

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

n° _

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

TINDO Ngoumo Lydie
Née le 20 Avril 1983 à Paris 14^e

Présentée et soutenue publiquement le 19 Septembre 2014

AIDE MEDICALE DE L'ETAT:
PARCOURS DES PATIENTS DEPUIS LE PAYS D'ORIGINE
JUSQU'AU CABINET DE MEDECINE GENERALE
DANS LE DEPARTEMENT DE SEINE-ST-DENIS

Président de thèse : Professeur AUBERT Jean-Pierre

Directeur de thèse : Docteur PICARD Hervé

DES de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Pierre Aubert, pour nous avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

Au Monsieur le Docteur Hervé Picard pour avoir accepté de diriger ce travail. Toujours disponible même à l'autre bout du globe, travailler avec toi a été un réel plaisir et m'a permis de faire une très belle rencontre.

A Madame le Docteur Claire Georges, pour avoir accepté de participer à ce jury. Veuillez trouver ici le témoignage de mon respect pour votre activité à la PASS de l'hôpital Saint-Louis.

A Monsieur le Professeur Frédéric Morinet, pour nous avoir fait l'honneur de juger cette thèse.

A Monsieur le Docteur Nicolas Dulphy, pour nous avoir fait l'honneur de juger cette thèse.

A Messieurs les Docteurs Alan Charissou, Maxime Catrice, Monsieur Didier Maille et Mme Régine Bécis, pour avoir eu la gentillesse de m'accorder du temps et pour votre partage bibliographique. Votre disponibilité et vos conseils m'ont été précieux tout au long de ce travail.

Aux médecins généralistes qui ont eu la gentillesse de m'adresser leurs patients. Votre intérêt pour le sujet, vos conseils et vos encouragements m'ont énormément apporté.

Aux patients qui ont accepté de participer à cette étude en partageant leur histoire avec nous.

A Mesdames les Docteurs Laurence Baumann et Isabelle Aubin-Auger pour leurs conseils de méthodologie.

A Monsieur le Docteur Thierry Mazars, Madame le Docteur Martine Lalande, et à l'équipe du réseau Arès92 pour votre enseignement de la médecine de ville. C'est à vos côtés que j'ai le plus appris.

A ma famille,

A mes parents qui me soutiennent et me supportent depuis trois décennies,

A Stéphane, pour la mise en page des entretiens,

A Bruno, Bertine, Zio Etienne, Fabrizio, "la grand-mère", qui me soutiennent chacun à leur manière,

A Roseline, pour son implication à tous les niveaux de la réalisation de ce travail. Personne n'aurait pu faire ce que tu as fait pour moi.

A mes amis,

A Elodie, relectrice officielle de thèse et une amie hors pair,

A Sabrina, Fatiha, Stéphanie, Chiva, pour toutes ces belles années en votre compagnie, tous ces mois à la BIUM...

A Aguila, pour m'avoir agressée avec son "20 minutes" devant la boulangerie de la faculté,

A Nicolas, qui a toujours réponse à toutes mes questions tout le temps,

A Julie, Hayet, Sylvie, Eddy, Samir, merci pour tous ces beaux moments partagés.

A tous, votre présence et votre soutien m'ont permis d'échapper à la BDA!

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
TABLE DES MATIERES	5
LISTE DES ABREVIATIONS	8
INTRODUCTION	9
GENERALITES.....	11
1.L'IMMIGRATION EN FRANCE.....	12
1.1. L'IMMIGRATION LEGALE	13
1.2. L'IMMIGRATION ILLEGALE	19
1.3. SCHEMA RECAPITULATIF DES STATUTS DES ETRANGERS.....	27
2. L'ACCES AUX SOINS DES ETRANGERS EN SITUATION IRREGULIERE EN EUROPE	28
2.1. L'IMMIGRATION EN EUROPE.....	28
2.2. DROITS THEORIQUES.....	29
2.3. ACCES EFFECTIF AUX DROITS	34
3. LES DROITS SOCIAUX DES PERSONNES EN SITUATION IRREGULIERE.....	35
3.1. DROITS A LA SANTE	35
3.2. AUTRES DROITS SOCIAUX.....	42
4. LE DISPOSITIF DE L'AIDE MEDICALE DE L'ETAT	44
4.1. PRINCIPES GENERAUX DE L'AME DE DROIT COMMUN	44
4.2. L'OBTENTION DES DROITS.....	49
4.3. CARACTERISTIQUES DES BENEFICIAIRES	53
4.4. BESOINS DE SANTE ET LOGIQUE DE RECOURS AUX SOINS	57
4.5. FINANCEMENT	60
MATERIEL ET METHODE.....	66
1. QUESTION D'ETUDE ET OBJECTIFS SECONDAIRES	67
1.1. QUESTION PRINCIPALE.....	67
1.2. OBJECTIFS SECONDAIRES.....	67
2. MATERIEL.....	67
3. METHODE.....	68
3.1. LE CHOIX DE LA METHODE.....	68
3.2. LE DEROULEMENT DE L'ETUDE.....	68
3.3. L'ANALYSE DES DONNEES	72
3.4. LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	73
RESULTATS.....	74
1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON	75
2. LE PARCOURS DE SOINS.....	77
2.1. AU PAYS	77
2.2. EN FRANCE	78
3. LE POINT DE VUE DES PATIENTS SUR L'AME ET LE SYSTEME DE SOINS	102
3.1. UNE OPINION GLOBALEMENT POSITIVE.....	102
3.2. AUTRES OPINIONS SUR LE SYSTEME DE SOINS	105
4. L'EVOLUTION DE L'ETAT DE SANTE	106
4.1. PAS DE CHANGEMENT.....	106
4.2. AGGRAVATION : APPARITION DE TROUBLES ANXIO-DEPRESSIFS	107

4.3.AMELIORATION	108
5. PARCOURS MIGRATOIRE	108
5.1. LA DECISION DE VENIR EN FRANCE.....	108
5.2. VENIR EN FRANCE	110
5.3. LA VIE EN FRANCE.....	111
6. TABLEAUX RECAPITULATIFS DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	122
6.1. PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS DE L'ETUDE	122
6.2. PRINCIPALES CARACTERISTIQUES SOCIALES DES PATIENTS DE L'ETUDE	124
DISCUSSION	126
1. LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE.....	127
1.1. LIMITES.....	127
1.2. FORCES	129
2. LES OBSTACLES A L'ACCES AUX SOINS	129
2.1. LES CHIFFRES DE MEDECINS DU MONDE	129
2.2. UN TAUX DE NON-RECOURS A L'AME NON NEGLIGEABLE	130
2.3. DIFFICULTES ADMINISTRATIVES.....	132
3. AME ET MEDECINE GENERALE.....	142
3.1. LOGIQUE DE RECOURS A LA MEDECINE DE VILLE	142
3.2. LA CONSULTATION SUR RENDEZ-VOUS.....	144
3.3. LES ATTENTES DU PATIENT	147
4. LES DETERMINANTS SOCIAUX DE SANTE CHEZ LES MIGRANTS EN SITUATION IRREGULIERE	148
4.1. MIGRATION ET DETERIORATION DE L'ETAT DE SANTE	149
4.2. PRESENTATION DES PRINCIPAUX DETERMINANTS SOCIAUX	150
5. MIGRATION ET SANTE MENTALE	154
5.1. UNE FORTE PREVALENCE DES TROUBLES ANXIO-DEPRESSIFS	154
5.2. LE PROBLEME DU SOUS DEPISTAGE	155
5.3. QUELLE PRISE EN CHARGE ?.....	157
6. LES POINTS POSITIFS.....	157
6.1. UN BON "CLASSEMENT" A L'ECHELLE EUROPEENNE	157
6.2. UN MEILLEUR ACCES AUX SOINS QUE DANS LE PAYS D'ORIGINE	157
6.3. UN BON SUIVI UNE FOIS LES OBSTACLES SURMONTES	157
6.4. REVISION ANNUELLE DU PLAFOND DE RESSOURCES	158
6.5. LES EFFORTS DE CERTAINES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE.....	158
7. LES PERSPECTIVES.....	159
7.1 TRAVAUX DE RECHERCHE.....	159
7.2. PROPOSITIONS D'AMELIORATION DU DISPOSITIF.....	159
7.3 PROPOSITIONS A VISEE DES MEDECINS	160
CONCLUSION	166
ANNEXES	169
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN.....	170
ANNEXE 2 : SYNTHESE DES PARCOURS DES PATIENTS.....	173
ANNEXE 3 : FORMULAIRE CERFA	185
ANNEXE 4 : LETTRE D'INFORMATION POUR LES MEDECINS	188
ANNEXE 5: DOCUMENT D'INFORMATION POUR LES PATIENTS (FONDS CMU, 2014)	192

ANNEXE 6: TABLEAU COMPARATIF DES PRATIQUES DES CAISSES D'ILE-DE-FRANCE EN MATIERE D'OCTROI DES PRESTATIONS(39)	196
ANNEXE 7: LISTE DE PROPOSITIONS POUR L'AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS (39) 201	
ANNEXE 8: CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES BENEFICIAIRES DE L'AME EN CONTACT AVEC UNE STRUCTURE DE SOINS OU UN MEDECIN GENERALISTE LIBERAL, DREES 2006 (29).....	204
BILIOGRAPHIE	206
RESUME	214

LISTE DES ABREVIATIONS

AME	Aide Médicale de l'Etat
APS	Autorisation Provisoire de Séjour
ARS	Agence Régionale de la Santé
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CASO	Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation ¹¹
CCAS	Centre d'Action Communale d'Action Sociale
CESEDA	Code d'Entrée et de Séjour des Étrangers et Demandeurs d'Asile
CIMADE	Comité Inter Mouvements Auprès Des Evacués
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUc	Couverture Maladie Universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie et des Travailleurs Salariés
COMEDE	COMité MEDical pour les Exilés
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRA	Centre de Rétention Administrative
CST	Carte de Séjour Temporaire
DREES	Direction des Recherches, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGF	Inspection Générale des Finances
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé
LFR	Loi de Finance Rectificative
MDM	Médecins du Monde
MARS	Médecin de l'Agence Régionale de Santé
MISP	Médecin Inspecteur de Santé Publique
ODENORE	Observatoire DEs NOn-REcours aux droits et services
ODSE	Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers
OFPRA	Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

INTRODUCTION

L'AME a été créée en 1999 pour permettre aux personnes en situation irrégulière sans ressources de se faire soigner gratuitement. Ce dispositif est régulièrement l'objet de débats et de réformes le plus souvent restrictives. Migration pour raison de santé, fraude, recours excessif aux soins, les étrangers en situation irrégulière sont souvent accusés d'abuser du système social français. En plus des restrictions législatives, la complexité du système de soins français, la précarité des conditions de vie, les barrières linguistiques et culturelles rendent l'accès aux soins particulièrement difficile pour les personnes migrantes.

Selon le rapport de l'IGAS-IGF 2010, 95% des bénéficiaires de l'AME de Paris et de Seine-St-Denis (qui regroupent à eux seuls près de 40% des bénéficiaires) ont eu recours à des soins de ville, dont 82% à un généraliste. Ces chiffres, similaires à ceux de la population générale, témoignent d'une utilisation plutôt adaptée du système de soins. La médecine de ville tient donc une place essentielle dans la prise en charge de ces patients. Il semble pourtant que les problématiques de l'AME et des conditions de vie des personnes en situation irrégulière soient peu connues du corps médical.

Alors comment ces patients procèdent-ils pour obtenir l'AME et consulter en cabinet de médecine générale malgré ces difficultés?

A quoi ressemble la vie d'une personne en situation irrégulière en France?

Que pensent-ils du système de soins et de leur médecin généraliste?

Nous avons souhaité explorer ces questions en donnant la parole aux patients.

Pour cela, nous avons réalisé une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés dans des cabinets de médecine générale de Seine-St-Denis. Nous avons choisi ce département en raison du nombre important de bénéficiaires (plus de 50 000 en 2013).

Dans un premier temps, nous avons analysé les données officielles et associatives pour mieux connaître les caractéristiques de l'immigration légale et illégale en France. Nous avons également essayé de contextualiser le dispositif de l'AME en étudiant les possibilités d'accès aux soins des migrants en situation irrégulière dans d'autres pays Européens. Puis nous avons voulu voir s'ils pouvaient bénéficier d'autres droits sociaux, avant de décrire le dispositif de l'AME.

Ensuite, nous sommes allés à la rencontre des patients pour recueillir l'histoire de leur trajectoire migratoire et de leur parcours de soins. En parallèle, nous avons tenté d'avoir un aperçu de leurs conditions de vie. Etant des déterminants majeurs de la santé, ils nous a semblé important de comprendre comment vivent ces patients. Nous avons également cherché à recueillir leur point de vue sur le système de soins, en particulier la médecine libérale et sur l'évolution de leur état santé par rapport au pays d'origine.

Enfin, nous avons exposé nos résultats à des professionnels concernés par la problématique et nous les avons comparés aux données de la littérature.

GENERALITES

1.L'immigration en France

La question de la mobilité des populations migrantes est depuis longtemps présente dans le débat public français : appel d'offres de recrutement de main d'œuvre étrangère et xénophobie ont parcouru l'histoire française depuis deux siècles. Conséquence de la Révolution Française, la révolution industrielle a amené une forte main d'œuvre étrangère Européenne, notamment Belge et Italienne. Par la suite les Première et Seconde Guerres mondiales ont fait appel à des migrants coloniaux à la fois pour les efforts de guerre et de reconstruction. Ainsi, jusqu'en 1960, la France était le premier pays d'immigration européen.

Depuis 1974, la suspension de l'entrée des travailleurs salariés a eu pour effet de renforcer le regroupement familial, déjà amorcé auparavant et qui constitue aujourd'hui l'essentiel des entrées. On observe aussi un afflux de demandeurs d'asile depuis les années 1990, dû aux grandes crises et conflits mondiaux, suivi d'une décrue avec quelques 400 000 demandes d'asile par an depuis 2006.

La politique française s'insère aussi dans un dispositif européen qui gère les flux migratoires: c'est "l'acquis communautaire" constitué entre autres par les accords Schengen de 1985 qui ont supprimé des frontières internes et renforcé les frontières externes de l'Europe.

Une frénésie législative s'est emparée de l'immigration depuis 1980, au gré des alternances politiques: une vingtaine de loi ont été votées. De l'objectif "immigration zéro" annoncé en 1993, la France est passée en 2006 à l'immigration choisie "en ouvrant les frontières aux travailleurs qualifiés, très qualifiés et peu qualifiés pour les secteurs de main d'œuvre saisonnière d'une part et en durcissant les conditions du regroupement familial et de l'asile d'autre part ("immigration subie").

Dans le même temps, les effets pervers de la fermeture de l'immigration et de la crise du droit d'asile ont eu pour effet la multiplication des sans-papiers: des personnes souvent ni régularisables (seules 2 grandes vagues de régularisation en 1981 et 1997), ni expulsables car elles y ont fondé une famille ou viennent d'un pays où on ne peut pas les reconduire.

Un dernier train de régularisations a été mis en œuvre en 2008 pour ceux qui travaillaient déjà durablement, les régularisations plus récentes s'effectuant au gré des préfectures.

Plus généralement, en Europe comme dans le monde, on constate aujourd'hui et reconnaissons, avec l'anthropologie culturelle et l'anthropologie des migrations, que le phénomène migratoire est constitutif des sociétés, en tant que processus permanent au long de l'histoire de l'humanité, quelque soient les formes différentes qu'il prenne selon les époques et les contextes. (1)

1.1. L'immigration légale

1.1.1. Quelques définitions

Etranger: Toute personne résidant en France et n'ayant pas la nationalité française est étrangère qu'elle soit née ou non en France.

Immigré: Toute personne résidant en France, née étrangère dans un pays étranger est immigrée quelle que soit sa nationalité (définition adoptée par le Haut Conseil à l'Intégration).

Ainsi, tout étranger n'est pas forcément immigré (cas des étrangers nés en France, essentiellement des mineurs) et inversement tout immigré n'est pas forcément étranger (cas des immigrés ayant acquis la nationalité française)

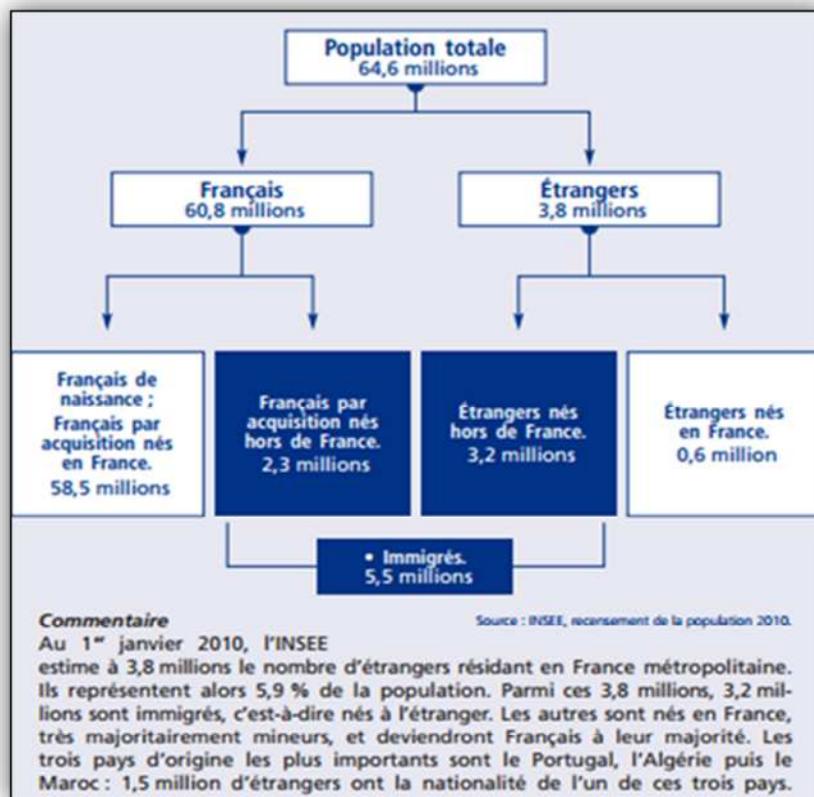
La population étrangère en situation irrégulière se définit par l'absence de titre de séjour l'autorisant à rester sur le territoire français.

1.1.2. Données statistiques

1.1.2.1. Dénombrement

Selon l'INSEE, il y avait 5,5 millions d'immigrés résidant en France métropolitaine en 2010 soit 8.6% de la population totale et 3.8 millions d'étrangers soit 5.9% de la population totale (Cf. figure 1)

Figure 1: Dénombrement des résidents en France selon la nationalité au 1er janvier 2010



Source: INSEE, recensement de la population 2010

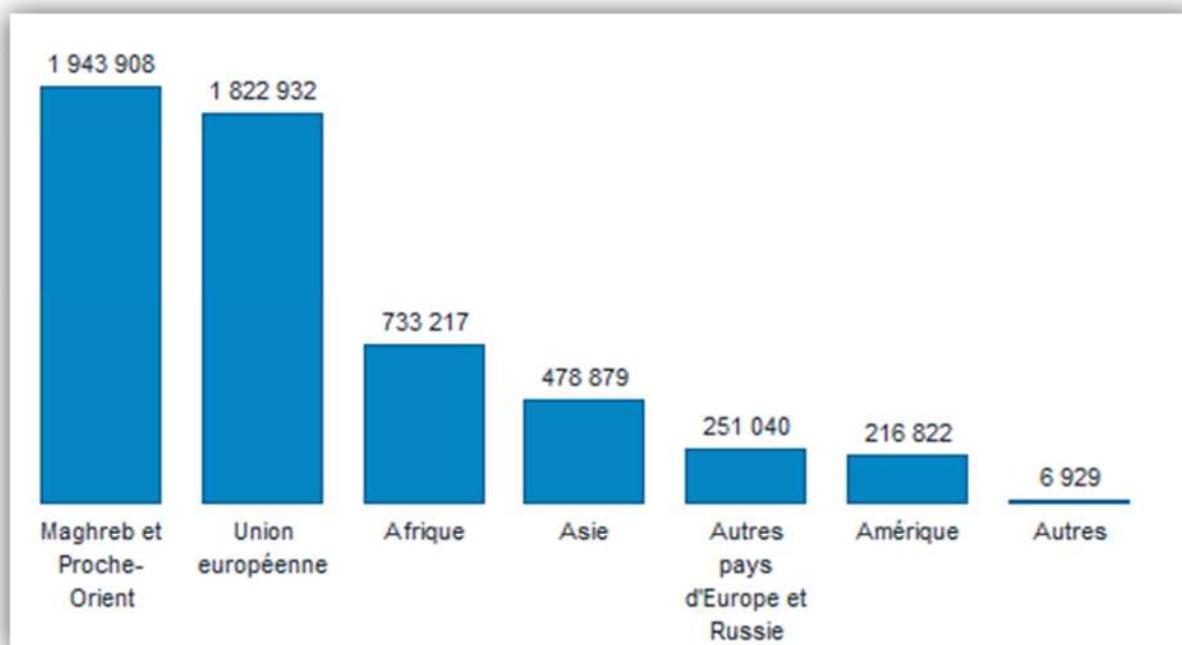
1.1.2.2. Nationalité des étrangers

En 2010, les nationalités des étrangers se répartissent de la manière suivante:

- 40% provenant de l'Espace Economique Européen (EEE-les vingt-sept pays de l'UE plus l'Islande, la Norvège)
- 30% d'Afrique du Nord
- 30% pour le reste : Asie (14% dont près de la moitié pour la Turquie) et Afrique Subsaharienne essentiellement (13%)

Ainsi, la population étrangère est majoritairement représentée par des personnes en provenance de l'Union Européenne et d'Afrique du Nord.

Figure 2: Répartition des immigrés selon la région géographique d'origine

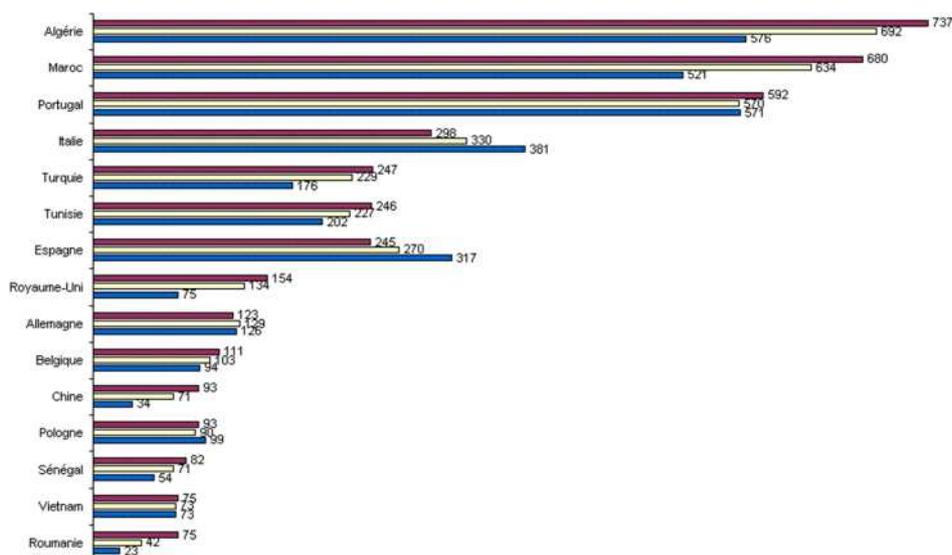


Source: INSEE, 2010

Parmi les ressortissants de l'Union Européenne, les pays les plus représentés sont le Portugal, l'Italie, l'Espagne, le Royaume-Uni, l'Allemagne, la Belgique et la Pologne (Cf. figure 3).

Parmi les ressortissants de pays tiers, les dix nationalités les plus représentées sont l'Algérie, le Maroc, la Turquie, la Tunisie, la Chine, le Mali, le Sénégal, la République Démocratique du Congo, le Cameroun et la Côte d'Ivoire (plus de 71% des ressortissants de pays tiers) (2).

Figure 3: Immigrés selon leur pays de naissance (en milliers) en 1999, 2006 et 2010



Source: INSEE, 1999, 2006, 2010

1.1.2.3. Répartition par âge et par sexe

La population étrangère varie au gré des naissances, des décès, des migrations mais aussi des naturalisations. La composition actuelle de cette population est très proche de celle de la population générale, ce qui n'était pas le cas hier. La population étrangère est légèrement plus masculine et un peu plus jeune que celle de nationalité française. En effet, en 2009, il y a 49 % d'hommes parmi les étrangers vivant en France métropolitaine, contre 48 % parmi les Français. De plus, les étrangers ont en moyenne 38,9 ans, contre 39,8 ans pour les Français. Cette différence d'âge est plus prononcée pour les femmes (38,1 ans pour les étrangères contre 41,3 ans pour les Françaises) (2). Ces données sont toutefois à relativiser en raison de la grande hétérogénéité des populations étrangères et immigrées.

1.1.2.4. Répartition géographique

Les populations immigrées sont essentiellement présentes en Ile-de-France (42%), Rhône-Alpes(10%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (8%) et en outre-mer (5%) (2).

1.1.3. Les titres ou documents de séjour régulier

Les étrangers résidant en France relèvent de deux types de législation, le droit à la protection au titre de l'asile et le droit général de l'immigration. Les textes définissant les procédures d'asile et d'immigration sont regroupés au sein du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), créé en 1998.

Les seuls documents qui rendent le séjour régulier au sens du CESEDA sont :

- Les cartes de résident ou de retraité
- Les cartes temporaires de séjour d'une durée d'un an à trois ans
- Les autorisations provisoires de séjour (APS) d'une durée variant généralement entre un mois et six mois
- Les récépissés de demande de renouvellement de titre de séjour

La circulaire du ministère des affaires sociales et des solidarités du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéfice de la couverture maladie universelle

précise que la résidence d'une personne étrangère est considérée comme régulière dès lors que cette personne peut se prévaloir, à défaut de la production d'une carte de séjour, "*de tout document (récépissé en cours de validité, convocation, rendez-vous en préfecture, autre) prouvant qu'il a déposé un dossier de demande de titre de séjour auprès de la préfecture de son lieu de résidence*".

1.1.3.1. Les titres ou documents de séjour provisoires (5)(6)

1.1.3.1.1. Carte de séjour temporaire

Elle peut être délivrée :

- soit aux étrangers venus en France, en qualité de visiteurs, étudiants, scientifiques ou de professionnels désirant pratiquer une activité en tant qu'artiste, travailleur temporaire ou une activité non salariée. La carte porte alors la mention précitée.
- soit pour "vie privée et familiale".

Cette carte ouvre le droit de travailler et donne droit à certaines aides sociales. D'une durée maximale d'un an, la CST est renouvelée si l'administration estime que les conditions de délivrance sont toujours remplies. Le renouvellement, soumis au pouvoir discrétionnaire (laissé à l'appréciation de l'administration) n'est donc jamais certain.

1.1.3.1.2. Autorisation provisoire de séjour (APS)

Document provisoire de séjour remis à l'étranger qui n'a pas vocation à demeurer sur le territoire français mais qui ne peut pas le quitter à l'expiration de son visa pour des motifs d'ordre médical, humanitaire ou professionnel. Elle concerne notamment les demandeurs d'asile en attente de réponse et certaines personnes régularisées pour raisons médicales mais qui ne peuvent prétendre à une carte de séjour temporaire. D'une durée de validité de 1, 3 ou 6 mois, l'APS rend le séjour bien plus précaire que la CST. De plus, elle est rarement accompagnée d'une autorisation de travail et interdit l'accès à certaines aides sociales. Elle peut être renouvelée et assortie d'une autorisation provisoire de travail sur présentation d'un contrat de travail ou d'une promesse d'embauche.

1.1.3.1.3. Convocation à la préfecture

La convocation à la préfecture invitant à retirer une carte de séjour vaut titre de séjour jusqu'à la date qu'il précise.

1.1.3.1.4. Récépissé de demande ou de renouvellement de carte de séjour

Document provisoire de séjour remis à l'étranger admis à souscrire une première demande ou une demande de renouvellement de carte de séjour. D'une durée de validité au moins égale à un mois, il peut être renouvelé et assorti d'une autorisation provisoire de travail délivrée par les directions départementales du travail.

1.1.3.2. La carte de résident

C'est un titre de séjour valable 10 ans et renouvelable de plein droit. C'est à la fois un titre de séjour et un titre de travail . (Article L314-1,4 du CESEDA). Elle permet d'obtenir un contrat à durée indéterminée et autorise entre autre le regroupement familial. Créée en 1983, suite à la Marche pour l'égalité et le Racisme (surnommée "Marche des Beurs"), la délivrance de cette carte est désormais rare.

1.1.3.3. L'éloignement

Ce terme désigne l'ensemble des mesures contraignant un étranger à quitter le territoire français. En cas d'interpellation, un étranger en séjour irrégulier peut être placé dans un centre de rétention administrative (CRA). La rétention administrative est une privation de liberté spécifique pour les étrangers afin d'organiser l'exécution de la mesure d'éloignement. La durée maximale d'enfermement dans un CRA est de 32 jours.

1.2. L'immigration illégale

1.2.1. Données statistiques

1.2.1.1. Indicateurs retenus par le gouvernement

L'immigration irrégulière échappe par nature au recensement. L'état dispose d'indicateurs pour appréhender ce nombre :

- Indicateurs de pression à l'entrée: nombre de placements en zone d'attente, nombre de refus d'admission, demande d'asile à la frontière
- Indicateurs de pression migratoire au séjour: déboutés du droit d'asile, nombre de titres de séjour délivrés aux étrangers entrés irrégulièrement
- Indicateurs de la population en situation irrégulière: nombre d'étrangers interpellés en situation irrégulière, délits à la police des étrangers en France métropolitaine, placements en centre de rétention administrative, bénéficiaires de l'AME.

1.2.1.2. Des chiffres sujets à caution

Les différences entre les chiffres avancés, qu'ils soient officiels ou non montrent combien la question est sensible et complexe.

En 2005, une enquête sur l'immigration clandestine a été demandée par le Sénat(3). La direction des affaires juridiques et des libertés publiques du ministère explique que cette estimation des "flux" "*résulte notamment du nombre de demandeurs d'asile, diminué du nombre de personnes ayant obtenu le statut de réfugié, du nombre de personnes ayant été régularisées et du nombre d'arrêtés de reconduite à la frontière pris et exécutés à l'encontre des demandeurs d'asile déboutés.*" Quant à celle du "stock", "*elle prend pour base minimale le nombre d'étrangers en situation irrégulière qui bénéficient de l'aide médicale d'Etat. Sur cette base, et en y ajustant un pourcentage du flux annuel (pour tenir compte, d'une part, des régularisations" au fil de l'eau" et, d'autre part, des départs volontaires), on peut raisonnablement estimer ce stock à environ 400 000 personnes.*" et entre 80 000 et 100 000 migrants illégaux supplémentaires y entreraient chaque année.

Dans la même enquête, l'Institut national des études démographiques (INED), déclarait estimer le nombre d'immigrants illégaux à environ **800 000** personnes (3).

Fin 2012, le ministère de l'Intérieur estimait toujours à **350 000** le nombre d'étrangers résidant en France sans droit au séjour (4).

Selon le milieu associatif, ce nombre correspondrait aujourd'hui au double du nombre de bénéficiaires de l'AME soit environ **600 000** personnes.

Il est à noter que la part de l'immigration illégale dans les DOM-TOM est sensiblement plus importante qu'en métropole. Pour la Guyane, l'estimation correspond à une proportion de personnes en situation irrégulière comprise entre 20 % et 25 % de la population, pour Mayotte de 30%¹. Ces spécificités s'expliquent à la fois par la proximité de pays dont les écarts de niveaux de vie avec la France sont importants et par l'existence de frontières étendues avec ces pays (5).

1.2.2. Comment se retrouve-t-on en situation irrégulière ?

Deux cas de figure sont susceptibles d'expliquer une telle situation :

- Le détournement de procédure

Il survient après une entrée régulière sur le territoire puis un non renouvellement du titre de séjour ou du visa. Cette situation représentait 90% des sans-papiers en France entre 1998 et 2002. Cela concerne en particulier:

- les personnes qui entrent sur le territoire avec un visa et se maintiennent sur le territoire
- les personnes à qui l'on refuse un document de séjour ou un renouvellement de document de séjour
- les personnes déboutées du droit d'asile.

- L'immigration clandestine

Elle survient après une entrée irrégulière sur le territoire.

Nous allons détailler ici les situations irrégulières les plus fréquentes.

¹ Il est à noter que l'AME n'est pas applicable à Mayotte.

1.2.2.1. Perte de la régularité du séjour

1.2.2.1.1. Etudiants, salariés

Les personnes souhaitant étudier en France doivent d'abord faire une demande de visa. Lorsque ce visa leur est remis, ils peuvent rentrer en France et demander une CST étudiant avec leur inscription à l'université. Cette dernière leur est remise parfois après plusieurs récépissés, quelques mois avant d'envisager son renouvellement. Elle ouvre les droits à une sécurité sociale étudiante.

La perte de régularité du séjour peut survenir en milieu de cursus, lors d'un changement de statut administratif (mariage), suite à l'échec d'une année universitaire, ou à un changement de cursus.

1.2.2.1.2. Conjoints de français et regroupement familial

De droit, les conjoints de Français peuvent obtenir une CST d'un an, sous réserve de prouver une communauté de vie. Pour les conjoints et enfants d'une personne étrangère installée régulièrement en France, il faut passer par la procédure du regroupement familial, à effectuer dans le pays d'origine avant d'arriver en France. La famille doit pouvoir être accueillie dans des conditions "décentes": la personne vivant en France doit pouvoir justifier d'un revenu supérieur au SMIC et d'un logement suffisamment grand. Compte tenu des difficultés de logement actuelles, ces critères sont des obstacles souvent insurmontables (6).

Depuis peu, s'est rajoutée une remise en cause des liens familiaux des demandeurs qui pour accélérer l'examen de leur demande, sont incités à faire des tests ADN. Quand la réponse est négative, le conjoint est alors contraint à l'isolement ou à vivre en famille mais en situation irrégulière, au risque de sanctions comme le retrait du titre de séjour pour le conjoint en situation régulière.

En cas de divorce ou de veuvage, il peut arriver que le renouvellement de son titre de séjour lui soit refusé avec l'argument qu'il n'a plus d'attache sur le territoire français. Cette situation varie selon les accords qui existent entre la France et le pays d'origine de la personne étrangère.

1.2.2.1.3. Les retraités

Un employé étranger peut disposer d'un titre de séjour retraité valable 10 ans. Il permet d'entrer à tout moment en France sans visa pour des séjours d'une durée maximum d'un an, à la seule condition d'avoir droit à une retraite en France et d'avoir résidé de manière légale en France.

Les refus de ce type de titre de séjour sont peu fréquents.

1.2.2.2. Les déboutés du droit d'asile

1.2.2.2.1. Définition et données statistiques

Un demandeur d'asile, est *"toute personne qui répond à la définition de l'article 1er, A2 de la Convention de Genève du 28 juillet 1951, c'est-à-dire qui se trouve hors du pays dont elle a la nationalité ou dans lequel elle a sa résidence habituelle, qui craint avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, et qui ne peut ou ne veut se réclamer de la protection de ce pays ou y retourner en raison de ladite crainte."*

A la suite d'une procédure d'examen unique auprès de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA), le demandeur peut se voir attribuer l'un des deux statuts suivants:

- Le statut de réfugié, régi par la Convention de Genève. Il offre la plus grande protection et se concrétise, en France, par une carte de séjour de 10 ans renouvelable.
- La protection subsidiaire, pour ceux qui n'ont pas été reconnus réfugiés, se traduit par la délivrance d'une carte de séjour de 1 an seulement si les conditions d'octroi sont remplies. Les personnes venant d'un pays considéré comme sûr ne peuvent prétendre qu'à la protection subsidiaire.

En 2013, le taux global d'admission (incluant les décisions de la Cour nationale du droit d'asile) est de 24.4% soit 11371 personnes. Parmi les nationalités pour lesquelles les taux d'admission sont les plus élevés, les cinq premières sont : la Syrie (95%), l'Irak (67%), l'Afghanistan (65%), l'Iran (56%) et le Rwanda (36,5%)

Les déboutés les plus nombreux (taux d'accord inférieur à 4%) ont été pour l'Europe les Albanais, Macédoniens, Monténégrins, Bosniaques, Géorgiens, Ukrainiens, parmi les

demandeurs asiatiques les Bangladais, les Birmans et les Pakistanais, enfin pour l'Afrique les Algériens et les Tunisiens (7).

