'inclusion*

Notre étude s'est concentrée sur une population spécifique de patients répondant aux critères suivants :

- Actuellement bénéficiaires de l'AME
- Âgés de plus de 18 ans
- Francophones ou accompagnés d'un tiers francophone
- Ayant déjà consulté un médecin généraliste.

Il est important de souligner que les patients actuellement bénéficiaires de l'AME ne constituent pas l'ensemble de la population éligible à l'AME. Le rapport ministériel sur la gestion de l'Aide Médicale de l'Etat établi en 2007 (63) précise que toute la population éligible à l'AME n'engage pas spontanément une démarche d'ouverture de droits, et cela pour de multiples raisons : le manque d'information, le souhait de rester anonyme, la difficulté à constituer un dossier et en particulier à collecter les pièces justificatives nécessaires. Ainsi, il est établi que les personnes en situation irrégulière procèdent rarement à une demande d'AME avant d'avoir un besoin de soins. Le nombre de personnes éligibles à l'AME qui ne font pas

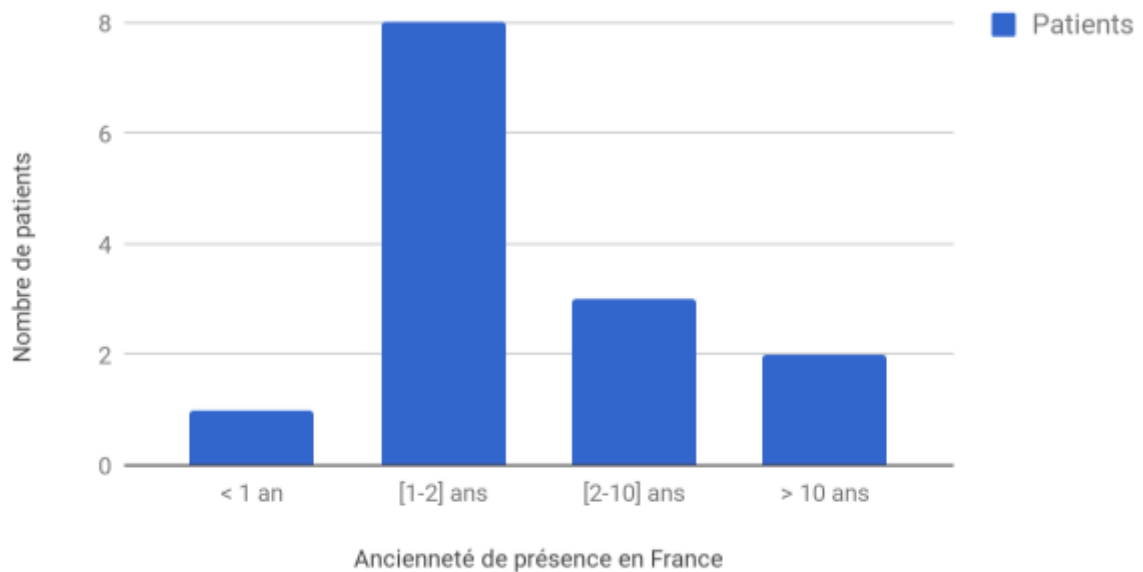
valoir leur droit est extrêmement difficile à chiffrer, dans la mesure où elles se trouvent en situation d'irrégularité. Notre étude s'est ainsi limitée aux patients ayant franchi ces "barrières" d'ordre administratif, en sélectionnant une population "spécifique" parmi les étrangers en situation irrégulière éligibles à l'AME.

De même, les mineurs étrangers en situation irrégulière ont été exclus de notre étude. En effet, l'organisation de leur prise en charge regroupe des logiques différentes inhérentes à la protection de l'enfance (64,65). Nous avons fait le choix de cibler cette étude uniquement sur les personnes majeures.

Les patients éligibles devaient être francophones ou accompagnés d'un tiers francophone, afin de satisfaire une discussion en français permettant d'établir la réalité du ressenti concernant la rencontre avec la médecine générale ambulatoire. La barrière de la langue est un élément déterminant du recours aux soins (63), et la médecine générale ambulatoire est notamment confrontée à cet obstacle dans la prise en charge de patients non francophones. Mais le recrutement d'une population spécifique francophone parmi les bénéficiaires de l'AME constitue un avantage dans la mesure où l'intéressé, affranchi de l'obstacle linguistique, peut aborder au cours de l'entretien une discussion plus en profondeur sur les autres obstacles ressentis à l'accès aux soins et à la santé, et sur la relation avec le médecin généraliste. Nous avons donc pu cibler un discours détaché des questions de barrières de la langue, ceci permettant d'explorer au mieux les autres déterminants du recours aux soins.

On peut également penser que les bénéficiaires de l'AME francophones font partie des migrants qui sont présents depuis plus longtemps en France que les non-francophones. Or, les patients interviewés dans cette étude ont une ancienneté de présence en France qui varie entre moins d'un an et plus de dix ans, ce qui révèle l'importance de la diversité de notre échantillon (*voir graphique 1*).

Graphique 1 : Distribution des patients en fonction de leur nombre d'années en France



Les patients bénéficiaires de l'AME devaient avoir déjà consulté au préalable un médecin généraliste. Il s'agissait de s'assurer une discussion centrée sur le vécu des soins en médecine générale, la relation médecin-patient, les obstacles rencontrés et les éléments pour améliorer la prise en charge.

4.2.1.2 Discussion des lieux de recrutements de l'étude

Le recrutement de patients bénéficiaires de l'AME s'est intégralement réalisé à Marseille. La réelle disparité sociale et économique de la ville rappelée en introduction se matérialise dans les lieux de recrutements de nos patients.

En effet, 3 des 4 patients recrutés via les médecins généralistes vivent dans des quartiers où l'immigration et les difficultés économiques sont les plus importantes : le centre-ville et les quartiers Nord. La faible proportion du recrutement dans les cabinets de médecine générale peut s'expliquer par différents facteurs :

- Le manque de temps de la part des médecins généralistes pour expliquer l'étude au patient bénéficiaire de l'AME
- Le refus de soin envers les bénéficiaires de l'AME (43)
- La confrontation à des médecins non intéressés par l'étude, ou oubli de l'étude en cours

- L'absence de suivi ou l'absence de patient bénéficiaire de l'AME
- Des critères d'inclusion de l'étude non respectés, notamment concernant la maîtrise de la langue française.

Les patients adressés par leur médecin généraliste se distinguent par leur réponse favorable à la requête de ce dernier sans jamais avoir rencontré le doctorant, ce qui peut témoigner d'une relation de confiance avec le médecin déjà bien établie et d'un suivi médical plutôt régulier. Ce mode de recrutement limite probablement les résultats concernant le parcours de soins et le rapport du bénéficiaire de l'AME au médecin généraliste. Il aurait été intéressant de connaître les raisons de potentiels refus de participation à l'étude.

Le travail de recrutement en PMI s'est avéré très fructueux (10 patients recrutés), car de nombreux contacts avec les patients bénéficiaires de l'AME ont pu être réalisés. Outre l'autorisation de réaliser les entretiens au sein même de la structure (ce qui est rassurant pour les interviewés), ce nombre élevé de recrutement peut s'expliquer par la localisation géographique des deux PMI à Marseille, lieux de travail des deux doctorants durant la période de novembre 2016 à mai 2017. En effet, une première structure de PMI était localisée dans un quartier du centre-ville, la seconde dans les quartiers Nord. Toutes deux correspondent à des zones précédemment décrites comme des territoires géographiques à plus forte proportion d'immigrés. De plus, les structures de PMI ont pour vocation de lutter contre les inégalités d'accès aux soins en assurant une protection sanitaire de la famille et de l'enfant (66). Elles assurent un maillage territorial qui prend en charge l'exclusion sociale liée à l'irrégularité de séjour. Elles sont un lieu d'échange majeur d'informations, d'aide administrative et de prévention des risques médico-psycho-sociaux. Leur fréquentation est valorisée par les bénéficiaires de l'AME, qui y voient en elles un lieu essentiel d'accès aux soins et à la santé.

L'importance du nombre de recrutements en PMI et le rôle de celles-ci auprès de la population peuvent expliquer la proportion élevée de sexe féminin dans notre échantillon d'étude (85%). La représentativité de l'échantillon étudié (notamment concernant le sexe) n'est pas requise en étude qualitative (67), contrairement à l'étude quantitative qui nécessite un échantillon représentatif d'individus.

4.2.2 Analyse

Les données issues des entretiens doivent bénéficier d'un traitement afin d'effectuer leur analyse comme le rappellent les auteurs A. Michael Huberman et Matthew B. Miles : *“les*

notes de terrain brut doivent être corrigées, mises en forme, tapées ; les enregistrements doivent être transcrits et corrigés" (68). Ce préalable a été effectué avant l'analyse proprement dite dans l'étude PASSAGE. L'analyse a été menée à l'aide du logiciel Excel. Les logiciels d'analyse qualitative plus spécifiques peuvent accompagner le chercheur dans sa démarche de recherche (69). Il faut toutefois nuancer la pertinence du recours systématique à ces moyens informatiques. La maîtrise technique lors du recours à un logiciel d'analyse de contenu semble nécessaire mais pas toujours acquise. Le risque constitue notamment alors de se *"polariser sur la technique en oubliant la pertinence et la productivité au niveau des résultats"* (70). Aussi, l'emploi d'un outil informatique tel que N-Vivo pour l'analyse ne modifie pas la validité d'une recherche, il est un des outils pour aider à assurer une bonne rigueur scientifique, sans pour autant en être indispensable (71). Enfin, il ne s'agit pas d'une condition indispensable pour mener à bien un projet de recherche. (72).

Par ailleurs, le travail effectué de triangulation entre les deux chercheurs à toutes les étapes de l'analyse ainsi qu'une relecture par le directeur de thèse ont permis de renforcer la rigueur de l'analyse. La triangulation entre en particulier dans les critères de validité interne d'une recherche qualitative (73).

4.2.3 Posture du chercheur

Parfois renvoyés par les patients interviewés au rôle de médecins, les doctorants de l'étude présentée ici se trouvaient éloignés du statut d' "apprenti-chercheur" valorisé par le sociologue Jean-Claude Kaufmann (61).

La position d'*"apprenti-chercheur [auquel il est demandé] de faire progresser la connaissance, d'apprendre à construire l'objet scientifique dans toutes ses dimensions"* (61) était parfois difficile à maintenir lorsque des questions directes sur la propre santé des patients affleuraient. Maintenir une posture de simple chercheur était difficile en raison du vécu de soignants des doctorants. L'intrication des deux postures (soignants/chercheurs) s'explique notamment par la "complexité des implications", la délicate distinction de deux postures complémentaires (74). On peut ainsi aboutir à une posture hybride, "l'impléxité", dans laquelle les deux démarches - le soin et la recherche - sont parfois synchrones (75).

Au cours des entretiens, il s'agissait toutefois de s'assurer que le recueil des propos des interviewés soit le moins influencé par une demande de soins. Cela constituait un enjeu dans la mesure où une grande partie des patients ont été recrutés dans un contexte de soin

(directement par les PMI, lieux de stage des doctorants). Ceux-ci pouvaient dès lors envisager le doctorant les interviewant comme un médecin avant tout. Nous nous sommes efforcés de répondre à cet enjeu de double posture - médecin/chercheur- en focalisant nos questions sur le ressenti du suivi en médecine générale ambulatoire des bénéficiaires de l'AME tout en répondant ponctuellement à des interrogations plus personnelles et d'ordre médicales (comme pour la patiente N en fin d'entretien).

4.3 Discussion des résultats

4.3.1 De l'importance d'une prise en charge globale

L'étude présentée ici a permis d'aborder les conditions de vie des patients bénéficiaires de l'AME et d'évaluer son impact sur le recours aux soins, l'état de santé et le vécu de la prise en charge en médecine générale ambulatoire. L'appréhension généralisée, la précarité, le manque d'information, la carence d'accès à ses droits, le vécu de discriminations et les différentes barrières à l'accès aux soins ont été exprimés comme les conséquences d'une condition sociale particulière. La situation irrégulière était mise en cause, comme indissociable d'une vulnérabilité sanitaire et sociale qui modifiait profondément le parcours de soins et l'accès à la santé.

Il semblait qu'une prise en charge plus globale devait être mise en œuvre. Dans ce cadre, le médecin généraliste, plus qu'un acteur de soin, devenait un acteur majeur de cohésion médico-psycho-sociale pour le patient en situation irrégulière.

4.3.1.1 L'importance d'une dimension sociale dans la prise en charge en médecine générale des migrants en situation irrégulière

La population spécifique sur laquelle porte notre étude (les migrants en situation irrégulière) présentait des conditions matérielles de vie précaires qui impactaient la relation avec le soignant, le suivi médical, et plus globalement les besoins et les attentes de ces patients dans la prise en charge en médecine générale ambulatoire.

La question d'une prise en charge plus globale des patients précaires a été étudiée par différents travaux de recherche qualitative qui ont confirmé l'importance d'une prise en charge médico-sociale avec un travail mieux organisé entre soignants et travailleurs sociaux (38). Une de ces études apporte le témoignage d'un médecin sur ces questions : « *Il faut*

renforcer la place de la médecine libérale dans la prise en compte de la précarité sanitaire, créer des passerelles entre l'exercice libéral et une pratique médico-sociale, renforcer la fonction sociale et de solidarité de proximité du médecin généraliste. » (76).

Une étude portée sur la prise en charge des personnes sans chez-soi en médecine générale à Marseille (77) a précisé l'intensité de la représentation des questions sociales dans la prise en charge en médecine générale ambulatoire de cette population en situation de vulnérabilité, plus ou moins avancée dans le processus de précarisation. Certains médecins soulignaient alors le sentiment de sortir de leur rôle de soignants dans cette prise en charge, qui impliquait trop de temps social ou de parole, lesquels pouvaient être considérés comme du temps non médical. Une autre étude corrobore ces réflexions (78), les médecins soulignaient la « *difficulté qu'il y a à définir le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge sociale* » et exprimaient un manque d'interlocuteur social référent comme le besoin d'une coordination avec le secteur social. Des solutions ont été envisagées, comme la formation d'équipes pluridisciplinaires de type médecin/psychologue/travailleur social. Dans sa thèse, S. Brown relevait aussi le fait que le travail au sein de structures médico-sociales permettait au médecin « *d'élargir son champ de compétences en ce qui concerne la précarité* » et pouvait « *permettre un abord différent du patient* » (79). Une condition majeure retrouvée dans ces études pour améliorer la prise en charge du patient précaire était la mise en place et le maintien d'une continuité des soins, liée non seulement au patient en question (ses capacités d'observance, sa condition sociale, ses représentations) mais aussi aux médecins (leurs attitudes, leur lieu d'exercice, leur capacité d'adaptation) et au système de santé (stratégies développées pour aller vers l'accompagnement notamment).

Ces résultats et pistes de réflexions autour de la prise en charge de la précarité en médecine générale appuient l'importance du rôle du médecin généraliste comme garant d'une cohésion médico-psycho-sociale, mise en avant par les bénéficiaires de l'AME interviewés dans cette étude. D'autres travaux pourraient contribuer à montrer l'importance de tendre vers le rapprochement des secteurs sanitaire et social dans les structures de soins de premier recours ambulatoire. Par ailleurs, des solutions ont été avancées, comme l'exercice médical en microstructures de santé en collaboration avec des psychologues et des travailleurs sociaux, pour répondre de manière plus adaptée aux besoins de santé des populations en situation de précarité, voir à l'ensemble des patients présentant des problématiques de soins complexes.

4.3.1.2 *Les liens entre la santé et l'exclusion sociale*

De nombreuses études ont tenté de faire le point sur la question de l'impact des processus d'exclusion sociale sur les risques de santé et sur leur prise en charge – par l'individu lui-même et, en regard, par le système de soins existant (80,81). Il en ressort que les difficultés d'accès à la santé sont plus importantes pour les personnes en situation de grande exclusion et qu'elles se trouvent frappées, d'une certaine façon, d'une « *triple peine* » : plus exposées à la maladie, elles sont aussi les moins réceptives aux messages de prévention et ont moins recours au système de soins. Et s'il n'existe pas de maladie spécifique à l'exclusion sociale, il y a bien en revanche une accentuation des pathologies, y compris parfois de pathologies en régression dans le reste de la population telles que la tuberculose, et une fragilité plus importante. Cette fragilité, mise également en évidence dans cette étude, porte notamment sur l'état psychologique de ces personnes qui manquent d'estime de soi et sont plus sujettes que la population générale à des angoisses et troubles psychosomatiques (82).

Le rapport « Santé et précarité » de l'URCAM (Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie) (83) précise à ce titre que l'exclusion est intimement liée à des sentiments d'inutilité sociale et de dévalorisation de soi, qui entraînent une intense souffrance psychique et la difficulté de s'insérer dans un tissu relationnel. C'est aussi cette souffrance qui peut conduire au renoncement aux soins et finalement à l'adoption de comportements pathogènes qui aggravent une vulnérabilité souvent déjà importante aux maladies organiques et psychiques. Cette description s'intègre parfaitement à l'exemple de la patiente A de cette étude, qui se sentait dévalorisée, qui manquait d'estime de soi, et qui présentait des troubles anxio-dépressifs. Cette souffrance psychique globale a dominé la souffrance physique de cette patiente (insuffisance cardiaque aigüe) et était responsable d'un retard au recours aux soins, mettant en jeu son pronostic vital.

Ces éléments confortent l'importance de la condition sociale sur l'état de santé et la nécessité pour le médecin généraliste d'une prise en charge médico-psycho-sociale adaptée à ses patients victimes d'exclusion sociale, dont font partie les bénéficiaires de l'AME. Il apparaît également que l'exclusion sociale freine l'accès à la santé et la dégrade, ce qui met en lumière la nécessité d'adopter des stratégies ambitieuses de lutte contre l'exclusion

4.3.1.3 La promotion de la santé et les migrants en situation irrégulière

Un texte de référence sur la promotion de la santé est la Charte d'Ottawa (84), adoptée par l'OMS le 21 novembre 1986. Elle énonce : « *La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé* ». L'exclusion sociale constitue un obstacle à ces “*préalables indispensables*” (80,81), et d'après cette Charte, toute réelle volonté de promotion de la santé oblige de répondre aux besoins fondamentaux des individus. Dans le cas des migrants en situation irrégulière, la promotion de la santé nécessite donc des mesures favorisant leur insertion sociale, qui ne peuvent par définition être envisagées sans la régularisation de leur statut. La nécessité d'obtenir un titre de séjour en France a été soulignée dans cette étude. Les bénéficiaires de l'AME interviewés semblaient être conscients que, comme le précise la Charte d'Ottawa, “*la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur de la santé [...]*” mais “*appelle une diversité et une complémentarité de réponses politiques*”(85) pour assurer l'accès effectif de tous à un certain nombre de conditions et de ressources.

L'ensemble de ces éléments corroborent l'idée que la santé peut être définie comme un processus dynamique dépendant des conditions matérielles d'existence, elles-mêmes déterminées par le statut social. Ce dernier constitue un déterminant de santé à part entière (86). Des réflexions ont poussé à l'émergence d'une volonté politique de lutter contre la précarité et pour la santé, axée sur la résorption des divers facteurs d'exclusion sociale, et sur l'accès aux soins. La loi 98-657 du 29 juillet 1998 (87) d'orientation relative à la lutte contre les exclusions énonçait dans le premier alinéa : « *la lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation* ». Son deuxième alinéa poursuivait ainsi : « *La présente loi tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance* ». En 2017, vingt ans après la définition de cet objectif prioritaire, « *l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux* » n'est toujours pas garanti, dans la population générale et particulièrement pour les migrants en situation irrégulière. Pour ces derniers, l'explication

proposée par le GISTI (Groupe d'information et de soutien des immigrés) est la suivante : les politiques migratoires restent toujours prioritaires sur l'objectif "*d'accès effectif de tous aux droits fondamentaux*" (88). La situation actuelle aboutit donc à nier leur droit personnel, fondamental et universel à l'accès aux soins, en majorant encore davantage leur précarité (88).

4.3.2 Un tissu social spécifique qui renforce le recours aux soins et l'accès à la santé

"Il est souvent impossible pour un demandeur isolé de lever un obstacle sans aide" (guide COMEDE édition 2015 (5))

L'accès aux droits et à la santé concernant les migrants en situation irrégulière doit amener une réflexion sur le fonctionnement même de notre société et les différents acteurs qui interagissent avec les populations les plus précaires. Parmi elles, les étrangers en irrégularité de séjour, qui sont soumis à une exclusion sociale majorant les difficultés d'accès aux soins.

4.3.2.1 *Les liens communautaires*

Les bénéficiaires de l'AME interviewés dans cette étude ont accordé une place centrale au tissu social spécifique avec lequel ils interagissent. Le rôle notamment assuré par l'entourage (familial ou non) était primordial, de l'aide à l'accès aux droits à la rencontre avec la médecine générale ambulatoire, en passant par le soutien financier et moral. Les actions de ces "*médiateurs communautaires de santé*" (89) établissaient, comme précisé par Emmanuel Ricard dans le numéro 392 de la Santé de l'homme consacré à la santé des migrants, un "*trait d'union*" entre professionnels de santé et du social et migrants. Une étude (90) appuie également l'importance de l'entourage du migrant en situation irrégulière concernant le recours aux soins, l'aide apportée pour effectuer les démarches administratives et les formalités, ainsi que l'amélioration des modalités d'existence (logement et ressources financières principalement).

Ce que l'on définit comme « entourage » du patient dans cette étude se rapporte à la définition sociologique de la communauté. Cette dernière est définie comme un regroupement de personnes autour d'une thématique commune (91). Les communautés peuvent être plus ou moins cohésives et leurs membres peuvent partager entre eux une certaine culture, des normes et des valeurs. Selon le médecin Arnaud Veïsse, le caractère traumatique de l'exil et le déracinement qu'ont pu vivre les migrants renforcent ce sentiment d'appartenance

communautaire (92). Il faut cependant rappeler que les migrants en situation irrégulière constituent un groupe sociologique hétérogène qui est d'autant plus uni par l'attitude collective que la société, en tant que tout, adopte à son égard (93).

La législation française se montre particulièrement attentive aux sujets en situation irrégulière, et peut les condamner de multiples façons. Jusqu'en 2012, le fait, pour une étrangère ou un étranger, d'entrer et/ou de séjourner irrégulièrement (sans titre de séjour) en France était considéré comme un délit passible d'un an de prison, d'une amende de 3 750 euros et d'une interdiction du territoire français (94). À la suite de plusieurs décisions de la Cour de justice de l'Union européenne, la loi n° 2012-1560 du 31 décembre 2012 (95) a aboli le délit de séjour irrégulier mais a maintenu tous les autres dispositifs qui permettent de contrôler et d'éloigner les migrants en situation irrégulière. Dans notre étude, de nombreux patients ont évoqué le stress et la vulnérabilité liés à leur séjour irrégulier, sous différentes formes (isolement, appréhension du regard des soignants, non recours au soin, méconnaissance de ses droits ou détresse psychologique). En 2012, plus de la moitié (56 %) des personnes en situation irrégulière reçues dans les CASO (Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation) de Médecins du Monde déclaraient limiter leurs déplacements par peur des arrestations (94).

Le GISTI décrit la situation actuelle concernant les migrants en séjour irrégulier comme *“visant directement ou indirectement à [les] empêcher d'exercer leurs libertés les plus fondamentales et de vivre dans la dignité* (96). Elle les oblige à s'organiser à travers un tissu social spécifique (retrouvé dans cette étude) pour vivre une existence la plus sécurisée possible. Les bénéficiaires de l'AME interviewés ici ont souligné le rôle joué par les liens communautaires dans ce contexte. Ils contribuent à former une structure sécurisante, insuffisante cependant, pour faire face aux conséquences du vécu de l'exclusion sociale (peur omniprésente, précarisation, isolement, difficultés d'accès aux droits et aux soins) (90). D'autres études pourraient étayer les liens entre le renforcement communautaire et l'exclusion sociale, en évaluant leur impact sur le recours aux soins et l'accès à la santé des migrants en séjour irrégulier.