1.2.2.2.2. Parcours administratif

Dès l'ouverture de leurs démarches, les demandeurs d'asile sont en situation régulière. La préfecture délivre une APS d'un mois puis des récépissés de 3 mois, renouvelés tout le long de la procédure. Ils peuvent donc bénéficier dès leurs premières démarches de la sécurité sociale de base et de la CMUc, du fait de la faiblesse de leurs ressources.

Le demandeur dispose de vingt et un jours pour adresser à l'OFPRA son dossier contenant les raisons de sa fuite et ses craintes en cas de retour ainsi que des pièces écrites, dont des témoignages, de la bibliographie journalistique ou associative traduits, corroborant son récit. Le médecin peut être sollicité en cas de mauvais traitements subis, pour la rédaction d'un certificat médical. Le dossier sera étudié par l'OFPRA. Le demandeur d'asile sera alors convoqué et questionné oralement.

1.2.2.2.3. Rejet de la demande

En cas de rejet de l'OFPRA, il est possible d'engager un recours suspensif devant la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA) dans le mois qui suit la notification du refus. Jusqu'à ce qu'elle rende décision, l'exilé est considéré comme demandeur d'asile et peut bénéficier des droits qui sont attachés à ce statut.

Les personnes déboutées du droit d'asile reçoivent automatiquement une Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF). Cette obligation leur offre la possibilité de repartir volontairement dans un délai d'un mois. Les personnes restant en France sont alors en situation irrégulière. Selon plusieurs sources, ce cas de figure explique en grande partie l'augmentation des personnes en séjour irrégulier et donc du nombre de bénéficiaires de l'AME.

1.2.2.3. Le refus de régularisation pour raison de santé

Depuis 1998, les étrangers en situation irrégulière peuvent demander un titre de séjour pour raison médicale, possibilité prévue par l'article L313-11 11° du CESEDA. Les modalités de demande de carte de séjour pour raison médicale sont complexes. Les pratiques des préfetures varient selon le département. Le rapport médical doit être rédigé soit par un "médecin agréé" soit par un "praticien hospitalier". Il doit détailler le diagnostic, l'histoire de la maladie, le traitement, l'évolution, le pronostic en cas de traitement et en l'absence de traitement adéquat.

Ce rapport doit être adressé sous pli confidentiel à un "médecin de l'agence régionale de santé"(MARS). Depuis 2010, ce ne sont plus nécessairement des Médecins Inspecteurs de la Santé Publique (MISP) (8). A Paris l'autorité médicale est le "médecin chef du service médical de la préfecture de police".

La décision relève du préfet, qui après avoir pris l'avis de l'autorité médicale examine si:

- l'état de santé de l'étranger nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité
- le patient risque de ne pouvoir être pris en charge en cas de retour dans son pays d'origine
- les critères de menace à l'ordre public et de résidence habituelle en France sont remplis. Ce dernier critère reste subjectif, considérant avant tout l'intention de rester vivre en France. Les préfetures considèrent en général que le séjour doit être supérieur à un an.

Les étrangers dont la demande est acceptée reçoivent un titre de séjour d'un an, permettant à son titulaire de travailler. Ce titre de séjour est renouvelable. En pratique, cependant, il est fréquent que les premiers titres de séjour soient de 3 ou 6 mois et souvent sans droit au travail.

En Mars 2007, contre l'avis des associations et organisations médicales consultées, le comité interministériel de contrôle de l'immigration a mis en ligne sur le site intranet ministériel des fiches-pays recensant la "disponibilité".

Ensuite, la loi du 16 juin 2011 sur l'immigration, dite loi Besson, a modifié les conditions et les procédures d'admission au séjour. Elle conditionne désormais le droit au séjour à l'"absence d'un traitement approprié dans le pays d'origine", en lieu et place de la notion d'"accès effectif" à ce traitement, consacrée par la loi du 11 mai 1998. Le préfet est seul juge pour apprécier d'éventuelles "circonstances humanitaires exceptionnelles". Pourtant, les

termes équilibrés de la loi votée en 1998 avaient été le résultat d'une longue réflexion dans les années 1990, afin d'éviter qu'un refus d'admission au séjour en France n'amène à l'expulsion d'une personne gravement malade vers un pays où elle serait privée de soins. Depuis l'été 2012, l'Observatoire du droit à la santé des étrangers, constate de graves dysfonctionnements conduisant à des renvois abusifs des patients(9).

1.2.2.4. Les Européens inactifs

1.2.2.4.1. Généralités

1.2.2.4.1.1. Le droit au séjour des Européens

Concernant les ressortissants de l'UE, les dispositions applicables sont spécifiques et relativement complexes. Il faut savoir qu'un Européen peut être en situation irrégulière en Europe. En effet, depuis 2007 suite à la transposition d'une directive européenne de 2004, les conditions de séjour se sont durcies (10) .

Les ressortissants européens ont le droit de circuler librement dans l'Union Européenne mais au-delà de 3 mois, s'ils n'ont pas acquis un droit de séjour permanent à l'issue de 5 années de résidence régulière et ininterrompue dans le pays d'accueil, ils doivent remplir 2 conditions pour séjourner légalement en dehors de leur pays d'origine :

- la détention d'une couverture maladie complète
- des ressources suffisantes afin de ne pas devenir une charge déraisonnable pour les finances de l'Etat d'accueil

En pratique, ces dispositions concernent en particulier les inactifs et les demandeurs d'emploi désireux de s'installer en France. Un ressortissant communautaire inactif venant résider en France ne peut se prévaloir d'un droit au séjour s'il n'est pas titulaire au préalable d'une couverture maladie.

1.2.2.4.1.2. La couverture santé des Européens: une question complexe

Théoriquement, les ressortissants communautaires en situation irrégulière ont droit à l'AME s'ils en remplissent les conditions. Depuis l'été 2013, les conditions d'accès à l'AME des communautaires inactifs se sont vues entravées par une procédure complètement incompréhensible. Le Ministère de la Santé et la CNATMS ont organisé une procédure de contrôle de la "régularité du séjour" des Européens pour déterminer leur droit, soit à l'assurance maladie, soit à l'AME. Toute demande d'AME d'un résident sans emploi et démuné se traduit donc par une demande préalable d'Assurance maladie au titre de la CMU de base dont l'examen est centralisé sur une CPAM spécialisée (celle du Gard en 2013-2014). En pratique, les potentiels bénéficiaires de l'AME se sont vus retourner leur dossier (après parfois des mois d'attente), puis ont dû remplir les formulaires CMU de base et Complémentaire-CMU pour se voir finalement retourner un refus (logique du fait du séjour irrégulier) avec invitation à redéposer une demande d'AME... Cette procédure, toujours en cours en mai 2014, fait l'objet de pratiques particulières dans chaque département, certaines CPAM ayant fait le choix de ne pas l'appliquer ou de l'aménager (11).

1.2.2.4.2. Données sur la répartition par nationalité

1.2.2.4.2.1. Citoyens Bulgares et Roumains: des Européens à statut particulier

L'UE autorise la limitation de l'accès au marché du travail pour les citoyens des nouveaux pays membres pendant une période transitoire de sept ans. C'est ce qu'ont fait la France et huit autres pays Européens lors de l'intégration de la Roumanie et la Bulgarie à l'UE le 1er janvier 2007. Avant le 1er janvier 2014, il ne suffisait pas, comme les autres ressortissants d'avoir un emploi pour être en situation régulière. Ils avaient obligation de détenir un titre de séjour, avec autorisation de travail, tout comme les ressortissants de pays tiers. Ainsi, en raison de ces restrictions, les ressortissants communautaires en situation irrégulière proviennent majoritairement de ces deux pays. En 2012 Dans les Centres d'Accueil et d'Orientation (CASO) de Médecins du Monde, ils représentaient 82% des ressortissants de l'UE (Cf. figure 5). Ces restrictions concernent maintenant la Croatie, entrée dans l'UE le 1er janvier 2014.

1.2.2.4.2.2. Portugal, Espagne, Italie: les conséquences de la crise de 2008

Par ailleurs, en 2012, MDM note une progression sensible de la part des Portugais, des Espagnols et des Italiens : 10,7 % en 2012 vs 6,7 % en 2011, certainement en lien avec la situation économique de ces pays (Cf. figure 4).

Figure 4: Répartition des ressortissants de l'UE (hors France) par nationalité

Nationalités	%	Nationalités	%
Roumanie	68,1	Allemagne	0,7
Bulgarie	14,0	Slovaquie	0,4
Portugal	4,6	Royaume-Uni	0,4
Espagne	3,3	Pays-Bas	0,3
Italie	2,8	Belgique	0,3
Pologne	2,6	Lituanie	0,3
Hongrie	1,3	Autres	0,9

Source: rapport d'activité Médecins du Monde 2013

1.2.2.5. Les apatrides

Un apatride est, selon la convention de New York du 28 septembre 1954, "toute personne qu'aucun État ne considère comme son ressortissant par application de sa législation". Plus simplement, un apatride est une personne dépourvue de nationalité, qui ne bénéficie de la protection d'aucun État. Il y aurait plus de 12 millions d'apatrides, selon le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR).

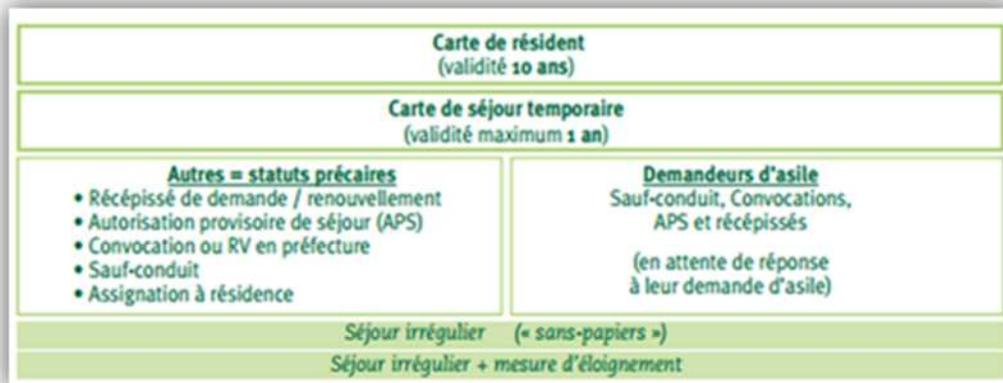
1.3. Schéma récapitulatif des statuts des étrangers

Les différentes situations administratives concernant les étrangers sont résumées dans le tableau suivant, tiré du guide COMEDE 2008 (Cf. figure 5)

Il est important de rappeler que si certains étrangers sont durablement en situation irrégulière, d'autres oscillent entre régularité et irrégularité en attendant de voir leur situation stabilisée.

Cette instabilité administrative entraîne souvent des difficultés importantes dans la gestion du dispositif de l'AME (5), ce qui a des conséquences sur la continuité des soins.

Figure 5: Les statuts des étrangers au regard des règles de police de l'immigration (classement par ordre de stabilité du séjour)



Source: Guide COMEDE 2008 (p64)

2. L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière en Europe

Il est intéressant de voir comment les autres pays européens organisent la prise en charge des soins médicaux des étrangers. Bien que le droit à la santé soit inscrit dans plusieurs instruments relatifs aux droits de l'homme, les migrants en situation irrégulière et plus particulièrement les groupes les plus vulnérables d'entre eux, tels que les femmes enceintes et les enfants, ne bénéficient pas de ce droit de manière égale dans les différents États membres de l'UE. De plus, avec la crise économique que connaît l'Europe depuis 2008, la tendance est à la restriction.

2.1. L'immigration en Europe

Pour ce qui est de l'immigration légale, la part d'étrangers en France est plus faible que ses voisins européens. En 2012, la France ne comptait que 5,9% d'étrangers, contre 7,6% au Royaume-Uni, 7,9% en Italie, 9,1% en Allemagne et 11,2% en Espagne (12). En 2013, selon l'ONU, elle se situait à la 80^è place mondiale en terme d'immigration.

L'Europe subit une pression migratoire constante, susceptible de connaître des pics au gré des conflits qui affectent ses régions voisines. Des "poches" où les migrants se pressent, comme autour de Calais où ils essaient de rallier l'Angleterre, ou de Lampedusa en Italie, attirent l'attention médiatique et donnent une impression de flux en hausse perpétuelle. Mais là aussi,

il est important de relativiser. En 2012, l'agence européenne Frontex a recensé 452 253 personnes en situation irrégulière (344 888 séjours illégaux et 107 365 entrées illégales). Si les entrées illégales ont augmenté en 2013 (notamment en provenance de la Syrie et de l'Erythrée), elles restent inférieures à celles de 2011 et au niveau de celles de 2010 et 2009. Les séjours illégaux recensés restent stables(13) .

Si les estimations du nombre des étrangers en situation irrégulière réalisées dans d'autres Etats occidentaux ne sont pas non plus toujours fiables, elles donnent à penser que la France n'est pas soumise à la pression migratoire la plus forte (3).

2.2. Droits théoriques

Nous allons nous intéresser ici aux dispositifs auxquels les personnes en situation irrégulière peuvent avoir accès dans quelques pays Européens. La figure 6 récapitule les principaux points.

2.2.1. Allemagne : une situation ambiguë

En Allemagne, le régime médical appliqué aux sans-papiers est très ambigu. Théoriquement, la prise en charge des soins se limite aux maladies graves et douleurs aiguës, aux situations d'urgence, aux prestations de base (vaccinations obligatoires, examens de prévention), ainsi qu'aux soins liés à la grossesse et aux mineurs. Les étrangers en situation irrégulière hésitent toutefois à solliciter le bénéfice de ces prestations de santé, car l'article 87 de la loi du 30 juillet 2004 sur le séjour, l'activité professionnelle et l'intégration des étrangers sur le territoire fédéral, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2005, exige des organismes publics, qu'ils préviennent sans délai les autorités chargées de l'immigration s'ils apprennent, dans l'exercice de leurs fonctions administratives, l'existence d'un étranger en situation irrégulière.

De plus, de nombreux médecins hésitent à soigner des clandestins de peur d'être poursuivis pénalement car la loi punit d'une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à cinq ans ou d'une amende toute personne qui, de façon répétée, prêle assistance à un étranger en situation irrégulière.

La plupart des étrangers en situation irrégulière se tournent donc plutôt vers des professionnels connus pour respecter l'anonymat des patients, comme certains médecins

libéraux ou le milieu associatif. On imagine aisément que beaucoup soient contraints de renoncer aux soins.

2.2.2. Royaume-Uni : accès aux soins primaires uniquement

Les ressortissants étrangers ayant leur résidence ordinaire au Royaume-Uni, bénéficient de la gratuité des soins médicaux tant à l'hôpital que pour la médecine de ville. Cette gratuité des soins est effective après inscription sur la liste du service public de santé (*National Health Service*) par le médecin généraliste.

Pour les personnes en situation irrégulière, la circulaire du ministère de la santé du 1^{er} février 1999 adressée aux médecins de ville précise que la gratuité est laissée à la discrétion du généraliste ou du dentiste, qui accepte ou non d'inscrire les étrangers en situation irrégulière sur la liste des patients pris en charge par le Service national de santé, soit à titre permanent, soit à titre temporaire. Le praticien n'a en effet aucune obligation de vérifier ni la régularité du séjour ni l'identité de ses patients.

Depuis 2004, les personnes en situation irrégulière n'ont accès aux soins gratuits que chez les médecins généralistes. Ni les examens complémentaires (y compris les examens de dépistage), ni les avis spécialisés, ni les soins hospitaliers, ni les dépenses pharmaceutiques ne sont accessibles gratuitement pour ces personnes. En revanche, certains soins restent gratuits pour tous : les soins aux urgences, le planning familial, certaines maladies psychiatriques, les infections sexuellement transmissibles, les autres maladies contagieuses. Les possibilités d'accès aux soins des immigrés sans autorisation de séjour sont de plus en plus remises en cause par le gouvernement actuel. De plus, le ministère britannique de la Santé prévoit d'augmenter et de créer de nouvelles contributions au système de santé pour les immigrés et les visiteurs, d'ici mars 2015.

2.2.3. Grèce : un accès aux soins quasi impossible

Le système national de santé grec n'existe que depuis 1983. Dans les années 90, il y a eu une reprivatisation partielle du système et une décentralisation vers des structures régionales et locales. Ainsi 300 organismes de sécurité sociale proposent plus de 40 couvertures différentes. L'accès aux soins des sans-papiers est devenu quasiment impossible depuis une

loi de 2001, en dehors des urgences hospitalières, et uniquement pour des urgences vitales. Les demandeurs d'asile ont eux droit au même accès aux soins que les grecs à condition de pouvoir prouver leur statut ce qui s'avère difficile au début de la procédure.

2.2.4. Italie : le décalogue des droits du malade étranger

Dans tous les hôpitaux et dispensaires italiens, un décalogue des droits du malade étranger doit être affiché. Traduit dans plus de vingt langues non européennes, il reprend l'essentiel des dispositions législatives en matière d'assistance sanitaire aux immigrés légaux et illégaux. Le point 9 rappelle aux étrangers en situation irrégulière qu'ils n'ont pas à craindre une dénonciation à la police.

En principe, l'étranger, n'étant pas affilié au service national de santé, est tenu de supporter seul le prix des actes médicaux dont il bénéficie. Toutefois, s'il se déclare sans ressources économiques suffisantes (il n'y a pas besoin de fournir des justificatifs), seul le ticket modérateur reste à sa charge pour certains soins. Il bénéficie de la gratuité dans le cas des soins urgents et des soins délivrés aux femmes enceintes, aux enfants de moins de 6 ans et aux personnes de plus de 75 ans. Une carte de santé spécifique est délivrée par tous les établissements hospitaliers même en l'absence de pièce d'identité.

2.2.5. Espagne et Portugal : la résidence prime sur la régularité du séjour

2.2.5.1. Espagne

Jusqu'en 2012, l'accès aux soins était subordonné à la domiciliation et non à la régularité du séjour. Cette disposition était conforme à la loi générale de santé publique de 1986, dont l'article premier donnait aux étrangers ayant établi leur résidence sur le territoire national les mêmes droits qu'aux Espagnols.

Pour accéder aux soins en Espagne, il y a la carte de sécurité sociale, liée au travail et la carte de santé, la "tarjeta sanitaria", pour ceux qui ne peuvent cotiser ou les étrangers en situation irrégulière. A partir du moment où ces derniers étaient enregistrés dans le fichier de la commune où ils habitaient, ils pouvaient donc avoir la carte de santé. Ceux qui n'étaient pas domiciliés n'avaient droit qu'aux soins d'urgence sauf les femmes enceintes et les mineurs qui pouvaient bénéficier des mêmes soins que les Espagnols. Les soins étaient administrés

gratuitement, aussi bien à l'hôpital qu'en ville, à condition que les patients aient consulté des médecins agréés par l'Institut national de gestion sanitaire.

L'accès aux droits a subi une première restriction par la loi du 20 novembre 2003, qui a autorisé la transmission des données du fichier municipal aux autres administrations. De plus, depuis septembre 2012, les étrangers en situation irrégulière n'ont plus accès aux soins gratuits. Seuls les mineurs, les femmes enceintes et les malades en "situation d'urgence" peuvent encore se faire soigner sans payer. Actuellement, selon MDM, les services de santé leur ont été refusés en de nombreuses occasions depuis l'entrée en vigueur du décret : le message politique d'exclusion des immigrés sans papiers s'est avéré plus fort que la loi elle-même (14).

2.2.5.2. Portugal

Le droit à la protection de la santé au sein d'un service national de santé universel et général est garanti par la Constitution. Les soins sont donc accessibles à tous dans les dispensaires locaux et dans les hôpitaux de service public.

Pour les étrangers, qu'ils soient en situation régulière ou non, il faut attester (avec 2 témoins) de la résidence depuis plus de 90 jours pour obtenir la carte d'usager du service national de santé. Mais ils devront toutefois s'acquitter d'un reste à charge. Des exonérations sont possibles pour personnes sans ressources.

Les migrants sans papiers résidant au Portugal depuis moins de 90 jours n'ont pas accès à la gratuité des soins sauf en cas de risque pour la santé publique par exemple pour une maladie contagieuse comme la tuberculose, le VIH ou les Infections Sexuellement Transmissibles.

2.2.6. Belgique : un système proche de l'AME

La loi organique du 8 juillet 1976 relative aux Centres Publics d'Action Sociale (CPAS) reconnaît aux sans-papiers le droit d'obtenir gratuitement des soins médicaux, à condition qu'ils soient sans ressources. En effet, ils peuvent bénéficier de l'Aide Médicale Urgente (AMU), dont l'urgence est attestée obligatoirement par un certificat médical. Le terme "urgent" est trompeur car l'AMU est censée couvrir toutes les pathologies qu'elles soient urgentes ou non. L'AMU prend tout en charge, sauf les soins en hôpital psychiatrique, les

lunettes et les prothèses. Dans les faits, la mise en œuvre de la loi dépend de chaque CPAS (15).

2.2.7. Suède : une évolution positive depuis 2013

En Suède, les immigrés sans autorisation de séjour et leurs enfants n'avaient accès qu'aux soins d'urgence, qui leur étaient ensuite facturés. En juillet 2013, est entrée en vigueur une nouvelle loi permettant l'accès aux soins de tous les enfants, sans paiement, dans les structures publiques de soins. Les adultes sans papiers ont obtenu les mêmes droits que les demandeurs d'asile. Ils ont accès aux soins "qui ne peuvent pas être remis à plus tard", les soins pré et postnataux, le planning familial, l'interruption de grossesse et les soins dentaires" qui ne peuvent pas être remis à plus tard" à condition de régler le forfait de 6 euros pour chaque consultation auprès d'un médecin ou d'un dentiste.

De nombreux professionnels de santé ignorent encore ce changement. En outre, la loi n'est pas toujours correctement appliquée : on demande parfois aux immigrés de payer plus qu'ils ne le doivent et ils peuvent même se voir refuser l'accès aux soins . Le principal problème est que les immigrés ne savent pas forcément évaluer le caractère urgent ou non des soins (14). Cette nouvelle loi constitue cependant un important pas en avant quant à l'accès aux soins.

Figure 6: L'accès aux soins pour les migrants en situation irrégulière dans 10 Etats membres de l'UE.

	Accès aux soins d'urgence (moyennant paiement)	Accès aux soins sans condition d'urgence, sans frais, mais obligation de signalement	Accès aux soins sans condition d'urgence et sans frais
Allemagne		X	
Belgique			X
Espagne			X
France			X
Grèce	X		
Hongrie	X		
Irlande	X		
Italie			X
Pologne	X		
Suède	X		

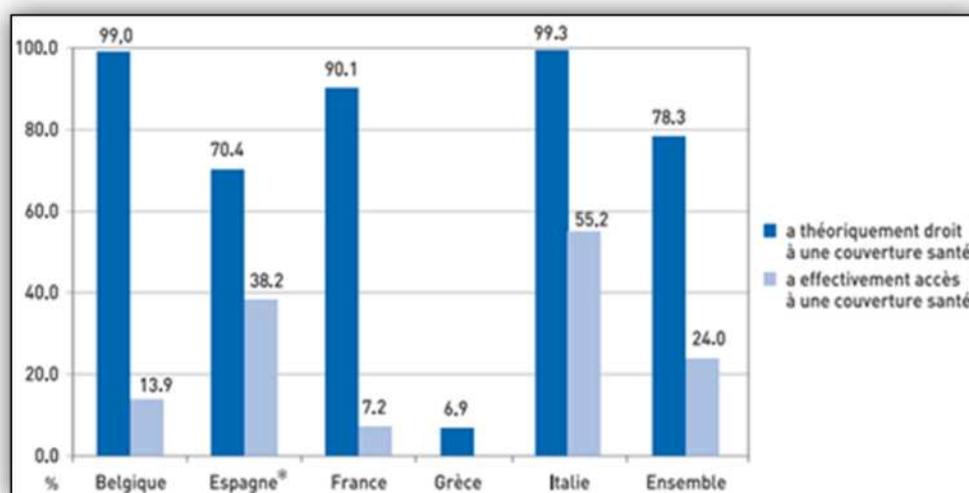
Source: European Union Agency for Fundamental rights, 2014

2.3. Accès effectif aux droits

Sur l'échantillon² interrogé par MDM dans son enquête sur l'accès aux soins des personnes étrangères en situation irrégulière en Europe (15), seuls 24.0 % bénéficient concrètement d'une couverture santé. Les enquêtes de 2007 et 2013 ont retrouvé le même type d'obstacles dans des proportions différentes selon les pays (Cf. figure 7).

C'est en Espagne que les personnes interrogées sont le mieux informées de leur droit à bénéficier d'une couverture santé (presque la quasi-totalité des bénéficiaires théoriques). A contrario, en Belgique et en France, le droit à une couverture santé semble souvent méconnu (40%). En ce qui concerne les démarches administratives, la situation est la plus favorable en Italie et, dans une moindre mesure, en Espagne, où respectivement 97.4 % et 80.0 % des personnes qui ont engagé des démarches ont effectivement obtenu le document ouvrant droit aux soins gratuits au moment de l'enquête. La situation est en revanche nettement plus critique en France et en Belgique, puisque seule une minorité des personnes ayant engagé des démarches pour obtenir une couverture santé avaient vu celles-ci aboutir au jour de l'enquête (18.0 % en France et 26.7 % en Belgique).

Figure 7: Proportion de personnes ayant droit (en théorie) à une couverture santé et de personnes ayant effectivement accès à une couverture santé (en %)



Source: Observatoire Européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde, 2007

²Nombre de personnes interrogées: Ensemble=835 Espagne=201 France= 152 Italie =136 Grèce=112 Portugal=17 Royaume-Uni=15

Au total, on distingue plusieurs types de pays

1. Ceux où les droits théoriques à une couverture santé des personnes en situation irrégulière concernent la quasi-totalité des individus interrogés mais où, dans la pratique, seule une infime minorité des personnes interrogées en bénéficie : La Belgique et la France
2. Ceux où les droits théoriques à une couverture santé des personnes en situation irrégulière concernent la quasi-totalité des individus interrogés et où, dans la pratique, une proportion notable en bénéficie (mais grosso modo jamais plus d'une moitié des bénéficiaires théoriques néanmoins) : l'Italie, l'Espagne (avant 2012) et le Portugal .
3. Le Royaume Uni où les personnes en situation irrégulière n'ont accès qu'aux consultations de médecine générale mais où les autres soins (y compris les examens complémentaires et les traitements) ne sont généralement pas pris en charge.
4. La Grèce, enfin, est le pays où les droits théoriques sont les plus restrictifs et aussi les moins accessibles en pratique (aucun des rares bénéficiaires théoriques interrogés n'y avait accès en pratique).

3. Les droits sociaux des personnes en situation irrégulière

En plus de l'AME, que nous détaillerons plus loin, il existe d'autres dispositifs d'accès aux soins pour les étrangers en situation irrégulière. Nous présenterons également les structures de soins accessibles à tous pouvant être utiles en cas de difficultés d'accès aux soins spécialisés en ambulatoire. Enfin, nous verrons qu'en plus du droit à la santé, il existe d'autres aides sociales pour ces personnes.

3.1. Droits à la santé

3.1.1. Les dispositifs pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis moins de 3 mois

3.1.1.1. Le fonds pour les soins urgents et vitaux (FSUV)

Lorsque la condition d'ancienneté de présence en France n'est pas remplie, le Fonds pour les soins urgents et vitaux (FSUV) permet, sous certaines conditions (notamment visa expiré, gravité de l'état de santé), la prise en charge ponctuelle de frais hospitaliers d'étrangers

nouvellement arrivés en France et ayant vocation à y vivre durablement. La circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France, de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat, donne des précisions, notamment, sur la définition des soins urgents.

A titre d'exemples, doivent être considérés comme urgents:

- les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité
- tous les soins et traitements délivrés à l'hôpital aux mineurs résidant en France, qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat
- les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse ainsi que les soins dispensés à la femme enceinte et au nouveau-né sont réputés répondre à la condition d'urgence
- les interruptions volontaires et médicales de grossesse pour motif médical

Cette procédure relève du processus de facturation des frais de séjour par les hôpitaux. C'est donc l'hôpital qui choisit de requérir ou non au fonds, en saisissant la CPAM du lieu d'implantation de l'établissement d'une demande de prise en charge au titre du fonds (8).

3.1.1.2. Les PASS

Créés dans le cadre de la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social (16).

Elles ont aussi pour fonction de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale (régime de base ou régime complémentaire d'assurance maladie, accès rapide à l'AME). Les hôpitaux publics et privés participant au service public hospitalier ont été chargés de les mettre en place. Le principe est de permettre aux personnes sans couverture santé (française, étrangère en situation régulière ou non) d'avoir accès gratuitement aux consultations externes, aux actes

diagnostiques et thérapeutiques. En général, les actes médicaux sont accompagnés d'aide à la prise en charge pour l'ouverture des droits par l'intermédiaire d'une assistante sociale hospitalière.

L'organisation de la PASS est laissée à l'appréciation de l'hôpital. Le dispositif peut être inclus dans le service des consultations externes, rattaché aux urgences voire intégré au fonctionnement habituel de l'hôpital.

Des PASS spécialisées ont aussi été mises en place notamment à l'AP-HP : PASS bucco-dentaires (Pitié Salpêtrière), psychiatriques, dermatologique, et une PASS mobile (intervention à l'extérieur de l'hôpital) (17).

Actuellement, les PASS souffrent de restrictions budgétaires alors que la demande est de plus en plus grande. Des projets de PASS ambulatoires voient progressivement le jour au sein de centres médicaux de santé (Exemple des centres médicaux de santé de Montreuil) ou de réseaux de soins (Exemple du réseau Arès92³), réseau de santé pour l'accès aux soins des personnes en situation de précarité dans la boucle nord des Hauts-de Seine).

3.1.1.3. Aide médicale humanitaire : une aide sur décision ministérielle

Les personnes de nationalité étrangère, en situation irrégulière, peuvent solliciter l'Aide Médicale de l'État à titre humanitaire lorsqu'elles sont sur le territoire sans y résider et que leur état de santé justifie une prise en charge (2e alinéa de l'article L 251-1 Code d'Action Sociale et des Familles). Cette disposition concerne notamment les personnes venues se faire soigner en France. La demande doit être adressée sous pli confidentiel, soit au directeur de l'Agence Régionale de Santé pour instruction, soit au Ministre chargé de l'action sociale qui, seul, pourra accorder le bénéfice de l'AME à titre humanitaire. Elle doit être accompagnée d'un certificat médical détaillé (8).

3.1.1.4. Procédure d'instruction prioritaire de l'AME

Sur le même principe qu'en matière de complémentaire-CMU pour les assurés sociaux, il existe une procédure d'instruction rapide pour demande d'AME.

³ Réseau de santé pour l'accès aux soins des personnes en situation de précarité dans la boucle nord des Hauts-de Seine. Informations disponibles sur le site internet www.ares92.org

L'instruction prioritaire est justifiée chaque fois que le délai de la procédure normale peut avoir des conséquences néfastes sur l'état de santé (en dehors des urgences qui justifient l'orientation immédiate sur l'hôpital). Dans ce cas, le médecin de ville ou hospitalier qui, lors d'une consultation, constate la pathologie, établit un certificat médical, joint à la demande, pour solliciter de la CPAM une instruction prioritaire du dossier. La CPAM procède immédiatement à une vérification de ce dossier, de manière à réclamer sans délai les éventuels renseignements et documents manquants. Une fois le dossier complet, elle prend aussitôt une décision.

En pratique, l'instruction prioritaire requiert le plus souvent une intervention ultérieure par téléphone du professionnel, lorsque la demande écrite ne suffit pas. De nombreux interlocuteurs au sein des caisses méconnaissent cette procédure (8).

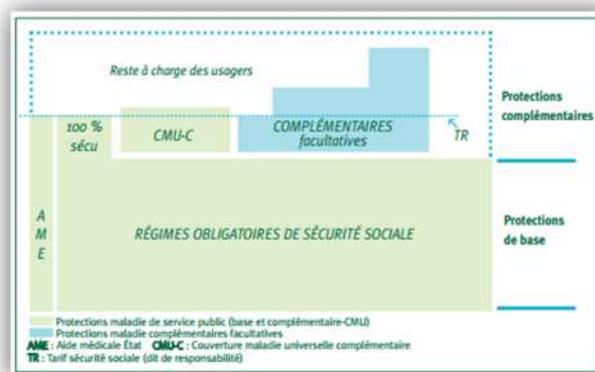
3.1.2. Les mineurs

La condition de résidence ininterrompue de plus de 3 mois n'est pas opposable aux enfants mineurs étrangers . Ils peuvent bénéficier de l'AME à titre individuel pour 12 mois même si les patients sont en situation irrégulière et ne peuvent prétendre à l'AME.

3.1.3. Situation irrégulière et assurance maladie

L'AME est une aide sociale qui ne fait pas partie de l'assurance maladie (Cf. figure 8) . Le financement relève de l'Etat et non de l'assurance maladie qui n'est qu'un gestionnaire de prestation. Cela étant, dans certains cas les personnes en situation irrégulière peuvent relever de l'assurance maladie et non de l'AME (8):

Figure 8: Architecture de la prise en charge de la dépense santé



Source, Guide COMEDE 2008

3.1.3.1. Les accidentés du travail et victimes de maladie professionnelle

Aucune condition de régularité du séjour et de travail n'est exigée pour le bénéfice des prestations dues en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles(8). La prise en charge comprend les soins, ainsi que les indemnités journalières en cas d'arrêt de travail et le cas échéant une rente ou un capital (18).

Il faut savoir qu'en cas de travail illégal, seul l'employeur peut être mis en cause. En plus d'être responsable pénalement et civilement, il est tenu au remboursement intégral tant des soins que des indemnités journalières. Dans ces conditions, la déclaration d'un accident de travail par l'employeur semble difficilement envisageable. Néanmoins, la victime ou ses représentants peuvent déclarer eux-mêmes l'accident et ont jusqu'à l'expiration de la deuxième année qui suit l'accident (ou la constatation de la maladie professionnelle) pour le faire.

Chaque situation doit être étudiée individuellement dans la mesure où l'établissement du caractère professionnel de l'AT/MP peut s'avérer difficile (emploi dissimulé, emploi sans autorisation, emploi sous une fausse identité, absence de contrat de travail et/ou de fiche de paye, crainte de représailles de l'employeur...).

3.1.3.2. Les détenus

S'ils étaient en situation irrégulière avant leur incarcération, les détenus étrangers sont couverts par l'assurance maladie seulement pendant la période de leur détention, leurs droits n'étant pas prolongés au-delà de leur libération, la couverture ne s'étendant pas à leurs ayants droit hors les murs même mineurs(8).

3.1.3.3. Les conventions internationales

Sont concernés les ressortissants de pays signataires de conventions internationales qui écartent l'obligation de régularité du séjour. Ces conventions sont répertoriées par le centre de liaisons européennes et internationales de Sécurité sociale (le CLEISS) et disponibles sur leur site internet www.cleiss.fr.

3.1.3.4. Le maintien des droits

Le maintien des droits prévu à l'article L 161-8 du CSS permet à l'étranger qui perd son droit au séjour en France, et continue d'y résider, de bénéficier pendant 1 an des prestations en nature (remboursements de soins) de l'assurance maladie, malgré l'absence de titre de séjour. Il peut être alors utile de lui demander une AME à titre partiel, pour la prise en charge du ticket modérateur. En pratique, cette procédure est souvent méconnue des CPAM (11).

3.1.4. Les services sanitaires et sociaux

Il est important de rappeler qu'il existe en ville plusieurs types d'établissements médico-sociaux permettant de compléter l'offre de soins libérale. Les CDAG, PMI, centres de vaccination, centres anti tuberculeux, les centres des soins conventionnés spécialisés en toxicomanies, les consultations dépendances ou addictologie, les CMP sont ouverts à toute la population sans qu'aucune couverture sociale ou titre de séjour ne soient demandés. Ces structures peuvent s'avérer utiles pour les bénéficiaires de l'AME rencontrant des difficultés d'accès à la médecine libérale ou les patients n'ayant pas de droits ouverts.

Les PMI par exemple, proposent plusieurs types de prestations (selon article L 2112-2 du Code de Santé Publique). En plus du suivi médical de grossesse, elles assurent les consultations et actions de prévention pour les enfants de moins de 6 ans, les actions de préventions contre le saturnisme et les actions préventives effectuées à domicile. Leur financement est assuré par le département et non par l'assurance maladie. De ce fait, les prestations sont différentes d'un département à un autre et même d'une ville à l'autre . Cela étant, il peut être judicieux de connaître les fonctions de ces structures, d'autant plus que le suivi des femmes en situation irrégulière est souvent difficile (19).

3.1.5. Le milieu associatif

Le milieu associatif joue un rôle essentiel dans l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière, surtout quand elles n'ont pas de droits ouverts pour l'AME. La région Parisienne regroupe plusieurs associations telles que Médecins du Monde (MDM), le Comité Médical pour les Exilés (COMEDE), le Groupe d'Information et de Soutien des Immigrés (GISTI),

etc. Plusieurs d'entre elles font partie de l'Observatoire du droit à la Santé des étrangers (ODSE)⁴. Il s'agit d'un collectif inter associatif créé en 1993 ayant pour mission dénoncer les difficultés rencontrées par les étrangers dans les domaines de l'accès aux soins et du droit au séjour pour raison médicale. L'observatoire diffuse des compte-rendu à partir des observations des associations membres.

Les réseaux de santé sont des regroupements pluridisciplinaires de professionnels de santé, de travailleurs sociaux, de personnel administratif .

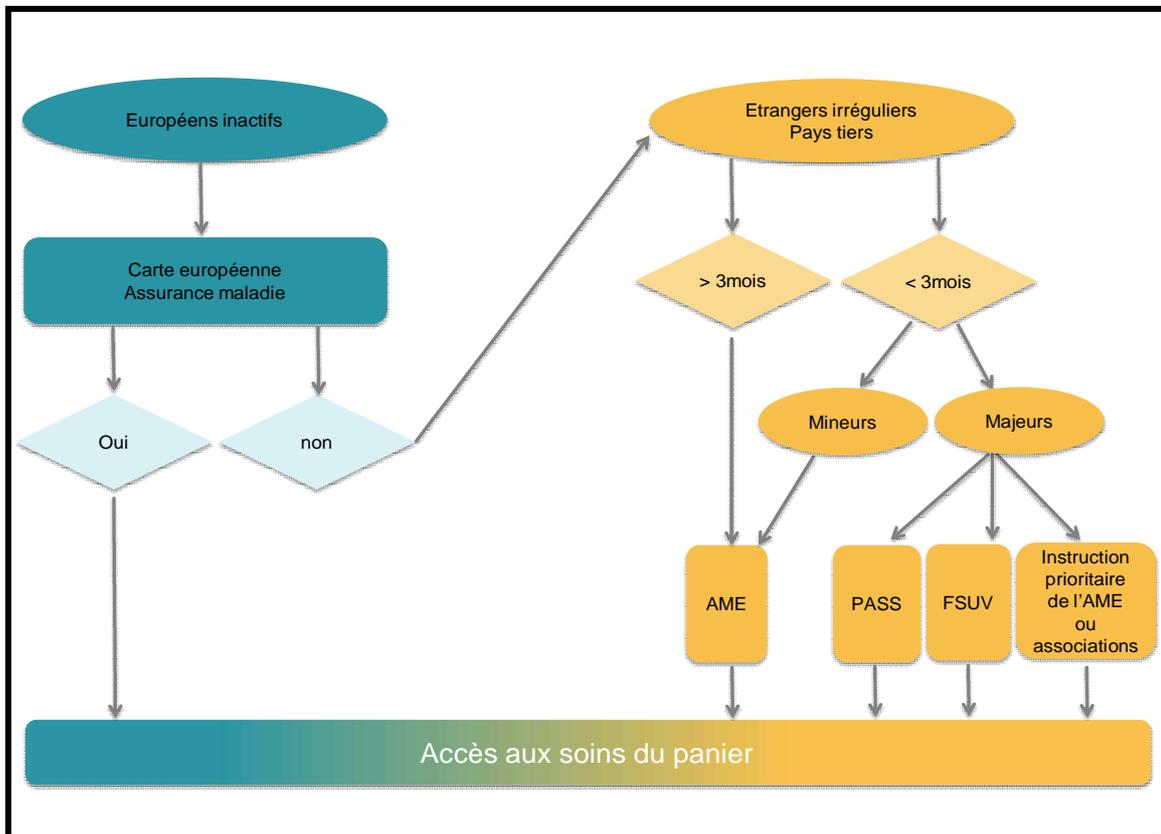
Constitués en majorité sous forme d'association loi 1901, les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge (20). Inscrits dans la loi depuis 2002, les réseaux constituent également l'un des principaux dispositifs de coordination des acteurs (sanitaire, médico-social et social) intervenant sur le parcours des patients. Certains d'entre eux ont une fonction de PASS ambulatoire. Ils disposent de budgets pour le financement des soins de personnes sans couverture santé et peuvent apporter une aide à l'ouverture des droits.

En 2011, les Agences Régionales de santé ont financé 716 réseaux.

⁴ <http://www.odse.eu.org/>

3.1.5. Schéma récapitulatif de l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière. Réalisé d'après (21)

Figure 9: Accès aux soins des personnes en situation irrégulière



3.2. Autres droits sociaux

3.2.1. L'hébergement

L'accès aux structures d'hébergement d'urgence n'est pas soumis à une condition de régularité du séjour et est accordé au regard d'une situation de détresse. Ce dispositif comprend:

- Les centres d'hébergement d'urgence, qui offrent un hébergement de courte durée
- Des nuitées d'hôtels financées par l'Etat pendant la période hivernale,
- Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), qui sont des dispositifs temporaires d'hébergement et d'insertion à destination des personnes, ou des familles, confrontés à de graves difficultés financières et ayant la faculté de retrouver, à terme, leur autonomie sociale ;

- Des places louées par des associations dans le cadre du dispositif de l'allocation de logement temporaire (ALT)

3.2.2. Le transport

Les bénéficiaires de l'AME et les membres de leur foyer peuvent avoir accès à des tarifs réduits pour les transports publics franciliens. En effet, depuis 2004, la Réduction Solidarité Transport, financée par le STIF et la Région Île-de-France (22), permet à ses bénéficiaires :

- L'achat de forfaits Solidarité Transport, Semaine ou Mois, vendus avec 75 % de réduction sur le tarif des forfaits Navigo correspondants
- L'achat de carnets de Ticket t+ et de billets "Origine-Destination" (valables sur le RER et le réseau SNCF. Transilien), en carnet ou à l'unité, avec 50 % de réduction

Cette réduction concerne également les Bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C). Le droit à réduction est attribué pour une durée de 1 à 12 mois, selon le type et la fin des droits sociaux. Il peut être ensuite renouvelé auprès de l'Agence Solidarité Transport.

3.2.3. La scolarisation

Aucune condition de régularité n'est requise pour les personnes mineures.

3.2.4. L'Aide Sociale à l'Enfance

Elle n'est subordonnée ni à la régularité du séjour, ni même à la durée minimale de résidence en France. Elle permet d'offrir un hébergement, des aides financière et éducative en milieu ouvert.

3.2.5. Les prestations familiales

Selon la Convention Internationale des droits de l'enfant (CIDE), un enfant étranger ne peut être privé d'un droit du fait de la situation administrative de ses parents et il doit être accordé une attention primordiale à l'intérêt des enfants dans toutes les décisions les concernant (Conseil d'Etat 22 septembre 1997, Cinar). Un parent en situation irrégulière peut donc

théoriquement bénéficiaire des allocations familiales pour son enfant uniquement s'il remplit quatre conditions :

- se désigner lui-même "attributaire" des prestations familiales, soit celui qui ouvre les droits
- faire prendre en charge l'enfant par un tiers en situation régulière (l'autre parent, grands-parents ou ami sans lien de parenté), qui est dès lors "l'allocataire", soit celui qui perçoit les droits
- confier les démarches de demande auprès de la CAF à ce tiers (l'allocataire)
- que l'enfant soit né en France ou entré dans le cadre du regroupement familial (23)

4. Le dispositif de l'Aide Médicale de l'Etat

4.1. Principes généraux de l'AME de droit commun

4.1.1. Définition et conditions d'accès

L'AME est une prestation d'aide sociale définie aux articles L 251-1 du Code d'Action Sociale et des familles.

Pour bénéficier de l'AME, il faut remplir trois conditions :

1. Résider en France de manière irrégulière : c'est-à-dire sans disposer d'un titre de séjour, d'un récépissé de demande ou de tout document attestant que des démarches pour l'obtention d'un titre de séjour sont en cours.
2. Résider en France de manière stable : il faut vivre en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer (hors Mayotte) depuis une durée ininterrompue de trois mois au moins.
3. Avoir des ressources inférieures à un plafond identique à celui exigé pour bénéficier de la CMU complémentaire: les ressources prises en compte sont celles des douze derniers mois en France et à l'étranger pour le demandeur et ses personnes à charge. Pour les personnes hébergées à titre gratuit, un montant forfaitaire est ajouté aux ressources⁵.

⁵ Pour une personne, ce montant est fixé à 12% du RSA soit 59.92 euros en 2014

Le demandeur peut ouvrir des droits aux personnes à sa charge. Les personnes autorisées sont:

- les enfants du demandeur, jusqu'à 16 ans, jusqu'à 20 ans s'ils font des études
- le conjoint, concubin, partenaire de PACS
- tout cohabitant à la charge du demandeur, même s'il n'y a pas de lien de parenté (à ce titre, une seule personne peut être "rattachée")

Le plafond de ressources varie selon le lieu de résidence (différence entre les DOM et la métropole) et la composition du foyer. Il est réévalué tous les ans, le 1er juillet (Cf. figure 10).

Figure 10: Barème CMUc, ACS et AME au 1er juillet 2014 (euros)

Métropole		
Nbre de personnes	Plafond CMU-C/AME	
	Annuel	Mensuel*
1	8645	720
2	12967	1081
3	15560	1297
4	18153	1513
5	21611	1801
Par personne en +	+ 3457,807	+ 288,151

DOM		
Nbre de personnes	Plafond CMU-C/AME	
	Annuel	Mensuel*
1	9621	802
2	14432	1203
3	17318	1443
4	20205	1684
5	24053	2004
Par personne en +	+ 3848,539	+ 320,712

Source : site fonds CMU, 2014

4.1.2. Historique

Depuis sa création en 1999, l'AME a subi de nombreuses réformes, souvent dans un sens restrictif, destinées à maîtriser les dépenses. Pourtant la loi Française permettait aux personnes en situation irrégulière de bénéficier de soins, bien avant l'AME.

- **Dès 1893**: la loi du 15 juillet, crée l'Assistance médicale gratuite (AMG), laquelle concerne les indigents français et étrangers sans distinction

- **1946**: la loi du 22 mai 1946 pose le principe de la généralisation de la sécurité sociale à l'ensemble de la population. Il n'y a aucune condition de régularité de séjour pour être affilié à l'assurance maladie. Les travailleurs en situation irrégulière peuvent cotiser pour être couvert par le régime général au même titre que les autres salariés.
- **1983**: le dispositif de l'AMG est transféré aux départements par la "loi de décentralisation" et l'Aide Médicale Départementale (AMD). Subordonnée à la seule condition de ressources, elle est accessible aux Français et aux étrangers qu'ils soient en situation régulière ou non.
- **1993**: la 2ème loi Pasqua du 24 août 1993 relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers subordonne l'affiliation à l'assurance maladie à la régularité du séjour. Cette loi exclut désormais l'ensemble des personnes en situation irrégulière de ce droit. Pour les soins urgents, il reste le dispositif de l'AMD.
- **1999**: création de la couverture maladie universelle (CMU) et de l'Aide Médicale d'Etat par la loi du 27 juillet 1999. Une partie des étrangers sort du système de droit commun. La CMU sert à couvrir les Français et les étrangers en situation régulière résidant depuis plus de 3 mois sur le territoire Français. Elle dépend de l'assurance maladie. Pour les étrangers en situation irrégulière mais aussi pour ceux qui sont en situation régulière en France depuis moins de 3 mois, il y a l'AME, qui est une prestation d'assistance.
- **2002**: la loi de finances rectificative (LFR) n°2002-1576 pour 2002 a introduit le principe d'un ticket modérateur, qui n'a toutefois pas été appliqué entre autres grâce à l'opposition des associations. La condition de durée de présence en France ininterrompue de trois ans auparavant exigée pour la prise en charge par l'AME des soins de ville est supprimée, permettant ainsi un accès direct à la médecine libérale pour tout patient bénéficiaire de l'AME.
- **2003**: suite à la loi de finances du 30 décembre 2003, une condition de stabilité de séjour de 3 mois sur le territoire est opposée à tout étranger pour prétendre à une

couverture maladie quelle que soit la régularité du séjour. En parallèle, est créé le FSUV. Ainsi, en un siècle, l'assistance médicale des plus pauvres est devenue une aide médicale à destination des seuls sans papiers.

- **2009:** à la suite notamment des recommandations du rapport des inspections générales de 2007, un titre d'admission sécurisé avec photographie a été mis en place par l'arrêté du 10 juillet 2009
- **2011:** le projet de loi de finance pour 2011 a mis en place une série de mesures.

En voici les principales⁶:

- Instauration d'un droit annuel forfaitaire de 30€ par personne majeure
- Instauration d'une procédure d'agrément préalable avant toute hospitalisation dont le coût dépasse un seuil fixé par décret en Conseil d'Etat
- Restriction du panier de soins : exclusion des actes, des produits et des prestations dont le service médical rendu n'est pas moyen ou important (comme l'assistance médicale à la procréation ou les cures thermales).

Il est à noter que le rapport de l'IGAS-IGF(10), commandés par les ministres de la santé et du budget pour analyser l'évolution des dépenses de l'AME ne recommandait pas l'instauration d'un droit d'entrée.

C'est pourtant sans l'expertise de ce rapport, que les restrictions à l'AME ont été votées dans la loi de finances pour 2011: le rapport de l'IGAS-IGF daté du 24 novembre, ainsi que son point d'étape de la mi-octobre, sont restés inaccessibles pendant toute la durée des débats jusqu'à l'adoption définitive de la loi le 30 décembre, alors que le rapport avait été réclamé par les parlementaires.

- **2012:** suppression du droit annuel forfaitaire et de la procédure d'entente préalable pour les hospitalisations le 4 juillet 2012.

⁶ On notera que parmi les projets de loi qui n'ont pas été mis en place, il y avait:

1. La limitation de la durée des droits à 3 mois
2. La limitation des soins pris en charge aux seuls soins urgents et vitaux
3. La substitution des caisses d'assurance maladie par les préfetures pour le dépôt (et même l'instruction) des demandes d'AME.

4.1.3. Le panier de soins

Le panier de soin est presque le même que celui des assurés sociaux. La prise en charge est effectuée à hauteur des tarifs maximum fixés par l'assurance maladie. Il comprend notamment (24):

- les frais de médecine générale et spécialisée
- les frais de soins et de prothèses dentaires (Cf. page suivante)
- les frais pharmaceutiques et d'appareil
- les frais d'analyse et d'examens de laboratoire
- les frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle
- les frais d'intervention chirurgicale nécessaires, y compris les médicaments, produits et objets contraceptifs et frais d'analyse et d'examens de laboratoire ordonnés en vue des prescriptions contraceptives
- les frais de soins afférents à l'IVG
- les frais de transport de l'assuré ou des ayants-droits se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état de santé
- les frais de soins afférents aux examens prescrits en application de l'article L2121-1 du code de la santé publique qui concerne l'examen médical prénuptial
- les frais de vaccinations obligatoires
- les frais relatifs aux examens de dépistage organisé pour les maladies aux conséquences mortelles évitables et les consultations de prévention
- les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, ainsi que les frais d'examens prénataux et postnataux obligatoires, les frais liés à l'examen médical du père et aux examens obligatoires des enfants de moins de 6 ans
- le forfait journalier hospitalier

Sont exclus de la prise en charge par l'AME:

- les frais relatifs aux cures thermales
- les frais relatifs à l'aide médicale à la procréation

L'ensemble des prestations d'optique, de dentaire et d'appareillage est inclus dans le panier des soins comme pour les assurés sociaux. En pratique, l'AME ne permet pas d'obtenir des lunettes et des prothèses en raison du montant pris en charge. De plus, contrairement à la CMUc, il n'existe pas pour l'AME de forfait supplémentaire pour la prise en charge des soins dentaires, lunettes ou prothèses auditives.

Pour les mineurs, les frais médicaux restent pris en charge à 100 % dans tous les cas.

NB: Même si les soins des bénéficiaires de l'AME sont pris en charge à 100%, la reconnaissance d'une ALD doit être demandée (dans les conditions équivalentes à celles d'un assuré social) car elle conditionne la prise en charge des transports médicalisés dans de nombreux cas.

4.2. L'obtention des droits

4.2.1. Les documents à fournir

4.2.1.2. Le formulaire cerfa

Ce formulaire est disponible auprès des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Il est également téléchargeable en ligne sur le site du fonds CMU ou ameli (Cf. annexe 3):

http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/FORMULAIRE_AME.pdf

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/formulaires/S3720.pdf

Il y a un seul dossier à remplir pour le demandeur et les personnes à sa charge.

4.2.1.3. L'identité du patient

Il faut fournir l'un des documents suivants (Selon l'article 4 du décret n°2005-860 du 28 juillet 2005)

- la carte d'identité
- le passeport
- la copie d'un titre de séjour antérieurement détenu
- l'extrait d'acte de naissance

- le 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
- ou tout autre document de nature à attester l'identité et celle des personnes à charge y compris les attestations faites par les associations agréés ou les professionnels de santé que certaines CPAM acceptent(25).
- une photo d'identité est nécessaire pour le demandeur et chacune des personnes à charge de plus de 16 ans.

4.2.1.4. Les ressources

Il faut présenter les documents relatifs aux ressources, imposables ou non imposables, perçues en France et à l'étranger au cours des douze mois précédant la demande, pour le demandeur et les personnes à sa charge. Ces pièces peuvent être difficiles à réunir pour les demandeurs. Ainsi, la circulaire ministérielle DSS/2A n°99-701 du 17/1 2/99, rappelle que l'absence de pièces justificatives relatives aux ressources ne fait pas obstacle à l'attribution du droit, une attestation sur l'honneur étant suffisante.

Toutefois, dans le cadre de la lutte contre la fraude, la circulaire DSS/2009/367 du 9 décembre 2009 a été créée pour encadrer plus attentivement la production d'attestation sur l'honneur. Des pièces complémentaires peuvent toujours être demandées par la caisse dès lors qu'elle a un doute sur l'authenticité des pièces apportées ou sur la sincérité de la déclaration sur l'honneur (24).

4.2.1.5. La résidence

Les documents à présenter sont les suivants :

- le passeport indiquant la date d'entrée en France
- la copie du contrat de location ou quittance de loyer datant de plus de trois mois
- une facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone datant de plus de trois mois
- l'avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu, à la taxe foncière ou d'habitation
- une facture d'hôtellerie datant de plus de trois mois

- une 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
- une attestation d'hébergement établie par un centre d'hébergement et de réinsertion sociale datant de plus de trois mois
- une attestation de domiciliation établie par un organisme agréé (Centre Communal d'Action Sociale ou association agréée), datant de plus de trois mois, en l'absence de domicile fixe
- tout autre document de nature à prouver que cette condition est remplie y compris les documents médicaux, que certaines CPAM acceptent.

4.2.2. Le dépôt du dossier

Selon l' Article L252-1 du Code social et des familles, modifié par la loi n°2012-958 du 16 août 2012 - art. 41 (V), la demande d'aide médicale de l'Etat peut être déposée auprès d'un organisme d'assurance maladie (dans un point d'accueil ou par envoi postal) mais aussi auprès

- d'un Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale (CCAS) du lieu de résidence de l'intéressé
- des services sanitaires et sociaux du département de résidence
- des associations ou organismes à but non lucratif agréés à cet effet par décision du représentant de l'Etat dans le département.

En 2009, 80 % des demandeurs ont déposé leur demande dans une CPAM, 13 % dans une association et 7 % dans un CCASS. Le délai moyen d'instruction des dossiers est de 20 jours (10).

4.2.3. L'instruction du dossier

Le traitement des dossiers varie entre 1 et 2 mois en théorie. Toute absence de réponse de l'Assurance Maladie dans un délai de deux mois suivant l'envoi du dossier signifie que la demande d'AME a été refusée. Dans la pratique, certaines caisses primaires dépassent ces deux mois et ne pratiquent pas le rejet implicite du fait de leurs délais habituels de traitement (8).

Quand la demande est acceptée, la CPAM convoque le patient par courrier pour lui remettre en mains propres la carte de droits à l'AME. La carte est individuelle pour tout bénéficiaire de plus de 16 ans et comporte la photographie du titulaire . L'identité des ayant-droit de moins de 16 ans figure au dos du titre d'admission du demandeur.

En cas de refus, le demandeur a deux mois pour faire un recours gracieux auprès du directeur de la caisse d'Assurance Maladie et/ou faire un recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale.

4.2.4. Durée d'attribution

Les droits sont ouverts pour une durée maximale d'un an, renouvelable.

L'ouverture des droits à l'AME est **rétroactive**: la décision d'admission prend effet à la date du dépôt de la demande, même si la notification est remise ultérieurement au demandeur (article 44-1 du décret du 2 septembre 1954 modifié).

De plus, en cas de délivrance de soins, un patient dispose d'un délai d'un mois pour déposer sa demande d'AME, conformément aux dispositions de l'article 44-1 du décret du 2 septembre 1954 modifié (ce délai était de 4 mois jusqu'en 2005). Les droits seront ouverts à compter de la date des premiers soins. Cette disposition est valable aussi bien pour les soins hospitaliers que pour les soins de ville. Ainsi, en cas de soins coûteux, le malade qui remplit les conditions a plutôt intérêt à déposer un dossier le plus rapidement possible, même s'il ne dispose pas de tous les justificatifs au moment de la demande, pour que ses soins soient pris en charge par la suite (25) .

Un patient peut donc théoriquement consulter s'il n'a pas sa carte AME mais qu'un dossier est déposé. Pour cela l'organisme ayant réceptionné la demande doit donc remettre au patient un justificatif de dépôt.

En pratique, il y a deux possibilités:

- soit le médecin fait régler les honoraires de la consultation au patient et celui-ci se fait rembourser par la CPAM une fois l'AME obtenue, (à cet effet, un Relevé d'Identité Bancaire peut lui être demandé)

- soit le médecin n'a pas demandé d'avance des frais et c'est à lui de demander le règlement à la CPAM après l'ouverture des droits.

4.2.5. Le renouvellement

Les droits à l'AME sont attribués pendant un an à compter de la date d'ouverture des droits figurant sur la carte. La demande de renouvellement doit être faite deux mois avant la date d'échéance dans les mêmes formes que la première demande.

Le renouvellement de l'AME pose parfois des difficultés. En effet, l'instauration d'une condition d'ancienneté de présence en France conduit les caisses, à l'occasion du renouvellement du droit, à exiger la justification des trois derniers mois de présence en France, quand bien même le demandeur est résident de longue durée. Cette pratique est contraire à la notion de résidence habituelle en France et constitue un frein important à l'accès à la prestation, les personnes en situation irrégulière ayant des difficultés pour fournir de tels justificatifs. Dans ce cas, on peut notamment rappeler les indications de la circulaire du 27 septembre 2005 qui précise que :

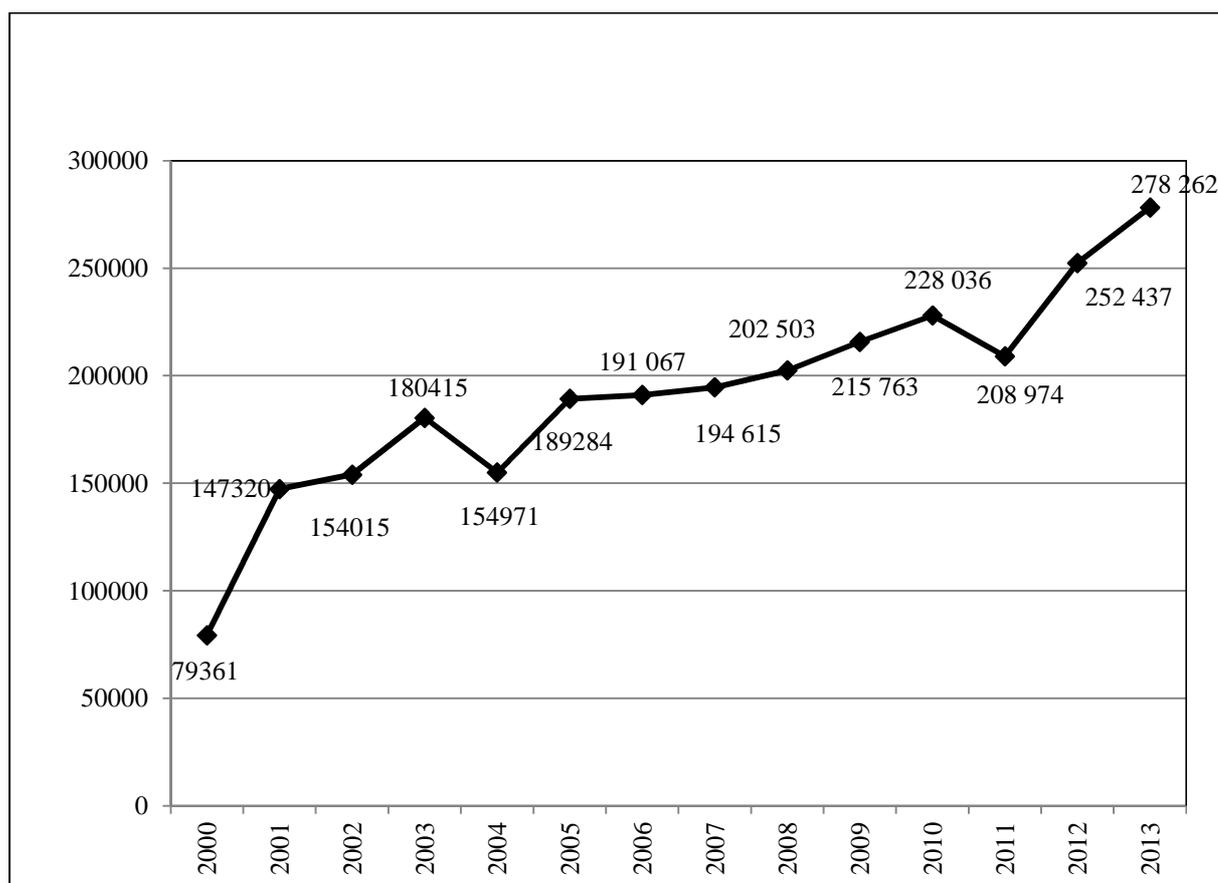
- (point 2.3) : "Une personne qui prouve sa résidence en France par un document datant de plus de trois mois à la date de la décision est considérée comme remplissant la condition. En conséquence, il n'y a pas lieu d'exiger un justificatif pour chaque mois de résidence en France";
- (point 2.5) : "la justification des conditions d'admission en cas de demande de renouvellement du droit : la demande de renouvellement elle-même constitue un document de nature à présumer, au sens de l'article 4 du décret n° 2005-860, que la condition de résidence ininterrompue pendant trois mois est remplie"(26)

4.3. Caractéristiques des bénéficiaires

4.3.1. Le nombre de bénéficiaires et son évolution

En 2013, on comptabilise 278 262 bénéficiaires de l'AME dans la France entière . La figure 11 retrace l'évolution du nombre de bénéficiaires.

Figure 11: Evolution du nombre de bénéficiaires de l'AME depuis sa création



Source CNAMTS, 2000 à 2013

Cette courbe permet d'identifier cinq phases:

1. La montée en charge initiale provient probablement en grande partie de la prise de connaissance progressive du dispositif (5). Les conditions d'ouverture des droits à l'AME reposent depuis l'origine du dispositif sur une vérification de l'identité, des ressources et de la résidence en France. Toutefois, ces conditions étaient initialement peu restrictives puisque les déclarations sur l'honneur étaient acceptées pour l'identité, les ressources et le domicile, ainsi que le souligne le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de février 2003 (27).
2. L'évolution du nombre de bénéficiaires au cours des premières années de l'AME a ainsi conduit à un durcissement des conditions d'accès à l'AME à partir de 2003 : une condition de résidence ininterrompue de trois mois sur le territoire est exigée, ce qui se traduit par une baisse du nombre de bénéficiaires au cours de l'année 2004.
3. Entre 2004 et 2011, on note une évolution constante d'environ 5% par an (28). Cet accroissement s'explique en partie par l'augmentation du nombre de déboutés du

droit d'asile. Ceux-ci sont, en effet, éligibles à l'AME lorsque, n'étant pas admis au séjour à un autre titre, ils se maintiennent sur le territoire de façon irrégulière. De plus, depuis les dispositions de 2007, la part des ressortissants communautaires en situation irrégulière est également en augmentation (10).

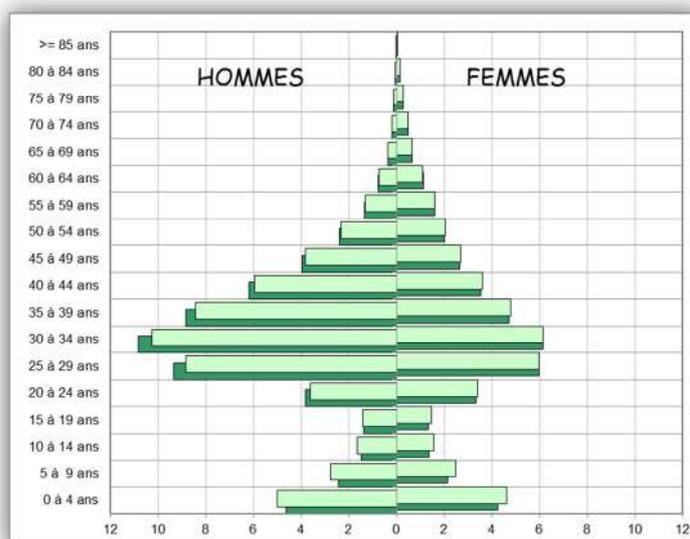
4. La diminution du nombre de bénéficiaires de l'AME en 2011 est la conséquence de l'introduction d'un droit de timbre de 30 € au 1er mars 2011 . Ces réformes ont conduit les étrangers en situation de grande précarité à reporter à une date ultérieure leurs demandes d'aide et de soins.
5. Enfin, on note depuis 2012, une nouvelle augmentation des bénéficiaires qui correspond probablement en partie à la suppression du droit d'entrée en août 2012.

4.3.2. Répartition par âge et par sexe

La population AME est plus masculine et plus jeune que les étrangers en situation régulière et la population générale. En 2013, on compte 57 % d'hommes (158 406) et 43% de femmes (119 856). La majorité des bénéficiaires ont entre 25 et 40 ans (Cf. figure 12). Les mineurs représentent 20% de la population (54 746).

Ces données sont en corrélation avec la durée de résidence en France des bénéficiaires de l'AME qui est globalement plus courte (selon la CNAMTS, en 2011 les trois quarts des bénéficiaires sont en France depuis moins de deux ans (28)) que celle des étrangers en situation régulière.

Figure 12: Pyramide des âges des bénéficiaires de l'AME



Source: CNAMTS, 2013

4.3.3. Répartition par nationalité

Ces données sont difficiles à obtenir de la CNAMTS. Si on se réfère à l'enquête de la DREES sur les bénéficiaires de l'AME au contact avec le système de soins (29), on constate que 43% provient d'Afrique Subsaharienne, 20% du Maghreb et 17% du continent Asiatique (Cf. annexe 8). Cette répartition est évidemment influencée par la probabilité d'avoir recours à des soins, mais encore de répondre à une enquête. Selon les données 2012 de MDM (9), 27% des personnes en situation irrégulière viennent du Maghreb, 17.7% d'Afrique Subsaharienne, 16% d'Europe de l'Est (Cf. figure 13). Ces données sont plus en accord avec les statistiques de l'immigration légale .

Figure 13: Répartition des patients sans autorisation de séjour selon leur nationalité

Nationalités	%	Nationalités	%
Algérie	11,7	Inde	3,8
Roumanie	11,0	Moldavie	3,7
Tunisie	8,9	Comores	3,4
Maroc	6,4	Mali	2,7
Pakistan	5,0	Sénégal	2,6
Cameroun	4,9	Ex-Yougoslavie	2,3
Côte d'Ivoire	4,1	Autres	29,5

Source: Rapport d'activité MDM, 2013

4.3.4. Répartition territoriale

Les trois quarts des bénéficiaires sont domiciliés en Ile de France (Paris, Bobigny, Créteil, Nanterre essentiellement), Cayenne, et Marseille (Cf. figure 14).

Figure 14: Répartition du nombre de bénéficiaires de l'AME par départements

DEPARTEMENTS	NOMBRE DE BENEFICIAIRES
75 PARIS	57 549
93 SEINE SAINT-DENIS	50 971
94 CRETEIL	17 689
973 GUYANE	16 671
92 HAUTS DE SEINE	13 254
91 ESSONNE	11 046
95 VAL D'OISE	8 893
13 BOUCHES DU RHONE	8 308
77 SEINE ET MARNE	6 713
78 VERSAILLES	5 877

Source: CNAMTS, 2013

On note que les départements de Paris et de Seine représentent à eux seuls 42% des bénéficiaires nationaux (respectivement 22 et 20%) et 63% des bénéficiaires franciliens (33 et 30 %).

4.4. Besoins de santé et logique de recours aux soins

Depuis sa création, l'IGAS et l'IGF ont réalisé trois rapports sur la gestion de l'AME, à partir des données de la CNAMTS (27)(30)(10). L'analyse des dépenses apporte des informations sur les besoins de santé et les logiques de recours aux soins.

4.4.1. Les particularités des besoins de santé : grossesse, VIH, hépatites virales

Il ressort des différents rapports que les bénéficiaires de l'AME souffrent de pathologies similaires à celles des patients assurés sociaux. Les seules différences significatives sont:

- les grossesses, accouchements et les maladies de l'appareil génital féminin, pour lesquelles la part relative "des séjours AME" est deux à quatre fois plus importante que pour "les séjours assurés sociaux"(30) ;
- les séjours pour maladies dues à une infection par le VIH, la tuberculose et l'hépatite virale C mais pas pour les autres pathologies infectieuses et parasitaires : les hospitalisations de bénéficiaires de l'AME avec un diagnostic de tuberculose représentent 13,4 % des séjours, celles pour VIH 4,9 %, celles pour hépatite C 4,1 % alors que la part globale des bénéficiaires de l'AME dans les séjours n'est que de 2,9 %(30). Globalement consommation de médicaments indiqués pour les hépatites virales est deux fois plus importante (10).
- la consommation de médicaments montre également que, comparés à la population générale de même âge et de même sexe, les bénéficiaires de l'AME recourent plus fréquemment aux médicaments indiqués pour les cancers ou le diabète (50% de plus) (10).

4.4.2. Logique de recours aux soins

4.4.2.1. Un recours plus important aux soins hospitaliers

En 2009, les dépenses hospitalières représentaient 70 % du total facturé au titre de l'AME, alors qu'elles ne constituent que 50 % des dépenses des consommateurs du régime général (Cf. figure 15) (chiffres identiques en 2007).