4.3.2.2 *L'importance des ONG et des associations*

Le quotidien d'une existence illégale en France nécessite également l'aide de structures associatives spécialisées dans les domaines de la précarité et de l'accès aux droits fondamentaux (91). Dans cette étude, les bénéficiaires de l'AME confirmaient le caractère

essentiel de l'activité d'ONG et d'associations pour leur rencontre avec le médecin généraliste. Le rapport 2014 de l'Observatoire de Médecins du Monde (97) révèle que les principaux obstacles à l'accès aux soins sont les difficultés administratives, la méconnaissance des droits et des structures, et la barrière linguistique. L'étude PASSAGE, qui s'est affranchie de la barrière linguistique, a permis de souligner l'importance des associations pour l'accès à l'information et pour l'aide fournie sur le plan administratif pour bénéficier de soins adaptés dans le cadre d'un parcours de soins se rapprochant du parcours de soins coordonnés.

L'accès aux soins des individus, indépendamment de leur statut et de leur pays d'origine, est un droit fondamental et international. D'après l'OMS, chaque pays doit donc s'engager à garantir le "droit à la santé" et à respecter l'accès de chacun aux services de santé de base (98). Cependant, l'OMS et des ONG travaillant dans le domaine de la santé et de l'accès aux soins des migrants soulignent l'existence (et la persistance) du non-respect de ces normes et de leurs conséquences sur l'émergence de processus d'exclusion et de marginalisation des migrants, et en premier lieu des migrants les plus pauvres (99). Le non-respect de ce droit ou son contournement conduirait à la mise en place de processus discriminatoires, directs ou indirects, toujours préjudiciables à la santé des individus. Ainsi, l'introduction de caractères de différenciation entre nationaux et non-nationaux aurait pour conséquences immédiates de retarder ou entraver les démarches médicales des migrants et d'aggraver leur état de santé (100).

Les recours aux soins des migrants, outre leur statut (situation régulière, irrégulière, réfugié, demandeur d'asile), sont rendus très complexes par la multiplication des niveaux d'intervention et de décision qui s'y attachent. En effet, les recours aux soins et la santé sont déterminés à la fois dans le cadre des politiques de la santé, mais aussi dans celui des politiques de l'immigration et du social. Selon la géographe et sociologue Anne-Cécile Hoyez (101), le terme de "santé des migrants" ne peut se définir que par une construction mêlant :

- Les déterminants sociaux de la santé
- Les impacts des politiques d'immigration, du social et de la santé publique, à différentes échelles
- Les pratiques de soins des migrants et des professionnels de santé travaillant à leur contact

- Les contextes de l'action citoyenne à destination des migrants (qu'il s'agisse d'initiatives de la population générale ou de la population migrante).

La richesse de cette définition rend compte des différentes actions qui peuvent être menées par les ONG. Ces dernières ont un rôle particulièrement déterminant en interpellant les pouvoirs publics sur l'impact des politiques de l'immigration et du social concernant l'accès à la santé. Par exemple, Médecins Sans Frontières (MSF) a appelé les Parlementaires en octobre 2010 (102) à se prononcer contre la réforme de l'AME, en justifiant mesure par mesure la dangerosité qu'elle représentait pour ses bénéficiaires et pour l'état de santé de la population de manière plus générale.

L'implication des acteurs associatifs pour défendre les droits fondamentaux des migrants en situation irrégulière et leur accès au système de soin, confirme les éléments retrouvés dans cette étude concernant l'importance des ONG et des associations. Elles peuvent agir en faveur d'une véritable protection sociale pour les plus démunis, en coopération avec les travailleurs sociaux dont l'action a été de nombreuses fois soulignée et valorisée au cours des entretiens de cette étude.

4.3.2.3 *L'action des travailleurs sociaux*

Le COMEDE précise dans son guide de 2015 (5) , concernant les étrangers en situation irrégulière, que « *l'information délivrée par les travailleurs sociaux, au besoin à l'aide d'un interprète, est déterminante. Le patient doit comprendre l'intérêt des démarches et leur logique : seule l'AME garantit la dispense d'avance des frais pour tous les soins. Il doit être prévenu des diverses exigences (attestations d'identité, de résidence, de domiciliation/hébergement, de ressources) et du risque de refus lors de sa première demande ou de la demande d'instruction prioritaire pour revenir solliciter l'intervention du professionnel ou de l'association et assurer le suivi de cette demande.* »

Cependant, l'action des travailleurs sociaux peut être perturbée par l'influence des contraintes managériales sur le traitement des dossiers d'AME. Selon l'enquête réalisée par la sociologue Céline Gabarro (103), il s'avère que les cadres du service sont notés et donc primés en fonction des résultats de leurs agents. Les gestionnaires de clientèle sont évalués sur leur capacité à tenir les temps d'attente et de réception des usagers (temps de passage chronométré par la délivrance d'un ticket au guichet), mais également selon leur taux d'erreur, calculé au prorata du nombre de dossiers qu'ils ont envoyés au service d'instruction des dossiers et du

nombre que ce dernier leur a retourné pour manque de justificatifs. Lors des évaluations annuelles, ces erreurs sont prises en compte pour juger des promotions ou augmentations de salaire. L'enjeu pour les gestionnaires de clientèle est donc élevé. Cela explique probablement le fait que certains d'entre eux aient tendance à exiger du demandeur la production d'un maximum de documents qui ne conditionnent pourtant pas l'obtention de l'AME. L'auteur a régulièrement observé que pour éviter d'accroître leur taux d'erreur, les gestionnaires de dossiers privilégiaient les retours ou les refus. L'ensemble de ce dispositif de "contrôle-rétributions-sanctions" génère une pression constante qui, ajoutée aux impératifs de productivité, a des conséquences néfastes sur le traitement des dossiers d'AME.

La complexité des démarches administratives a de nombreuses fois été citée par nos patients interviewés, malgré l'absence de la barrière linguistique qui constitue un frein supplémentaire à l'accès aux droits. Le Professeur Olivier Bouchaud, dans son ouvrage *Prise en charge des migrants en situation de précarité* (104) publié en 2007, souligne l'importance de l'intervention de travailleurs sociaux pour faire aboutir leurs démarches administratives. Celles-ci sont constituées d'une "multitude d'étapes à franchir et le nombre de documents à fournir découragent dans la pratique les patients éligibles à l'AME et sont responsables d'abandon fréquents de l'accès à ses droits". Il souligne que "les réponses institutionnelles sont d'une grande complexité" pour justifier le recours aux travailleurs sociaux (104).

Leur rôle essentiel d'aide, d'information et de suivi, en plus de consolider le tissu social spécifique dont peuvent bénéficier les étrangers en situation irrégulière, assure un contact humain bienveillant et bienvenu dans une situation psycho-sociale complexe. Il apparaît dès lors nécessaire de renforcer les capacités des services sociaux à répondre aux besoins des demandeurs, en les faisant accéder à leurs droits. Le recours aux soins et la rencontre avec le médecin généraliste dans le cadre d'un parcours de soins en dépendent.

4.3.2.4 La notion de "capital social"

Le « *capital social* » peut être défini comme un réseau interpersonnel qui facilite la confiance mutuelle. Il est considéré comme un important déterminant de l'état de santé des populations en facilitant l'accès des individus à certaines ressources. Ce « *réseau* » permet par exemple de diffuser des informations sur les ressources médicales disponibles ou sur les filières de soins, ce qui permet *in fine* d'accroître l'accès aux soins (105). Cette notion peut être confondue avec ce que l'on nomme dans cette étude le « *tissu social spécifique* ». Il s'agit d'un soutien

composé de l'ensemble du réseau propre à l'individu et qui contribue à son accès aux droits, aux soins et à la santé. Il est composé des acteurs associatifs, communautaires et sociaux qui interagissent avec l'individu et entre eux.

L'enquête SIRS (Santés, inégalités, ruptures sociales) a permis d'explorer plus en détail les liens entre le soutien social et le recours aux soins chez les patients précarisés (106). Il en ressort que plus le soutien social est fort, plus le recours aux soins de ville est fréquent. Après ajustement sur l'ensemble des caractéristiques connues qui influencent le recours aux soins (comme le sexe, l'âge, la présence de maladies chroniques, la qualité de la couverture maladie), les auteurs ont constaté que les personnes ayant un soutien social fort ont deux fois plus recours aux soins ambulatoires que celles ayant un soutien social faible (OR : 1.92). Le lien entre recours aux urgences et le soutien social a également été observé. Il en ressort qu'à âge, sexe, couverture maladie et nombre de maladies chroniques déclarées identiques, les personnes se sentant seules ont davantage recours aux services d'urgences que les personnes se déclarant entourées (OR : 1.5). L'enquête a émis l'hypothèse d'une plus faible opportunité de contacts et de conseils médicaux pour ces patients ayant un soutien social plus faible.

L'enquête de la DREES (34), qui concerne les bénéficiaires de l'AME ayant recours aux soins, révèle que seules 10% des personnes interrogées déclarent ne pouvoir compter sur aucun soutien familial ou amical. Cela vient corroborer l'idée que les bénéficiaires de l'AME ayant recours aux soins ont un meilleur tissu social.

Dans le calcul du score EPICES, qui est un score de précarité créé en centre de santé en 1998 (107), les coefficients attribués au réseau social de l'individu correspondent au tiers du score, ce qui met en évidence l'importance du tissu social sur le niveau de précarité et donc sur l'accès aux soins et à la santé. De plus, Caroline Berchet et Florence Jusot ont réalisé, en 2009, un travail visant à étudier les inégalités sociales de santé observées entre la population française et la population immigrée. Elles ont également analysé dans ce travail la contribution relative des déterminants sociaux de la santé à la différence de santé existante entre ces deux sous-populations (105). Parmi l'ensemble des caractéristiques considérées (sexe, âge, revenus, niveau d'étude, statut migratoire, catégorie socioprofessionnelle, type de ménage), le « capital social » présente la contribution la plus importante (54%) sur les disparités de santé devant le revenu (42,5 %) et la catégorie socioprofessionnelle (16 %). Ces données ne concernent que les migrants en situation régulière, mais elles donnent une idée de

l'importance de ce facteur pour l'ensemble des migrants. Enfin, des conclusions similaires ont été constatées dans d'autres pays (108).

Il apparaît nécessaire, compte tenu de la littérature et des résultats de cette étude, de renforcer les liens sociaux constituant le « capital social » (ou « tissu social spécifique »), afin de favoriser le recours aux soins et la prise en charge en médecine générale ambulatoire.

4.3.2.5 Accès à une information de meilleure qualité pour les migrants

La méconnaissance du système de santé des bénéficiaires de l'AME dévoilait la nécessité d'un accès favorisé à l'information. Une de nos hypothèses pour y répondre était d'évaluer l'apport d'un guide d'information sur l'AME. Dans cette étude, les différents entretiens ont appuyé la constitution de ce guide, en précisant des demandes spécifiques concernant les démarches administratives et les limites de la gratuité des soins avec l'AME. Cependant le guide manuscrit était perçu plutôt comme un complément à l'apport de l'environnement social du patient, qui restait la principale source d'informations. En effet, ce dernier était valorisé et décrit comme porteur de bienveillance. L'aide directe par une personne était indispensable à maintenir et à augmenter, pour faire face à la vulnérabilité sanitaire et sociale inhérente au vécu de la situation irrégulière et ses conséquences sur le recours aux soins et l'accès à la santé.

Le guide de l'urgence sociale à Marseille, publié par le Samu social (voir *annexe 4*), semble appuyer cette démarche d'augmenter le contact humain pour un meilleur accès à l'information. Ainsi, il précise dès ses premières lignes : « *Dans ce guide, vous trouverez des lieux où manger, dormir, vous faire soigner, vous habiller et tout cela gratuitement. Vous rencontrerez des hommes et des femmes à votre écoute qui vous renseigneront sur vos droits.* ». Le guide d'information peut être considéré comme un supplément aux structures associatives assurant un contact bienveillant, rassurant et un suivi adapté à chacun selon ses besoins. Le médecin généraliste peut également jouer un grand rôle dans l'accès à l'information, en adressant le bénéficiaire de l'AME vers ces structures adaptées et/ou en le guidant dans les différentes démarches à réaliser en fonction de ses compétences.

L'importance de l'accès à une meilleure information sur ses droits, notamment ses droits à la santé, a été mise en évidence dans cette étude à de multiples reprises. Un exemple révélateur est celui de la patiente G, qui, enceinte, a renoncé à la réalisation de l'échographie obstétricale devant l'obligation de payer. Ce renoncement aux soins peut avoir des graves conséquences

sur la santé de la mère comme de l'enfant à venir. Plutôt que d'insister sur la nécessité de payer les soins et les examens paracliniques en l'absence de couverture maladie, une réorientation vers un établissement de santé aurait permis à la patiente G de bénéficier gratuitement (dans le cadre du dispositif des soins urgents) d'examens complémentaires indispensables en cours de grossesse. On retrouvait donc une méconnaissance du dispositif existant de la part de la patiente, mais aussi du personnel de santé consulté. Des études pourraient contribuer à relever les méconnaissances des dispositifs d'accès aux soins, en précisant que ces dernières se trouvent du côté des patients (notamment des migrants) mais également du côté des soignants et personnels de santé. Ainsi, l'accès à une information de qualité pour les migrants pourrait dépendre en partie de l'accès à une meilleure formation des soignants et personnels de santé sur les dispositifs d'accès aux soins existants.

D'après cette étude, l'information orale, individuelle et adaptée semble d'une efficacité supérieure à la simple disposition de documents écrits d'informations sur l'accès aux droits et à la santé, pour les migrants en situation irrégulière. Dans ce cadre, il convient de développer les moyens d'accès aux droits fondamentaux et de renforcer les dispositifs publics, associatifs et communautaires existants. D'autres études pourraient consolider l'importance du dialogue en face à face avec le demandeur d'aide en question, victime de processus de précarisation ou d'exclusion.

4.3.3 Quelle relation médecin/patient pour les bénéficiaires de l'AME ?

Les rapports médecin/patient pour les bénéficiaires de l'AME rencontrés s'articulaient autour d'attentes relationnelles fortes – les compétences cliniques des médecins intervenant de manière moins importante. La relation de confiance apparaissait comme un élément fondamental dans ce cadre.

4.3.3.1 Comparaison de la prise en charge en médecine générale ambulatoire avec la population générale

Dans l'étude PASSAGE, on distinguait certaines attentes de la part des bénéficiaires de l'AME dans la relation médecin/patient communes à la population générale, nécessitant une réponse à la fois relationnelle et clinique. Les attentes relationnelles tout comme l'attente de compétences cliniques déterminent les rapports médecin/patient dans la population générale (109). On notait toutefois parmi les bénéficiaires de l'AME des compétences relationnelles

escomptées qui primaient sur les compétences cliniques. D'autres études ne corroborent pas complètement ce constat effectué dans l'étude PASSAGE (110).

Au centre du rapport médecin/patient, on distinguait la relation de confiance identifiée également par le médecin Alice Marron-Delabre dans son travail de recherche qui explorait le vécu de la relation médecin/patient des patients en situation de précarité. Cette relation de confiance doit se fonder sur une compétence reconnue comme l'énonce cette étude précédemment citée. Cependant elle n'évoque pas "*d'attente relationnelle supplémentaire induite par [la] précarité*" des patients rencontrés.

Par ailleurs dans ce "colloque singulier" (111) qu'est la relation médecin/patient, différents mécanismes psycho-affectifs interviennent et peuvent expliquer l'établissement de liens étroits entre médecins et patients. Certains patients bénéficiaires de l'AME interrogés développaient une affection importante, d'autres maintenaient un rapport paternaliste. Ces résultats semblaient contraster avec les rapports médecin/patient retrouvés dans la population générale. Au sein de celle-ci, la littérature semble attester d'un abandon du concept de paternalisme au profit d'une place plus importante accordée à la notion de consentement informé du patient (112). Une relation de partenariat au détriment d'un paternalisme détermine ainsi de plus en plus les rapports médecins/patients (113). Une étude évoque des attentes au sein de "focus groups" diversifiés que nous avons mis également en évidence à l'issue des entretiens effectués (114) : les compétences techniques (bénéficiaire de l'expertise d'un somaticien), les aspects relationnels tels que l'identification d'un médecin de "famille", une capacité de réassurance. L'abandon du paternalisme au profit d'un partenariat est toutefois souhaité a contrario de certains bénéficiaires de l'AME rencontrés.

4.3.3.2 La prise en charge en médecine générale ambulatoire doit-elle être spécifique pour les bénéficiaires de l'AME et pour les migrants de manière générale ?

Une approche transculturelle est parfois valorisée dans le soin des migrants : les expériences dans le domaine de la santé mentale du centre Françoise Minkowska attestent de cette démarche (115). Il s'agit ainsi avant tout de resituer le sujet migrant dans sa trajectoire culturelle et de saisir la complexité de ses maux/mots en intégrant les variables culturelles (116). Dans les mesures concrètes d'accompagnement dans le soin, le recours à un interprofessionnel est revendiqué dans certaines études (117,118). Dès lors doit-on considérer comme nécessaire une approche spécifique du soin des migrants (et plus

particulièrement des bénéficiaires de l'AME) ? La PASS, "dispositif d'exception" (119) questionne cette nécessité de prendre en charge les migrants plus spécifiquement. La PASS apparaît avant tout comme le révèle Thomas Collin dans sa thèse sur le parcours de soins des consultants de la PASS de Chambéry (119) comme une structure palliant "*les dysfonctionnements du système de santé*". Il apparaît en outre à travers une étude de 2005 consacrée à la santé des migrants en France menée par les médecins Vincent-Pierre Comiti et Jacqueline Patureau que les pouvoirs publics se doivent de développer ce type de dispositifs d'exceptions associés à l'accès aux structures en santé de droit commun (120).

Ainsi il semble indispensable d'associer les deux démarches d'accompagnement dans le soin des patients migrants en situation de précarité : des dispositifs dits « d'exception » associés à un relais dans le parcours de droit commun.

4.3.4 Parcours de soins en question et nécessité du statut d'assuré social

4.3.4.1 "*Parcours de soins*" des bénéficiaires de l'AME

Les bénéficiaires de l'AME sont dépourvus de la possibilité de bénéficier d'un parcours de soins coordonnés tel que le définit la loi du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie (47). En effet ce parcours de soins coordonnés - la coordination des soins avec les différents intervenants en santé effectuée par un médecin traitant - est réservé aux assurés sociaux.

Cependant l'étude PASSAGE a révélé un suivi en santé des bénéficiaires de l'AME similaire à celui des assurés sociaux. De nombreux patients identifiaient un médecin référent (certains le nommant même "médecin traitant") et consultaient des spécialistes en ayant au préalable vu ce médecin référent. Une sorte de "parcours de soins" spécifique se constituait ainsi pour ces patients, en particulier pour les patients présents depuis plus de deux ans en France. Une étude datant de 2003 (121) précise que l'absence d'assurance maladie, la migration récente (moins de 3 ans) et un isolement social limitaient le recours à la médecine de ville. Les personnes rencontrées au cours de cette étude, qui bénéficiaient pour certaines d'un soutien conséquent de l'entourage et d'une antériorité de présence relativement longue sur le territoire français, présentaient donc pour partie moins d'obstacles au recours au système de droit commun. Leur parcours de soins s'apparentait ainsi en partie à celui des assurés sociaux.

4.3.4.2 *La réalité du dispositif d'AME*

L'étude présentée ici a mis en évidence de nombreux obstacles à l'accès aux soins et à la santé des migrants en situation irrégulière. Si la mise en place de la CMU en juillet 1999 par le gouvernement Jospin a permis de faciliter le recours aux soins pour les migrants en situation régulière et stable, elle a aussi « *aggravé l'exclusion des étrangers sous titres de séjour précaires et des sans-papiers* » (122). Certaines études ont pu constater que le dispositif n'améliorait pas l'accès aux soins de ces populations dans les faits (123–125).

Concernant le comportement des professionnels de santé, et particulièrement des médecins généralistes qui peuvent occuper un rôle majeur dans la prise en charge des étrangers en situation irrégulière, la stricte adéquation entre une situation de séjour (l'irrégularité du séjour) et une catégorie du droit social (l'AME) favoriserait le développement d'une logique de suspicion et de vérification (126). Ces professionnels sont en effet tenus de vérifier la situation au regard du séjour de l'ensemble des étrangers afin de déterminer lesquels d'entre eux sont exclus de l'assurance maladie et relèvent de l'AME. De surcroît, une étude réalisée en 2008 par la DREES (34) révélait que les modalités administratives de règlement de la consultation pour un patient bénéficiaire de l'AME apparaissaient complexes pour les professionnels de santé en médecine de ville, et que les médecins généralistes rencontrés faisaient part de délais de remboursement parfois plus long. Peuvent alors s'accrocher aux pratiques légalement prescrites de vérification au regard du séjour de l'ensemble des étrangers, des pratiques potentiellement xénophobes (126). L'étude présentée ici a permis d'explorer ces phénomènes, ressentis par les patients interviewés comme des expériences personnelles de discrimination dans le parcours de soins. Les « barrières professionnelles » constituaient clairement un obstacle au recours aux soins et de manière plus générale à la promotion de la santé des migrants en séjour irrégulier.

Les politiques gouvernementales ayant étudié la question de l'AME souhaitent effectivement “*garantir l'accès aux droits et aux soins des étrangers en situation irrégulière*”, mais en maintenant et “*en améliorant l'efficacité du dispositif*” d'AME. En 2007, un rapport ministériel concernant la gestion de l'AME (63) précise les raisons évoquées par le gouvernement Fillon pour maintenir l'exclusion de tout étranger en situation irrégulière du statut d'assuré social :

“ [L’attribution du statut d’assuré social aux étrangers en situation irrégulière] impliquerait de revoir un des principes sur lesquels est bâti le droit à la Sécurité sociale en conférant à cette dernière une universalité inédite, alors même que la régularité du séjour constitue le discriminant entre assuré social et bénéficiaire de l’AME.”

Or, le droit à la Sécurité sociale (mise en place en 1945 (127)) n’est pas bâti sur le principe de régularité de séjour, qui a été instauré plus tardivement avec la “loi Pasqua” (1993 (24)). Comme rappelé dans l’introduction de ce travail, les trois principes fondamentaux qui prévalaient lors de la fondation de la Sécurité sociale étaient les suivants : l’égalité d’accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité (6).

“Les aménagements proposés doivent demeurer neutres par rapport à la politique d’immigration et ne pas avoir pour effet d’accroître l’attractivité du territoire national.”

Or, un rapport établi en 2009 par Médecins Du Monde, fondé sur une enquête effectuée dans onze pays européens, révèle que la santé n’est citée que dans 6 % des motivations à la migration et que « *les sans-papiers qui vivent en Europe ne sont pas venus pour « profiter » du système social et médical européen ni pour se faire soigner* » (128). Dans ce contexte, l’ONG demande explicitement que « *les politiques de santé cessent d’être assujetties aux politiques d’immigration* » (129).

Ce rapport ministériel avoue par ailleurs que « *l’absence de reconnaissance de la qualité d’assuré social aux bénéficiaires de l’AME rend inapplicable la maîtrise médicalisée et le suivi mis en œuvre pour les assurés sociaux* », concédant de fait que l’absence du statut d’assuré social est un obstacle à la promotion de la santé.

Ces différents éléments contribuent à illustrer la réalité du dispositif d’AME et la nécessité, pour améliorer l’accès aux soins de cette population dans les faits, de mettre fin à leur stigmatisation dans le domaine de la santé en attribuant le statut d’assuré social à tous les résidents en France.

4.3.4.3 Pour une couverture maladie réellement universelle

Cette étude a montré une vision contrastée de l’AME chez ses bénéficiaires. Bien que valorisé, ce dispositif représentait pour eux un outil insuffisant et stigmatisant. L’exclusion sociale dont ils se disaient victimes dominait le ressenti des soins, avec des conséquences néfastes sur l’accès à la santé. La volonté exprimée était, outre l’obtention d’un titre de séjour,

celle d'un passage dans le droit commun. Il était symbolisé par la possession d'une « carte Vitale », en premier lieu pour lutter contre de potentielles attitudes discriminantes, mais aussi pour élargir le panier de soins disponible (soins dentaires et médicaments à faible SMR principalement). La carte Vitale, et donc le statut d'assuré social dans le parcours de soins coordonnés, leur paraissait déterminante pour un accès optimal aux soins et une rencontre avec la médecine générale ambulatoire de meilleure qualité, avec notamment le droit de choisir un médecin traitant.