Figure 15: Répartition de la dépense des bénéficiaires de l'AME, de la CMUC et des autres assurés sociaux en 2009

	Répartition de la dépense		
	Bénéficiaires de l'AME	Bénéficiaires CMUC	Non Bénéficiaires CMUC
Ville	30,7%	39,6%	48,9%
Établissements	69,3%	60,4%	51,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Source: Fonds CMU, 2009

Cette part plus importante du recours à l'hôpital peut s'expliquer par plusieurs facteurs (30):

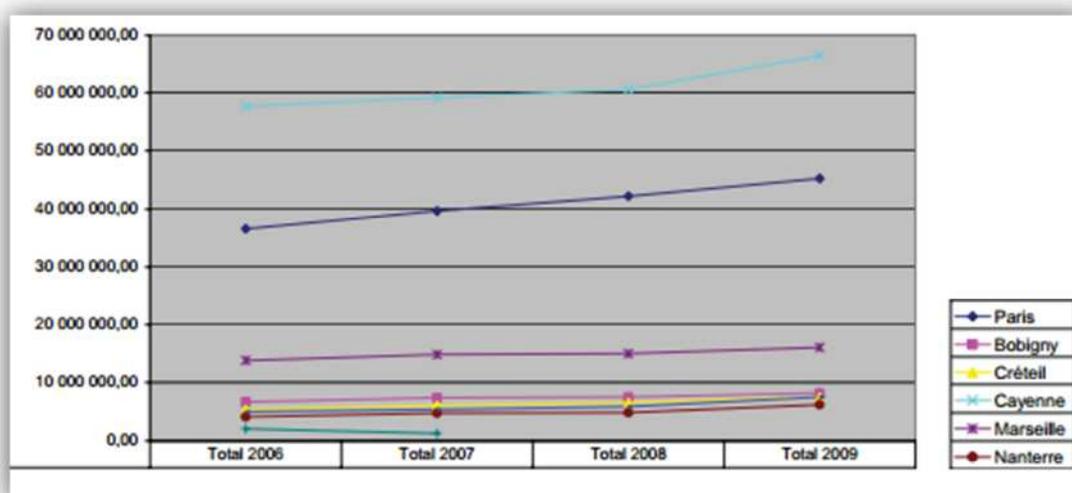
- la part relativement élevée d'accouchements au sein de la population des bénéficiaires de l'AME, dont la moyenne d'âge est près de 15 ans inférieure à celle des assurés sociaux. En 2009, les accouchements représentaient environ 20% des dépenses hospitalières.
- les soins dont bénéficient les plus gros consommateurs à l'AME (par exemple ceux atteints de VIH, de tuberculose ou connaissant des grossesses à complications) nécessitent une prise en charge hospitalière, qui alourdit le poids de la dépense à l'hôpital.
- les établissements hospitaliers jouent un rôle important dans l'orientation des publics précaires et l'aide à l'accès aux droits ;
- l'hôpital est perçu par les personnes en situation irrégulière comme une structure plus anonyme que la médecine de ville ;
- les bénéficiaires de l'AME se heurtent à des refus de soins fréquents en médecine ambulatoire.

4.4.2.2. Un recours important aux soins de ville

L'accès aux soins ambulatoires a subi des modifications importantes depuis la mise en place des dispositions prévues dans la Loi de Finances Rectificative pour 2002 : la condition de durée de présence en France ininterrompue de trois ans auparavant exigée pour la prise en charge par l'AME des soins de ville a été supprimée, permettant ainsi un accès direct à la médecine libérale pour tout patient bénéficiaire de l'AME.

Depuis, le volume des soins de ville ne cesse d'augmenter depuis la création de l'AME (Cf. figure 16) .

Figure 16: Evolution des dépenses annuelles liées aux soins de ville des bénéficiaires de l'AME (en euros)



Source : Mission IGAS-IGF, 2009

La grande majorité des bénéficiaires de l'AME, qui sont des patients jeunes et en bonne santé ont recours à des soins de ville. Ainsi, en 2009, à Paris, 97% des bénéficiaires ont eu recours à des prestations de ville dont 82 % à des consultations de médecins généralistes . En Seine St Denis, les chiffres sont similaires (95%). La médecine de ville contribue donc de manière significative à la prise en charge de ces patients.

Nous détaillerons les modalités d'accès aux soins de ville des patients dans la partie discussion.

4.5. Financement

4.5.1. Comment est financée L'AME ?

La gestion de l'AME a été confiée, par convention, à la CNAMTS. Les dépenses sont engagées par l'Etat (article L 235-2 du CASF) . Elles constituent un chapitre à part dans le budget de l'Etat qui rembourse aux caisses d'assurance maladie les dépenses qu'elles couvrent. L'Etat verse chaque année à la CNAMTS, les crédits inscrits dans la loi de finance pour l'année à venir.

Outre le dispositif " de droit commun" qui représente environ 90 % de la dépense(5), l'enveloppe budgétaire finance des dispositifs complémentaires d'importance variable :

- les soins urgents des étrangers en situation irrégulière présents depuis moins de trois mois sur le territoire (FSUV)
- l'AME "humanitaire"
- les évacuations sanitaires de Mayotte vers la Réunion
- les soins des personnes gardées à vues ou en rétention administrative

4.5.2. Un financement qui pose problème

En pratique, l'AME souffre, depuis sa création, de l'écart entre un coût prévisionnel sous-estimé et la dépense effectivement facturée par la CNAMTS.

En 2007, la dette cumulée de l'Etat s'élevait à 900 millions d'euros. En 2013, la dépense s'élevait à 744 millions d'euros alors que les crédits ouverts pour le financement de l'AME s'élevait à 588 millions d'euros.

Les crédits ouverts pour 2014 (605 millions d'euros), sont encore inférieurs au montant des dépenses de 2013. L'Etat espère diminuer les dépenses en diminuant de moitié la prise en charge forfaitaire des soins d'urgence, à compter du 1er janvier 2014 (31) .

Etant donné les difficultés budgétaires que l'assurance maladie connaît, le financement de l'AME pose d'autant plus problème qu'elle autorise l'accès aux soins de personnes qui n'ont pas de légitimité sur le territoire français. Les différents gouvernements évoquent l'importance

de la fraude et le recours excessifs aux soins pour discréditer le dispositif et justifier les réformes qui sont supposées diminuer les dépenses. Certains médias (32)(33) diffusent largement ces idées, ce qui a pour effet de stigmatiser les malades aux yeux de l'ensemble de la population. Pourtant les rapports successifs de l'IGAS-IGF sur l'analyse des dépenses liées à l'AME vont à l'encontre de ces déclarations.

4.5.3. Principales caractéristiques de la dépense

4.5.3.1. L'AME est caractérisée par une hyper concentration des dépenses

Comme nous l'avons vu, le coût moyen des soins des bénéficiaires de l'AME est tiré vers le haut par quelques gros consommateurs. En 2009, les 10 % de consommateurs les plus importants de soins représentent 73,3 % du total des dépenses pour l'AME contre 63,6 % seulement pour le régime général.

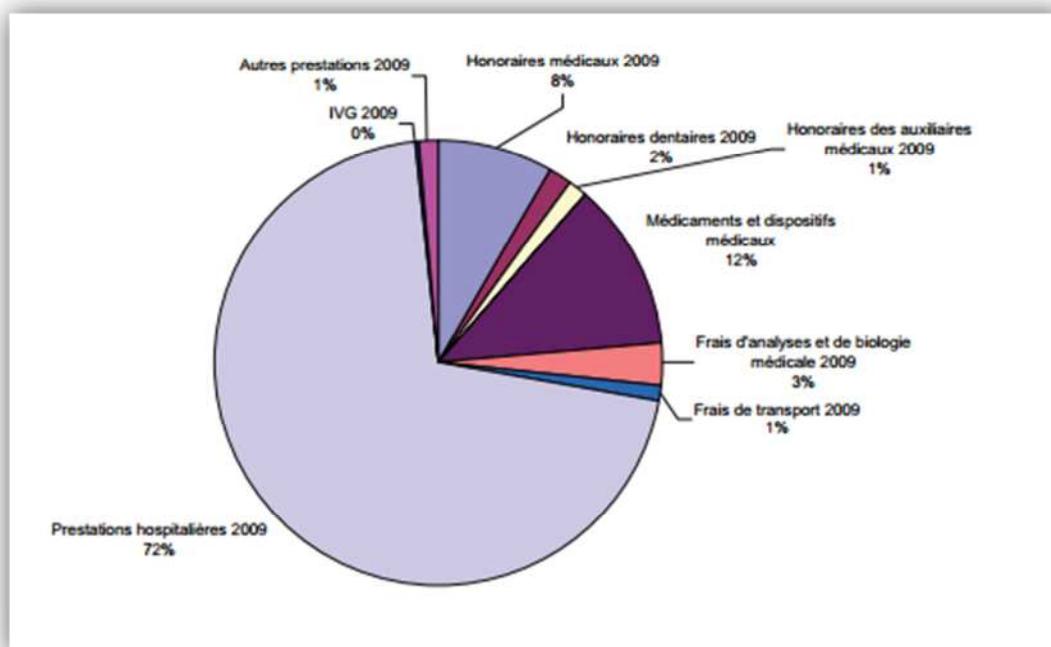
Ces gros consommateurs ont un niveau de dépense moyenne de 17 486 € pour les patients AME contre 11 072 € pour les assurés sociaux du régime général.

A Bobigny, en 2008, les trois quarts des bénéficiaires de l'AME n'ont eu aucune consommation hospitalière. La moitié de la dépense hospitalière AME à Bobigny est le fait de 1 % des bénéficiaires. A Paris, en 2008, 0.3% des bénéficiaires de l'AME ont consommé l'équivalent de 18% de la dépense de la CPAM de Paris et 5% de la dépense nationale.

4.5.3.2. Les dépenses relatives aux soins de ville sont faibles

Si les dépenses sont concentrées sur quelques gros consommateurs nécessitant des soins hospitaliers lourds et/ou de longue durée, a contrario, les dépenses relatives aux soins de ville sont faibles. Le coût total des soins ambulatoires (honoraires, pharmacie, transports) reste inférieur à 1000 euros/ an dans 80% des cas. Les honoraires médicaux, eux ne représentent que 8% de la dépense (Cf. figure 17)

Figure 17: Répartition des dépenses AME en 2009



Source rapport IGAS-IGF 2010

4.5.3.3. Une dépense moyenne quasi-identique à la population générale

La dépense moyenne pour les neuf premiers déciles de consommation est quasi-identique pour les deux populations (707 € pour les 90 % de bénéficiaires de l'AME ayant le moins consommé de soins en 2005 contre 703 € pour les 90 % d'assurés du régime général ayant le moins consommé en 2000).

De même, en 2008, la dépense moyenne a été de 1741 euros par bénéficiaire de l'AME, de 2606 euros pour le bénéficiaire de la CMUc et 1580 euros pour les autres assurés sociaux.

4.5.3.4. Analyse de l'évolution de la dépense

Les dépenses d'AME de droit commun sont passées de 377 à 581 millions d'euros entre 2002 et 2012. L'IGAS et l'IGF ont été missionnés pour analyser cette évolution. Voici les raisons évoquées dans le rapport de 2010:

- L'augmentation du nombre de bénéficiaires qui est en grande partie liée aux nombreuses réformes des lois sur l'immigration notamment:

- les refus de régularisation des étrangers malades, lesquels ont des pathologies lourdes comme le VIH, les hépatites virales nécessitant des soins hospitaliers prolongés
- les déboutés du droit d'asile
- la perte du droit au séjour des communautaires inactifs
- perte de la régularité de séjour des autres ressortissants de pays tiers
- L'amélioration du contrôle des droits des assurés par les hôpitaux. Le recrutement d'assistantes sociales ainsi que le développement du circuit PASS ont permis de renforcer la recherche de débiteurs solvables d'une part et d'améliorer l'accès à l'AME d'autre part. Selon le rapport 2010 de l'IGAS-IGF, l'amélioration de la facture hospitalière serait à l'origine de l'essentiel de l'augmentation de la dépense.
- L'augmentation des tarifs journaliers de prestation c'est à dire du prix d'un acte facturé par l'hôpital, prix imposé par les pouvoirs publics.

Les rapporteurs avaient également pour mission d'étudier les possibilités de fraude et de recours excessifs. Ces motifs sont en effet régulièrement évoqués par les détracteurs de l'AME pour expliquer les mesures d'encadrement. Pourtant la réalité est à l'opposé de ces préjugés:

- **Il n'y a pas de recours excessif au contraire**
 - A Paris, en 2009, seuls 3 cas de "nomadisme médical modéré avec prescriptions médicamenteuses nombreuses" ont été repérés.
 - S'agissant des dépenses de pharmacie, toutes étaient justifiées par des pathologies très lourdes.
 - S'agissant des greffes, comme les autres patients, les sans-papiers sont inscrits sur une liste d'attente à partir de critères médicaux," ce qui rend peu probable un tourisme médical".
 - S'agissant des actes d'assistance médicale à la procréation (soins particulièrement ciblés dans le cadre de la réforme de l'AME, le recours à ces actes par les bénéficiaires de l'AME étant jugé abusif), ils sont soumis à entente préalable, comme pour l'ensemble des assurés sociaux.

De plus, les bénéficiaires de l'AME sont majoritairement des hommes seuls dans un état de santé dégradé, ne recourant aux soins qu'en cas de besoin. En 2007, ils ont eu en moyenne

deux fois moins recours à la médecine de ville que les assurés sociaux. Les chiffres de 2009 confirment ce constat (Cf. figure 15).

À plus de 80 %, ils n'ouvrent de droits que pour eux-mêmes ; les familles de six personnes et plus constituent moins de 0,5 % du total des ouvrants droit.

Les personnes concernées ne font généralement les démarches d'ouverture de droit qu'en cas de besoin : "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"(10).

- **Les cas de fraude restent marginaux**

La lutte contre la fraude prend depuis une dizaine d'années une ampleur de plus en plus importante dans le discours des pouvoirs publics. Les dispositifs législatifs ont été sensiblement renforcés entre 2007 et 2011 (Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008), et en avril 2008, une Délégation nationale à la lutte contre la fraude a été créée.

Selon les rapports 2006 et de 2010, "*il n'est pas possible d'établir statistiquement un lien entre l'évolution des dépenses et l'évolution des abus et des fraudes.*" Les potentialités de fraudes restent limitées (identité, déclaration de résidence ininterrompue sur le territoire, déclaration de ressources, utilisation frauduleuse d'un droit à l'AME pour des proches en nombre élevé...), et leurs entretiens, avec des hospitaliers notamment, les ont renforcés dans l'observation d'une population en très grande majorité en situation de grande précarité.

4.5.3.5. Des dépenses nécessaires

L'augmentation du coût de l'AME est à relativiser.

Entre 2002 et 2012, si le nombre de bénéficiaires a triplé (de 79 361 en 2002 à 252 437 en 2012) les dépenses n'ont augmenté que de moitié (de 377 millions en 2002 à 577 millions en

2012 pour l'AME de droit commun). Cela vient corroborer le fait qu'une grande partie des bénéficiaires ont peu ou pas recours aux soins une fois les droits ouverts.

De plus, cette dépense ne représente qu'une infime partie des dépenses nationales de santé. En 2012, la dépense totale (i.e. l'AME de droit commun, l'AME humanitaire, FSUV, ect...) s'élevait à 620 millions d'euros, ce qui ne représente que 0.0036% des dépenses de l'assurance maladie pour la même période (170,1 milliards d'euros).(34)

Enfin, les rapports officiels, tout comme ceux du milieu associatif s'accordent pour dire que le dispositif et sa gratuité doivent être maintenus.

En 2010, le rapport de l'IGAS et de l'IGF(10) conclut "*à la nécessité du maintien du dispositif existant qui permet de soigner les personnes en situation irrégulière et de prévenir les problèmes de santé publique qui pourraient découler d'un défaut de prise en charge*"(...). "*Le premier effet (de l'instauration d'un ticket modérateur) pourrait être un accroissement des dépenses, allant bien au-delà des économies escomptées, le montant du timbre pouvant conduire à retarder la prise en charge médicale et occasionner par voie de conséquence un recours tardif à l'hôpital, bien plus coûteux .*"

En 2013, Le rapport de la Commission des finances pour le projet de loi de finances de 2014 (31) rappelle que "*Quoi qu'il en soit, au-delà d'évidents motifs humanitaires, il s'agit de dépenses qui répondent à de forts impératifs de santé publique : cet accès aux soins permet d'éviter que des maladies se propagent faute de prise en charge appropriée ; il contribue aussi à éviter des dépenses plus lourdes par la prévention et le traitement suffisamment précoce de certaines pathologies.*"

MATERIEL ET METHODE

1. Question d'étude et objectifs secondaires

1.1. Question principale

Quelles sont les étapes et les difficultés par lesquelles passent les patients pour obtenir l'AME et l'utiliser en cabinet de médecine générale?

1.2. Objectifs secondaires

- Approcher les conditions de vie des bénéficiaires de l'AME.
- Avoir une idée de l'opinion des patients sur l'AME, le système de soins et l'évolution de leur état de santé en France.

2. Matériel

Les entretiens semi-dirigés sont menés à l'aide d'un guide d'entretien préalablement établi. Le guide d'entretien doit structurer l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer à l'aide d'une série de questions ou de consignes servant de fil conducteur et stimulant l'échange dans les entretiens individuels ou collectifs (35).

Pour réaliser le guide, nous avons orienté les questions selon trois thématiques: la trajectoire migratoire, le parcours de soins et l'opinion des patients sur le système de soins. Nous avons orienté le guide selon un ordre chronologique pour respecter le thème du parcours.

Les questions ont également été inspirées par l'étude de la DRESS sur l'accès aux soins (29). Ce guide a ensuite été présenté lors réunion d'aide à la thèse à la faculté paris VII et modifié en fonction des critiques.

Dans un premier temps, nous avons "testé" avec deux patients (P0 et P00). Ces patients "test" n'ont pas été vus dans le département du 93. Tout au long de notre étude, ce guide a été adapté en fonction des données recueillies. Certaines questions ont été supprimées et d'autres ajoutées comme par exemple les questions sur les troubles anxio-dépressifs.

La version définitive du guide se trouve en annexe 1.

3. Méthode

3.1. Le choix de la méthode

La méthode qualitative, méthode exploratoire, permet aux personnes interrogées de s'exprimer et d'obtenir des réponses sans leur poser de questions directes (35).

Elle donne un aperçu du comportement et des perceptions des gens et permet d'étudier leurs opinions de façon plus approfondie que dans un simple sondage. Notre but, dans cette étude était justement de donner la parole à des personnes que l'on entend peu. Pour permettre aux patients de raconter leur parcours, et recueillir leur point de vue, la méthode qualitative était la plus adaptée.

3.2. Le déroulement de l'étude

3.2.1. La population d'étude

3.2.1.1. Les critères d'inclusion

Nous avons inclus dans l'étude les personnes:

- ayant des droits ouverts pour l'AME au moment de l'étude
- ayant consulté au moins une fois dans un cabinet de médecine générale du département de Seine St Denis
- majeures
- francophones ou accompagnées d'un traducteur

3.2.1.2. Les critères de non inclusion

Nous avons exclu de l'étude les personnes:

- n'ayant pas ou plus de droits ouverts pour l'AME au moment de l'étude
- ayant refusé de participer à l'étude
- ayant recours aux soins en dehors du département de Seine-St-Denis au moment de l'étude
- mineures
- non francophones sans traducteur disponible

3.2.2. La taille de l'échantillon

Une taille réduite de l'échantillon était un compromis réaliste entre les objectifs visés et les possibilités de recrutement de la population d'étude, qui de par sa situation est contrainte à la plus grande discrétion.

3.2.3. La constitution de l'échantillon

3.2.3.1. La diversité

La recherche qualitative a pour but de refléter la diversité au sein d'une population donnée. Pour cela, nous avons recruté les personnes en fonction de la diversité de leur âge, sexe, nationalité et année d'obtention de la première AME. Par ailleurs, nous avons réalisé cette étude sur plusieurs cabinets de médecine générale.

3.2.3.2. Le mode de recrutement

Une étude auprès de personnes en situation irrégulière implique que l'interviewé soit dans une relation de confiance avec l'interviewer. J'ai donc recruté des patients moi-même, dans le cadre de mon activité de remplacement et nous sommes passés par l'intermédiaire d'autres médecins pour compléter l'échantillon. Les médecins ont d'abord été contactés par mail puis relancés par téléphone en l'absence de réponse.

Nous avons soumis deux possibilités de recrutement aux médecins ayant accepté de participer:

- contacter directement quelques patients bénéficiaires de l'AME parmi leur patientèle pour leur présenter l'étude et/ou
- recruter les patients au fil des consultations au cabinet

Nous leur avons demandé de nous communiquer les coordonnées des patients (nom, prénom et numéro de téléphone portable) après avoir recueilli leur accord oral. Nous avons ainsi contacté par téléphone chaque patient recruté pour convenir d'un rendez-vous. Nous avons présenté notre étude en expliquant que nous étions des médecins voulant prendre l'opinion des patients sur les difficultés liées à l'AME.

3.2.3.3. Un recrutement difficile

Recruter des personnes en situation irrégulière n'est pas chose aisée, même si on peut supposer que les personnes ayant recours aux soins sont plus facilement interrogeables que celles qui n'y ont pas recours du tout.

La plupart des patients que j'ai recrutés moi-même en cabinet ont accepté. Cela étant plusieurs ont refusé sans détour, bien que je les ai déjà vus plusieurs fois. D'autres ont accepté mais n'ont pas honoré le rendez-vous.

Pour recruter dans les autres cabinets, il semblait plus pratique et surtout moins aléatoire de contacter directement les patients au lieu de les recruter de façon prospective.

Le fait de passer par le médecin généraliste a beaucoup aidé à l'adhésion des patients. Nous avons cependant rencontré les mêmes difficultés au moment de contacter les patients. Deux patients ont notamment coupé court à la conversation téléphonique malgré les tentatives d'explication et là encore plusieurs patients ne sont pas venus au rendez-vous. Très rapidement, nous avons donc pris le parti de rappeler les patients la veille du rendez-vous pour confirmation.

3.2.4. L'entretien

3.2.4.1. L'entretien qualitatif

C'est un entretien face à face comportant des questions ouvertes. L'interviewer utilise un guide d'entretien dont les thèmes ne sont pas nécessairement dans l'ordre. Son rôle consiste à effectuer les bonnes relances aux moments opportuns afin de balayer tout le guide d'entretien sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses ou lui couper la parole (35).

3.2.4.2. Le lieu

Pour que les patients puissent se sentir en confiance et parler en toute liberté, nous leur avons proposé que l'entretien se déroule dans un lieu de leur choix (à leur domicile, dans une brasserie, une association,...) ou au cabinet du médecin consulté. Les patients ont tous choisi que l'entretien se déroule au cabinet. Pour rassurer le patient, nous convenions d'un rendez-vous lorsque le médecin consulté était présent.

3.2.4.3. Le déroulement

Avant chaque entretien, le but de l'étude était rappelé aux patients. Il ne commençait qu'après s'être assuré de la bonne compréhension du patient. L'accord du patient pour enregistrer l'entretien au moyen d'un dictaphone numérique lui était demandé tout en précisant que l'anonymat serait respecté ainsi que la confidentialité des échanges.

Pour créer un climat plus convivial, il était systématiquement proposé une petite collation (boisson, gâteaux) aux patients, laissée en évidence sur le bureau.

3.2.5. La saturation des données

L'interrogatoire des patients s'est fait jusqu'à ce qu'apparaisse une saturation théorique des données, c'est-à-dire lorsque la collecte de nouvelles données n'apportait rien de plus à la conceptualisation et à la théorisation du phénomène à l'étude.

Nous avons finalement décidé d'inclure à l'étude certaines données des deux premiers entretiens "test". Bien qu'ils aient été réalisés hors 93, il s'est avéré que ces entretiens avaient un réel intérêt pour la question de recherche et il aurait été dommage de ne pas les exploiter. Pour ne pas fausser l'étude, nous avons exclus les données se rapportant au territoire géographique.

Etant donné la diversité des récits concernant la trajectoire migratoire, nous avons jugé la saturation des données sur les résultats concernant la question principale de recherche. A partir des treize premiers entretiens (en incluant les "patients test"), les données recueillies permettaient de répondre à la problématique. Dans les deux derniers entretiens, les patients relataient des trajectoires migratoires complètement différentes des précédentes mais leurs propos confirmaient les données recueillies sur le parcours de soins.

3.3. L'analyse des données

3.3.1. La transcription

Les propos des patients ont été retranscrits mot à mot. Les propos des patients n'ont pas été reformulés et les fautes de langage n'ont pas été corrigées. Des commentaires ont été ajoutés pour signifier les moments de pause, de rire ou d'interruption de l'entretien par un évènement.

3.3.2. L'analyse thématique du contenu

Nous avons analysé et codé chaque entretien au fur et à mesure de leur réalisation selon la théorie ancrée. C'est-à dire que nous avons fait ressortir les codes et les thématiques à partir des données recueillies.

Les entretiens ont également été analysés deux autres personnes. Ma sœur (chef de produit) a codé la première moitié des entretiens et un ami médecin généraliste a codé l'autre moitié.

3.3.3. La triangulation des données

Les résultats ont été confrontés au point de vue de personnes ayant l'habitude d'être confronté à la problématique de l'AME :

- Le Dr Charissou, Responsable pôle médical et santé publique en CMS à Montreuil, également à la tête d'un projet pilote de PASS extra hospitalière financé par l'ARS,
- Mme Bécis, chef de projet sur l'accès aux soins à la CPAM de Seine-St-Denis , qui a également coordonné la mise en place la CMUc et l'AME en 2000 dans ce département,
- Mr Maille, responsable du service social du Comité Médical pour les Exilés .

Nous avons également discuté de manière informelle avec plusieurs médecins généralistes libéraux sur le sujet, tout au long de l'étude. Enfin, j'ai assisté à une formation sur l'accès aux soins réalisée par la CPAM du 93 et organisée par l'Atelier Santé Ville de Montreuil⁷, ainsi qu'à plusieurs ateliers sur la précarité lors du congrès de Médecine Générale 2014.

⁷ L'Atelier Santé Ville a une démarche de coordination pour mobiliser, aider, et former les habitants, les acteurs et les professionnels des quartiers politique d'une ville autour d'actions collectives liées à la santé. Il s'agit de promouvoir une démarche locale de santé publique et de promotion de la santé auprès des populations les plus vulnérables.

3.4. La recherche bibliographique

Les recherches bibliographiques dans le cadre de ce travail ont été réalisées essentiellement en langue française et en langue anglaise pour les données extranationales.

Plusieurs moteurs de recherche ont été utilisés:

- médicaux: CISMéF (Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française), Google Scholar,
- bases de données en sciences sociales: Cairn.info,
- bases de données générales: Sudoc, Google.

RESULTATS

1. Description de l'échantillon

15 patients ont accepté de participer à l'étude. Le tableau suivant (figure 18) résume leurs principales caractéristiques: sexe, âge, pays d'origine, nationalité, ville du cabinet et durée de l'entretien.

Il y a 10 femmes et 5 hommes provenant de 11 pays différents. L'âge des patients va de 24 à 79 ans.

Les entretiens ont été réalisés entre Mai 2012 et avril 2013 dans 8 cabinets de médecine générale différents:

- Noisy-Le-Sec (4 patients)
- St-Denis, (2 patients dans le cabinet N°1, 1 patiente dans le cabinet N°2)
- Stains (2 patients)
- Epinay-sur-Seine (3 patients)
- Pantin (1 patiente)

Les 2 premiers entretiens (Patient N°0=P0 et Patient N°00=P00) devaient servir à tester la pertinence du guide d'entretien. Ils ont été réalisés à Paris (75) et Villeneuve-la-Garenne (92). Au vu de leur intérêt pour notre étude, les données sans lien avec le territoire ont finalement été intégrées aux résultats.

Les entretiens N°1 et N°5 ont été réalisés en présence des filles des patientes, qui ont servi de traductrices (Accompagnateur N°1=A1 et Accompagnateur N°5=A5). D'autres patients étaient accompagnés le jour de l'entretien. Ainsi P0 a été interrogé en présence de son petit-frère âgé de 18 ans (A0) et P9 en présence de son épouse.

Figure 18: Principales caractéristiques des patients de l'étude

	Sexe	Age	Pays	Cabinet	Durée
P0	H	24	Ile Maurice	Paris	26m26s
P00	H	34	Sénégal	Villeneuve-la-Garenne	39m28s
P1	F	67	Cameroun	Noisy-le-Sec	16m09s
P2	F	27	Algérie	Noisy-le-Sec	29m28s
P3	H	37	Mali	Stains	20m29s
P4	F	27	Maroc	Stains	22m56s
P5	F	79	Roumanie	St-Denis, Cabinet N°1	13m19s
P6	F	36	Algérie	Noisy-le-Sec	32m08s
P7	H	30	Côte d'Ivoire	St-Denis, Cabinet N°1	47m45s
P8	F	26	Comores	St-Denis Cabinet N°2	21m00s
P9	H	40	Algérie	Epinay-sur-Seine	35m09s
P10	F	39	Haïti	Epinay-sur-Seine	31m28s
P11	F	38	Mali	Epinay-sur-Seine	50m56s
P12	F	34	Bénin	Noisy-le-Sec	12m35s
P13	F	65	Cameroun	Pantin	37m44s

P=Patient Chiffre =Numéro de l'entretien H=Homme F=Femme m=minute s=seconde

2. Le parcours de soins

2.1. Au Pays

2.1.1. L'état de santé

Souvent il y avait des problèmes de santé connus au pays.

P1: "La tension...mon corps me faisait mal, on dit que c'est les rhumatismes(...). L'estomac aussi."

P9: "J'avais un asthme en Algérie"

P13: "Moi j'avais la tension depuis le pays."

Certains avaient donc l'habitude de prendre un traitement chronique au pays.

LT: "Et donc du coup vous aviez un traitement à prendre pour la tension déjà ?"

P1 : "Oui ,Ecazide."

P9: "J'avais de la ventoline, de la théophylline en comprimé."

2.1.2.L'accès aux soins

2.1.2.1.Un accès aux soins limité par l'argent

Pour beaucoup, l'accès aux soins au pays était limité pour des raisons financières.

*A1: "Ils nous ont dit il faut 1 semaine d'hôpital, il faut payer 600 000 francs!"
(i.e. Francs CF.A ndlr soit un peu moins de 1000 euros)*

P7: "Là-bas on va direct à l'hôpital pour payer. Si t'as de l'argent tu vas à l'hôpital. T'as pas d'argent tu restes à la maison! (sourire)"

P4: "Je peux pas y aller chez le docteur moi(...)parce que...l'argent...je peux pas payer. Même maintenant mes parents ils sont là bas mais eux ils peuvent pas y aller chez le docteur pour faire les analyses, pour faire échographie. C'est pas facile hein."

2.1.2.2.La plupart avaient l'habitude de consulter des médecins en cas de problèmes

Certains voyaient plusieurs médecins différents.

P13: "Quand ça ne va pas je partais voir le médecin"

LT: Vous aviez un médecin traitant de famille ?

P13: "Non, pas de médecin traitant."

D'autres avaient déjà l'habitude d'être suivis par un seul médecin généraliste.

P2 : "Oui généraliste et j'ai une médecine, c'est une dame, une docteur, bah je vais chez elle... euh souvent (...)Je tombe malade, je vais chez elle ."

P9: "J'avais un médecin pendant presque 13 ans, 14 ans"

L'hôpital est souvent la référence pour l'accès aux soins.

P0: "Souvent on partait à l'hôpital, (...)l'hôpital est gratuit."

P7: "(...)Moi je vais direct à l'hôpital quand je suis malade"

2.1.2.3. D'autres patients étaient moins habitués à voir des médecins

Certains consultaient très rarement.

P7: "Si je le faisais mais quelques rares fois... quelques rares fois..."

Par exemple, l'un d'entre eux préférait consulter un pharmacien directement.

P7: "Quand je suis malade que je me sens pas trop bien, je vais directement à la pharmacie(...). Tu vas à la pharmacie, tu expliques ton cas on te donne un truc."

Certains avaient recours à des consultations avec du personnel non médical de l'hôpital.

P8: "Il y a des gens au village ils travaillent à l'hôpital ils peuvent venir consulter à la maison, par exemple ma mère qui avait l'hypertension...parfois il vient consulter à la maison."

Enfin, certains patients avaient également recours à la médecine traditionnelle.

LT: "Et là-bas vous faisiez comment quand vous étiez malade, vous alliez voir...plutôt...médecine traditionnelle ou plutôt les médecins...?"

P00: "un peu de tout quoi"

P1 : "les 2"

2.2. En France

2.2.1. Avant l'obtention de l'AME

Aucun des patients interrogés ne connaissait l'AME avant d'arriver en France.

P7: "C'est quand je suis arrivé en France que je me suis renseigné tout ça."

P8: "Moi j'ai arrivée je connais rien du tout"

2.2.1.1. Où se faire soigner sans couverture?

En l'absence de couverture certains se sont dirigés vers les urgences de l'hôpital.

Dans certains cas, le recours aux urgences était justifié.

P2 : "Euh j'étais en fin de grossesse. Normalement j'avais le temps jusqu'à 1 mois et quelques, moi c'est ça mes calculs mais après euh...j'étais ici avec le ramadan, l'été bah...(...)voilà j'étais en urgences."

Dans d'autres cas, le motif relevait plutôt de la consultation en ville.

P4: "J'étais enceinte et je passe les examens difficilement hein.. Comme ça Delafontaine (Centre hospitalier à St-Denis) c'est pas grave mais ici (i.e. en cabinet médical) c'est pas possible."

P13: "D'abord j'ai été chez un ophtalmo, je n'avais pas l'aide médicale. Comme je souffrais des yeux, elle (i.e. sa fille) m'a emmenée voir un ophtalmo...Hôtel Dieu, j'étais là bas. Ils m'ont dit que je n'ai rien. Et elle m'a amenée encore chez un autre ophtalmo ou bien c'était...je ne me souviens plus. Un autre grand hôpital. Ils m'avaient dit que j'ai du cataracte aux yeux voilà."

Certains ont consulté en PASS.

P6: "(...) Puis j'ai parti à l'hôpital Avicenne donc j'ai eu une consultation gratuite, et les médicaments."

Pour beaucoup, la première consultation, que ce soit dans un contexte d'urgence ou pas, s'est faite chez un médecin généraliste.

P4 : "Je vois un docteur à Pierrefitte, au centre de santé (...) j'sais pas 5 fois ou plus parce que en plus je tombe beaucoup avec la crise."

A5: "Quand elle a eu un rhume, euh pas grand chose, on avait vu Mr C., parce que c'est lui qui est mon médecin traitant."

A11: "Moi je me rappelle une fois, une expérience chez le médecin. Tu t'es dis : "je vais voir si je suis bien, je vais faire un bilan de santé"(...). On a été voir un médecin dans un petit centre je crois, c'est un privé ou... On n'avait pas encore la carte."

Bien qu'un médecin généraliste soit connu du réseau social ou familial, certains patients ne consultent pas en cabinet en raison du coût.

A9: "Je pensais qu'il paierait plus s'il allait chez un médecin privé(...). A l'époque je cherchais ce dispensaire, qui est à l'avenue R. et ils l'ont fermé mais franchement j'ai pas pensé au Dr Z., sinon je l'aurais ramené ici."

Le milieu associatif tient un rôle très important dans l'accès aux soins des personnes sans couverture.

Ainsi plusieurs patients se sont rendus chez un centre d'accueil de Médecins du Monde.

P4: "Ils en ont passé l'examen(...) à Médecins du Monde, comme je suis enceinte et tout. C'est bon. Là bas c'est bien"

P8: "Au début parce que chaque fois j'avais mal à la tête, on est allés chez Médecins du Monde mais que une seule fois...voilà. Le Médecins du Monde là on ne paye pas. Après j'ai pas encore y aller là bas."

P13: "Avant de la recevoir (i.e. la carte AME) à un moment, des amis m'avaient dit de partir à Médecin du Monde."

Un patient a également bénéficié d'un bilan médical proposé par les resto du cœur.

P12: "Ils faisaient un bilan santé médical à Bondy au resto du cœur donc c'est de là bon je suis partie aussi voilà."

2.2.1.2. Comment s'acquitter des frais de santé?

La plupart des patients ont payé les frais eux-mêmes ou avec l'aide de leurs proches.

P4: "Bah, c'est mon mari qu'il paye"

P10: "Quand j'ai mal je paye des sous(...)payer consultation puis acheter des médicaments"

Parmi les patients qui ont pu payer les frais d'honoraires de la consultation, certains n'ont pas pu s'acquitter des frais en rapport avec les examens complémentaires ou les médicaments.