De nombreuses associations défendent la fusion de l'AME avec la CMU, devenue protection universelle maladie ou PUMA depuis le 1^{er} janvier 2016 (130)², pour que les migrants en situation irrégulière puissent bénéficier du statut d'assuré social. Les témoignages des patients bénéficiaires de l'AME dans notre étude appuient l'argumentation d'associations qui exigent une couverture maladie réellement universelle, pour les raisons principales suivantes :

- L'accès aux soins est droit fondamental et universel (88).
- L'AME constitue en lui-même un dispositif stigmatisant, renforçant l'exclusion du reste de la population.
- L'existence de difficultés multiples pour l'obtention de l'AME (démarches administratives complexes, méconnaissance des droits, ...) est un frein à l'accès aux soins.
- L'offre de soin de l'AME est inférieure à celle couverte par la CMU complémentaire.
- Le recours plus tardif aux soins est source de dépenses de santé supplémentaires et de dégradation de l'état de santé.

Les bénéfices d'une fusion AME/PUMA seraient les suivants (131) :

- Simplifier et permettre une efficacité renforcée avec une meilleure prévention
- Des économies de gestion pour les CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie).
- Permettre un meilleur accès à la médecine générale ambulatoire (63)
- Une sécurisation des procédures grâce aux télétransmissions sécurisées que permet la carte Vitale.
- Contribuer à limiter les refus de soins (82)

² À partir du 1^{er} janvier 2016, avec la protection universelle maladie (PUMA), toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé.

- Permettre l'accès au parcours de soins coordonnés et favoriser le suivi

Ces demandes sont notamment portées par les associations/ONG Médecins du Monde (132), COMEDE, le GISTI, le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) (133) ou encore le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS). Le rapport de la sénatrice Aline Archimbaud reprenait également en 2013 certaines propositions en faveur de l'accès aux soins des plus démunis : la proposition numéro 3 revendiquait en particulier la fusion AME/PUMA (82).

Cette étude conforte l'idée de mettre en place une couverture maladie réellement universelle en intégrant les bénéficiaires de l'AME au régime général de la Sécurité Sociale (11). Toute personne doit pouvoir bénéficier d'un égal accès à la prévention et aux soins, sans discrimination fondée sur le statut administratif ou sur les capacités financières, afin de lutter contre les inégalités sociales de santé et améliorer la santé publique en France.

La question d'une protection pour tous en matière de santé ne se pose pas exclusivement en France. Elle s'inscrit dans la volonté d'une couverture santé universelle à l'échelle mondiale portée par le nouveau directeur de l'OMS, le médecin Tedros Adhanom : *« ce sera le centre de gravité de notre activité. C'est une question d'engagement politique. Il existe plusieurs options pour y parvenir. L'important c'est que les Etats y parviennent. »* (134).

5 CONCLUSION

Les bénéficiaires de l'AME interviewés rencontraient des problématiques en santé spécifiques et complexes nécessitant la réponse concertée de multiples acteurs : médecins, travailleurs sociaux, associations, entourage. L'étude des différents parcours de soins de ces patients révélait le rôle central du médecin généraliste dans cette perspective.

Les représentations des soins des bénéficiaires de l'AME étaient façonnées par la vulnérabilité sociale et la vulnérabilité sanitaire inhérentes à l'irrégularité de séjour. Cette condition sociale compromettait l'accès aux besoins fondamentaux tels que le logement, l'éducation, un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources ou avoir droit à un traitement équitable. De même, le vécu d'expériences de discrimination dans le parcours de soins et les différentes barrières à l'accès aux soins ont été exprimés comme le corollaire de la situation irrégulière en France. L'importance de la dimension sociale dans la prise en charge de ces patients témoignait d'une nécessaire adaptation du médecin généraliste.

Ce travail a également mis en évidence le développement d'un tissu social spécifique propre aux migrants en séjour irrégulier. Ce tissu social était déterminant pour leur recours aux soins et la rencontre avec la médecine générale ambulatoire. Les liens communautaires, les contacts avec les ONG et associations ainsi que les travailleurs sociaux constituaient une protection essentielle et un point d'appui pour accéder aux droits fondamentaux, notamment en matière de santé.

Les attentes des bénéficiaires de l'AME envers leur médecin généraliste étaient dominées par le souhait de compétences relationnelles. Elles étaient identifiées comme la pierre angulaire de rapports médecin/patient de qualité. Bien que l'écoute et la relation de confiance occupaient une place majeure, les patients rencontrés manifestaient également le souhait d'une prise en charge adaptée de leurs plaintes somatiques. Le niveau d'exigence dans leurs attentes semblait croître avec l'augmentation de la durée des séjours en France des patients interviewés.

Après une période de découverte du système de santé français, les bénéficiaires de l'AME marquaient dans nos entretiens leur aspiration à devenir des bénéficiaires à part entière de l'assurance maladie - à savoir des assurés sociaux. Les éléments suivants étaient évoqués : nécessité d'une équité de prise en charge vis-à-vis de la population générale, besoin d'une

insertion véritable dans le parcours de soins coordonnés et d'une identification claire d'un médecin traitant.

Il apparaissait nécessaire de :

- 1) Répondre aux besoins fondamentaux de tous les patients, préalable indispensable à toute amélioration de la santé.
- 2) Développer les moyens d'accès aux droits et renforcer les dispositifs publics, associatifs et communautaires existants.
- 3) Favoriser une réponse adaptée aux attentes relationnelles dans les rapports médecins/patients.
- 4) Attribuer le statut d'assuré social à tous les résidents en France pour une couverture maladie réellement universelle qui mette fin au vécu stigmatisant du dispositif d'AME.

D'autres études pourraient conforter ces résultats et ces préconisations, qui s'intègrent à une réflexion plus globale sur l'organisation des soins primaires et l'orientation des politiques publiques en santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Damgé M. A quoi les migrants ont-ils vraiment droit en France ? Le Monde.fr. 13 oct 2016;
2. Migrants, que faire ? Le 1. 9 sept 2015;(73):6.
3. Bah A. Inventivité et responsabilité l'accueil de l'autre selon Derrida. Sujet Dans Cité. 2016;7(2):227-40.
4. Ferradji T, Lesœurs G. Approches transculturelles de la santé, prendre soin et parler. Cult Sociétés Sci Homme. janv 2016;(37):33.
5. COMEDE. Migrants/étrangers en situation précaire, soins et accompagnement. 2015. 535 p.
6. Médiapart. Ambroise Croizat. 18 oct 2016; Disponible sur: <https://blogs.mediapart.fr/la-sociale/blog/181016/ambroise-croizat>
7. 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.
8. ameli.fr. Aide médicale de l'État (AME) : vos démarches [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/bouches-du-rhone/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame>
9. Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. Quest Déconomie Santé. janv 2012;(172).
10. Couffinhal A, Dourgnon P, Geoffard P-Y, Grignon M, Jusot F, Lavis J, et al. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. IRDES. févr 2005;(93):8.
11. Médecins Du Monde. Vers une sécurité sociale unique [Internet]. Disponible sur: <http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/aide-medicale-detat/2017/03/14/vers-une-securite-sociale-unique>

12. Aarseth S, Kongshavn T, Maartmann-Moe K, Hjortdahl P. Paperless migrants and Norwegian general practitioners. 7 juin 2016;
13. Flye Sainte Marie C, Querrioux I, Baumann C, Di Patrizio P. Difficulties in the management of precarious patients and precarious migrants. Santé Publique Vandoeuvre-Lès-Nancy Fr. oct 2015;27(5):679-90.
14. Sallé J, Lazimi G. Vulnérabilités, accès aux soins et santé des migrants en séjour précaire : connaissances et représentations des internes en médecine générale d'Ile-de-France. [Paris]: Pierre et Marie Curie; 2010.
15. Stanojevich ÉA, Veïsse A. Repères sur la santé des migrants. Santé Homme. déc 2007;La santé des migrants(392):21-4.
16. UNESCO. Migrant/migration [Internet]. UNESCO.org. Disponible sur: <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>
17. UNHCR. Point de vue du HCR : « Réfugié » ou « migrant » – Quel est le mot juste ? [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.unhcr.org/fr/news/stories/2016/7/55e45d87c/point-vue-hcr-refugie-migrant-mot-juste.html>)
18. Green N. Rendez-vous de l'histoire : que signifie « partir » ? Le Monde des livres [Internet]. Le Monde. 29 sept 2016; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/livres/article/2016/09/29/les-rendez-vous-de-l-histoire-un-nouveau-depart_5005246_3260.html?xtref=
19. CNLE. De 1893 à 1999 : De l'Assistance médicale gratuite (AMG) à l'Aide médicale d'Etat (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>
20. La loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite. Trib Santé. 2011;31(2):109-109.
21. Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat.

22. Loi n° 92-722 du 29 juillet 1992 portant adaptation de la loi n° 88-1088 du 1^{er} décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion et relative à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et professionnelle.
23. INSEE. Définition - Revenu minimum d'insertion / RMI [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1852>
24. Loi n° 93-1027 du 24 août 1993 relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France.
25. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle | Legifrance.
26. 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>
27. CERFA n°50741. Aide médicale de l'Etat : demande d'admission. art. L.251-1 à L.252-4 du Code de l'action sociale et des familles;
28. Direction de l'information légale et administrative. Qu'est-ce que l'aide médicale de l'État (AME) ? [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>
29. Langlet M. Aide médicale d'Etat - L'état se resserre. Journal du SIDA [Internet]. nov 2005; Disponible sur: http://www.arcat-sante.org/a/articleJDS/534/Aide_medicale_d_Etat_L_etau_se_resserre
30. Code de l'action sociale et des familles - Article L254-1 [Internet]. janv 1, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000031687123>
31. COMEDE. Rapport 2017 du Comede, Activité Synthèse 2016. 2017 août.
32. Teunissen E, Sherally J, Muijsenbergh M van den, Dowrick C, Van Weel-Baumgarten E, Van Weel C. Mental health problems of undocumented migrants (UMs) in the Netherlands: a qualitative exploration of help-seeking behaviour and experiences with primary care. *BMJ J.* 4(11).

33. Berchet C, Jusot F. Etat de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. *Quest Déconomie Santé*. janv 2012;(172).
34. 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.
35. Fassin D. La santé des étrangers : une question politique. *Santé Homme*. déc 2017;La santé des migrants(392):21.
36. Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Silva J. La santé perçue des immigrés en France - une exploitation de l'Enquête décennale santé 2002-2003. *IRDES*. juill 2008;(133):6.
37. INPES. Stratégie nationale de santé (SNS) : première étape [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2013/035-sns.asp>
38. 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.
39. Collet M, Menahem G, Picard H. Logiques de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits. *IRDES*. oct 2016;(113).
40. Cordier A, Salas F. Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat. *IGAS-IGF*; 2010 déc p. 3.
41. Médecins Du Monde. Observatoire de l'accès aux soins de la mission France Médecins du Monde. 2010 oct.
42. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. *IRDES*. oct 2011;(169):7.
43. 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.
44. Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. *IRDES*; 2010 juin p. 254. Report No.: 547.

45. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. [Internet]. 2002. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
46. Attali C, Bail P. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. groupe « niveaux de compétences » du CNGE;
47. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août 13, 2004.
48. Règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé - Parcours de soins coordonnés [Internet]. Ministère de la Santé et des Sports; 2009. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_1_hopital-3.pdf
49. Tindo NL. Aide médicale de l'État : parcours des patients depuis le pays d'origine jusqu'au cabinet de médecine générale dans le département de Seine-St-Denis. Paris Diderot-Paris 7; 2014.
50. Farnarier C, Fano M, Magnani C, Jaffré Y. Projet TREPSAM (Trajectoire de soins des personnes sans abri à Marseille). 2015 mai p. 143.
51. Ruelle Y, Barais M. Prise en charge des patients migrants en médecine générale. *Exercer*. 2013;(105):27-8.
52. Ingram M. Rites of the Republic: Citizens' Theatre and the Politics of Culture in Southern France. 1^{re} éd. University of Toronto Press, Higher Education Division; 2011. 273 p.
53. INSEE. Revenus, pauvreté et niveau de vie en 2013—Données sur les quartiers de la politique de la ville. [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2674918?sommaire=2500477&q=pauvret%C3%A9>
54. Blanchard P, Boëtsch G. Marseille, porte Sud (1905-2005) : un siècle d'histoire coloniale et d'immigration. *La Découverte*. Lafitte J.; 2005. 240 p.
55. Gastaut Y. Histoire de l'immigration en PACA aux XIXe et XXe siècles. *Hommes Immigr Panor Régional*. 2009;2:48-61.