P9: "On a payé ...30 euros je crois. Ah c'était cher! Et les analyses on les a pas faites en fait, (...) à cause de ça."

P10: Parfois j'ai pas de sous pour acheter des médicaments (...)parfois j'ai resté comme ça."

Un passage par Médecins du Monde permet de résoudre les problèmes de l'accès aux examens complémentaires et aux médicaments pour plusieurs patients.

P9: "Je me suis rendu (...) à Médecins du Monde. Ils m'ont mis en régulation maintenant avec un hôpital qui est à Belleville(...) Ca s'appelle COSEM. Je me suis mis en contact avec la dame. C'est la dame qui a commencé à faire mon traitement tout ça. Elle m'a demandé si je peux faire une prise de sang."

P13: "Je n'étais pas malade puisque j'avais les médicaments que le médecin du monde m'avait donné pour la tension."

Certains patients ont été amenés à utiliser la carte vitale d'une autre personne, avec un médecin conciliant.

P6: "S'il y en a les médecins qu'il connaît très, très bien peut être il va passer une autre carte vitale d'un autre quelqu'un."

2.2.1.3. Avant l'AME, parfois il y a eu une CMUc

La vie d'un étranger est souvent associée à une grande variabilité du statut administratif. Par conséquent, le type de couverture médicale change en fonction des décisions préfectorales.

P6: "Euh... parce que avant j'avais la CMU quand j'ai rentré en France j'avais les papiers et puis je l'ai eue ...en 2003. 2003, 2004 et 2005 voilà...j'ai eu encore la CMU...2005, 2006, 2007,2008,2009,2010, j'avais la CMU...2011...donc la fin c'était 2011, le mois de mai. Et là voilà j'ai posé le dossier pour l'aide médicale, je l'ai eue. Bon j'ai pas restée traîner avec l'aide médicale c'était juste un mois ou quelque chose. Maintenant j'ai déposé le dossier à la préfecture de 10 ans la présence en France, ils ont une attestation de dépôt de dossier donc c'est là que je suis présentée à la sécurité sociale, euh ils ont retiré l'aide médicale. Ils ont dit j'ai le droit de faire la CMU."

P10: "Puis j'ai fait la demande CMU là ...et après assistante sociale. Elle te dit moi j'ai pas droit rien du tout, et puis assistante m'a écrit et puis rempli le dossier envoyé sécurité sociale et puis CMU depuis 2006, 2007,2008, 2009,2010 recevoir aide médicale après 2011, 2012 CMU, 2013 aide médicale cause refus"

2.2.2. La découverte de l'AME

2.2.2.1. Combien de temps après l'arrivée en France?

Pour certains, on constate qu'il s'écoule plusieurs années entre l'arrivée en France et l'obtention de l'AME.

Souvent c'est tout simplement lié au manque d'information, même quand il y a des besoins de santé liés à une maladie chronique.

PI: "En 2002, je n'ai pas eu. C'est en 2008."

Par ailleurs, beaucoup n'accèdent à une couverture santé que quand il y a une maladie grave. La prévention primaire fait défaut.

A5: "Maman elle vit avec moi depuis à peu près 5 ans et l'aide médicale on l'avait reçue cette année (i.e. 2012). Elle a jamais eu de problèmes de santé et moi je savais pas que c'était mieux de lui faire un..."

Parfois cela est dû au manque de pièce justifiant la résidence en France.

P7: "Quand je suis arrivé j'ai fait plus de 3 mois, je savais pas j'ai fait plus de 3 mois et je n'ai aucune preuve."

Cela peut aussi s'expliquer par des allers-retours fréquents entre le pays d'origine et la France.

A5: "Il ne sait pas si on reste, si on part..." (i.e. le médecin traitant de A5)

A1: "Elle est partie pour ensuite revenir."

Pour d'autres, l'accès à l'AME a été relativement rapide, en moins d'un an. Dans ces cas, on note que l'obtention de l'AME a été facilitée par la présence d'un réseau social bien informé.

P0: "On est arrivés juste au moment où il fallait renouveler l'AME donc c'était presque tout de suite, ce n'était pas très long.(...) En fait quand on est arrivés, on venait chez mon père et on était sous la charge de ma belle-mère. C'était elle qui était euh... comment dire responsable de l'AME. Il y avait son nom et tout le monde..., y'avait 4 enfants et ma belle-mère."

P8: "Je suis arrivée en France en 2008 et l'aide médicale je crois c'était en 2008..."

A9: "En février il était déjà chez moi...(...)vous voyez on l'a fait 2 mois après."(soit 4 mois après l'arrivée en France de P9)

2.2.2.2. Quels étaient les besoins au moment de l'ouverture?

L'obtention de la première AME se fait souvent suite à une maladie grave.

A5: "L'année dernière elle a fait un AVC et ça s'était passé pendant les vacances de l'été on était en Roumanie. C'est notre...le médecin traitant Mr C. qui a le cabinet à côté, donc il m'avait conseillé de lui faire un aide médicale d'état."

P12: "Là ils ont vu que j'avais l'hépatite et c'est là qu'on m'a envoyée à Jean Verdier. Après que les 3 mois sont venus que je suis sur le territoire Français que j'ai fait la demande d'AME."

Pour les femmes, c'est souvent lors d'une grossesse que le besoin d'une couverture santé se fait sentir.

P2: "J'étais enceinte, quand j'étais à l'hôpital, c'est eux qui m'ont conseillé d'avoir l'assistante maternelle. C'est elle qu'elle m'a fait le dossier de l'aide médicale."

P11: "Donc c'est à partir de mes 6 mois de grossesse(...) à l'hôpital, ils m'ont mis l'aide médicale jusqu'à maintenant."

Certains souhaitaient tout simplement faire un bilan de santé en arrivant en France.

...en raison d'un voyage éprouvant

P7: "Je suis rentré, vu le chemin que j'ai emprunté pour rentrer ici, il fallait que je croise un médecin pour qu'il puisse me faire un bilan de santé. (...)il fallait que je voie ce qui ne va pas tout ça."

...ou en raison des antécédents

P9: "(...) Bon ça m'a permis de faire ça à cause de l'asthme (...) et donc voilà j'ai fait ça pour euh...quand on a 40 ans quand même on a des séquelles, on a des petits trucs. J'ai été flic pendant 13 ans quand même. J'ai souffert un peu, j'ai galéré."

D'autres ont fait les démarches dans une optique de prévention.

P00: "Bah moi en France, c'est rare que je tombe malade quoi. Donc je l'avais au cas où."

Une patiente a même clairement évoqué l'importance de la prévention primaire.

P10: "Parfois quand carie, grossir (montre sa joue) ou sortir (i.e. arracher une dent, moi vais parfois c'est ça hein!(rires)...parce que en fait c'est chaque un an (i.e. le dentiste)"

LT: "Oui, il faut y aller de temps en temps pour éviter de ..."

P10: "Ah oui! les dents, les yeux et coucoune la (i.e. appareil génital) ! (rires) sinon... (rires)"

Des patients préfèrent anticiper en raison du coût des soins.

P8: "C'est pour ça elle me dit (i.e. sa sœur qui l'héberge) avant d'avoir une situation, il faut au moins avoir l'aide médicale pour aller voir le médecin parce que c'est cher d'aller voir le médecin comme ça...la consultation..".

A9: "Ah c'était cher ! Donc c'était le seul rendez-vous chez le médecin... bah c'est là qu'on a fait l'aide médicale.(...)On peut tomber malade à n'importe quel moment . Pour se soigner, moi je pouvais pas tout payer. Sinon il aurait tout payé s'il a pas une carte."

2.2.2.3. Quelles sont les sources d'information?

L'information est souvent relayée par un membre de la famille qui l'a déjà eue.

A9: "C'est ma sœur qui m'a montré la démarche à faire. Elle l'a eue elle aussi. Maintenant bon, elle a ses papiers. Mais elle a duré presque 10 ans avec sa carte donc tous les ans, elle renouvelait le dossier donc voilà."

P10: "C'est ma sœur parce que avant quand elle est venue ici elle avait l'aide médicale."

Souvent les patients sont informés par l'intermédiaire du réseau social/communautaire.

P1: "C'est de bouche en oreille hein(...) par des amis"

P3: "Les gens avant de toi, les gens qui le connaissent, c'est lui qui va expliquer l'aide médicale ça va aller comme ça, ça va aller comme ça. Jamais que tu vas connaître si quelqu'un ne peut pas montrer, jamais tu vas connaître . Il faut quelqu'un qui va montrer."

P9: "J'ai demandé à un jeune Ivoirien comme moi qui a eu...qui a eu l'aide médicale d'état."

Pour d'autres c'est à l'hôpital que la première demande a été constituée.

P6: "J'étais à la PASS (...) et puis j'ai vu l'assistante sociale là bas."

P12: "Et c'est là qu'on m'a envoyée à Jean Verdier et après que les 3 mois sont venus que je suis sur le territoire français que j'ai fait la demande d'aide médicale d'état."

Une patiente a été informée par le journal télévisé.

P4: "(...) par les infos à la télé"

Une patiente a été informée par le médecin généraliste de sa fille .

A5: "C'est notre... le médecin traitant Mr C. qui a le cabinet à côté, donc il m'avait conseillé de lui faire un aide médicale d'état au cas où euh...pour avoir une sécurité quand même."

Plusieurs patients ont été informés par Médecins du Monde.

P9: "J'ai demandé à un collègue, bon disons un jeune Ivoirien comme moi qui a eu...qui a eu l'aide médicale d'état Il m'a dit que lui c'est à travers médecins du monde que tout est arrivé pour lui."

P13: "J'ai d'abord commencé par le médecin du monde. Ils m'ont suivie...3 mois...peut-être plus je ne sais plus. Ils m'ont suivie et après alors ils m'ont dit de faire l'aide médicale."

Certains patients anciennement bénéficiaires de la CMUc ont été informés par les agents de la CPAM de l'existence de l'AME lors de la perte de régularité de leur séjour.

P6: "Une dame euh...à la sécurité sociale depuis la fin de 2002, 2003. C'est elle qu'elle m'a expliqué que je pouvais demander l'aide médicale d'état."

Enfin certains patients ont expliqué avoir été orientés vers une assistante sociale par les services administratifs suite à un refus de demande de régularisation .

P00: "Quand je suis arrivé ici, j'ai été au tribunal pour déposer mon dossier. Après ils m'ont dit y'a des erreurs, donc ils m'ont dit faut que tu fasses rectifier. Mais ils m'ont dit vous avez des droits, ils m'ont orienté vers une assistante sociale."

P10: "Et après assistante sociale, elle te dit moi j'ai pas droit rien du tout, et puis assistante m'a écrit et puis rempli le dossier envoyé sécurité sociale."

2.2.3. Constituer le dossier

2.2.3.1. L'aide d'une tierce personne est souvent nécessaire

Souvent, c'est la famille qui prend en charge partiellement ou totalement la constitution du dossier.

P10: "J'ai fait la demande avec(...)ma sœur. C'est à la maison qu'ils ont fait (i.e. sa sœur et son beau-frère). Il sait comment on prépare, il sait les documents pour avoir l'aide médicale...voilà . Euh ils ont fait tout pour envoyer à la SECU."

A11: "Parce qu'il venait d'arriver donc c'est moi qui ai (...), c'est moi qui l'ai rempli en fait (...) sans aide et donc c'est ma sœur qui m'a montré la démarche à faire."

P13: "Ma fille m'a amenée aux Lilas, elle a donné tous les coordonnées voilà. Et après, j'ai eu mon première aide médicale."

Certains patients ont eu recours à une assistante sociale hospitalière ou en ville. Elles sont particulièrement utiles pour les patients illettrés.

P10: "Pas toute seule, assistante sociale. En fait j'ai arrivé, je connais rien du tout (rires). J'ai demandé quelqu'un."

P11: "Et j'étais suivie par le 115 qui m'a reliée à une assistante sociale de secteur et c'est avec eux que je faisais la démarche."

P3: "Je vois assistante sociale qu'elle était trésor public là.(...) Si tu ne connais pas écriture, il faut une assistante sociale pour remplir les papiers tout ça. Si tu connais pour remplir toi même tu vas remplir ce qu'elle t'a donné le papier, mais si tu connais pas pour remplir, tu vas voir assistante sociale qui va remplir ton dossier."

Parfois le patient s'occupe de son dossier tout seul.

P00: "Bah j'ai fait ça tout seul. J'ai été à la SECU, j'ai demandé un dossier pour l'AME."

P2: "Oui c'est moi qui... je vais chez eux, ils me disent ce qu'il faut comme papier, bah je donne le dossier et après on donne 2 mois le traitement de dossier, ils nous répondent."

2.2.3.2. Rassembler les pièces demandées

Pour certains, il n'y a pas eu de difficultés pour réunir les pièces demandées pour le dossier.

P2 : "Non...J'ai pas de problème...bah l'attestation d'hébergement, je suis chez mon père, c'est lui qui me..., les ressources c'est mon père, bah je travaille pas . J'ai pas de travail et tout..."

A9: "On a déposé le dossier à la SECU...naturellement."

2.2.3.1.1. Preuve de résidence en France depuis plus de 3 mois

Plusieurs patients se sont servis de documents médicaux.

P4: "Bah juste les trucs des docteurs..."

P7: "Dans le centre où... médecin du monde...m'a dit de venir. C'est à travers ce dossier... avec les ordonnances tout ça.

P8: "Une ordonnance qu'on a fait avec Dr X."

Une patiente s'est servie de son Obligation de Quitter le Territoire Français.

P6: "J'ai ramené le refus de 2001... euh y'avait une autre attestation comme quoi que je quitte le territoire plus le refus du ministre de l'intérieur."

Certains patients se servent de leur feuille d'imposition.

P8: "On a fait la déclaration d'impôts et ils (i.e. sa sœur et son beau-frère) ont envoyé pour rajouter."

2.2.3.1.2. La domiciliation

Les patients qui le peuvent sont domiciliés chez leur famille.

P6: "La domiciliation?... l'hébergement de mon frère."

A9: "Un courrier écrit" j'atteste sur l'honneur que Mr C. vit chez moi depuis telle date""

Certaines patientes ont eu leur domiciliation par le CCAS ou une association agréée.

P6: "(...)Moi j'ai eu l'attestation du courrier à secours catholique"

P11: "J'étais domiciliée là bas(...) le CCAS(...) quand j'étais enceinte."

2.2.3.1.3. La pièce d'identité

P6: "Avec l'extrait de naissance et la photocopie du passeport."

A11: "La photocopie de sa carte d'identité traduite en français parce il avait une carte d'identité d'Algérie donc on a été à Paris pour...faire la traduction (...).Il fallait sinon ça passe pas."

Pour d'autres certaines pièces ont posé problème.

La domiciliation peut être difficile à se procurer en l'absence de réseau social solide.

P11: "Je me suis retrouvée seule sans le père. Je dormais chez plusieurs amis et personne ne voulait me donner une attestation d'hébergement..."

Parfois, c'est la pièce d'identité qui a fait défaut.

P11: "Ils m'ont demandé mon passeport que j'ai perdu."

P13: "J'ai fait combien de mois sans l'aide médicale? ...J'ai fait 6 mois parce que mon passeport était périmé."

2.2.4. Utiliser son AME

2.2.4.1. Délai d'obtention de l'AME

Pour la plupart patients interrogés, la première AME a été obtenue en environ 2 à 4 mois après le dépôt du dossier.

A5 : "J'ai déposé le dossier en février et je l'ai eu au début du mois de juin. C'était pas très, très long."

A9: "On a attendu je crois... même pas 3 mois...entre 2 mois et 3 mois. C'était pas très, très longtemps, franchement on n'a pas galéré avec ça."

2.2.4.2. Trouver un cabinet de médecine générale

Certains patients ayant été hospitalisés ont été orientés vers des structures comme la PMI.

LT: "Et vous avez commencé à voir les médecins au bout de combien de temps après avoir eu le..."

P2: "Ils m'ont dit euh... c'est à l'hôpital qu'ils m'ont dit d'aller à la PMI . Ils m'ont inscrit, pour moi et pour mon fils oui. Ils m'ont donné un rendez vous à la PMI avec la gynécologue."

Cela étant la plupart des patients interrogés ont directement consulté en cabinet.

A la base, il y a une démarche de recherche d'un médecin généraliste, surtout s'il y a des maladies chroniques nécessitant de connaître l'environnement médical.

P11: "(...) Parce que moi la 1ère chose que je cherche à cause de son asthme (i.e. son fils), il faut que je sache le médecin le plus proche s'il y a un problème ou quoi."

2.2.4.1.1. Le bouche à oreille

Bien souvent les patients ont été orientés vers le cabinet par le **réseau familial** qui est déjà suivi. Le médecin est considéré comme le "médecin de famille."

P0: "C'est ma belle-mère et mon père qui consultaient ici. C'est le médecin familial quoi (sourire) . Il y a tout le monde qui consulte ici."

P4: "Ah c'est mon mari parce qu'en fait ma belle sœur elle ramène ses enfants depuis qu'ils sont petits."

P8: "Avec Dr T. parce que c'est le médecin de famille...chez nous...et voilà elle connaît ma sœur et son mari."

Le réseau social/communautaire joue également pour beaucoup.

P00: "C'était le médecin de mon père, de tous les vieux donc quand on est venu bah voilà c'était notre médecin aussi quoi."

P2: "C'est mes copines. Ils m'ont dit qu'il y a une madame ici, parce que j'ai une copine qu'elle est toujours avec Madame B. ou avec Monsieur M."

P7: "Y'avait un docteur on l'appelait Mr L. Tout le monde partait le voir, les habitants de la cité."

Une patiente a été adressée par un autre médecin généraliste en raison d'une surcharge.

A5: "Ah pour voir Mr C., ça prend à peu près 10 jours parce qu'il est complètement débordé en ce moment. Euh, hier je suis passée voir la secrétaire de Mr C., donc c'est elle qui m'avait conseillé ici donc je suis passée hier, j'ai pris un rendez-vous."

2.2.4.1.2. La proximité par rapport au domicile

Parfois le patient a repéré lui même un centre médical ou la plaque d'un cabinet à proximité de son domicile.

P7: "Quand je suis venu à Bondy, y'avait un centre comme ça dans la cité. Moi j'habite juste là." (montre un immeuble à côté du cabinet)

P11: "Je savais qu'il y avait un médecin traitant qui était pas très loin de l'hôtel...Bah j'ai vu la plaque donc je suis partie."

2.2.4.2. Le premier contact avec le cabinet

2.2.4.2.1. La prise de rendez-vous

La plupart des patients interrogés préfèrent les consultations avec rendez-vous et en ont bien intégré les modalités.

P6: "Des fois c'est bien avec rendez vous, on reste pas longtemps. Si y'a du monde etc. on va pas rester..."

P8: "Bah on a l'habitude de prendre rendez-vous"

P13: "Parce que quand tu appelles on te donne rendez-vous. Le rendez-vous est honoré. Et c'est pas bien quand tu n'as pas pris rendez-vous, tu passes comme ça, tu trouves les gens qui ont pris rendez-vous. Non ce n'est pas bien, je n'aime pas ça. Moi je préfère prendre rendez-

vous. Je me mets dans la tête que j'ai rendez-vous avec le médecin, tel jour, telle heure. C'est ça."

Plusieurs patients apprécient également d'avoir des consultations sans rendez-vous pour les consultations qu'ils estiment urgentes.

P6: "Mais des fois, quand j'ai une urgence, je suis malade, c'est bien."

P9: "Si tu as un médecin traitant et le jour que tu as besoin de venir qu'il n'est pas là, il faut attendre 2 à 3 jours pour le voir venir."

2.2.4.2.2. Consultation sans appréhension

Pour plusieurs patients, les premières consultations en cabinet n'ont posé aucun problème. La consultation est d'autant plus facile que le cabinet est connu par l'entourage.

LT: "Et donc quand c'est comme ça vous allez consulter dans les cabinets ?"

P2 : "Oui, un médecin généraliste, pas de problème."

P9: "J'arrivais, je prenais un rendez-vous comme tous les autres et je montrais ça (montre sa carte AME) . Au lieu de la carte vitale, vous montrez ça."

Certains ne demandent pas si l'AME est acceptée avant de consulter en cabinet pour la première fois.

P7: "Non, moi je demande pas. Je vais directement. Mon premier jour chez lui y'a aucun problème. Il m'a demandé ma carte vitale. J'ai dit j'ai pas de carte vitale. J'ai ça (montre sa carte) . J'ai donné."

2.2.4.2.3. Appréhension avant la consultation

Souvent les patients demandent si l'AME est acceptée avant de consulter si le cabinet n'est pas connu.

A9: "On pose la question : "est ce que vous travaillez avec l'aide médicale ?(...)Faut poser la question, parce que y'en a ils travaillent pas avec l'aide médicale."

P11: "Déjà, quand je demande...parce que moi j'appelle d'abord ou je demande dès que j'arrive à la consultation, à la secrétaire ou au médecin, est ce que vous prenez l'AME? Ils me répondent oui ou non.(...) parce que s'ils me demandent de payer... Parce souvent ils ne prennent pas."

P13: "(...)Ma fille appelle, elle dit que j'ai l'aide médicale."

2.2.5. Le rapport au médecin généraliste

2.2.5.1. Un ou plusieurs médecins?

Pour certains patients en bonne santé, peu importe le médecin.

P7: "Ca va peu importe puisque ça va j'ai pas beaucoup trop de problèmes, des trucs comme ça."

Beaucoup préfèrent être suivis par un seul médecin généraliste.

P0: "On vient toujours ici(...), et comme on est habitués ici, on n'a pas vraiment cherché ailleurs."

P2 : "Moi je veux bien voir le même médecin (...) s'il y a un médecin qui me connaît, ouais c'est bon."

P3: "Bah si tu connais quelqu'un, changer c'est pas la peine (...) parce que j'ai rempli un dossier, je dis que c'est ici qu'elle est mon médecin."

2.2.5.2. Un rôle qui va au delà du soin médical

2.2.5.2.1. Un soutien moral

Le médecin est une potentielle source de réconfort.

P10: "Quand j'ai p'ti souci, elle encourager. Elle est super gentille hein franchement... Elle dit" Mme G., il faut parler, parler, pas manger beaucoup! (rires) (...) Quand j'ai vu Dr Z., moi arriver à la maison, je sentir bien hein!"

2.2.5.2.2. Presque un membre de la famille

Certains patients considère même leur médecin comme un membre de la famille, ce qui est d'autant plus important pour un patient isolé.

P10: "Mais Dr X., c'est super, super!(sourire). Elle prend soin bien... Elle est gentille... Quand sentir angoissée, elle me dit bon... jusqu'à c'est comme famille parce que en fait c'est pas toutes les personnes comme ça, qui soucier. Parce que enfants au pays, comme avion coûter... Tout seul c'est pas évident. "Parfois quand tu soucies Mme G., viens ici". Et ça sentir moi au moins c'est ma famille. "

P13: "Moi j'ai trouvé que les médecins que j'ai rencontrés sont très gentils. Surtout le Dr X. hein! (sourire). Il est pour moi comme un petit-frère vraiment."

2.2.5.2.3. Une aide dans les démarches administratives

Certains patients parlent ouvertement de leurs problèmes administratifs au médecin, notamment quand ils ont besoin de documents pour leurs démarches.

P8: "On parle de ça elle fait une ordonnance comme quoi ...un certificat pour envoyer avec des papiers comme ça, ça va nous aider à faire vite. Voilà."

2.2.5.2.4. Une aide éducative pour les mères seules

Le médecin peut apporter une aide éducative précieuse aux mères isolées.

LT: "Après du médecin, vous trouvez une aide par rapport à ça?"

P11: "Euh oui, oui. Heureusement parce que moi c'est un peu difficile parfois parce que j'ai un peu le rôle du père et mère pour mon fils. Quand il était bébé, ça a été très dur quand il est né parce que bah j'avais aucune notion réellement de comment laver un bébé, comment nettoyer un bébé...je paniquais à la moindre chose mais...parfois il y a des questions euh vers les 2-4 ans pour enlever les couches, pour qu'il soit propre donc si j'ai des questions, je me dirigeais vers la PMI ou le médecin traitant pour qu'on m'aide pour savoir comment faire."

2.2.5.3. Facteurs semblant influencer la continuité du suivi

2.2.5.3.1. Le simple fait d'accepter l'AME

Pour certains patients, le simple fait d'accepter l'AME est une raison d'être suivi par le même médecin.

P2: "S'il y a un médecin qui me connaît ouais c'est bon. Je viens la première fois comme j'étais avec Monsieur M., mais après il a accepté. C'est bon il me connaît, l'aide médicale c'est bon. Voilà."

A9: "On n'a jamais vu d'autres médecins parce qu'on a pas eu de refus par le Dr Z."

2.2.5.3.2. L'influence du réseau social

D'autres patients semblent être particulièrement influencés par les habitudes du réseau social.

P3: "(...)ça fait longtemps maintenant je viens voir le Dr T, toute la famille ici le connaît. Y'a beaucoup de gens ici qui le connaît. Même les gens qui rentrent ici je les connais. C'est pour ça que j'ai pas abandonné."

P7: "Y'avait un docteur on l'appelait Mr L. Tout le monde partait le voir, les habitants de la cité..."

2.2.5.3.3. La stabilité du logement

La multiplicité des logements semble favoriser le nomadisme médical.

LT: "Est ce que ça vous arrive d'aller voir d'autres médecins?"

AI: "Oui parfois quand elle est sur Archères dans le 78."

P13: "(...)d'hôtel on me bougeait énormément. Donc du 93 Epinay, je me suis retrouvée à Saint Denis, puis à Bobigny puis à Paris donc chaque fois ...bon, si ça dure 6 mois, je peux aller... pour demander à un médecin traitant sinon j'allais directement à la PMI."

2.2.5.3.4. La distance par rapport au logement

La distance peut conditionner l'accès au cabinet.

P2 : "Par contre ils m'ont dit...elle (une dermatologue qui a changé de cabinet) habite loin... C'est pour ça."

Cela étant, certains patients préfèrent rester chez le médecin référent et ce en dépit de la distance.

P0: "Maintenant je suis dans le 92. Et le médecin, je suis pas parti là bas. Je préfère téléphoner pour venir ici(i.e. 17^e arrondissement de Paris), que chercher un autre médecin, prendre un nouveau dossier vous voyez . Je suis suivi, je reste ici."

P3: "Parce que j'habite jusqu'à Clichy maintenant. Mais j'ai pas abandonné ici (Stains). Tout le temps si j'ai besoin quelque chose...les médicaments, je viens voir. Je peux changer de médecin mais j'ai pas changé ."

2.2.5.3.5. Le lien affectif

Les patients semblent très sensibles aux marques d'empathie, aux qualités humaines du médecin.

P2 : "Par contre elle, elle était gentille. Je l'aime beaucoup, la dame qu'elle était là avant (...) parce qu'on cherche toujours les gens qui sont gentils avec nous.(...) Elle m'a dit de mettre cette pommade par contre elle est pas remboursée, elle est chère. Elle m'a donné un tube gratuit de sa part."

P12: "Ah parfois je vois un médecin comme ça et après quelqu'un m'a parlé du Dr Z.. Elle est tellement...elle prend soin de la maladie, après bon... j'ai pris rendez-vous et puis c'était bien! (sourire). Elle prend soin le patient bien!(...)."

P13: "Suis venue ici un jour avec 23 euros, j'ai voulu payer, il a refusé. J'ai dit "waw". Ca m'a remarqué que ça là, le médecin, il est tellement sympathique! (rires). Ah oui et il m'a reproché hein...que s'il y a un souci j'appelle.(...) Aide médicale, sans aide médicale, lui il est là pour ça hein...(...) C'est un médecin qui est très...c'est pour cela que je suis attachée. C'est pas Dieu...mais il est humain hein! Il a la conscience professionnelle. C'est à dire il aide. Il veut comprendre ce que la personne a . Il est à l'écoute. C'est ça!(...)Il blague...(rire). Quand je suis en retard, il dit "le sommeil était profond"(rires)."

Certains apprécient le caractère global de la prise en charge par le médecin qui les suit.

P10: "Elle est encourageante pour tout...les médicaments si c'est bien, le poids, les maladies tout...(...) Quand sentir angoissée, elle me dit bon... ."Parfois quand tu soucies Mme G., viens ici"(...) ah non c'est super!...elle est gentille ouais, ouais !"

P13: "D'ailleurs si je viens même ici, je ne viens même pas pour qu'il me regarde la tension . Mais quand il me voit il me dit Mme M., je te regarde d'abord la tension."

Les propos de certains patients témoignent de leur respect pour le travail du médecin.

P13: "Quand je n'avais pas l'AME, je suis venue ici un jour avec 23 euros, j'ai voulu payer, il a refusé. Ca m'a beaucoup marqué parce que c'était mon propre argent tu vois . J'ai dit non, je pars donner ça au médecin. Je me suis dit, on ne fait pas ça. C'est son salaire! Comment il me consulte, il ne veut pas que je paye?"

2.2.5.3.6. La disponibilité

L'indisponibilité du médecin peut favoriser le nomadisme surtout si le patient estime la consultation urgente.

P0: "On vient toujours ici (...).C'est juste s'il n'y a pas de rendez-vous ici ou c'est si c'est urgent..."

P7: "Si tu as un médecin traitant et le jour que tu as besoin de venir qu'il n'est pas là, il faut attendre 2 à 3 jours pour le voir venir."

2.2.6 Faire son renouvellement

Certains patients veillent spontanément à leur renouvellement.

P0: "C'est nous qui genre en Novembre, ça expire donc 2 mois avant, il faut recommencer tout le dossier."

P10: "Il faut faire demande 2 mois avant(...)parce que moi j'ai toujours envoyé au mois d'août...trop tôt! (rires)"

P13: "Je vais toujours faire la demande presque 6 mois à l'avance(...)pour être sûre de l'avoir avant que ça finisse."

Là encore, certains patients font appel aux travailleurs sociaux, ce qui leur permet d'obtenir plus facilement et parfois plus rapidement leur carte.

P13: "Et ce que je trouve bizarre, parce que moi je suis suivie par KORAWAI, parce qu'eux ils ont la fiche de...comment ça s'appelle que l'on remplit directement par internet et que je remplis directement la fiche avec elle, ça arrive peut être 2-3 semaines mais pas...c'est mieux suivi."

Pour certains patients, le fait de pouvoir bénéficier de "Solidarités Transports" via l'AME, joue peut-être sur la vigilance accordée au renouvellement.

P10: "Moi j'ai toujours envoyé au mois d'août ...trop tôt (rires) mais après c'est galère pour demi-tarif PASS NAVIGO parce si pas de photocopie de aide médicale, pas... de PASS NAVIGO."

2.2.7. Difficultés rencontrées

2.2.7.1. Pour l'accès aux soins

2.2.7.1.1. Refus

Par les médecins généralistes

Aucun des patients interrogés n'a mentionné de refus par un médecin généraliste.

LT : "*Est ce qu'il y a des médecins généralistes qui vous ont carrément refusée?*"

P2 : "*Non. Je pars chez Mr M. il m'accepte, je pars chez Mme B.. il m'accepte .J'ai pas de problèmes*"

P3 : "*Refusé ça!? Non, jamais.*"

P5 : "*Non juste le dentiste.*"

Par les spécialistes

Pour ce qui concerne les refus de soins, plusieurs patients ont spontanément parlé de mauvaises expériences avec les spécialistes, en particulier avec les ophtalmologues et les dentistes.

P2 : "*Les médecins ils disent qu'on n'a pas droit de...ils n'acceptent pas l'aide médicale.(...)L'ophtalmologue (...) il nous a refusés.*"

P8 : "*Et même il y a des médecins (...), c'est à propos des dents, quand on appelle on demande (...), est que vous prenez l'aide médicale ils disent non.*"

P10 : "*C'est soucis ça, les dentistes et les yeux... (...)Dentiste c'est carte vitale!*"

En ce qui concerne les dentistes, plusieurs patients ont été refusés pour les soins nécessitant du matériel prothétique mais pas pour les soins basiques .

P10 : "*J'allais voir le médecin pour faire le traitement, pour le soin des dents. Après il restait des morceaux de dents, ils ont arraché. J'ai demandé pour remplacer mais avec ça (i.e. carte AME), non ...faut payer.*"

P9 : "*Ah oui y'a des dentistes euh...après ça dépend de pourquoi on va aussi. Voilà, parce qu'entre un plombage et vous mettre une dent, c'est pas pareil.*"

Certains spécialistes refusent les soins mais proposent tout de même une autre alternative.

Ainsi, une patiente a été adressée à un autre confrère.

P2 : "*Oui par contre quand j'étais chez le médecin (i.e. ORL), ils m'ont envoyé chez lui, ils m'ont dit : "madame, je prends pas l'aide médicale."(...) Il m'a dit c'est pas grave je te prends, il m'a fait des test et tout et il m'a envoyée pour opérer. Il m'a dit ton cas il faut opérer(...). Il m'a envoyé chez un autre médecin, à Aubervilliers. Je me souviens bien. Il m'a dit lui il accepte euh l'aide médicale.*"

Une autre patiente a été adressée à l'hôpital dans lequel le médecin travaille en parallèle.

P6: "Il m'a dit si je viens avec l'aide médicale la prochaine fois, je pars à l'hôpital de Blanc Mesnil parce que lui il travaille là bas (...) Il m'a dit gentiment."

Trouver un spécialiste peut donc s'avérer extrêmement difficile. Cela étant, cela semble plus facile si c'est le médecin ou l'entourage qui indique au patient où aller.

P10: "Parfois Dr. T. envoyer là et puis voilà (...) ça se passe bien."

P13: "Tous les médecins que j'ai eus, je crois que c'est le Dr M. qui m'a envoyée ...non je n'ai pas eu de problème."

P11: "A travers sa marraine, j'ai trouvé un dentiste sur Enghien"

A5: "Le médecin me connaît donc il avait dit qu'il y a avait pas de problème pour accepter l'AME."

A la pharmacie

Certains patients ont déjà été refusés par les pharmacies.

P10: "Parce que quand aller à la pharmacie demander carte vitale. Et quand c'est aide médicale ça bloque! C'est pas tous qui prend aide médicale (...) C'est les soucis. (...) Si parfois je... coincée d'un côté, je vais pharmacie et comme pas habitués...je manque de tout."

Les motifs évoqués pour expliquer les refus sont souvent infondés.

P00: "Y'a des pharmacies, ils disent si on a un AME pendant 6 mois, ils doivent te donner un vrai numéro de sécurité sociale (...) et quand je viens ici, y'a une pharmacie là à côté de la boulangerie donc j'ai été et lui il m'a dit il faut que je retourne là où j'ai...à Dunkerque quoi aux Flandres ...parce que c'est juste dans mon département, c'est juste dans département du Nord que je peux avoir des médicaments, que je peux me faire soigner."

A1: "Il y a certaines pharmacies dans le 75 qui ne prennent pas ce qu'elle a comme aide médicale parce que ça s'est fait dans le 78."

2.2.7.1.2. Demande de paiement

Certains spécialistes demandent d'avancer les frais.

A0: "Quand je suis parti chez dermatologue, j'ai donné ça (montre sa carte) et il m'a dit non c'est 50 euros . Il m'a dit pour cette fois je te laisse mais la prochaine fois c'est 50 euros."

P2 : "Elle dit (i.e. la dermatologue) : "5 euros". Je dis "j'ai rien pris avec moi parce que j'ai pas l'habitude de payer." (...)elle m'a dit bah la prochaine fois...j'ai dit bah la prochaine fois je viens je donnerai les 5 euros et je fais une photocopie. J'ai dit après, j'ai posé la question, est ce que c'est juste pour une fois, c'est-à-dire c'est pas grave, si je paye 5 euros pour mon fils une fois c'est pas grave mais elle me dit : "Non c'est à chaque fois"

2.2.7.1.3. Attitude stigmatisante

Certains médecins ont une attitude ouvertement méprisante.

P2: "Je dis si j'ai de l'argent, pourquoi j'ai l'aide médicale. J'ai des problèmes d'argent, je travaille pas... Comment je viens à chaque fois, je paye la photocopie, je paye 5 euros. Elle me dit: "Madame, c'est ton problème!"

Certains médecins font part de leurs problèmes administratifs au patient.

P6: "Y'en a un médecin il m'a dit ils vont pas le payer pendant 7 jours ou 14 jours...il sera pas payé tout de suite comme la CMU ou la carte vitale. Ça traîne un petit peu tout ça, pour signer des papiers, c'est dur pour un médecin...il a des patients...voilà il y a des médecins qui disent ça. Il a pas refusé mais en même temps il m'a expliqué pour euh...il m'a dit: "je ne peux pas"

Parfois, le médecin n'hésite pas à exprimer son ressenti sur les bénéficiaires de l'AME.

P7: "Un médecin qui m'a dit par contre les gens qui ont l'aide médicale d'état, y'a d'autres ils sont pas malades mais ils veulent plus avoir les médicaments à la maison."

2.2.7.1.4. Demande injustifiée de documents

Certains médecins demandent des documents qu'il n'est pas obligatoire de fournir.

P2: "Voilà il y a une remplaçante (dermatologue). Bah quand j'ai rentrée, elle m'a dit: "Madame est ce que vous avez fait la photocopie de l'aide médicale?""

2.2.7.1.5. Difficultés financières: les médicaments non remboursés

Plusieurs patients ont fait part de leurs problèmes pour financer les médicaments non remboursés. Ces mêmes patients préféreraient être informés par le prescripteur.

P6: "Parfois il y a des médicaments même le médecin il peut nous dire que c'est payant ..."

P11: "Des fois les médecins prescrivent des choses qui ne sont pas prises en charge par l'AME comme par exemple la chambre pour l'asthme. Bah s'il n'y avait pas la marraine à côté... parce que le truc je l'ai payé, ça fait ...30, 40 euros je crois.(...) ... Si j'ai de l'argent je paye, sinon si j'en ai pas bah je peux pas le payer."

2.2.7.2. Pour l'accès aux droits

2.2.7.2.1. Hétérogénéité de fonctionnement des CPAM

Plusieurs patients ont constaté des différences de fonctionnement entre les différentes CPAM d'une région à une autre et même au sein d'un même département.

P00: "Y'a beaucoup de différence entre ici et Dunkerque,(...) Dunkerque y'a pas beaucoup de problème, si t'as droit ils te donnent. Ici, c'est un peu plus dur quoi."

P6: "Et la SECU je pense elle travaille pas pareil"

Au sein d'une même CPAM, la qualité de délivrance des informations varie selon le bon vouloir des agents .

***P00:**"Ca dépend des conseillers quoi. Il y a des gens, ils te conseillent vraiment bien et il y a des gens bah voilà quoi ils vont pas bien te conseiller quoi.(...) . Parce que tu peux rencontrer des gens à la SECU qui vont vraiment t'aider quoi. Tu peux rencontrer quelqu'un qui te dit oui on te l'a donné 1 fois, on te l'a donné 2 fois, cette fois ci, on pourra plus te la donner ou voilà quoi...tu sais y'a des gens pas bien partout quoi."*

2.2.7.2.2. Retard d'instruction du dossier

Plusieurs patients se sont retrouvés sans AME en raison d'un retard dans le traitement du dossier.

***P0:**"Ca a duré longtemps parce que comme je vous ai dis, ça fait 1 an que j'ai pas eu mon aide médicale."*

***P6:**"Moi j'ai déposé le dossier le 2 avril .(...)J'ai resté (sans AME) jusqu'à septembre."*

Parfois ces retards sont liés à des pertes de documents par l'assurance maladie.

***P0:**"A la SECU et on nous a demandé plein de choses, copies de passeport, facture EDF, tous les documents et après il y avait toujours un problème Bah ...ils demandaient 1 photo et moi à chaque fois par précaution, j'en envoyais 2. J'envoyais 2 dans une enveloppe fermée et tout et à chaque fois euh... 3 fois je crois. 1ère fois c'était pour moi, il manquait une photo, 2è fois c'était mal rempli le formulaire et la 3è fois c'était pour ma femme il manquait la photo. Et donc à chaque fois il fallait renvoyer, après ça a traîné encore 2 mois..."*

Sans compter que chaque constitution de dossier, occasionne des frais supplémentaires.

***P0:**"Nous on a dû faire toutes les photocopies et payer par la poste . C'était cher! Et attendre au moins 3 mois. Pour avoir le première réponse que...vous voyez voilà, votre dossier il est incomplet...et renvoyer et attendre encore 2 mois. A chaque fois, c'est 2 mois, 2 mois."*

2.2.7.2.3. Documents manquants pour la constitution du dossier

Comme nous l'avons vu, certaines pièces, comme la domiciliation peuvent poser problème et retarder le renouvellement.

De plus, certaines CPAM demandent des justificatifs de manière abusive, ce qui peut occasionner des retards dans le traitement du dossier.

***P00:**"J'ai été à la SECU, ils m'ont tout donné le dossier. Je les ai remplis et tout ce qu'ils me demandent je les ai ramenés. Après ils m'ont dit j'ai pas justifié mes 3 mois, que ça fait 3 mois je suis en France alors que ça fait 12 ans que je suis ici (sourire). Ca fait 12 ans !"*

2.2.7.2.4. Difficultés administratives liés à l'absence de preuve de dépôt de dossier

Certaines caisses ne donnent pas systématiquement de preuve de dépôt de dossier .

En l'absence de ce document, le patient peut avoir du mal à faire prévaloir ses droits, en particulier quand il y a du retard dans l'instruction du dossier.

P6 : "J'ai déposé à Rosny. Elle m'a rien donné. Je lui ai dit Madame euh...y'a pas une attestation de dépôt de dossier, elle m'a dit: " Non". Quand le dossier est resté traîner ...il est resté euh ...6 mois chez eux, j' ai parti à la sécurité sociale de Noisy. Chaque fois je pars comme ça. Je lui ai dit voilà j'ai déposé elle m'a dit oui, j'étais enregistrée chez eux. Elle m'a dit c'est comme ça le dossier il est rejeté et tout ça, faut que je dépose un autre dossier.. Je dépose le dossier, elle m'a demandé une photo sur la fiche de soins là (i.e. formulaire cerfa). Je l'ai rempli etc. Elle a fait une photocopie, elle m'a donné une photocopie, l'original elle l'a gardé.(...) Comme ça j'en ai des preuves.(...)Je cours à droite et à gauche et ...ils ont envoyé le premier dossier!"

2.2.7.2.5. Dysfonctionnements liés à la complexité du droit des étrangers et des réformes

La complexité du droit des étrangers est visiblement une source d'erreur pour les agents qui instruisent les dossiers à la CPAM. Ainsi, une patiente avait l'AME alors qu'elle était en situation régulière.

P2 : "J'ai un récépissé, toujours le récépissé de 3 mois et je le renouvelle tous les 3 mois."

Les mois suivants la réforme de 2011, une patiente a par exemple reçu plusieurs cartes d'AME.

P2: "Ils m'ont envoyé la lettre, ils m'ont dit c'est bon la carte de ta fille, de ton fils elle est prête, il faut ramener 30 euros. Après j'ai été (...)ils m'ont dit la carte de ton fils elle est prête, par contre de ta fille on l'a pas encore reçoit.

Après 2/3 jours, j'ai trouvé la carte de mon fils, elle est prête, la carte de ma fille elle est prête. Ils m'ont donné un autre numéro de sécurité sociale pour mes enfants (chacun avait sa carte sans photo). Bah j'ai pas compris,(...) j'ai pas encore reçu pour moi parce que normalement t'as vu l'aide médicale, c'est moi et mes enfants derrière .(...)Après dans 1 semaine même pas, ils m'ont renvoyé que ma carte elle est prête . J'ai pris les 30 euros, le timbre là de 30 euros. Quand j'ai rentré chez elle, elle m'a donné la carte, bah j'ai vu mes enfants ils sont derrière. Après j'ai dis : "Madame regarde, par contre moi j'ai reçu déjà les cartes de mes enfants". Elle m'a dit c'est pas grave, tu peux utiliser les 2. Après moi j'ai resté un moment comme ça . Je dis: "Comment je vais l'utiliser les 2?Le numéro de sécurité sociale c'est pas pareil, c'est différent."Après elle a vu comme ça. Elle m'a dit : "Attend je vais y aller voir."Euh...elle a vu une dame. Après elle a dit "Madame on va retirer les cartes des enfants"

Un agent pensait qu'il fallait que les ayants droit de moins de 16 ans paient aussi le forfait de 30 euros.

P2: "Après, j'ai dit: "30 euros comment je fais ? Je paye moi 30 euros ou à chaque personne. Elle me dit à chaque personne il faut 30 euros. J'ai dit je paye pour mon fils 30 euros, pour ma fille 30 euros, pour moi 30 euros? "Elle m'a dit oui. Bah j'ai dit "je ramènerai 30 euros pour mon fils la prochaine fois". Après quand j'ai sorti, dans 5 minutes ils m'ont rappelé, elle m'a dit "non madame, ton fils il a quel âge, je dis il a même pas 3 ans. Ta fille elle a quel âge?- Elle a 7 ans". Elle a dit "alors madame c'est pas la peine de ramener les 30 euros, 30 euros tu ramènes juste pour toi ."

2.2.8. Répercussions des difficultés rencontrées sur le parcours de soins

2.2.8.1. Attitude face à un refus ou une rupture dans la couverture

2.2.8.1.1. Exploration des autres possibilités de consultation

Certains patients vont rechercher un cabinet de la même spécialité jusqu'à en trouver un qui accepte.

P11: "Quand ils prennent pas, bah je passe au suivant .Bah c'est peut être le 4è docteur qui a accepté."

D'autres patients vont se diriger vers un médecin généraliste en cabinet ou en PMI.

P2 : "Après quand j'étais à la PMI pour le rendez vous de mon fils parce qu'à chaque fois il vient, j'ai demandé la pommade qu'elle...qu'elle avait prescrite voilà et elle m'a donné dans l'ordonnance."

L'hôpital est une autre alternative.

P2 : "L'ophtalmologue(...) il nous a refusés (...), j'ai pris rendez vous à l'hôpital, par contre ils tardent beaucoup."

P6: "J'avais plus l'aide médicale et j'étais en attente pour une autre (...) bah ça traîne beaucoup que je reste comme ça donc du coup je suis passée à l'hôpital(...)J'ai eu une consultation gratuite et les médicaments."

Certains patients se dirigent plutôt vers des centres médicaux de santé où il y a en général moins de refus.

P6: "Avant je vois le rhumatologue. Je l'ai vu une fois euh...je l'ai vu ici, au centre médical de santé."

P9: "J'ai déjà vu des dentistes à St Lazare. Quand tu sors du métro, y'a un centre là, de dentiste.(...)J'ai fais des soins, j'ai fais des bains de bouches, soit il me dit plomber, soit mettre des trucs dedans. Et là bas aussi, sans problèmes."

2.2.8.1.2. Renoncement aux soins

Devant toutes ces difficultés plusieurs patients ont renoncé à se faire soigner...

... en cas de document manquant pour constituer le dossier

P11: "En fait après les 3 premiers mois de ma grossesse j'avais pas d'AME(...) Bah ... j'ai rien fait jusqu'à mes 6 mois de grossesse. (...)J'étais dans une situation où j'avais pas. Bah j'allais pas chez le docteur."

...en cas de retard dans le renouvellement

LT: "Vous avez pas pu vous soigner ? Vous avez eu besoin de vous soigner pendant cette période là ou pas ?"

P2 : "Ah bah j'ai pas soigné.(sourire)"

...en cas de refus par un spécialiste

P4: " Parce qu'en fait ma bouche il y a un truc là...euh...(...) pour les dents, mais ils ont pas accepté l'aide médicale."

LT: "Et vous avez fait comment du coup ?"

P4: : "Bah j'ai resté ...(...) jusqu'à maintenant il est comme ça."

Par conséquent, plusieurs d'entre eux ont repoussé les soins jusqu'à ce qu'ils deviennent urgents.

P2 : "Des fois quand je rentre chez le médecin, quand il voit l'aide médicale, il dit Ah...t'as l'aide médicale, c'est-à-dire, il fait comment...je sais pas comment dire ça en français...je sens que...bah alors je préfère que je vais pas chez le médecin jusqu'à qu'il y a une urgence ou il y a quelque chose de grave."

P2 : "Elle (médecin de la PMI) lui a vu (son fils atteint d'eczéma) et le pauvre il était très euh... C'est trop, trop, trop rouge . Il lui pique, le pauvre il lui pique jusqu'à qu'il lui sort du sang."

P11: "Donc c'est euh à mes 6 mois de grossesse !(rire)... que là je commençais à me sentir très fatiguée, je sais pas où être logée donc j'ai pris le risque et là je suis partie à l'hôpital."

D'autres attendent jusqu'à pouvoir payer les frais.

P8: "Bah j'ai laissé jusqu'à je trouve les moyens, ou si la famille peut m'aider (i.e. pour des prothèses dentaires).

2.2.8.1.3. Autogestion

Une patiente s'est arrangée pour gérer sa maladie elle même, en attendant de recevoir sa carte.

P13: "Je payais mes médicaments.(...)Moi je surveillais alors ma tension à la maison(...)avec un appareil. Mais c'était bien hein! la tension était bien. Je n'ai même pas eu de problème. Parce la tension c'est quelque chose qu'on peut gérer. On peut un peu gérer ça hein, toi même."

2.2.8.1.4. Utilisation de la plateforme téléphonique de l'assurance maladie

Un patient a eu recours à la plateforme téléphonique de l'assurance maladie.

P00: "(...) Après j'ai appelé un conseiller, la ligne là 39 je sais pas quoi...j'ai expliqué à la personne quoi."

2.2.8.1.5. Utilisation de la carte vitale d'une personne de l'entourage

Enfin certains médecins acceptent exceptionnellement de se faire régler en utilisant la carte vitale d'une autre personne.

P6: "Chez l'ophtalmologue, cette fois ci j'étais en attente pour l'aide médicale d'état, ça fait pas longtemps là. J'ai donné la CMU de ma copine.(...) Sauf qu' il m'a dit je fais pas ça à tout le monde. Lui il me connaît."

2.2.8.2. Répercussions sur le patient

2.2.8.2.1. Traumatisme psychique

Certains patients peuvent subir un réel traumatisme psychique suite à une attitude méprisante de la part d'un professionnel, ce qui joue sur le recours aux soins.

P2 : "Mais elle m'a choquée, elle m'a choquée parce que c'est dommage pour mon fils(...)Bah si j'aurais mes papiers, régulièrement, bah j'aimerais bien . Je dis la vérité. Parce que déjà le regard de "ah l'aide médicale!", ça me fait euh...décourage."

P6: "Là j'étais dégoûtée de chez eux .Je veux plus euh je veux plus rester avec eux."

P11: "Les personnes qui sont à la SECU. C'est comme si... t'as l'AME, t'es fiché, c'est tout le temps le sentiment que j'ai quand je ... C'est comme si on est une sorte de gratte-pain...mais si on a pas besoin de l'AME, on serait pas là! L'AME on l'a parce qu'on n'a pas le choix. je dis "donc arrêtez de fichez les gens! "J'étais un peu énervée!"

2.2.8.2.2. Stigmatisation du corps médical suite à une mauvaise expérience

Suite à une mauvaise expérience, les patients peuvent avoir tendance à stigmatiser l'ensemble des spécialistes voire l'ensemble du corps médical.

P2 : "Ah bah j'ai pas vu...parce que les dermatologues, j'ai peur que quand je vais chaque dermatologue, ils me disent j'accepte pas l'aide médicale."

Certains patients pensent qu'ils ne peuvent pas avoir accès aux soins sans AME.

P6: "Si je n'ai pas l'aide médicale, les médecins ils n'acceptent pas."

P11: "Bah pour moi j'ai pas d'aide médicale d'état comment me faire soigner? j'ai pas d'argent donc euh ..."

Une patiente fait tellement peu confiance au corps médical qu'elle croit les médecins capables d'appeler la police.

P11: "Je peux pas aller quelque part et ne pas payer parce que s'ils appellent la police bon...ça marche pas trop!"

LT: qui?

P11: Bah le médecin."

3. Le Point de vue des patients sur l'AME et le système de soins

3.1. Une opinion globalement positive

3.1.1. La gratuité des soins

La plupart des patients sont globalement soulagés, malgré les difficultés de pouvoir se faire soigner gratuitement.

P00: "On m'a demandé le dossier, j'ai ramené, malgré que parfois j'ai eu des difficultés mais j'ai rencontré aussi quelques facilités quoi. Donc je peux qu'en être satisfait quoi. J'ai eu mal aux dents, quand j'ai eu des entorses je vois des kinés des trucs comme ça donc je suis satisfait. (...)Quand tu l'as t'es obligé d'être satisfait parce que c'est quelque chose, on te soigne gratuit donc euh...voilà quoi!"

P9: "...Je suis tranquille. Si j'ai un souci de santé, je consulte tranquillement et là je suis plus tranquille en fait."

P12: "Non, je trouve que c'est bien hein. Parce que ça c'est quelque chose qu'on nous a donné hein! Sans ça on peut rien faire hein! C'est pas que donner de l'argent. Même si tu donnes de l'argent, c'est la santé avant tout hein. Moi je trouve que ça c'est bien, de ne pas supprimer. Parce que s'ils suppriment alors là on est foutus! On meurt ici!"

3.1.1.1. Des patients conscients du coût des soins

Certains patients sont conscients du coûts des soins. C'est une idée qui est plusieurs fois ressortie quand le forfait de 30 euros a été évoqué.

P0: "Non 30 euros, vu que tout est pris en charge,30 euros c'est pas grand chose."

P6: "Parce qu'en fait déjà quand y'en a l'aide médicale je peux prendre les médicaments...tranquille et tout mais si y'en a pas aide médicale je peux pas hein. Même si je peux payer le docteur, je peux pas acheter les médicaments. Parce que c'est les médicaments qu'il est cher hein."

P8: "Pour les 30 euros ? Bah ça c'est pas beaucoup quand on va chez le médecin, quand on va chez le pharmacien...Ça va."

3.1.2. Un meilleur accès aux soins que dans le pays d'origine

De plus, plusieurs patients avaient des difficultés d'accès aux soins dans leur pays d'origine, souvent pour des raisons financières.

P4: "C'est pas comme ici. Euh ici, ça va. Si t'en as pas des papiers, y'en a plein aide, là, là, là, là. (...) parce que là bas c'est très difficile hein. Là bas il est très difficile hein, plus que ici. Si t'as pas d'argent, y'a pas l'aide médicale là bas...y'a rien là bas. si tu travailles pas y'a rien...(...) Même t'es mort hein, dans la rue, y'a personne qui vont t'aider."

P6: "L'Etat s'occupe des gens même s'ils ont pas de papiers etc. qu'ils fassent l'aide médicale, en plus maintenant c'est gratuit, c'est quelque chose bien."

En Algérie y'a pas ça. Si les gens qu'ils travaillent ils ont une assurance d'accord mais les qu'ils travaillent pas donc ils ont rien. Ils ont pas ni la CMU ni l'aide médicale."

3.1.3. Pas ou peu d'obstacles à la prise en charge pour certains

3.1.3.1. Pas de refus

Comme nous l'avons vu, la plupart des patients interrogés n'ont jamais eu de refus chez un médecin généraliste.

Plusieurs patients ont expliqué qu'ils n'avaient jamais eu de refus de soins, que ce soit avec les médecins généralistes ou les autres spécialités.

P6: "Jamais un médecin qu'il m'a envoyé dehors."

P7: "Je n'ai jamais eu de problème avec un médecin. Je viens, je pose la carte... Dans n'importe quel coin où je vais, (...) n'importe quel centre, j'ai jamais eu de problème avec."

P13: "(...) Moi je ne constate rien hein.. moi je sais que quand je viens, on me reçoit."

D'ailleurs, certains patients sont bien loin d'imaginer que l'AME puisse être refusée.

P00: "Non les médecins s'ils savent qu'ils vont gagner de l'argent dessus, ils vont pas te...bah non!"

P3 : "Parce que tu ne peux pas refuser ça. C'est l'état qui l'a donné. C'est pas que c'est quelqu'un seul qui le prend, c'est beaucoup de gens qui prend ça. C'est l'Etat qu'il est d'accord pour ça. Donc si tu as refusé ça, t'es pas d'accord avec l'Etat."

LT: "Et justement est ce que c'est déjà arrivé qu'elle (i.e. sa fille) tombe sur des médecins qui disent non, non on prend pas l'AME"

P13: "Je ne sais pas pourquoi elle demandait ça hein ! c'est elle qui demandait : "s'il vous plaît vous prenez l'aide médicale? parce que ma maman a l'aide médicale". On lui dit : "oui, bien sur" donc je ne sais pas."

3.1.3.1. Moins il y a de besoins de santé, moins il y a d'obstacles

Pour certains patients jeunes et en bonne santé, il y a souvent peu de besoins de santé donc peu d'obstacles.

LT: "D'accord et toi pareil, t'as pas eu des médecins ou des fois t'as eu l'impression qu'ils te méprisaient ou..."

A0: "Non, en même temps j'y vais pas trop souvent."

*A9: "Mais bon, il n'y a eu que le dentiste et le Dr Z. . Il n'y a pas eu d'autres médecins (...)
Donc c'est plutôt positif en fait."*

3.1.3.2. Des professionnels agréables et au fait de l'AME

Plusieurs patients ont eu à faire à des professionnels, avec une attitude non discriminante et humaine.

P00: "Y'a aussi des gens biens. Franchement y'a des femmes à (la CPAM de) D., elles sont tellement bien! "Faut mettre ça, faut pas mettre ça sinon ils vont refuser." Ils te montrent bien."

A5: "Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise! (sourire). C'est maintenant qu'on a commencé, on avait rencontré des gens très, très gentils, même avec votre collègue..."

P13: "Surtout le rhumatologue là il était très gentil. Puisque c'est lui qui me faisait les infiltrations . Il était très drôle, très gentil, pour ça oulalala, très gentil !"

3.1.4. Un bon suivi une fois les obstacles levés

Une fois que le patient a trouvé les professionnels de santé qui ne posent pas de problèmes avec l'AME, il semble y avoir un bon suivi.

P6: "Et l'ophtalmo on peut consulter avec l'aide médicale ça va. Je suis déjà y aller chez l'ophtalmo."

P8: "(...)En fait c'est maintenant j'ai pas de soucis parce que aide médicale là c'est pas facile. C'est pas tous les médecins qui..."

P10: "(...) Mais quand j'ai habitué à pharmacie à côté quand donner aide médicale, donner médicaments."

3.2. Autres opinions sur le système de soins

3.2.1. AME et carte vitale

Les patients ayant eu une carte vitale constatent la différence pour l'accès aux soins. Ils notent plus de difficultés avec l'AME qu'avec une carte vitale.

P10: "Même la pharmacie, il faut donner carte vitale(...) Ils m'ont demandé carte vitale! Ils sont pas habitués! (...) Quand c'est aide médicale ça bloque (...)mais quand j'ai CMU, tout va bien! (...)Ce qu'ils veulent c'est carte vitale!"

P11: "Parce que leur 1ère question c'est: "est ce que vous avez la CMU, la carte vitale, la mutuelle, le tiers payant"

De plus, les patients qui ont déjà eu une carte vitale voient eux-mêmes voient la différence au niveau administratif .

P10: "La carte vitale ...tout passer, mais parfois quand ça (montre sa carte AME) faut chercher numéro tout hein ! C'est souci ça hein!"

A5: "Mais il a pris un petit peu de temps pour la paperasse, le dossier."

3.2.2. Sur l'utilisation du système de soins

3.2.2.1. Une utilisation plutôt adaptée

Dans le discours de certains patients, on retrouve une utilisation plutôt adaptée du système de soins.

P0: "Après quand c'est une petit grippe, je vais pas forcément venir. Sinon je téléphone je demande qu'est-ce qu'il faut faire. Sinon le mal de ventre là je viens parce que j'arrive pas à gérer ça! (sourire)"

LT: "Et ça vous est déjà arrivée de consulter aux urgences ou ailleurs dans d'autres structures en dehors de votre accouchement..."

P2: "Non., pour moi non. Par contre pour mon fils, il est rentré, il est hospitalisé 2 fois . 1 fois une infection et une 2è fois c'est la gastro."

Par ailleurs, quand le patient est suivi par le même médecin généraliste, ce dernier peut avoir le rôle de médecin référent et coordonne le parcours de soins, de la même façon que pour les assurés sociaux.

P13: "Et depuis que j'ai l'AME, je n'ai pas consulté d'autres médecins. Quand le docteur m'envoie faire des examens- puisque j'ai eu l'épine calcanéenne au pied- il m'envoie vers un spécialiste. Il m'avait envoyé faire la radio. Et la radio ...on m'a envoyé voir le rhumatologue, l'ortho...celui qui fait."

3.2.2.2. Souci de parcimonie

Certains patients ont le souci de ne pas surconsommer et ont conscience des abus que la gratuité des soins peut générer.

P7: "Supposons, quelqu'un qui vient dans la semaine 3 fois, quand tu viens dans la semaine 3 fois, tu as 3 ordonnances, et c'est le même truc qui est écrit...tout ça parce que comme tu sais que c'est gratuit, il faudra pas trop abuser quoi. Donc moi, quand je suis pas malade j'y vais pas."

P11: "Je sais qu'il y a des abus mais moi je suis avec un enfant qui est malade."

3.2.3. Sur le forfait d'entrée de 30 euros

Certains patients et notamment ceux qui travaillaient n'ont pas eu de difficultés pour payer le forfait.

P0: 30 euros c'est pas grand-chose vu que je travaille, je peux me...

Certains patients ont fait appel à leur famille.

P5 :Bah c'est mon mari qu'il m'a passé

Par contre, pour les patients les plus précaires, ce forfait pour les droits d'entrée a clairement posé problème et a été vécu comme une injustice.

P11: "Donc 30 euros pour pouvoir récupérer...je dis mais c'est un peu se moquer de nous parce que t'es pas censé travailler et tu dois payer 30 euros pour venir récupérer une carte pour te faire soigner. Je dis mais c'est un peu absurde...ou ne pas donner carrément l'AME.(...)Moi je pouvais les payer par les travailleurs sociaux."

P11: "(...) Mais y'a d'autres personnes qui n'ont absolument rien qui ne sont pas aller récupérer leur carte."

4. L'évolution de l'état de santé

4.1. Pas de changement

Pour certains, les problèmes de santé présents avant l'arrivée en France, n'ont pas été résolus. La barrière culturelle semble être un obstacle prégnant .

PI: "Pas de changement. mon corps chauffe . Mon corps chauffe, chauffe. Ca marche comme il y a des fourmis dans mon corps (...)même la nuit aujourd'hui, j'étais trop menacée."

LT: *Donc ça vous avez l'impression que malgré les médicaments qu'on vous donne là, ça va pas mieux ?*

P1 : *Non ça ne marche pas. Souvent ça marche, même 2 semaines, même 1 semaine, ça se calme mais souvent ça ..., même aujourd'hui(...)j'ai encore laissé ça."*

4.2. Aggravation : apparition de troubles anxio-dépressifs

En ce qui concerne l'évolution de l'état de santé, plusieurs patients ont spontanément évoqué l'apparition de troubles anxio-dépressifs en arrivant en France.

P2: *"Bah je me sens toujours fatiguée, toujours stressée (...)je sais pas pourquoi, peut être c'est moralement(...) toujours fatiguée, toujours faible*

LT : *Alors que avant c'était pas le cas ?*

P2 : *Non (sourire) . Peut être c'est la jeunesse avant, je sais pas(rires)"*

P7: *"J'ai un problème, je n'arrive pas à dormir la nuit. Je pense beaucoup."*

P4 : *"Bah...maintenant de temps en temps quand j'ai problèmes j'ai malade trop et j'ai mal à la tête trop, et je m'énerve tout de suite là. Même j'aime pas trop musique, j'aime pas trop le bruit(...)j'ai peur beaucoup, beaucoup, beaucoup ."*

4.2.1. Des troubles souvent difficiles à identifier

La prise en charge des troubles psychiques chez les patients interrogés semble être difficile. En effet, certains patients ont du mal à identifier ces troubles ou à admettre leur existence.

P8: *"Là je crois que ici c'est de temps en temps c'est...y'en a qui disent parfois que c'est peut-être que tu penses beaucoup...chais pas y'a des... voilà. Parce que là-bas au moins c'est chez nous. Ici on pense à beaucoup de choses. Peut-être c'est pour ça que ..."*

P9: *"Je suis pas malade. C'est pas question de ça. J'ai jamais vu un psychologue par exemple, quelque chose comme ça mais bon...c'était pas évident d'être 100% tranquille."*

4.2.2. Le patient ne trouve parfois pas de réponse auprès du médecin

De plus, le suivi peut s'avérer difficile si le patient ne trouve pas de réponse auprès du professionnel de santé.

P4: *"Maintenant je vois juste euh ...psychologue à la PMI mais ça fait longtemps que je n'y ai pas été"*

P7: *"J'ai déjà demandé à un médecin. Le médecin m'a demandé pourquoi je n'arrive pas à dormir tout ça, ou bien c'est le stress qui fait, soit parce que je n'ai pas mes papiers tout ça..."*

LT: *Et en en parlant avec un médecin, il a pu, on a pu vous conseiller un petit peu?*

P7: *"hum non...non"*

Souvent les patients trouvent des réponses par eux-mêmes auprès du réseau social ou par le sport par exemple

P7: "En fait j'ai croisé un mec il m'a dit qu'au début quand il est arrivé comme ça. Il avait les problèmes, il avait plein de soucis mais depuis qu'il a ses papiers...qu'il a un bon taff, putain il dort !"

P00: "Oui je me sens mieux ! Parce que avant je courais quoi, je courais beaucoup (...). Ça m'aidait beaucoup pour me...voilà quoi..."

P9: "Moi, au lieu de manger des calmants ou d'aller consulter un psychologue, je faisais du sport, je faisais du karaté et je me défoulais."

4.3. Amélioration

Certains patients estiment que leur santé s'est améliorée en France.

P0: "Ici, j'ai pris du poids, j'ai pris des couleurs. J'étais plus maigre, plus pâle. On m'a dit que j'étais "jaune" donc je suis bien ici."

P13: "Ouhhhh! il n'y a même pas chapeau (i.e. photo) hein! j'étais malade au pays hein! J'avais la tension des fois à 20!"

Pour certains, une pathologie ancienne a pu être soignée.

P0: "Oui parce que là j'ai un défaut, j'ai la jambe droite plus courte...et à l'île Maurice, souvent j'avais des mal de dos...et tout. C'était comme le mal de ventre quoi donc des fois j'allais pas à l'école à cause de ça...et on a fait plusieurs extraits des radio et on n'a jamais retrouvé quelque chose et ici dès que j'ai eu ma 1ère radio, on a tout de suite su, t'as ça, ça.(...)Ici, c'est plus précis quoi, c'est plus intense quoi, ils vous surveillent bien."

P2 : "J'avais les problèmes d'oreille quand j'étais petite . Quand j'ai venue ici, j'ai opéré. Ça se passe bien."

5. PARCOURS MIGRATOIRE

5.1. la décision de venir en France

5.1.1. Regroupement familial

La plupart des patients sont venus dans le cadre du regroupement familial.

P0: "Mon père il est venu avec ma belle-mère, ils ont restés, ils ont travaillé. Après il y a eu la naissance de ma petite sœur, mon petit frère et après on est arrivés."

P2: "J'ai venu chez mon père (...).C'est lui qui m'a demandé parce qu'il est tout seul ici, il m'a dit si tu veux venir... bah il est dégoûté il est tout seul, il veut une famille autour de lui...bah ... j'ai venue ."

P13: "C'était pour aller chez ma fille"

En effet, plusieurs patients ont de la famille installée en France depuis plusieurs années.

P2 : "Oui il vit ici . Ici, il a 20 ans maintenant"(i.e. le père de la patiente)

A7: "Moi, ça fait 20 ans"(fille de la patiente)

P8: "Oui j'avais ma tante, la sœur à ma mère. J'en ai mon oncle, mes cousins, j'ai plein de cousins ici. J'en ai mon frère et mon neveu . Et ma mère elle a ses papiers."

Il y a souvent un lien historique entre le pays d'origine et la France.

P00: "A Dunkerque, il y a plein de gens de Moudery qui ont la nationalité française. Toutes les villes là, y'a nos grand-père ils ont fait la guerre en France, c'étaient des anciens combattants pour la France Et mon père il est venu ici. Il était marin, et moi quand je suis né, mon père il m'a fait un extrait de naissance et il m'a déclaré avec ce nom- là à la mairie de Dunkerque."

Parfois le séjour est initialement motivé par une envie de vacances chez la famille sans projet de rester.

P9: "En vacances(...) chez le cousin."

5.1.2. Migration pour raisons économiques

L'immigration pour raisons économiques est un motif qui est également souvent revenu.

P4 : "J'ai resté là-bas sans travail 5 ans. Après...j'ai venu ici... comme demandeur. J'ai cherché le travail ça, ça, ça mais ...j'ai pas trouvé."

P11: "(...) Parce qu'au Mali, je travaillais sans être vraiment payée dans une agence de voyage... Pendant 8-9 mois j'avais pas vraiment de salaire. Je dis bon ça suffit, j'ai fait des études c'est pas pour travailler pour rien."

5.1.3. Migration pour raisons politiques

Un patient est parti de son pays pour fuir la guerre.

P7: "Je suis parti de la Côte d'Ivoire disons janvier 2011, un truc comme ça. Parce qu'il y avait la guerre en ce moment."

5.1.4. Migration pour raison de santé

Une seule patiente est venue pour des raisons de santé.

A1: "Mon frère a demandé qu'elle vienne parce que là-bas on voulait opérer(...). Mon frère a dit non, il ne voulait pas qu'on l'opère là-bas . Mon frère a dit qu'elle vienne ici pour qu'on le fasse ici. Et donc on l'a pris en urgence . Le même jour, on est venus directement avec elle."

5.2. Venir en France

5.2.1 . Entrée légale

Certains patients sont entrés de manière régulière, avec un visa touristique et se sont retrouvés en situation irrégulière par la suite.

P2 : "J'ai venue juste euh... touristique mais après il m'a dit mon père il va faire les démarches et tout mais quand j'étais tombée... comme j'ai accouché, j'ai pas la possibilité d'aller en Algérie."

P6: "J'avais les papiers de l'asile en 2001."

5.2.2. Entrée illégale

Une patiente a réussi à entrer en France grâce à un faux passeport.

P5: "J'ai venue normal avec le bus du Maroc, j'ai passé à la douane(...)en Espagne. J'ai rentré avec le..le...j'ai acheté le passeport français .Je l'ai acheté avec 8000 euros.(...) mais c'est pas moi qui l'a payé ça, c'est une dame . Elle connaît mon problème là-bas, je travaille pas, mes parents ils sont pauvres . C'est elle qui m'a aidée. Moi j'ai donné un peu et elle m'a donné la moitié. Je connais un monsieur qui fait les trucs comme ça (...) Après il m'a téléphoné au Maroc parce que lui il te donne une ville . J'habite à Agadir et il habite à Casablanca. Il m'a dit: "tu passes ton passeport". Moi je passe mon passeport mais il a rien fait et quand il m'a appelé il m'a passé le passeport de la France ."

Un patient a raconté son arrivée clandestine en France, suite à un voyage extrêmement éprouvant.

P7: "Le voyage a été tellement difficile pour moi. Le chemin que j'ai pris pour venir ici, c'est un chemin entre la vie et la mort. Oui...(silence) entre la vie et la mort...Il fallait que je vais au Ghana. Parce que quand je quittais la Côte d'Ivoire, y'avait pas de vol en Côte d'Ivoire, les vols étaient annulés. Du Ghana, j'ai pris un vol pour la Turquie. De la Turquie maintenant, quand je suis arrivé en Turquie... de la Turquie maintenant... j'ai marché à pied jusqu'en Grèce... Ca m'a pris 7 jours. Il faut arriver à la frontière tout ça, pouvoir traverser à pirogue, petit bateau, pas moins de 7 personnes...pas moins de ...6 personnes dedans. Y'a un grand fleuve, tout ça. Ce fleuve là il paraît qu'il y a un courant dedans tout ça. Y'a plein de personne que le bateau a chaviré ils sont morts. Bon...(soupir) ouais... Il faut marcher tout ça, il faut rentrer...même quand j'arrive en France ici, bien avant que moi j'arrive en France ici je n'arrivais pas à marcher, mes pieds étaient enflés tout ça..."