56. INSEE. Nationalité et immigration en 2014 - Recensement de la population - Base tableaux détaillés [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2863598?sommaire=2867837&q=immigration+marseille#consulter>
57. INSEE. Définitions [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definitions>
58. INSEE, Martin M. 17 % des habitants vivent sous le seuil de pauvreté en 2012 [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285915>
59. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4ème édition. Armand Colin; 2016. 285 p.
60. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris: Armand Colin; 2005. 128 p.
61. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. 3ème. Paris: A. Colin; 2014.
62. Glaser B, Strauss A. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Chicago: Aldine de Gruyter; 1967.
63. Azoulay J, Havard H, Sourlas P, Gissler É, Chambaud L, Corlay D. Rapport sur la gestion de l'aide médicale d'État. Inspection générale des Finances, Inspection générale des affaires sociales; 2007 mai p. 183.
64. Vos droits et vos démarches si vous êtes un mineur étranger - Collectif de soutien des exilés du Xème arrondissement de Paris - InfoMIE.net [Internet]. Disponible sur: <http://www.infomie.net/spip.php?article1024>
65. Mineurs isolés étrangers [Internet]. France terre d'asile. Disponible sur: <http://www.france-terre-asile.org/mineurs-isoles-etrangeurs-col-280/infos-migrants/mineurs-isoles-etrangeurs>
66. La sécurité sociale : de la protection sociale du travailleur salarié à la réduction des inégalités de santé - Le site du CNLE [Internet]. Disponible sur: <http://www.cnle.gouv.fr/La-securite-sociale-de-la>
67. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-5.

68. Miles M, Huberman AM, Hlady-Rispal M. Analyse des données qualitatives. Bruxelles: De Boeck Université; 2007.
69. Lejeune C. Petite histoire des ressources logicielles au service de la sociologie qualitative. In: Humanités Numériques (Tome 1). Hermes; 2007. p. 197-214. (Traité IC2, série cognition et traitement de l'information).
70. Bardin L. L'analyse de contenu. Paris: PUF; 2016. 291 p.
71. Lejeune C. Montrer, calculer, explorer, analyser. Ce que l'informatique fait faire à l'analyse qualitative. Rech Qual. 2010;Hors Série(9):15-32.
72. Roy N, Garon R. Étude comparative des logiciels d'aide à l'analyse de données qualitatives : de l'approche automatique à l'approche manuelle. Rech Qual. 2013;32(1):154-80.
73. Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. Rech Qual. 2006;26(1):110-38.
74. Péoc'h N. L'exigence d'un repérage – ou comment comprendre la double posture intriquée du praticien et du chercheur. Rech Soins Infirm. déc 2008;(95):14-22.
75. De Lavergne C. La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. Rech Qual. 2007;Hors Série(3):28-43.
76. Léal F, Larpin C, Bauduceau A, Gryson C. La précarité sanitaire vue par les médecins. Humanit Enjeux Prat Débats. 12 déc 2011;(30).
77. Jago M, Grassineau D, Balique H, Loundou A, Sambuc R, Daguzan A, et al. Improving access and continuity of care for homeless people: how could general practitioners effectively contribute? Results from a mixed study. BMJ Open. nov 2016;6(11):e013610.
78. Laurent (Querrioux) I. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-Et-Moselle. Nancy; 2011.
79. Brown S. Place de la médecine générale dans des dispositifs « alternatifs » en précarité et en santé mentale : exemple du dispositif « Un chez soi d'abord ». Marseille; 2014.

80. Haut Comité de la Santé Publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes: Editions ENSP; 1998. 349 p. (Collection Avis et rapports).
81. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France), Lecomte T, Mizrahi A, Mizrahi A. Précarité sociale, cumul des risques sociaux et médicaux: enquête sur la santé et les soins médicaux, France 1991-1992. Paris (1 rue Paul-Cézanne, 75008): CREDES; 1996.
82. Archimbaud A. L'accès aux soins des plus démunis 40 propositions pour un choc de solidarité. 2013 p. 156.
83. Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne (ORS). Santé et Précarité. URCAM; 1999 p. 21.
84. OMS. Charte d'Ottawa [Internet]. 1986. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
85. France, Ministère du travail des relations sociales et de la solidarité, Bouquet B, Roche F, Conseil supérieur du travail social. Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social: le décloisonnement, une fausse évidence, l'articulation du sanitaire et du social, une voie recommandée : rapport au Ministre chargé des affaires sociales. Rennes: Éd. de l'École nationale de la santé publique; 2007. 120 p.
86. OMS. Déterminants sociaux de la santé: : les faits. 2ème édition. 2005. 40 p.
87. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.
88. Toullier A. Sans-papiers : la fin des soins ? Plein Droit. 1 janv 2012;(59-60):35-8.
89. Ricard E. Les médiateurs communautaires de santé, trait d'union entre professionnels et migrants. Santé Homme. déc 2007;La santé des migrants(392):28-9.
90. Boisguérin B. Insertion socio-professionnelle, état de santé et recours aux soins des bénéficiaires de l'AME: le rôle des réseaux d'entraide. Solidar Santé. Insertion socio-professionnelle, état de santé et recours aux soins des bénéficiaires de l'AME: le rôle des réseaux d'entraide(19):2011.
91. Roth C. Coévolution des auteurs et des concepts dans les réseaux épistémiques : le cas de la communauté « zebrafish ». Rev Fr Sociol. 23 sept 2008;49(3):523-58.

92. Veïsse A. Accompagner les migrants face aux effets du déracinement et de l'exil. *Santé Homme*. déc 2007;La santé des migrants(392):17-9.
93. Paugam S. *La disqualification sociale : Essai sur la nouvelle pauvreté*. PUF; 2013.
94. Groupe d'information et de soutien des immigré-e-s. *Sans-papiers, mais pas sans droits*. 6ème. 2013. (Les notes pratiques).
95. Loi n° 2012-1560 du 31 décembre 2012 relative à la retenue pour vérification du droit au séjour et modifiant le délit d'aide au séjour irrégulier pour en exclure les actions humanitaires et désintéressées. 2012-1560 déc 31, 2012.
96. Groupe d'information et de soutien des immigré-e-s. *Sans-papiers, mais pas sans droits*. 4ème. 2006. (Les notes pratiques).
97. Médecins du Monde. *Rapport 2014 de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins*. 2015.
98. OMS. *Santé et droits de l'homme*. 2015.
99. Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2005.
100. Smith AC, LeVoy M. *Cities of rights : ensuring health care for undocumented migrants*. 2017 p. 34.
101. Hoyez A-C. *L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale »*. Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales. *Cybergeo Eur J Geogr*. 2011;
102. MSF. *Quatre questions sur l'AME* [Internet]. [cité 16 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.msf.fr/actualite/articles/quatre-questions-sur-ame>
103. Gabarro C. *Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique*. *Rev Eur Migr Int*. 1 juin 2012;28(2):35-56.
104. Bouchaud O. *Prise en charge des migrants en situation de précarité*. Laennec. 2007;55(4):48.

105. Berchet C, Jusot F. Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition. *Économie Publique* Public Econ. 15 nov 2012;(24-25):73-100.
106. Chauvin P, Parizot I, Ministère du logement et de la ville. Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens : Résultats d'enquêtes statistiques conduites dans des quartiers de la politique de la ville. 2007. (Études et recherches).
107. Moulin JJ, Sass C, Labbe E, Gerbaud L, Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'examens de santé. (C.E.T.A.F.). Saint-Etienne. FRA. Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examens de santé de l'assurance maladie. Saint-Etienne: CETAF; 2005 janv p. 16p.
108. Folland S. Does "community social capital" contribute to population health? *Soc Sci Med.* 2007;(64):2342-54.
109. Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? *Quest Déconomie Santé.* mars 2011;(163).
110. Marron-Delabre A, Rivollier E, Bois C. Relation médecin-patient en situation de précarité économique : point de vue des patients. *Santé Publique.* 2015;27(6):837-40.
111. Balint M, Valabrega J-P. *Le médecin, son malade et la maladie.* Paris: Payot & Rivages; 2003.
112. Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons Polit.* 2003;11(3):59-79.
113. Dedianne M-C. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale : application de la méthode par focus groups. Grenoble; 2001.
114. Dedianne M-C, Hauzanneau P, Labarere J, Moreau A. Relation médecin-malade en soins primaires : qu'attendent les patients ? *Rev Prat.* 2003;17(611).
115. Peronnet V. Reprendre racine dans l'exil. *L'école Parents.* juin 2014;(608).

116. Bouchaud O. Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants. *Santé Homme*. déc 2007;La santé des migrants(392).
117. Pottie K, Greenaway C, Feightner J, Welch V, Swinkels H, Rashid M, et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Can Med Assoc J*. 9 juin 2011;183(12):E824-925.
118. Georges-Tarragano C, Grassineau D, Astre H, Gaillard J. Soigner les migrants dans les PASS. Une pratique spécifique, miroir d'une approche universelle. *Laennec*. 2017;71(1):25-37.
119. Collin T. le parcours de soins des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Chambéry - évaluation du retour au droit commun -. Grenoble; 2011.
120. Comiti V-P, Patureau J. La santé des migrants en France : spécificités, dispositifs et politiques sanitaires. *Santé Société Solidar*. 2005;129-37.
121. PARIZOT I, CHAUVIN P. Le recours aux soins des personnes en situation précaire : une recherche auprès de consultants de centres de soins gratuits en région parisienne. *Rev Epidemiol SANTE PUBLIQUE*. déc 2003;51(6):577-88.
122. Maille D, Toullier A. Les dix ans de la CMU. Un bilan contrasté pour l'accès aux soins des migrants. *Hommes Migr*. 2009;1282(6):24.
123. Fassin D. Santé et immigration. Les vérités politiques du corps. *Cah L'Urmis* [Internet]. 15 mai 1999 [cité 9 sept 2017];(5). Disponible sur: <https://urmis.revues.org/351#quotation>
124. Veisse A, Maille D. Le statut paradoxal des malades étrangers. *Plein Droit*. 2001;47-48(1-2):26-8.
125. Toullier A. Les prémices à l'exclusion des soins des étrangers. *J Droit Jeunes*. 2006;256(6):14-6.
126. Carde E. Identités stigmatisées et discriminations: L'étranger | CREMIS - Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations [Internet]. Disponible sur: <http://www.cremis.ca/identites-stigmatisees-et-discriminations-letranger>

127. Les grandes dates-clés de la sécurité sociale [Internet]. Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/Les-grandes-dates-de-l-histoire-de-la-Securite-sociale>
128. Médecins Du Monde, Institut de Travail Social et de Recherches sociales, Centre d'Étude sur l'Actuel et le Quotidien, Université Paris Descartes. Rapports a la sante, accès aux soins et aux droits des personnes sans habitat a Paris, non utilisatrices des services d'aide. 2009 déc.
129. Simonnot N, Intrand C. L'Europe et les sans-papiers. Hommes Migr. 2009;(1282):108-21.
130. ameli.fr. La protection universelle maladie [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/bouches-du-rhone/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>
131. le CISS, comité inter associatif pour la santé. L'accès aux soins pour les étrangers en situation administrative précaire. 2015.
132. AFP. Loi santé et inégalités : Médecins du Monde réclame la fusion AME-CMU - [Internet]. Disponible sur: <http://www.lien-social.com/Loi-sante-et-inegalites-Medecins-du-Monde-reclame-la-fusion-AME-CMU>
133. CNLE. Accès aux soins des plus démunis : CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non-recours à la couverture maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis. 2011.
134. Benkimoun P. Le docteur Tedros devient le premier Africain à prendre la tête de l'OMS. Le Monde.fr. 23 mai 2017;

ANNEXES

Annexe 1 : Population par sexe, âge et situation quant à l'immigration à Marseille (INSEE 2014)

Marseille	Age 1 Immi 1 Sexe 1	Age 1 Immi 1 Sexe 2	Age 1 Immi 2 Sexe 1	Age 1 Immi 2 Sexe 2	Age 2 Immi 1 Sexe 1	Age 2 Immi 1 Sexe 2	Age 2 Immi 2 Sexe 1	Age 2 Immi 2 Sexe 2	Total
1er arrondissement	775 (1.9%)	740 (1.9%)	5660 (14.2%)	5580 (14%)	5090 (12.8%)	4043 (10.1%)	8729 (21.9%)	9239 (23.2%)	39856 (100%)
2ème arrondissement	321 (1.3%)	303 (1.3%)	3334 (13.9%)	3163 (13.3%)	2691 (11.3%)	2234 (9.3%)	5706 (23.8%)	6178 (25.8%)	23930 (100%)
3ème arrondissement	1050 (2.2%)	973 (2.1%)	7993 (17%)	7898 (16.8%)	6332 (13.4%)	5568 (11.8%)	7983 (16.9%)	9312 (19.8%)	47109 (100%)
4ème arrondissement	359 (0.8%)	349 (0.7%)	6465 (13.4%)	6438 (13.3%)	2316 (4.8%)	2491 (5.2%)	12890 (26.7%)	16935 (35.1%)	48243 (100%)
5ème arrondissement	442 (1%)	442 (1%)	6458 (13.9%)	7377 (15.8%)	2132 (4.6%)	2363 (5.1%)	11993 (25.8%)	15227 (32.8%)	46434 (100%)
6ème arrondissement	337 (0.8%)	374 (0.9%)	5525 (13%)	6067 (14.1%)	1962 (4.6%)	2240 (5.3%)	11549 (27.1%)	14566 (34.2%)	42620 (100%)
7ème arrondissement	93 (0.3%)	108 (0.3%)	3796 (10.8%)	3912 (11.1%)	986 (2.8%)	1265 (3.6%)	11224 (31.9%)	13766 (39.2%)	35150 (100%)
8ème arrondissement	438 (0.5%)	380 (0.5%)	10119 (12.7%)	9460 (11.8%)	2613 (3.3%)	3321 (4.2%)	23924 (29.9%)	29656 (37.1%)	79911 (100%)
9ème arrondissement	528 (0.7%)	410 (0.6%)	10671 (14.5%)	9460 (12.9%)	2799 (3.8%)	2870 (3.9%)	21304 (28.9%)	25537 (34.7%)	73579 (100%)
10ème arrondissement	277 (0.5%)	427 (0.8%)	8401 (15.2%)	8798 (16%)	2450 (4.4%)	2652 (4.8%)	14429 (26.2%)	17685 (32.1%)	55119 (100%)
11ème arrondissement	307 (0.5%)	270 (0.5%)	8944 (15.7%)	8378 (14.7%)	2151 (3.8%)	2658 (4.7%)	15719 (27.7%)	18413 (32.4%)	56840 (100%)

12ème arrondissement	153 (0.3%)	174 (0.3%)	8239 (13.5%)	7694 (12.7%)	1485 (2.4%)	2023 (3.3%)	18097 (29.8%)	22944 (37.7%)	60809 (100%)
13ème arrondissement	741 (0.8%)	771 (0.8%)	15733 (17.2%)	14303 (15.7%)	4703 (5.2%)	5429 (6%)	22296 (24.4%)	27238 (29.9%)	91214 (100%)
14ème arrondissement	833 (1.4%)	821 (1.3%)	11175 (18.2%)	10425 (17%)	4674 (7.6%)	5557 (9%)	12827 (20.9%)	15130 (24.6%)	61442 (100%)
15ème arrondissement	1230 (1.6%)	1132 (1.4%)	13593 (17.1%)	13395 (16.9%)	7137 (9%)	7138 (9%)	16615 (21%)	19048 (24%)	79288 (100%)
16ème arrondissement	58 (0.3%)	68 (0.4%)	2652 (16%)	2557 (15.4%)	675 (4,1%)	891 (5.4%)	4337 (26.2%)	5335 (32.2%)	16573 (100%)
Total	7942 (0.9%)	7742 (0.9%)	128758 (15%)	124905 (14.6%)	50196 (5.9%)	52743 (6.1%)	219622 (25.6%)	266209 (31%)	858117 (100%)

Variables utilisées :

Age :

1 : moins de 25 ans (< 25 ans)

2 : plus de 25 ans (≥ à 25 ans)

Sexe :

1 : hommes

2 : femmes

Immi : situation quant à l'immigration

1 : immigrés

2 : non immigrés

Annexe 2 : La typologie européenne de l'exclusion liée au logement établie par la FEANTSA (fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abris) Ethos 2007

		Catégorie opérationnelle		Situation de vie		Définition générique	
Catégorie conceptuelle	Sans abri	1	Personnes vivant dans la rue	1.1	Espace public ou externe	Qui vit dans la rue ou dans des espaces publics, sans hébergement qui puisse être défini comme local d'habitation	
		2	Personnes en hébergement d'urgence	2.1	Hébergement d'urgence	Personne sans lieu de résidence habituel qui fait usage des hébergements d'urgence, hébergements à bas prix	
	Sans logement	3	Personnes en foyer d'hébergement pour personnes sans domicile	3.1	Foyer d'hébergement d'insertion	Quand l'intention est que la durée du séjour soit courte	
				3.2	Logement provisoire		
				3.3	Hébergement de transition avec accompagnement		
		4	Personnes en foyer d'hébergement pour femmes	4.1	Hébergement pour femmes	Femmes hébergées du fait de violences domestiques et quand l'intention est que la durée du séjour soit courte	
		5	Personnes en hébergement pour immigrés	5.1	Logement provisoire / centre d'accueil	Immigrants en hébergement d'accueil ou à court terme du fait de leur statut d'immigrants	
				5.2	Hébergement pour travailleurs migrants		
		6	Personnes sortant d'institutions	6.1	Institutions pénales	Pas de logement disponible avant la libération	
	6.2			Institutions médicales	Reste plus longtemps que prévu par manque de logement		
	6.3			Institutions pour enfants/homes	Pas de logement identifié (par ex au 18 ^e anniversaire)		
	7	Bénéficiaires d'un accompagnement au logement à plus long terme	7.1	Foyer d'hébergement médicalisé destiné aux personnes sans domicile plus âgées	Hébergement de longue durée avec accompagnement pour ex sans-abri (normalement plus d'un an)		
			7.2	Logement accompagné pour ex sans-abri			
Logement précaire	8	Personnes en habitat précaire	8.1	Provisoirement hébergé dans la famille/ chez des amis	Qui vit dans un logement conventionnel, mais pas le lieu de résidence habituel du fait d'une absence de logement		
			8.2	Sans bail de (sous)-location	Occupation d'une habitation sans bail légal Occupation illégale d'un logement		
			8.3	Occupation illégale d'un terrain	Occupation d'un terrain sans droit légal		
	9	Personnes menacées d'expulsion	9.1	Application d'une décision d'expulsion (location)	Quand les avis d'expulsion sont opérationnels		
			9.2	Avis de saisie (propriétaire)	Quand le prêteur possède un avis légal de saisie		
10	Personnes menacées de violence domestique	10.1	Incidents enregistrés par la police	Quand une action de police est prise pour s'assurer d'un lieu sûr pour les victimes de violence domestiques			
Logement inadéquat	11	Personnes vivant dans des structures provisoires/non conventionnelles	11.1	Mobile homes ¹	Pas conçu pour être un lieu de résidence habituel		
			11.2	Construction non conventionnelle	Abri, baraquement ou cabane de fortune		
			11.3	Habitat provisoire	Baraque ou cabine de structure semi-permanente		
12	Personnes en logement indigne	12.1	Logements inhabitables occupés	Défini comme impropre à être habité par la législation nationale ou par les règlements de construction			
13	Personnes vivant dans des conditions de surpeuplement sévère	13.1	Norme nationale de surpeuplement la plus élevée	Défini comme excédant les normes nationales de densité en termes d'espace au sol ou de pièces utilisables			

Annexe 3 : Guide d'entretien

1 Préambule à l'entretien

- 1.1 « Bonjour, Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je m'appelle Stéphane Touati/Sébastien Vergan, et je mène un travail sur les patients qui bénéficient de l'Aide médicale de l'Etat et les médecins généralistes »
- 1.2 « 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 Précision sur le respect de l'anonymat : « L'entretien sera confidentiel et anonyme. Nous ne garderons pas vos coordonnées (téléphone, etc.). »
- 1.4 « Avez-vous bien signé la feuille de consentement avant cet appel ? » « Avez-vous bien compris l'ensemble des informations données ? Avez-vous des questions avant que nous débutions ? »

2 Déroulement de l'entretien

2.1 Contact avec les médecins généralistes de ville

- Question brise-glace :

Comment faites-vous pour vous soigner depuis que vous êtes en France ?

Vous rappelez de la première fois que vous avez consulté un médecin généraliste ? Comment cela s'est-il passé ?

- Est-ce que vous pouvez me raconter votre première rencontre avec un médecin généraliste en ville ? (Préciser ensuite : si avant ou après obtention de l'AME).

Relances (non indispensables) : Comment cela s'est-t-il passé pour consulter ce médecin ? Comment avez-vous choisi ce médecin généraliste ? Abord des difficultés à aller vers le médecin généraliste ? Pour quelles raisons aviez-vous décidé d'aller voir ce médecin ?

- Si première rencontre avant ouverture des droits AME : Et depuis que vous avez l'AME, êtes-vous allé consulter un médecin généraliste en ville ? Avez-vous perçu une différence

entre avant et après l'AME ? Pouvez-vous me raconter comment s'est passée votre première consultation / Ou si consultation trop ancienne : une consultation qui vous a marqué ?

Pouvez-vous me parler de votre médecin généraliste ? (*Rechercher ici la non-identification d'un médecin généraliste comme médecin traitant/référent*) / *Relances si plusieurs médecins évoqués ou pas de médecin référent perçu : pourquoi vous tournez-vous vers plusieurs médecins ? Comment vivez-vous ces changements de médecins ? + Relances à adapter au discours.*

2.2. Attentes et représentations

- Qu'est-ce qu'un bon médecin généraliste ?

Relances : Qu'attendez-vous d'un médecin généraliste/de votre médecin généraliste (si 1 médecin identifié) ? Quel est le rôle d'un médecin généraliste/de votre médecin généraliste ?

2.3. Renoncement aux soins

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

- Est-ce qu'il vous est déjà de renoncer à voir votre médecin généraliste quand vous en avez besoin ? Pourquoi ?

Relances : pour quel problème aviez-vous besoin de le voir ? Pour quelles raisons n'avez-vous pas pu le voir ? Avez-vous parlé de ce problème à quelqu'un d'autre ? Vous est-il déjà arrivé qu'un médecin refuse de vous voir ? Si non-recours ou renoncement : vers qui, ou vers quelles structures, vous êtes-vous tourné alors ?

2.4. Pistes

- Le médecin généraliste que vous voyez en ce moment est-il votre référent ?