5.3. La vie en France

5.3.1. Situation administrative

Arrivés en France, la plupart des patients font des demandes de régularisation.

P00: "Quand je suis arrivé ici, j'ai été au Tribunal pour déposer mon dossier avec le certificat national de mon père, comme j'ai droit donc euh...comme mon père est français donc j'avais droit quoi."

P4: "J'ai déposé mon dossier au préfecture."

Certains sont passés par des demandes de régularisation pour raison de santé.

A1 : "Oui on a fait la demande (...)par rapport euh...au santé"

D'autres ont fait une demande d'asile.

P10: "Moi j'ai fait la demande d'asile."

Les patients doivent faire face aux refus de régularisation.

P4 : "J'ai déposé mon dossier au préfecture le 13 septembre 2010 . Ils ont refusé et j'ai fait recours, Cour d'appel au Tribunal de Montreuil 2011 là aussi c'est refusé. Et j'ai fait recours à la Cour d'appel de Versailles . Il m'a dit peut être il est refusé."

P7: "L'OFPPRA m'a refusé puisqu'on me disait qu'en Côte d'Ivoire tout est calme tout ça"

Quelques patients ont donc recours à un avocat, ce qui occasionne des frais conséquents.

P00: "J'ai pris un avocat et il m'a défendu là-bas"

A1: "Il a fallu qu'on prenne un avocat."

Parfois, les patients alternent entre en situation régulière et irrégulière.

P10: "Au début, c'est récépissé. En fait euh je demande réfugié et refus ...après je fais 2 mois, 4, 6 mois...1 an et puis après refus. J'ai continué à faire demande, reprend appel 6 mois et puis refus. Et puis après là j'ai fait demande aide médicale pour tension . Je fais hypertension hein. Et j'ai envoyé les documents, payé timbre et puis c'est refus."

5.3.2. Logement

5.3.2.1. Par quel moyen?

Certains patients ont un logement plutôt stable chez de la famille proche ou le concubin.

A9: "Il vit chez moi mais quand il est arrivé, il vivait chez son cousin."

P12: "Non là je suis logée chez une sœur pour le moment (...) depuis 3 ans. Ca se passe bien."

D'autres patients sont logés chez des amis.

P6: "Là je suis avec une copine, je vis avec elle (...) depuis octobre 2011."(soit un peu plus d'un an au moment de l'entretien).

P11: "J'étais chez des amis."

Parfois le primo-migrant peut partager la chambre d'un foyer de migrants avec d'autre(s) membre(s) de la communauté.

P00: "Quand j'étais à Dunkerque, j'étais au foyer chez mon cousin donc c'était comme ça quoi."

Quelques patients ont leur propre logement et y vivent en famille.

P00: "Là je suis avec ma femme.

LT: Donc vous vivez avec votre femme qui est enceinte (sourire) et là vous vivez tous les 2 ensemble?

P00: Oui tous les 2 ensemble."

LT: "Et donc vous vivez avec votre père?

P0: Non, maintenant non, ça fait un an et demie j'ai déménagé. Je me suis marié religieusement et mon frère habite avec moi, ma femme et ma mère - ma mère biologique.

LT: Et pour avoir votre logement c'était pas...

P0: Non c'était un coup de chance. Un ami de mon père qui habitait dans l'immeuble qui connaissait le propriétaire donc c'est le bouche-à-oreille."

5.3.2.2. Comment?

5.3.2.2.1. Promiscuité

Pour plusieurs patients, les conditions de logement sont loin d'être idéales. En effet, plusieurs patients vivent dans la promiscuité et même dans l'insalubrité.

P0: "20M2

LT: Et vous êtes à 4 c'est ça?

P0: voilà ouais .2 chambres et cuisine, toilettes, salle de bains à part."

P2: "Bah juste une chambre comme celle-là (montre le cabinet qui fait 16m2), un salon et une cuisine

LT: Ah oui et vous chez vous y'a qui, y'a votre papa, y'a vos 2 enfants, y'a vous ...?

P2 : Oui et maintenant c'est mon mari (...)par contre mon père il va chez son copain des fois..."

P11: "Donc là...c'est un pavillon qui est structuré en foyer. Je suis avec 2 autres mamans avec leurs 2 enfants. Nous on est simplement dans la plus petite chambre euh ...sur un lit superposé... (...)dans les hôtels sociaux, il y avait beaucoup d'humidité donc il (i.e. son fils) avait tout le temps, tout le temps, souvent des rhino."

5.3.2.2.2. Instabilité

Cela étant, les patients sont dépendants de leur entourage et des services sociaux, ce qui rend le logement particulièrement précaire. Il y a donc en permanence un risque de perdre son logement.

C'est par exemple le cas pour une patiente, victime de violences conjugales

P4: maintenant je suis seule avec ma fille pour l'instant parce que j'ai un petit problème avec mon mari . Ils ont donné interdiction pour il vient pas à la maison. Ça fait un mois une semaine maintenant. Je suis juste avec ma fille à la maison. Après je sais pas qu'est-ce qu'il se passe hein.

LT: Donc comment ça se passe? C'est à vous le logement ?

P4 :Bah c'est à lui . (...)Normalement on est 3 à la maison mais comme lui il boit trop et tout, il fait plein de problèmes hein . Il frappe, il dit les gros mots. Plein de choses...

Il en est de même pour les patients qui n'ont pas de réseau familial solide.

P4:"Parce que en fait je venais dans ma famille, à Gonesse. J'ai rentrée chez eux mercredi. Jeudi ils ont dit : "non, tu peux pas rester chez nous, il faut rentrer dans ton pays. Nous on peut pas accepter toi"... Après y'a une femme, une voisine qui me parle au Maroc, il m'a ramenée à l'hôtel, il m'a payé 15 jours à l'hôtel."

P7:"J'étais à Paris, de Paris j'ai changé l'adresse je suis venu à Bondy. De Bondy, je suis plus à Bondy. Là je suis juste à côté (i.e. St Denis). Quand je suis venu nouvellement, il y avait une des filles de mon père. Je dormais chez elle et après elle m'a mis dehors. Elle m'a dit elle peut pas me supporter tout ça. Elle m'a mis dehors. J'ai dormi dans la rue...au dernier moment il faut appeler le 115 tout ça. Un peu, un peu, un peu...Bon, je dors avec un collègue. Mais bon ils ont un ami qui devait partir c'est comme ça. Le jour que ça le prend il me met dehors hein... La semaine passée, moi j'ai dormi dehors. J'ai tapé la porte il n'a pas ouvert. C'est arrivé quelque part dans l'ascenseur, quelque part..."

P10:"Des fois, j'ai hébergée là, j'ai hébergée là...la copine la"

P11:"A 3 mois de grossesse, j'étais chez des amis qui m'ont bah pratiquement mise dehors(...)J'étais suivie par le 115.D'hôtel on me bougeait énormément. Donc du 93 Epinay, je me suis retrouvée à Saint Denis, puis à Bobigny puis à Paris. J'ai été logée à partir de mes 6 mois au service Lambda (association), qui nous a repris 10 ans plus tard! (rires) Parce que j'ai eu des soucis, comme j'ai pas encore mes papiers parce que bon, pour avoir un logement c'est impossible..."

Le fait de rendre service à l'hébergeant voire de travailler pour elle, joue probablement sur la stabilité du logement.

P6: Donc je l'aide avec ses enfant et je paye mon hébergement avec euh...Elle elle travaille moi je garde les enfants, je ramène à l'école, je ramène le soir... et voilà c'est moi que je veux pas qu'elle paye. Comme ça c'est moitié, moitié.

Quoi qu'il en soit, cette situation de dépendance peut être difficile à vivre, et ce d'autant plus qu'elle résulte d'un choix par dépit.

P6: "Et voilà c'est moi que je veux pas qu'elle paye. Comme ça c'est moitié, moitié."

LT: ça se passe bien ?

P6: Pas trop mais ça va... L'assistante sociale elle m'a rien fait parce que je n'ai pas d'enfant c'est ça qu'est-ce qu'elle m'a dit. Pour trouver un hébergement en foyer etc. donc heu c'est pas facile."

5.3.3. Revenus

5.3.3.1. La précarité financière

Les patients vivent souvent dans une grande précarité financière.

P4: "Maintenant comme j'ai problèmes avec lui(son mari), non y'a rien."

P2: "Mais c'est dur quand même..."

P13: "Et comme maintenant ça devient dur, il y a la crise. ! Des fois je pars, je vends 2 euros. Des fois je pars je rentre...rien !"

5.3.3.2. Les sources

Les revenus proviennent en général de la famille ou du concubin.

P2 : "(sourire gêné) Bah c'est mon père."

Certains peuvent compter sur l'aide communautaire. En effet, certaines communautés sont organisées pour subvenir aux besoins des plus démunis.

P00: "En plus à D., les Sénégalais, les Sonikés quoi, c'est les vieux qui ont mis cette règle. Ils habitent tous ensemble dans le foyer quoi. Par exemple, tout le monde cotise 50 euros par mois. Et les gens qui travaillent pas, ils font à manger. Y'en a pour le soir et l'après midi. Après les nouveaux qui viennent d'arriver, eux ils ont rien donc avant de faire leur démarche, ils sont obligés d'être logés et de manger quoi avant d'avoir le RMI, tout ça . Donc c'est pour ça les vieux ils cotisent pour eux quoi, et eux mêmes. Y'en a d'autres qui ont cotisé pour eux . Voilà, partout en France c'est comme ça quoi."

Une patiente a eu recours aux assistantes sociales.

P11: "J'allais voir une assistante sociale 1 fois par mois qui me donnait 30 euros/ mois pour acheter des couches et des trucs pour le bébé."

La plupart des patients essaient de faire des emplois non déclarés.

P0: Plongeur, boulanger, je fais des sandwiches..."

P6: Je travaille au noir là, je donne des cours d'Arabe littéraire

P7: Je fais la sécurité ça fait plus d'un an(...)mais c'est au black quoi

P9: Je faisais les déménagement (...) de temps en temps les marchés

P11: J'ai fait des petits boulots dans la restauration au noir...bon maintenant je fais du ménage parce que la restauration...

5.3.3.3. Le travail

5.3.3.3.1. Trouver du travail

Pour une personne en situation irrégulière, trouver du travail n'est pas chose aisée.

P4: "Maintenant il y a pas de travail au noir, y'a que déclaré, déclaré, déclaré."

P9: "Le déménagement c'est pareil aussi, tu travailles 5, 4 jours par mois par exemple...par 2 mois, ça dépend."

P10: "Faut pièce d'identité ça c'est chaud...on fait comme ça...c'est les soucis ça . ils demandent la pièce d'identité, la société ça mais... pas rien du tout, obligée...(tripote ses clés) et c'est souffert! (soupir)(...)mais toujours pareil, pièce d'identité pas facile ici hein!"

Pour trouver, les patients s'orientent vers la famille ou le réseau social et notamment par des membres du milieu associatif.

P2 : "Oui parce que il a un commerce (i.e. son père), il veut que je l'aide dans son commerce."

P12: "La copine la(...)des fois elle me dit que quelqu'un a un ti' boulot.... Parce que moi en fait y'a quelqu'un qui est en vacances, qui part, je demande."

P11: c'est aussi à travers le Secours Catholique, le bouche à oreille que j'ai trouvé pas mal de ménages."

D'autres patients empruntent les voies classiques (internet, petites annonces) et tentent leur chance avec les offres d'emploi déclarés.

P7: "Souvent je regarde d'abord sur le net. Si je vois qu'il y a quelqu'un qui cherche des gens, j'y vais, j'explique mon problème."

P10: "Oui ménage...Chaque demande moi j'écris."

P11: "Sur internet, sur les sites de ménage et tout."

5.3.3.3.2. Des proies faciles pour les employeurs malhonnêtes

Il est d'ailleurs à noter que certains employeurs profitent de la situation pour surexploiter et arnaquer les personnes en situation irrégulière.

P0: "Je faisais plusieurs heures...20 heures dans la journée . Mais c'est des grosses journées parce que c'est un pâtissier traiteur il fait, il prend des grosses commandes...200 plateaux...300 plateaux... mais c'est pas tous les jours c'est des fois 2 jours, des fois 3 jours."

P7: "Y'a des gens qui te payent pas. Y'a plein de crédits on te paye pas. Même ce matin, je viens d'appeler un mec. Ca fait maintenant... ça fait maintenant... ça fait maintenant 1 an 6 mois que le mec il me paye pas. J'ai au moins 3000 euros avec lui.(...) Il me faisait travailler comme un fou. Je faisais les heures de folie avec lui(...) tu taffes à tel point quand tu n'as pas de papiers!"

5.3.4. Alimentation

Certains patients ont des difficultés pour s'alimenter correctement. Ils sont alors tributaires des aides alimentaires ou du réseau social.

P10: "La copine là, parfois donner quelque chose ...à manger."

P12: "C'est les resto du coeur."

5.3.5. Se déplacer

Pour un primo-migrant, sortir du domicile peut relever du parcours du combattant,

P13: "Tu ne peux pas te balader, tu ne connais pas, tu ne connais personne, tu ne pas connais pas les villes, tu commences à te balader. Ma fille me dit: "Mais sors, profite de la vie, il y a le soleil!". Je dis : "Mais sors pour aller où?" Jusqu'à maintenant je ne connais pas les villes d'ici. Et pourtant j'ai tout pour circuler."

D'ailleurs, une fois l'AME obtenue, les patients peuvent bénéficier de tarifs préférentiels avec la prestation "Solidarités Transports". Les déplacements sont ainsi facilités, notamment pour chercher du travail.

P7: "C'est à travers ça que j'ai pu obtenir le PASS NAVIGO."

P10: "Je ne suis pas restée comme ça, j'ai beaucoup marché et puis PASS NAVIGO... je cherche (i.e. du travail) ."

5.3.6. Un stress omniprésent

5.3.6.1. Un exil douloureux

Les patients vivent en premier lieu l'expérience de l'exil, ce qui signifie une perte d'affection et de protection, une perte de l'identité familiale, sociale, professionnelle et des repères culturels et affectif.

5.3.6.1.1. L'isolement familial

Les patients laissent souvent une bonne partie de leur famille derrière eux.

P00: "Au Sénégal quand j'étais jeune, bah j'étais bien parce que j'étais à côté de ma famille, je me souciais de rien, voilà quoi j'avais tout à portée de main voilà..."

P2: "J'ai 2 frères et 2 sœurs mais j'ai que mon père. (i.e. en France)"

P7: "C'est dur, c'est dur ici c'est dur. Tout n'est pas tout rose. Ce qui m'embête un peu c'est ma daronne quoi, ma vieille. Parce qu'elle est tout pour moi je suis le seul."

P10: "J'ai 8 enfants (...) en Haïti (...) parce que quand j'ai angoissée, les soucis, les enfants, je pense à tout et puis ça ...j'ai mal à la tête tout le temps tout le temps..."

On comprend donc l'importance d'avoir un réseau solide en France à la fois pour l'adaptation au pays mais aussi pour le soutien moral .

Malheureusement, même quand il y a de la famille en France, la solidarité familiale peut faire défaut.

P6: "Ah non, franchement la famille aide pas ici.(...) Je peux y aller de temps pour aller chez eux, on mange un repas pour quelque chose...(...) chacun pour soi (soupir)."

LT: "Et du coup vous avez de la famille en France?"

P10: "Oui ...(soupir, visage fermé)"

P7: "Un peu de cousins... mais bon ici personne n'est là pour quelq'un. Y'a des gens ils veulent même pas que tu mets ton pied ici."

5.3.6.1.2. Perte des repères professionnels

L'exil s'accompagne aussi d'une perte des repères et notamment de l'activité professionnelle, auquel les migrants doivent s'adapter.

P10: "Parce que moi je bougeais beaucoup quand j'étais à Haïti, je bouge beaucoup, quand j'étais ici... mais ça donne beaucoup de souci. Quand j'ai ici là, c'est pas évident."

P13: "Je ne fais rien chez ma fille. Moi je suis une femme qui fait des travaux champêtres au Cameroun, qui cultivait, j'avais des champs donc je lui disais si tu veux que je vienne il faut me trouver un endroit pour cultiver. A ma grande surprise, j'ai trouvé que la France n'est pas comme au pays ! (rires) .Ca a commencé alors a beaucoup m'ennuyer."

LT: "Est ce que vous quand vous êtes arrivé en France, vous avez eu des problèmes de sommeil, de moral... ?"

P11 : Bien sûr, surtout les premiers temps, c'est normal parce que c'est pas évident d'être policier et après d'arriver... y'a un changement radical, c'est tout à fait normal."

5.3.6.1.3. L'attente des papiers

La précarité de la situation en France, l'attente d'une régularisation est source de stress.

P13: "Moi c'est l'attente de mes papiers qui me stresse un peu."

5.3.6.1.4. Xénophobie

De plus, les migrants doivent faire face à un climat hostile.

P00: "J'avais pas en tête que je vis dans un pays où les gens ils m'aiment pas. J'étais chez moi, j'étais tranquille."

5.3.6.2. Psycho-traumatismes subis au pays

Par ailleurs, certains patients gardent des séquelles psychiques de psycho-traumatismes subis dans le pays d'origine.

P7: "J'ai vu des hommes brûlés ou bien des frères, des connaissances qui ont été brûlés devant moi sous mes yeux tout ça. Même ma maison que je vivais, ma maison a été pillée. Ma maison a été saccagée. Ils ont volé, ils ont pris tout ce qu'il y avait d'important. C'est tout ceci qui fait que jusque là je n'arrive pas à dormir. J'ai vu trop de choses."

P9: "C'est parce qu'on avait des pressions en 2001-2002, ils ont tué mes amis tout ça .. Il y avait... si vous avez entendu des émeutes et tout ça . J'étais en plein émeute en fait . Donc y'a des collègues qui ont été blessés à mort et tout ça. Donc j'avais un collègue, c'était mon ami, on a fait ensemble le karaté. C'était en 98, je crois, ils l'ont brûlé. Il avait 2 enfants, une femme et tout ça. Et toute sa famille était malade après...toute sa famille! c'est..ça hein... donc c'était pas évident d'être 100% tranquille. J'avais des collègues, ils sont détraqués complètement ! C'est à dire ils peuvent pas travailler sans manger des calmants."

5.3.6.3. La peur de l'expulsion

Les personnes en situation irrégulière doivent vivre au quotidien avec la peur de l'expulsion que ce soit sur le lieu de travail ou tout simplement en sortant de son domicile.

P7: "Avant il paraît que avant quand on faisait des contrôles sur le site. Bon même si t'as pas (i.e. de papiers)on te laisse mais quand on te prend, c'est garde à vue. T'es en garde à vue 3, 4 jours avant qu'on te relâche. Si tu n'as pas la chance on peut t'envoyer en centre de rétention. Quand tu vas en centre de rétention, c'est Abidjan direct . Tu vois je ne ...la tête, enfin jusqu'à là je n'arrive pas bien à dormir tout ça."

P9: "Et puis il fait les déménagements et puis...avec la peur aussi quand il n'avait pas encore ses papiers. Il travaillait quand même sans papiers."

P13: "Il fait me laisser ça parce que c'est quelque chose qui m'a beaucoup soulevé la tension. Quand je suis venue ici, j'avais 2 choses qui me soulevaient la tension. Monter les escalators parce que ça...et la police. Parce que je passais tout mon temps quand je sors de la maison, je passais d'abord là, je regarde s'il n'y a pas... Et je ne distinguais même pas...je croyais que ceux qui mettent les PV là...quand je les voyais je disais "Oh Mon Dieu!", je fais demi-tour . C'est à dire quand ils sont ici, je peux contourner là bas pour sortir au métro. Ah oui ça m'angoissait!"

5.3.6.3.1. L'expérience des contrôles policiers

D'ailleurs, plusieurs d'entre eux ont eu à faire à des contrôles.

P9: "Moi j'ai conduis, quand je suis venu nouvellement je savais le règlement d'ici tout ça mais parce que je faisais rien tout ça donc bon...je me suis basé dans la livraison. Je me suis fait arrêté par la police (...)

Quand on m'a pris, en flagrant délit ils m'ont demandé mon permis. Ils m'ont demandé mon permis bon j'ai dit que mon permis est tombé tout ça. J'ai dit la vérité j'ai dis-moi j'ai pas de permis. Ils m'ont pris, ils m'ont menotté tout ça, ils m'ont envoyé c'était la nuit. J'ai dormi avec eux. Le lendemain vers 16h ils m'ont déféré en même temps à la cité. Là j'ai dormi là-bas et le lendemain matin je suis passé maintenant devant le ... préfet hein, c'est devant le préfet un truc comme ça. Devant un magistrat. Mon avocat est venu. J'ai appelé un avocat quoi. L'avocat est venu tout ça. On m'a dit de prendre un avocat d'office. Je me suis dit bon avec les avocats d'office, c'est pas trop fiable. Puisque j'avais un peu d'argent que j'avais mis à côté, 700 euros . J'ai pris un autre avocat. (...)

Ils m'ont pas parlé de centre de rétention mais si l'avocat était pas là, si l'avocat venait pas. J'ai dormi . Dimanche matin, je suis passé à l'audience, à cité là-bas. Et après, l'avocat est venu. Si je restais jusqu'à lundi, mardi, ils allaient m'envoyer en centre de rétention. Donc là j'ai un peu eu la chance quoi.(...)

L'avocat a plaidé tout ça et on m'a laissé en liberté conditionnelle. Chaque semaine il fallait que je vais à la cité pour pouvoir pointer. Pour prouver que je suis là quoi, que j'ai pas fui tout ça. Après maintenant je suis passé maintenant à l'audience, j'ai été jugé. Ils m'ont demandé est ce que j'ai un permis tout ça, je dis oui j'ai un permis. Après ils m'ont dit de faire une demande d'asile parce qu'en Côte d'Ivoire y'a la guerre tout ça."

P11: "Un jour je suis revenu du boulot... Y'avait le marché de Noel. Eh bah on a trouvé le...ils ont encerclé la rue de Paris.

A11: Et quand on est revenus ils ont bloqué le...ça veut dire si vous passez il faut montrer vos papiers. Parce qu' ils ont fait une marche euh et ils faisaient 5h30, 6 heures donc y'avait du monde, donc on laissait passer ceux qui habitaient dans le coin. C'est à dire ceux qui habitaient Rue de P. Vu qu'on habite pas Rue de P., fallait passer, il fallait montrer les papiers. Alors du coup (rires) je suis partie chez une amie à moi, on est restés chez elle jusqu'à...21heure."

P13: "En plus, moi j'habitais à un moment à Château Rouge dans le 18è où il y avait parfois des lignées de camion de police. Bon ils ne contrôlaient pas les femmes, que les hommes. Mais les femmes qu'ils contrôlaient, c'est celles qui faisaient les ventes à l'arrachée . Donc bon là quand je les vois là, je fais le détour (rires), parce là c'était hommes, femmes, pour demander les papiers où autre chose."

5.3.6.3.2. La pression exercée par la famille restée au pays

Certains patients vivent avec la pression d'améliorer le quotidien de la famille restée au pays. Une expulsion est donc inconcevable car un retour au pays sans argent serait synonyme d'échec.

P7: "Ma daronne (...) compte sur moi. En Afrique, quand le fils vient, il rentre ça veut dire que... Si j'y vais, je vais lui dire quoi, c'est chaud, faut que je revienne avec les billets !(rires)"

5.3.6.3.3. Ce stress peut diminuer

Cela étant, les patients sont plus tranquilles s'ils ont un titre de transport, lequel leur permet d'éviter les contrôles.

LT: "Est ce que vous avez déjà eu peur de sortir de chez vous par rapport à ça?"

P11: Non, non, non parce que déjà mon réflexe c'est de quand je prends les transports, c'est d'avoir un titre de transport valable pour ne pas me faire contrôler. Donc si je sors avec mon fils, on prend le bus ou le métro, il a son titre de transport également. Je vais pas me rajouter...(rire)."

Pour certains patients, ce stress semble diminuer avec le temps, une fois les habitudes prises et les repères trouvés.

LT: "Est ce que même en allant chez le médecin, est ce que des fois vous étiez un peu stressé de sortir de chez vous...?"

P9: Au début ouais"

P13: "Mais de temps en temps je sors !ça fait déjà 6 ans que je suis ici donc je connais un petit peu, je marche . Quand il fait beau, je sors, je prends mon bus jusqu'à gare d'Austerlitz, je regarde le jardin après je reviens.(...) Maintenant je n'ai plus cette peur, maintenant ça va mieux. (...)Je peux dire...la peur de la police. J'ai déjà géré cette peur."

5.3.7. Futur/projets

Pour la plupart des patients l'avenir en France est plus qu'incertain.

5.3.7.1. Régularisation

Certains attendent une régularisation par le travail, le mariage ou le regroupement familial.

A9: "Là il va recevoir ses papiers. On est mariés...bientôt on n'aura plus l'aide médicale."

P0: "J'ai parlé avec le patron là où je suis plongeur et boulanger chez lui et là peut-être y'a un type que je dois remplacer pendant 3 mois. Et peut être qu'il va me faire signer un contrat, on croise les doigts! Et peut être qu'avec ça je pourrai faire une demande."

P8: "Là j'attends quelqu'un qui va m'envoyer des adresses des associations mais j'attend. Pour l'instant y'a rien ."

5.3.7.2. Avoir un travail

Pour la plupart des patients, trouver un travail est une priorité non seulement pour pouvoir subvenir à ses besoins mais aussi pour avoir sa place dans la société.

P7: "Nous on veut travailler pour pouvoir contribuer à truc de l'Etat tout ça."

P11: "Moi à chaque fois j'attend le mois de Mai pour savoir si je vais avoir mes papiers pour pouvoir travailler.(...)Je déclare 0 revenus depuis 6-7 ans simplement pour avoir une fiche d'impôts. J'aimerais bien pouvoir payer, pouvoir faire quelque chose."

P13: "Et j'ai commencé alors à aller là bas vendre mes petites croquettes (...)ça me faisait alors... je parlais avec les gens...(...)et c'est comme ça que j'ai commencé à sortir parce que j'étais toujours là!"

5.3.7.3. Faire des études en France

Certains souhaitent poursuivre leurs études.

P2: "Oui bah moi...mon rêve ? Que je finis mes études. Je veux continuer . Je veux finir ingénieur informatique (BAC+3 informatique en Algérie)."

A11: "Il va faire une formation."

5.3.7.4. Avoir un logement correct

Avoir un logement à soi est une autre priorité.

P2: "Par contre moi j'attends s'ils me donnent pour travailler bah je peux au moins louer un... un appartement pour moi"

5.3.7.5. Retour au pays

Certains ont la nostalgie du pays et pensent peut-être y retourner.

LT: "Ok d'accord donc là vous vivez chez votre fille, quels sont vos projets euh, rester ici, repartir au pays ou..."

P13: "(silence) je ne sais pas. Mais ... mon pays même...c'est mon pays, j'y suis née. J'ai grandi là-bas hein! J'ai quitté mon pays, j'avais combien d'année? 59 ans!"

5.3.7.6. Importance de la religion

Pour plusieurs patients, la religion est un soutien important.

P7: "Dieu fait que j'ai mes papiers (...)."

P13: "Heureusement je suis un enfant de Dieu, je me retournais dans la Bible, je médite."

L'espoir fait vivre.

P7: "C'est dur mais on espère toujours."

P2: "Il faut l'espoir pour vivre hein! (rires)"

6. Tableaux récapitulatifs des principaux résultats

6.1. Parcours de soins des patients de l'étude

Figure 19. Parcours de soins des patients de l'étude (P0 à P6)

	P0	P00	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Années de soins médicaux	Constipation Troubles de la statique rachidienne	Allergies	HTA Arthrose	Pathologie ORL relevant de la chirurgie	Asthme	Céphalées chroniques	AVC récent	Allergies Lombalgies chroniques Myopie
Recours aux soins avant l'AME	En cabinet	NR	En cabinet (paiement)	0	En cabinet avec sa CMUC	En cabinet (paiement) et MDM	En cabinet	En cabinet et CMS avec sa CMUC, PASS sinon
Mode de découverte de l'AME	Par le réseau familial (son père et sa belle-mère l'avaient déjà)	Assistante sociale (consultée suite au rejet de sa demande de régularisation)	Réseau social de ses enfants	Hôpital	Réseau social	Journal télévisé et MDM	Réseau familial (médecin traitant de sa fille)	CPAM, suite à la perte de droit à la CMUC
Mois de recours à l'AME	En préventif	En préventif	Prise en charge de pathologies chroniques	Accouchement en urgence	Prise en charge de son asthme	Grossesse	AVC	Prise en charge de pathologies chroniques
Délai d'obtention de l'AME par rapport à l'arrivée en France	Quelques mois	Moins d'1 an	6 ans	Quelques mois	7 ans (SR avant)	Moins d'1 an	5 ans	2 ans (SR avant)
Constitution du dossier (aide, difficultés)	Aidé par sa famille Problème de ce fils d'attente en permanence hospitalière	Pas d'aide, pas de difficultés	Dossier constitué par ses enfants	Pas d'aide, pas de difficultés	Aidé par une assistante sociale pièces manquantes	Aidé par son mari, pas de difficultés	Dossier constitué par sa fille, pas de difficultés	Pas d'aide Domiciliation par le secours catholique
Délai d'instruction du dossier	2 mois	NR	3 mois	3 mois	NR	3 mois	NR	NR
Découverte du cabinet de médecine générale	Par le réseau familial (père et belle-mère)	Médecin du réseau communautaire	Par le réseau familial (fils)	Réseau social (amie)	Réseau social	Réseau familial (belle-sœur)	Réseau familial (fille)	Réseau social et proximité du logement
Difficultés d'accès au cabinet de médecine générale	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres difficultés d'accès aux soins	Refus par une pharmacie	-Refus par une pharmacie -Suspecté de faux par un laboratoire (carte réalisée dans un département différent)	- Refus par une pharmacie - Demandes d'avances de frais par un ophtalmologue	- Demande d'avance des frais par un dermatologue -Attitude méprisante - Refus par un ophtalmologue	0	Refus par un dentiste	0	Attitude méprisante de certains professionnels
Difficultés pour le renouvellement	Retard de 8 mois lié à une perte de photo par la CPAM, et demande de nombreux justificatifs	Retard lié à une demande abusive de preuve de résidence stable	Retard lié à la réforme de 2011	Retard et autres difficultés liés à la réforme de 2011	NR	Retard de la CPAM	AME de moins d'un an	-Retard de la CPAM (6 mois) - Difficultés liées à l'absence de preuve de dépôt

SR= situation régulière SI=situation irrégulière NR=Non renseigné

Figure 19: Parcours de soins des patients de l'étude (P7 à P13)

	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13
Antécédents médicaux	0	Céphalées Douleurs abdominales	Asthme	HTA Epigastriques	Allergies saisonnières Scoliose Myopie	Hépatite B	HTA Arthrose
Recours aux soins avant l'AME	MDM	MDM	En cabinet	En cabinet	NR	Milieu associatif PASS	Cabinet Urgences ophtalmologique MDM
Mode de découverte de l'AME	Réseau communautaire	MDM + réseau familial (sœur)	Réseau familial (concubine)	Réseau familial, suite à une perte de droits à la CMUC	Hôpital	PASS	MDM
Motifs de recours à l'AME	Bien de santé dans les suites d'une traversée clandestine vers la France	En préventif	Préventif et suivi de d'une pathologie chronique (asthme)	Suivi d'une pathologie chronique (HTA)	Grossesse	Hépatite B découverte en France	Suivi d'une pathologie chronique (HTA)
Délai d'obtention de l'AME par rapport à l'arrivée en France	Moins d'1 an	Moins d'1 an	Moins d'1 an	4 ans (CMUC arant)	Entre 1 et 2 ans (SR arant)	Moins d'1 an	1 an environ
Constitution du dossier (aide, difficultés)	Aidé par une assistante sociale, pas de difficultés	Aidé par sa sœur, pas de difficultés	Aidé par sa concubine, pas de difficultés	Aidé par une assistante sociale, pas de difficultés	-Aidé par une assistante sociale, - Problème de la preuve d'identité et de la domiciliation (recours au CCAS)	Aidé par une assistante sociale de la PASS	Aidé par sa fille, aucune difficulté
Délai d'instruction du dossier	3 mois	3 mois	3 mois	3 mois	NR	NR	3 mois
Découverte du cabinet de médecine générale	Réseau social Proximité du logement	Réseau familial (sa sœur)	Réseau familial (concubine)	Réseau social	A vu une plaque près de la maternelle de son fils, réseau social	Réseau social	Réseau familial (sa fille)
Difficultés d'accès au cabinet de médecine général	0	0	0	0	NR	0	-
Autres difficultés d'accès aux soins	0	Refus par un dentiste (soins de base mais refus pour les prothèses)	Refus par plusieurs dentistes. Problème des prothèses dentaires	- Refus par des pharmaciens (département différent), dentistes et ophtalmologues - Note plus de difficultés qu'avec la CMUC	- Refus fréquents par ophtalmologues, dentistes, kinésithérapeutes, pédiologues	NR	0 - Prise de RDV par sa fille - Spécialistes recommandés par son médecin généraliste
Difficultés pour le renouvellement	0	Retard lié à une perte de photo par la CPAM	0	NR	- Retard de 3 mois à cause d'un refus de dépôt de dossier avant la fin des droits - Attitude méprisante des agents d'accueil	Retard de quelques mois lié à la CPAM	Rupture de plus de 6 mois par défaut de preuve d'identité (passport périmé)

SR= situation régulière S= situation irrégulière NR= Non renseigné

6.2. Principales caractéristiques sociales des patients de l'étude

Figure 20: Principales caractéristiques sociales des patients de l'étude (P0 à P6)

	P0	P00	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Raison de la migration	Regroupement familial	Regroupement familial	Santé (suspicion de cancer gastrique)	Regroupement familial (père en SR)	NR	Economique	Regroupement Familial	Demande d'asile
Durée de résidence en France	4 ans	12 ans	10 ans avec allers-retours au Cameroun	3 ans	10 ans	4 ans	6 ans (avec allers-retours en Roumanie)	12 ans
Situation familiale	Marié religieusement, pas d'enfants, parents et frère en France	Concubinage (SR), un enfant à venir	Mariée, 3 enfants en France (SR)	Mariée (SI), 2 enfants en France /0 au pays	Célibataire sans enfants	Mariée religieusement (SR), 1 fille en France	Veuve Une fille et une petite-fille en France	Mariée (SR) puis séparée, pas d'enfants
Logement	Stable dans un studio en location Promiscuité (20m2/4 personnes)	Chez sa concubine	Stable chez ses enfants	Stable chez son père Promiscuité (studio 21m2/5 personnes)	Chez la famille, stabilité NR	Chez son marimais problèmes de violence conjugale / alcoolisme	Chez sa fille, stable	Chez une amie en échange de garde d'enfant
Emploi en France /au pays	Restauration/0	NR	NR	0/0	Restauration/ Agriculture	Restauration, ménages	Comptable à la retraite/0	Coiffeuse/ Ménages, cours d'arabe littéraire
Niveau d'étude	Formation de cuisinier	3e+ formation dans l'électricité	NR	Bac+3 informatique	Ecole coranique	4e	NR	3e
Niveau de français	Oral: Bon Ecrit: Bon	Oral: bon Ecrit: bon	Oral Faible mais consulte parfois seule Ecrit: 0	Bon niveau oral et écrit	Oral: faible Ecrit: 0	Oral: moyen Ecrit: 0	Oral: 0 Ecrit: 0	Oral: moyen Ecrit: moyen
Situation administrative au moment de l'entretien	Echec de la dernière tentative de régularisation	Dossier de régularisation en attente/ suivi par un avocat	NR	APS 3 mois	NR	COQTF	NR	Nouvelle demande de régularisation en cours

SR= situation régulière SI=situation irrégulière NR=Non renseigné

Dans la case situation familiale les données entre parenthèses concernent la situation administrative du concubin

Figure 20: Principales caractéristiques sociales des patients de l'étude (P7 à P13)

	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13
Raison de la migration	Raisons politiques	Regroupement familial	vacances	NR	Etude, Travail	NR	Regroupement Familial
Durée de résidence en France	2 ans	5 ans	3 ans	7 ans	12 ans (+ 6 ans pendant son enfance)	3 ans	6 ans
Situation familiale	Célibataire, une demi-sœur et des cousins en France	Célibataire, 1 sœur en France	Marié civilement en France, pas d'enfants	8 enfants en Haïti Situation conjugale NR	Célibataire, 1 enfant	1 enfant en France, situation conjugale NR	1 fille et 2 petits enfants, situation conjugale NR
Logement	Instable chez des connaissances, 115, Sécurité/Chauffeur livreur	Stable Chez sa sœur 0/0	Stable, chez sa concubine	Instable chez la famille, ou des amis ménages	Instable en CHRS	Stable, chez sa sœur	Stable chez sa fille
Emploi au pays/en France			Policier /Déménagements, Marché		Tourisme/ ménages	Ménage	Petits commerces/ Agriculture
Niveau d'étude	CM2	Terminale	Terminale	NR	BAC+4 tourisme	NR	NR
Niveau de français	Oral: Très bon Ecrit: Bon?	Oral: bon Ecrit: NR	Oral: Très bon Ecrit: bon?	Oral: faible Ecrit: NR	Oral: Très bon Ecrit: Très bon	Oral: Bon Ecrit: NR	Oral: Bon Ecrit: NR
Situation administrative au moment de l'entretien	Débuté du droit d'asile	Dossier de régularisation en attente	Régularisation par le mariage	- demande d'asile rejetée puis demande régularisation pour raison de santé rejetée	Régularisation quelques mois après l'entretien	NR	NR

SR = situation régulière SI = situation irrégulière NR = Non renseigné

Dans la case situation familiale les données entre parenthèses concernent la situation administrative du concubin

L'annexe 2 reprend l'ensemble de ces résultats en incluant les histoires de vie recueillies lors des entretiens.