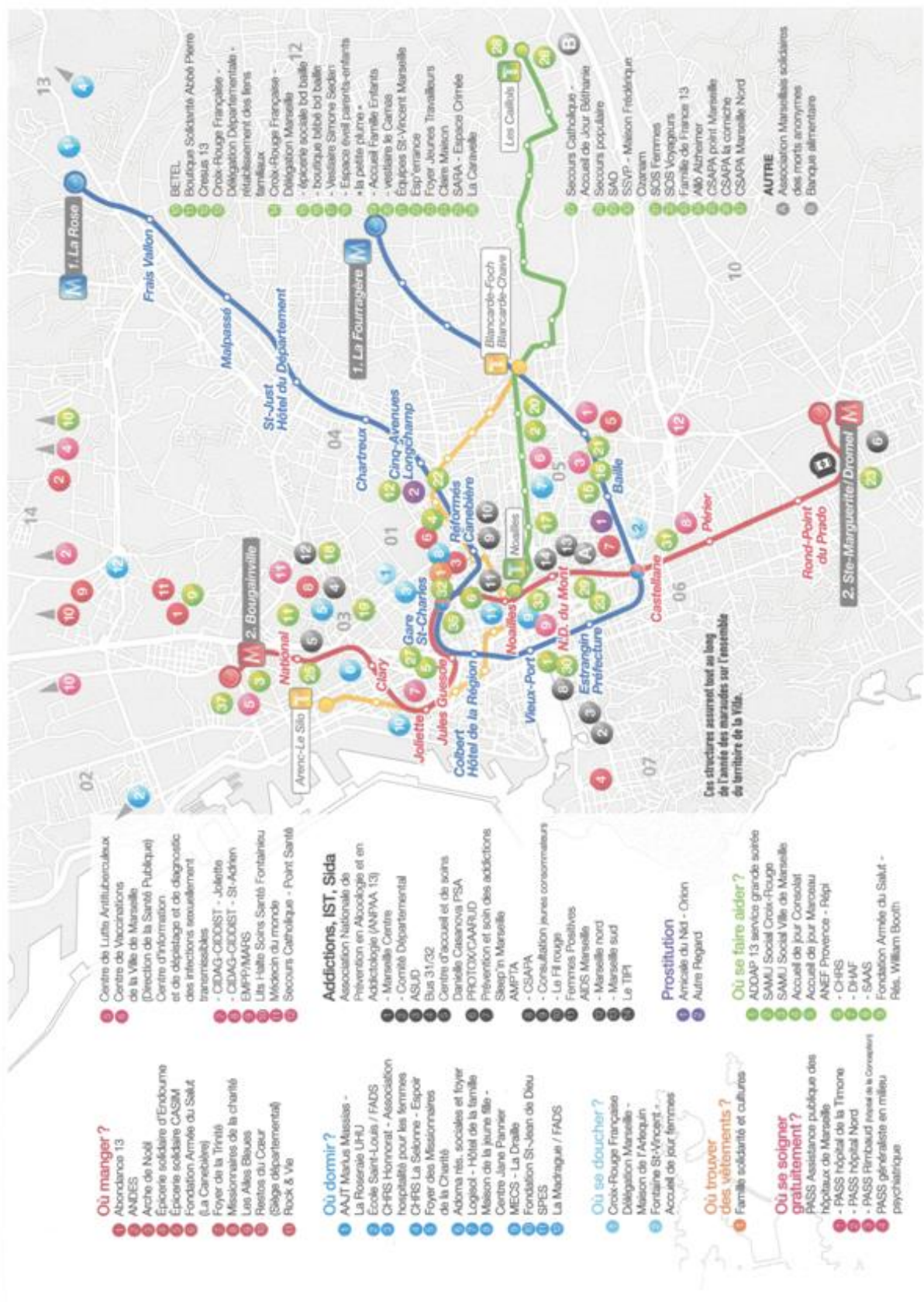
- Aimeriez-vous pouvoir choisir un médecin généraliste qui soit identifié comme votre médecin ? C'est-à-dire un médecin qui soit celui qui vous voit la plupart du temps quand vous avez un problème, et qui vous suit.

- Pensez-vous qu'un guide d'information remis à l'ouverture de vos droits AME pour mieux vous guider dans le parcours de soins vous aurait aidé au début ? Si oui : de quoi auriez-vous besoin sur ce guide ? Y a-t-il d'autres choses qui auraient pu ou pourraient vous aider ?

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 : Guide de l'urgence sociale de Marseille (8ème édition, Samu social) - Se repérer dans Marseille (plan), p. 24



Annexe 5 : CERFA de demande d'attribution de l'Aide Médicale de l'Etat (AME)



Aide médicale de l'Etat demande d'admission

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

notice d'utilisation

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

le demandeur

Indiquez dans cette rubrique les renseignements concernant votre identité.

Rubrique "nom" :

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

Rubrique "vous n'avez pas de domicile fixe" :

joignez à la demande une attestation de domiciliation établie par un organisme agréé (Centre Communal d'Action Sociale ou association agréée).

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

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

vos ressources et celles des personnes à votre charge

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

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

vos ressources et celles des personnes à votre charge

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

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

Présentez les documents relatifs à vos ressources en votre possession.

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

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

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

les membres de votre famille en situation régulière habitant en France

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

important

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

S 3720d



n° 11573*05

demande d'aide médicale de l'Etat

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

volet destiné
à la caisse
d'assurance maladie

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

le demandeur

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

prénoms date de naissance

lieu de naissance

nationalité Espace Economique Européen autre

adresse en France

code postal **commune**

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

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

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

vos ressources et celles des personnes à votre charge

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

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

NOM	prénom	lien de parenté	date de naissance

vos ressources et celles des personnes à votre charge

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

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

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

nom et prénom	adresse	lien de parenté

vos droits

- si vous avez été assuré(e) social(e) : fournissez votre carte Vitale ou, à défaut, indiquez votre n° d'immatriculation
- si vous bénéficiez d'une couverture sociale dans votre pays *cochez la case*
- si vous, ou l'une des personnes à votre charge, êtes atteint(e) d'une maladie de longue durée : joignez l'attestation correspondante.
- si vous ou l'une des personnes à votre charge, attendez un enfant : joignez le certificat médical indiquant la date présumée du début de grossesse.
- si vous, ou l'une des personnes à votre charge, avez reçu des soins au cours du dernier mois *cochez la case*

Je, soussigné(e), certifie sur l'honneur avoir pris connaissance de l'ensemble des informations figurant sur le présent formulaire et que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts. En cas de déclaration incomplète ou erronée, la décision d'admission à l'aide médicale peut être retirée. Vous devrez alors rembourser le montant des dépenses prises en charge par l'aide médicale de l'Etat (art. L.252-3 du Code de l'action sociale et des familles). Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art. 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art. L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

Fait à , le Signature du demandeur :

ci-contre, cachet de l'organisme
ainsi que les nom et coordonnées de la personne
ayant aidé le demandeur à compléter le document

La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

S 3720d



n° 11573*05

demande d'aide médicale de l'Etat

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

violet destiné
à la caisse
d'assurance maladie

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

le demandeur

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

prénoms _____ date de naissance _____

lieu de naissance _____

nationalité Espace Economique Européen autre

adresse en France _____

code postal _____ commune _____

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

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

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

vos ressources et celles des personnes à votre charge

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

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

NOM	prénom	lien de parenté	date de naissance

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

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

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

nom et prénom	adresse	lien de parenté

vos droits

- si vous avez été assuré(e) social(e) : fournissez votre carte Vitale ou, à défaut, indiquez votre n° d'immatriculation _____
- si vous bénéficiez d'une couverture sociale dans votre pays *cochez la case*
- si vous, ou l'une des personnes à votre charge, êtes atteint(e) d'une maladie de longue durée : joignez l'attestation correspondante.
- si vous ou l'une des personnes à votre charge, attendez un enfant : joignez le certificat médical indiquant la date présumée du début de grossesse.
- si vous, ou l'une des personnes à votre charge, avez reçu des soins au cours du dernier mois *cochez la case*

Je, soussigné(e), certifie sur l'honneur avoir pris connaissance de l'ensemble des informations figurant sur le présent formulaire et que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts. En cas de déclaration incomplète ou erronée, la décision d'admission à l'aide médicale peut être retirée. Vous devrez alors rembourser le montant des dépenses prises en charge par l'aide médicale de l'Etat (art. L.252-3 du Code de l'action sociale et des familles). Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art. 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art. L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

Fait à _____, le _____ Signature du demandeur :

ci-contre, cachet de l'organisme
ainsi que les nom et coordonnées de la personne
ayant aidé le demandeur à compléter le document

La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

S 3720d

Abréviations

AMD : Aide Médicale Départementale

AME : Aide Médicale de l'Etat

AMG : Assistance Médicale Gratuite

CISS : Collectif interassociatif sur la santé

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUC : Couverture Maladie Universelle complémentaire

CNGE : Collège national des enseignants de médecine générale

CNLE : Conseil National des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

COMEDE : Comité pour la santé des exilés

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

DSUV : Dispositif des soins urgents et vitaux

GISTI : Groupe d'information et de soutien des immigrés

HCR : Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MDM : Médecins Du Monde

MSF : Médecins sans frontières

OFPRA : Office français de protection des réfugiés et apatrides

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PASSAGE : Parcours de soin et le vécu du suivi des patients bénéficiaires de l'AME en médecine générale ambulatoire

PMA : Procréation médicalement assistée

PUMA : Protection universelle maladie

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

RSA : Revenu de Solidarité Active

SMR : Service Médical Rendu

UNESCO : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture)

URCAM : Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

WONCA : Société Européenne de Médecine générale-Médecine de famille

Liste des figures

Figure 1 : Les compétences du médecin généraliste selon le CNGE (45)	11
Figure 2 : Taux de pauvreté par arrondissement à Marseille (52).....	16
Figure 3 : Arbre de codage	25
Figure 4 – Des représentations des soins façonnées par la condition sociale	35
Figure 5 : Les éléments déterminant le recours aux soins et la rencontre avec le médecin généraliste.....	47
Figure 6 : Les attentes des bénéficiaires de l'AME dans la relation médecin/patient.....	62
Figure 7 : Parcours de soins et aspiration à devenir des assurés sociaux	71

Liste des graphiques

Graphique 1 : Distribution des patients en fonction de leur nombre d'années en France	74
---	----

Liste des tableaux

Tableau 1 : Situation quant à l'immigration à Marseille et au niveau national (INSEE 2014) (55)	13
Tableau 2 : La population immigrée par âge et par sexe à Marseille (INSEE 2014) (55)	14
Tableau 3 : La situation quant à l'immigration par arrondissements (Marseille, INSEE 2014) (55)	15
Tableau 4 : Situation à Marseille quant à l'immigration, la pauvreté et le chômage (INSEE 2013, 2014) (55) (52)	17
Tableau 5 : Caractéristiques de l'échantillon.....	24

Liste des annexes

Annexe 1 : Population par sexe, âge et situation quant à l'immigration à Marseille (INSEE 2014).....	109
Annexe 2 : La typologie européenne de l'exclusion liée au logement établie par la FEANTSA (Ethos2007)	111
Annexe 3 : Guide d'entretien	112
Annexe 4 : Guide de l'urgence sociale de Marseille (8ème édition, Samu social) - Se repérer dans Marseille (plan), p. 24	115
Annexe 5 : CERFA de demande d'attribution de l'Aide Médical de l'Etat (AME).....	116

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. **Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers** et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RÉSUMÉ

Introduction : Les migrants en situation irrégulière présentent un état de santé dégradé par rapport au reste de la population et des difficultés d'accès aux soins. L'objectif principal de cette étude était d'explorer les représentations des soins et le vécu de la prise en charge en médecine générale ambulatoire des patients bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat.

Méthode : PASSAGE (PARcours de Soins et vécu du Suivi des patients bénéficiaires de l'AME en médecine GÉNÉrale ambulatoire) est une étude qualitative menée auprès de patients bénéficiaires de l'AME, entre décembre 2016 et mars 2017. Des entretiens semi-dirigés exploraient les représentations de ces patients vis-à-vis des soins, leur recours aux soins en médecine générale ambulatoire, leurs attentes à propos de la relation médecin/patient et leur parcours de soins. Ils ont fait l'objet d'une analyse de contenu inductive. La triangulation de l'analyse a été permanente.

Résultats : 14 entretiens ont été réalisés et la saturation des données a été obtenue au 13ème entretien. Les patients interviewés étaient diversifiés sur l'âge, le sexe et l'ancienneté de présence en France. Les représentations des soins étaient façonnées par l'irrégularité de séjour qui engendrait une vulnérabilité sociale et sanitaire. Le recours aux soins et la rencontre avec la médecine générale ambulatoire dépendaient de la qualité d'un tissu social spécifique (ONG, liens communautaires, travailleurs sociaux). La prise en charge des bénéficiaires de l'AME en médecine générale faisait apparaître au premier plan des attentes relationnelles. L'exploration du parcours de soins de ces patients révélait une logique de parcours (comme la consultation d'un médecin référent) et leur aspiration à devenir des assurés sociaux.

Conclusion : Le tissu social des patients bénéficiaires de l'AME est déterminant dans leur recours aux soins en médecine générale ambulatoire. S'il est nécessaire de prendre en compte leurs représentations des soins et leurs attentes envers le médecin généraliste, il faut réfléchir aux moyens de stabiliser et dé-stigmatiser leurs modalités d'accès aux soins.

Mots clés : Médecin généraliste, AME, précarité, parcours de soins, relation médecin/patient.