DISCUSSION

1. Limites et forces de l'étude

1.1. Limites

1.1.1. Limites liées au recrutement

1.1.1.1. Des patients majoritairement francophones

Dans cette étude, les patients sont tous francophones sauf deux pour lesquels un interprétariat était nécessaire. La barrière de la langue est un déterminant important du recours aux soins et certains médecins m'ont dit avoir ou avoir eu dans leur patientèle des personnes non francophones consultant sans traducteur. Il aurait été intéressant de recueillir le point de vue de ces patients dans leur langue maternelle mais cela n'était pas possible compte tenu des moyens dont nous disposions.

1.1.1.2. Des patients habitués aux consultations sur rendez-vous

Les patients interrogés avaient tous l'habitude de consulter sur rendez-vous. De plus, les entretiens ont été réalisés après avoir convenu avec eux d'un rendez-vous. Il n'y a que l'entretien N°5 qui a été fait "à la volée", au décours d'une consultation. Nous sommes rendus compte par la suite que ce mode de recrutement constituait une importante limite. En effet, les personnes consultant sans rendez-vous, ou ayant une ligne de téléphone coupée ou n'ayant pas honoré le rendez-vous convenu font probablement partie d'un sous-groupe plus précaire que les patients ayant répondu présent. Nous aborderons ce point dans le détail dans notre discussion.

1.1.1.3. Le lien affectif avec le médecin recruteur

En dehors de P5, tous les interviewés ont été sélectionnés par les médecins parmi leur "patientèle AME". Ce sont donc des patients qui ont plutôt un suivi régulier chez le médecin. De plus, le fait que des patients en situation irrégulière répondent favorablement à la requête de leur médecin sans avoir jamais vu l'interviewer témoigne à priori d'une relation de confiance déjà bien établie. Ainsi, ce mode de recrutement limite probablement les résultats concernant le parcours de soins et le rapport au médecin généraliste. Il aurait été intéressant

d'avoir le point de vue des patients qui ont refusé, malgré les explications données par le médecin consulté ainsi que celui des patients qui n'ont pas de suivi régulier.

1.1.2. Biais de l'interprétation

Deux entretiens ont été effectués à l'aide de traducteurs (Entretiens N°1 et N°5 faits en présence de la fille des patientes). Dans les deux cas, les interprètes avaient participé activement à la prise en charge médicale de leur mère. Leur présence était donc indispensable surtout dans le cas de P5 qui ne parlait pas du tout le français. En revanche, P1 avait un niveau de français qui lui permettait de comprendre et de répondre à certaines questions. Elle n'a que très peu participé à l'entretien en raison de la présence de sa fille.

Pour l'entretien N°9, la concubine du patient avait pris l'initiative d'assister à l'entretien bien que le patient soit parfaitement francophone. Ayant également activement participé aux démarches du patient, sa présence a été bénéfique dans la mesure où elle a pu décrire avec précision les étapes de l'accès aux droits et aux soins. En revanche, pour les questions sur le ressenti et l'opinion du patient face au système de soins, sa présence a empêché le patient de s'exprimer librement. Elle a souvent répondu à sa place malgré mes tentatives de redonner la parole au patient.

Cela étant, il est important de noter qu'au-delà des biais, ces situations illustrent l'importance du rôle du réseau social dans l'accès aux soins des primo-arrivants, qu'ils soient francophones ou non.

1.1.3. Biais lié à l'interviewer

Ce travail était ma première expérience d'entretiens semi-dirigés. Les entretiens auraient probablement été de meilleure qualité s'ils avaient été menés par quelqu'un de plus expérimenté.

De plus, le fait d'être moi-même Noire et donc que le patient me voit comme une immigrée ou une fille d'immigrés a possiblement influencé les réponses.

1.2. Forces

1.2.1. La population étudiée

Globalement, on retrouve peu de travaux portant spécifiquement sur les bénéficiaires de l'AME. Dans les travaux sur l'accès aux soins des populations précaires, ces patients sont souvent amalgamés avec les bénéficiaires de la CMUc. De plus, les enquêtes qualitatives donnant la parole à ces patients sont rares.

1.2.2. Analyse

Le codage des verbatim a été fait par deux personnes pour diminuer la subjectivité de l'auteur. La moitié des entretiens a été codée par un ami généraliste et l'autre par ma sœur (chef de produits marketing) . Il nous semblait pertinent d'avoir le point de vue d'une personne n'appartenant pas au milieu médical.

2. Les obstacles à l'accès aux soins

Les obstacles d'accès aux soins et aux droits auxquels se heurtent les étrangers sans titre de séjour sont nombreux. Dans notre travail, tous les patients interrogés ont rencontré des difficultés. Nous avons comparé nos résultats aux données bibliographiques et les avons soumis à des professionnels concernés par la problématique.

2.1. Les chiffres de Médecins du Monde

Selon le dernier rapport de MDM (9), parmi les personnes en situation irrégulières reçues:

- **39 %** indiquent ne pas connaître leurs droits et l'organisation du système sanitaire et social français
- **30 %** déclarent limiter les déplacements par peur des expulsions
- **32 %** rencontrent des difficultés administratives. Et parmi ceux-là
 - **30 %** ont des difficultés en rapport avec la domiciliation
 - **13%** ne peuvent fournir de preuve de la résidence en France
- **21 %** se heurtent à l'obstacle linguistique

Au total, un retard de recours aux soins a été constaté pour 43,6 % d'entre eux. Les étrangers en situation irrégulière sont également affectés par le fait d'avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois (23,2 %).

2.2. Un taux de non-recours à l'AME non négligeable

La mesure du taux de non-recours en matière d'AME est peu aisée en l'absence de connaissance précise de la population éligible mais les associations considèrent que le phénomène est massif. En 2012, moins de 9% des étrangers en situation irrégulière accueillis dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de MDM bénéficiaient de droits effectivement ouverts lors du premier contact alors qu'ils remplissaient les conditions d'obtention de l'AME (soit 855 personnes couvertes sur 9507 bénéficiaires potentiels).

Il y a plusieurs causes pouvant expliquer ce phénomène.

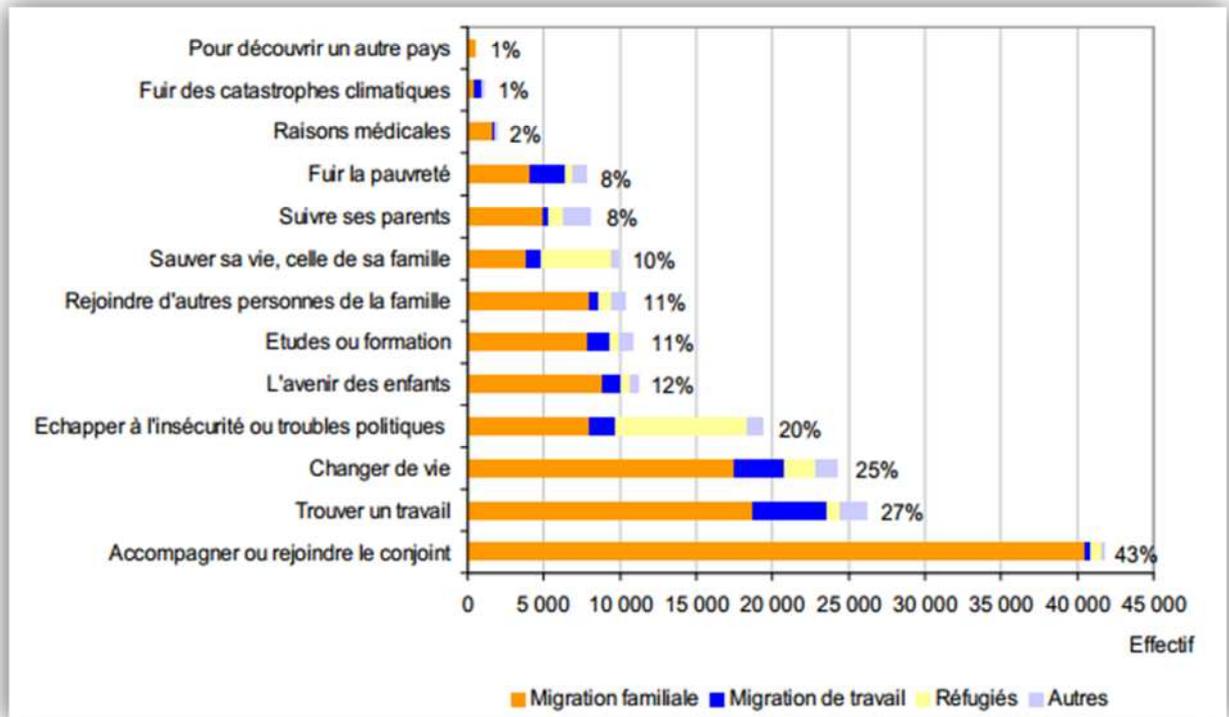
2.2.1. La santé n'est pas la priorité

Dans les débats soulevés autour de l'AME, les réfractaires à ce dispositif dénoncent entre autres les risques d'"appel d'air" que constituerait un modèle social trop "généreux". On retrouve souvent dans les médias la représentation selon laquelle des étrangers, ne participant pas au système de cotisations sociales, viendraient en France uniquement pour se faire soigner (36).

Dans notre étude, seule P1 avait migré pour raison de santé.

Dans l'enquête Longitudinale sur l'Intégration des Primo-Arrivants, menée en 2010 par le service statistique ministériel de la Direction générale des étrangers en France (DGEF) (37), sur 6107 personnes interrogées après l'obtention de leur titre de séjour, les migrations pour raison de santé ne représentent que 2% des motifs de migration (Cf. figure 21). Les principaux motifs sont le regroupement familial, les raisons économiques et politiques.

Figure 21: Raison du départ selon le motif d'admission au séjour



Source: enquête ELIPA, 1ère vague (2010)

A l'échelle européenne, les constats sont similaires selon l'observatoire du réseau international de MDM. Sur 1000 personnes interrogées dans les CASO Européens, seules 2% sont venues pour raison de santé alors que 16% avaient des pathologies chroniques connues avant leur migration vers l'Europe (15).

De plus, bien souvent, les migrants ont d'autres priorités que la santé (régularisation de la situation administrative, logement, alimentation...) et ne s'en préoccupent que lorsqu'elle constitue à un frein à leur trajectoire migratoire (38).

Ces résultats contredisent l'idée commune qui veut que les migrants viennent en Europe pour bénéficier des soins gratuits.

2.2.2. Méconnaissance des droits

Dans notre étude P1 et P5 ont eu l'AME plusieurs années après leur arrivée en France malgré l'existence de pathologies chroniques et un âge avancé. D'ailleurs, P1 était venue pour avoir un avis sur une suspicion de cancer gastrique sans connaître le dispositif. Elle s'est acquitté de tous ses frais de santé pendant 6 ans.

Si pour P5, la santé ne faisait probablement pas partie des priorités, dans les deux cas, le non recours à l'AME était lié à un manque d'information.

La méconnaissance des droits semble jouer pour beaucoup dans le non-recours. En 2012, presque la moitié des patients accueillis par Médecins du Monde avaient des difficultés pour connaître leurs droits.

2.2.3. La peur de l'expulsion

Dans notre étude, plusieurs patients ont évoqué le stress que leur provoquaient les déplacements.

En 2012, plus de la moitié (56 %) des personnes reçues dans les CASO de MDM déclaraient limiter leurs déplacements par peur des arrestations.

Lors de son audition pour un rapport au Sénat sur l'immigration clandestine en 2006 (3), M. François Héran, directeur de l'Institut national des études démographiques, a noté que : *"La difficulté s'est maintenant inversée : le renforcement notable des conditions d'accès à l'AME a dû altérer la représentativité de cette source administrative en réduisant le nombre des étrangers en situation illégale qui peuvent y avoir recours. Du point de vue de la statistique de l'immigration clandestine, l'AME avait commencé par embrasser trop large, elle embrasse désormais trop étroit. Tous les étrangers en situation irrégulière n'en sollicitent pas le bénéfice, notamment par crainte d'être repérés."*

De fait, si l'on considère le nombre de déplacements à effectuer à l'occasion d'une demande d'aide (domiciliation, entretiens à la CPAM, contact avec les travailleurs sociaux, rendez-vous divers), c'est à l'évidence un facteur supplémentaire de non accès aux droits et de renoncement aux soins (39).

2.3. Difficultés administratives

Dans notre travail, les patients ont tous fait mention de difficultés administratives. D'après les données de MDM et du COMEDE, il semble effectivement que la majorité des difficultés recensées soient liées à l'obtention des droits (Selon le COMEDE, 78% des difficultés rencontrées par les usagés relèvent de dysfonctionnements de l'assurance maladie (4)).

Il y a des difficultés liées à la précarité des migrants sans titre de séjour et des difficultés liées à la caisse d'assurance maladie.

2.3.1. Difficultés liées à la précarité de la situation

2.3.1.1. *Le problème de la domiciliation*

La plupart des patients interrogés étaient hébergés par leur réseau familial et n'ont pas eu de problèmes pour la domiciliation . Cela étant, P11 a dû se faire domicilier par le CCAS, après avoir été mise à la porte du domicile de ses amis alors qu'elle était enceinte. P6, a eu recours à une association agréée, le secours catholique, alors qu'elle était initialement logée chez son frère.

Pour les personnes sans logement stable, la domiciliation est souvent un réel obstacle à l'obtention de l'AME. Les personnes sans domicile fixe peuvent demander une domiciliation auprès d'un CCAS ou d'une association agréée. Cela étant, les acteurs de terrain décrivent cette opération comme une difficulté redoutable (39). Aux réticences de certains CCAS, généralement motivées par la crainte d'un afflux massif de candidats à la domiciliation et le manque de moyens pour y faire face, s'ajoute une couverture très inégale du territoire en CCAS et associations agréées. A ce titre, de nombreuses associations recommandent de mettre à la disposition du public et des travailleurs sociaux des listes à jour et complètes, de type annuaire, des organismes agréés pour la domiciliation. Les travailleurs sociaux réclament également une augmentation du nombre d'associations agréées (décision préfectorale) et un renforcement de l'implication des CCAS (39).

2.3.1.2. La barrière de la langue

Dans notre étude, pour les personnes non francophones, l'intégralité du parcours de soins, des démarches pour l'obtention des droits à la prise de rendez-vous en cabinet, avait été coordonnée par la famille. Plusieurs travaux montrent que l'absence de francophonie est un des principaux facteurs de renoncement aux droits et aux soins. Ce constat met en lumière l'importance de l'accompagnement de ces personnes dans leurs démarches et la nécessité du recours à l'interprétariat .

2.3.2. Difficultés rencontrées avec les caisses d'assurance maladie

2.3.2.1. L'hétérogénéité du fonctionnement

Dans notre étude, P00 et P6 ont fait mention des différences des pratiques des CPAM en fonction des départements. Le milieu associatif fait le même constat. Un groupe de travailleurs sociaux d'Île-de-France y a d'ailleurs consacré un tableau comparatif (39) (Cf. annexe 6).

Il faut d'abord rappeler que les CPAM sont des organismes de droit privé exerçant une mission de service public. Elles sont sous l'autorité hiérarchique de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) mais sur le plan organisationnel, elles fonctionnent comme des organismes autonomes: chacune gère ses employés, ses locaux et son organisation. Nous pouvons prendre l'exemple des CPAM de Paris et de Seine-St-Denis:

- A la CPAM de Paris, qui compte 57 549 bénéficiaires de l'AME fin 2013, il n'y a que 2 centres d'accueil dits "de grande précarité", où les patients peuvent déposer et retirer leurs dossiers. Ils ont sur place des entretiens avec les agents, ce qui a pour conséquence de provoquer de longues files d'attente. Ils peuvent également se diriger vers des "accueils extérieurs", où les agents de la CPAM assurent des permanences (dans certaines associations et hôpitaux) mais avec l'affluence des demandeurs, la situation n'est pas meilleure (40). Le témoignage de P0 illustre bien la réalité de ces permanences hospitalières. *"Bon c'était assez difficile pour se lever le matin à 4h, 5h, pour faire la queue devant l'hôpital.(...) C'était notre bureau quoi, l'agence pour le 17è, c'était à l'hôpital B.. Il fallait faire la queue, c'étaient que les 10 premiers qui étaient acceptés tous les jours.(...) Bon je sais pas. Mon père m'a dit que c'était toujours comme ça. Là ça a changé. Il y avait une feuille A4 sur la porte où on écrivait notre nom et on attendait. Il fallait se lever à 4h pour pouvoir être parmi les dix premiers quoi."* Ils peuvent toutefois se renseigner dans les centres d'accueils standard mais les agents n'étant pas formés, ils ne peuvent que leur fournir le formulaire et les rediriger vers la voie qui leur est réservée.
- A la CPAM de Seine St Denis, les patients peuvent déposer leur dossier et se renseigner dans l'un des 33 points d'accueils du département. Il y a des agents d'accueil formés à l'AME dans 20 points d'accueil et le retrait des cartes se fait dans

10 points d'accueil, ce qui est un nombre important par rapport à d'autres caisses (4). Ainsi, il n'y a pas de distinction avec les assurés sociaux. Cette gestion a donc le mérite de moins stigmatiser les étrangers sans papiers.

2.3.2.2. Les dysfonctionnements liés à la complexité du droit des étrangers

Dans notre étude, nous avons vu qu'une patiente avait l'AME alors qu'elle avait une autorisation provisoire de séjour qu'elle renouvelait tous les trois mois. Elle relevait donc de la CMU de base et de la CMUc complémentaire. De plus, P1 et P2 ont rencontré des difficultés administratives liées à la réforme de 2011. Les agents de la CPAM peuvent rencontrer des difficultés pour l'octroi des prestations en raison de la complexité du droit des étrangers et des nombreuses réformes.

Une doctorante en sociologie a réalisé une enquête sur la gestion du dispositif de l'AME, de l'accueil des demandeurs à l'instruction des dossiers. L'enquête a été réalisée de 2009 à 2010 lors d'un stage dans deux caisses concentrant un grand nombre de bénéficiaires (auxquelles elle a donné des noms fictifs) (40). Elle a tenté d'explorer les dysfonctionnements ayant des répercussions sur l'accès aux soins des demandeurs. Elle a notamment constaté des limites dans l'interprétation du droit. Les circulaires ministérielles concernant l'AME sont en fait retranscrites deux fois : une première fois par la Caisse Nationale qui donne les instructions générales aux CPAM, et une deuxième fois par chaque caisse primaire qui traduit les injonctions de la Caisse nationale en fonction de son dispositif organisationnel propre. Par ailleurs, il semble qu'en pratique, la bonne compréhension de ces notes ne soit pas forcément vérifiée par les cadres (40).

Différentes lectures du droit peuvent ainsi être faites selon les caisses, mais également selon les agents.

2.3.2.3. Les délais d'instruction des dossiers

Dans notre étude, le délai moyen pour obtenir son AME par la CPAM de Seine St Denis était de 3 mois. Les travailleurs sociaux du département de Seine-St-Denis constatent les mêmes délais. Des difficultés persistantes sont notées sur certains territoires, des délais compris entre 4 et 6 mois n'étant pas rares même lorsque le dossier est complet selon les termes de la loi (39).

2.3.2.3.1. La multiplication des pièces justificatives

De surcroît, la tendance est à la demande de pièces justificatives complémentaires (RIB, documents pour justifier les ressources, alors que l'obtention de l'AME repose sur des déclarations sur l'honneur. Ces demandes se traduisent par de multiples allers retours entre la caisse et le demandeur, provoquant un allongement du délai d'instruction et des renoncements en cours de procédure.

2.3.2.3.2. Contraintes managériales et pratiques des agents

Les caisses sont soumises à des normes internationales de management de la qualité, la norme ISO 9001 (International Standard Organisation)(41). L'obtention de cette certification conditionne l'obtention de primes pour la direction. Céline Gabarro décrit dans son enquête l'influence des contraintes managériales sur le traitement des dossiers de l'AME (40).

Les cadres du service sont notés 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. 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.

Les gestionnaires de dossier subissent les mêmes pressions et lors de son stage Céline Gabarro 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" pousse les uns comme les autres à la productivité et à la perfection, mais génère également une pression constante qui a donc des conséquences sur le traitement des dossiers.

2.4. Refus de soins

Un refus de soins peut se définir comme le comportement d'un professionnel de santé qui empêche, directement ou indirectement, un patient de bénéficier d'actes de soins ou de prévention. Le refus de soins indirect recouvre les cas dans lesquels, même si le professionnel de santé accepte de faire bénéficier le malade de ses services, la prévention ou les soins sont rendus quasiment impossibles en raison des obstacles que le malade se voit opposer par le professionnel. Cela peut être par exemple "la fixation tardive, inhabituelle et abusive d'un rendez-vous", "le non-respect des tarifs opposables", "l'attitude et le comportement discriminatoire du professionnel de santé" ou encore "le refus de dispense d'avance des frais".

Le refus de soins est une difficulté qui est souvent revenue lors des entretiens. Cela étant, presque aucun patient n'a fait mention de refus par un médecin généraliste. En effet, on constate qu'ils ont quasiment tous consulté un médecin qui était déjà connu du réseau familial ou social. Nous reviendrons sur ce point plus tard. En revanche, pour les personnes isolées, trouver un médecin généraliste peut s'avérer difficile.

2.4.1. Testing de Médecins du Monde

Il y a très peu de données quantitatives sur le refus de soins aux bénéficiaires de l'AME.

MDM a décidé, en 2006, de faire une enquête testing, auprès de 725 médecins généralistes dans 10 villes de France (42).

L'objectif de cette enquête était de mesurer le taux de refus de soins des médecins généralistes pour des bénéficiaires de l'AME ou de la CMU, en menant une étude comparative basée sur des triples prises de rendez-vous auprès d'un même médecin :

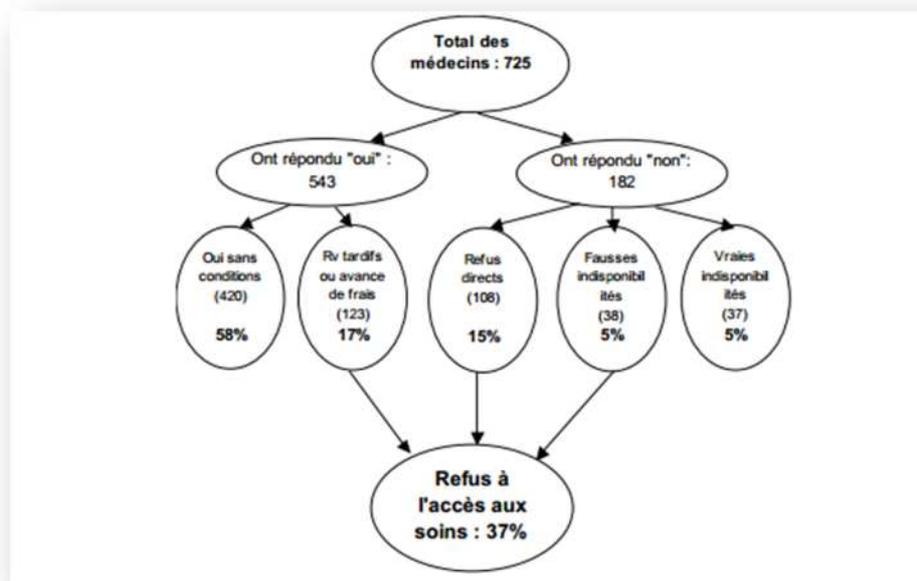
- pour un bénéficiaire de la CMU complémentaire
- pour un bénéficiaire de l'Aide Médicale Etat
- pour un affilié à la sécurité sociale, bénéficiaire par ailleurs d'une couverture complémentaire privée.

On note dans cette enquête que **37 % des médecins généralistes ont refusé les soins aux bénéficiaires de l'AME** (soit pratiquement quatre fois plus souvent que la CMUc) (Cf. figure 22).

Les résultats de ces testings ont été confirmés par une étude de la DREES 2008 (29): plus d'un bénéficiaire de l'AME sur trois déclare avoir été confronté à un refus de soins de la part d'un professionnel de santé.

Les médecins du secteur 2 refusent en proportion deux fois plus souvent des soins aux personnes couvertes par l'AME ou la CMU que les médecins du secteur 1 (59% de refus en secteur 2 contre 34% en secteur 1).

Figure 22: Taux de refus des bénéficiaires de l'AME par un médecin généraliste



Source: *Testing Médecins du Monde, 2006*

2.4.2. Motifs des refus

Dans la majorité des cas, l'AME est refusée de façon directe (40%) ou alors il leur est demandé d'avancer les frais (40%). Les rendez-vous tardifs et les fausses indisponibilités rassemblées représentent 22% des cas de refus (Cf. figure 23).

Figure 23: Typologie des refus avancés aux bénéficiaires de l'AME par les médecins généralistes

Typologie des refus	AME		CMU	
	N	%	N	%
Total de médecins refusant les soins	269		73	
Refus direct	108	40%	21	29%
Demande une avance de frais	109	40%	18	25%
Rendez-vous tardif	21	8%	27	37%
Fausse indisponibilité	38	14%	8	11%
Total des citations*	276		74	

* plusieurs types de refus ont pu être notés lors d'un même appel : avance de frais + rendez-vous tardif.

Source testing Médecins du Monde, 2006

Parmi les principaux motifs de refus recueillis lors du testing MDM, on retrouve:

2.4.2.1. La complexité des démarches administratives liée à l'absence de carte vitale

"Ce sont des régimes spéciaux que l'on ne prend pas, en plus, ce sont trop de papiers, trop de temps, c'est compliqué"

"J'ai un dispositif carte vitale, ce n'est pas pour remplir des papiers"

C'est l'argument le plus avancé . A Saint Denis, paradoxalement, si le taux de refus de CMU est parmi les plus bas (3%), le taux de refus de l' AME ne suit pas cette tendance (34%) et ce malgré les 26 000 bénéficiaire de l'AME recensés dans la ville au moment de l'étude. Ce constat laisse penser que ces refus sont liés à l'absence de carte vitale.

2.4.2.2. Les problèmes de remboursements

"On n'est pas payé pendant trois ans, c'est de la folie"

"On n'est jamais payé, on en a déjà fait l'expérience. Désolé."

Dans notre étude, certains patients ont été refusés en raison des problèmes de remboursements des médecins. Or, selon le rapport de l'IGAS (30), en 2006, le délai de remboursement moyen de traitement était de 7 jours dans 90% des cas, contre 14 jours pour l'ensemble des tiers payant. Seul le taux de rejet des feuilles de soins par les caisses était légèrement supérieur pour l'AME, obligeant les médecins à des démarches parfois fastidieuses. Aujourd'hui, la

télétransmission en mode dégradé permet d'éviter ces désagréments et la CPAM du 93 confirme un délai de remboursement de 7 jours. Ce délai serait même de 5 jours dans le département des Hauts-de-Seine (43).

"Ok si l'AME est sur Paris, sinon on ne se fait pas rembourser"

Par ailleurs plusieurs patients avaient été refusés sous le prétexte que l'AME provenait d'un département différent. La CPAM du 93 nous a confirmé que ces pratiques n'étaient pas justifiées. L'AME est un dispositif national et comme les assurés sociaux, les bénéficiaires peuvent faire valoir leurs droits sur tout le territoire national.

2.4.2.3. La méconnaissance du dispositif

"Il faut aller à l'hôpital, c'est un autre circuit, la sécu ne nous a pas donné le moyen de le faire car pas de carte vitale."

"C'est quoi ? On soigne de toute façon."

"Mais c'est la CMU en France, sans carte vitale et sans paiement...je vais essayer de me renseigner."

Le dispositif de l'AME semble souvent méconnu du corps médical.

En 2009, Le Dr Sallé a réalisé une étude portant sur les connaissances des internes de médecine générale d'Ile de France, sur l'accès aux soins des migrants en séjour précaires (44). Sur les 290 internes interrogés, un interne sur deux ne sait pas que les dépassements d'honoraires ne peuvent pas être appliqués à un patient bénéficiaire de l'AME et un interne sur cinq pense qu'il est possible de les refuser pour des raisons financières .

2.4.2.4. La suspicion d'abus

"Ca suffit, corvéable à merci (...)"

Dans le travail du Dr Sallé, 20% des internes pensent que les bénéficiaires de l'AME abusent du système. Or comme nous l'avons vu, l'analyse des dépenses des rapports de l'IGAS-IGF infirment ces hypothèses.

2.4.2.5. Les remarques stigmatisantes

"C'est pour vous dépanner car il faut soigner. Mais je ne la reprendrai plus, et je ne veux pas être son médecin traitant (...)"

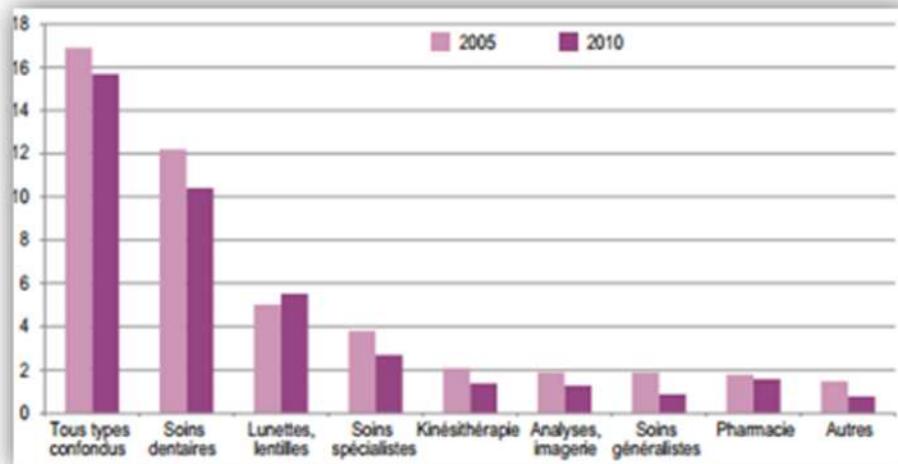
"D'où vient votre papa ? Du Maghreb ? Non, nous n'avons plus de place."

Certains des patients interrogés ont fait mention des remarques désobligeantes provenant de professionnels de santé. Le testing MDM vient corroborer ces résultats. Même s'il n'y a pas de refus direct, certains professionnels de santé font sentir aux patients qu'ils ne sont pas des patients comme les autres .

2.4.3. Particularité des soins dentaires et ophtalmologiques

Comme pour le reste de la population générale (Cf. figure 24), ce sont les prothèses dentaires et l'optique qui posent le plus de problèmes. Plusieurs patients de l'enquête ont dû renoncer à ces soins. L'ensemble des prestations d'optique, de dentaire et d'appareillage est inclus dans le panier des soins comme pour les assurés sociaux mais en pratique, l'AME ne permet pas d'obtenir des lunettes et des prothèses en raison du faible montant pris en charge. De plus, contrairement à la CMUc, il n'existe pas pour l'AME de forfait supplémentaire pour la prise en charge des soins dentaires, lunettes ou prothèses auditives. Ainsi, pour les bénéficiaires de l'AME, le professionnel de santé ne sera remboursé que du tarif de responsabilité et prendra à sa charge le surcoût ce qui constitue un frein certain à l'exécution d'actes peu ou mal remboursés (comme les prothèses dentaires et l'optique (10)).

Figure 24: Renoncement aux soins pour raisons financières(%) au cours des douze derniers mois en 2005-2010-Cohorte SIRS 2005-2010



Source: Cohorte SIRS 2005-2010

2.4.4. Dispositif de recueil des plaintes

En 2008, la CNAMTS a souhaité organiser un dispositif méthodique de recueil et de traitement des plaintes des usagers. Malgré le risque important de discriminations dans l'accès aux soins démontré par les enquêtes, un très faible nombre de signalements de refus de soins a remonté vers les ordres professionnels et les organismes d'assurance maladie. La CPAM de Seine-Saint-Denis n'a ainsi été saisie que de 6 cas en 2012. La plupart de ces signalements sont soit abandonnés au cours de la procédure, soit réglés au stade de la conciliation. Ils ne font donc pas l'objet d'un examen par la juridiction ordinaire. En outre, seule une faible part des plaintes transmises à la juridiction ordinaire aboutissent à une sanction du professionnel de santé. (39)

3. AME et médecine générale

3.1. Logique de recours à la médecine de ville

3.1.1. Concentration des patients vers des médecins "AME"

Dans notre étude, nous avons constaté que le choix du médecin généraliste se faisait essentiellement sur les conseils du réseau familial et/ou social. Au vu du nombre de refus de soins par les médecins généralistes, on peut imaginer que les patients, aiguillés par le bouche-à-oreille, finissent par se diriger vers les mêmes cabinets, à savoir ceux qui acceptent l'AME.

Cette impression est confirmée par les données de la mission d'audit de 2007 (30) qui a demandé aux CPAM visitées⁸ d'identifier la répartition des bénéficiaires de l'AME entre les médecins libéraux. Voici ce qu'il en ressort:

- un nombre non négligeable de médecins voit au moins une fois un bénéficiaire de l'AME dans l'année (64 % des généralistes à Bobigny par exemple).
- une faible part de médecins concentre un nombre important de visites des patients AME : en Seine-Saint-Denis, 10,3 % des médecins généralistes ont effectué plus de 100 consultations pour des bénéficiaires de l'AME au cours de l'année 2005 ; à Paris, ce sont 5,5 % des médecins qui ont réalisé plus de 100 actes à l'égard de bénéficiaires de l'AME en 2005. A l'inverse, 58 % des médecins parisiens ont réalisé moins de cinq actes sur des patients AME pendant l'année 2005.

3.1.2. Centre Médical de Santé ou médecine libérale ?

La CNAMTS a réalisé en 2012 une étude de l'utilisation de l'offre de soins par les franciliens dans le cadre d'un programme pour renforcer l'accessibilité financière aux soins(45). Pour les soins délivrés par des omnipraticiens, **les bénéficiaires de la CMUc et de l'AME franciliens ont majoritairement recours aux médecins du secteur libéral (83%)** (Cf figure 25).

On note tout de même que ces patients s'adressent de façon plus importante que les autres assurés aux consultations externes des établissements publics et aux centres de santé. Ces structures réalisent 13,6 % des actes d'omnipraticien (vs 11 % pour l'ensemble des assurés).

Ces données dépendent de l'offre de soins disponible dans chaque territoire mais globalement dans chaque département, la répartition des actes d'omnipraticiens consommés par les bénéficiaires de la CMU-C et de l'AME est comparable à celle observée chez l'ensemble des patients franciliens (Cf. figure 25).

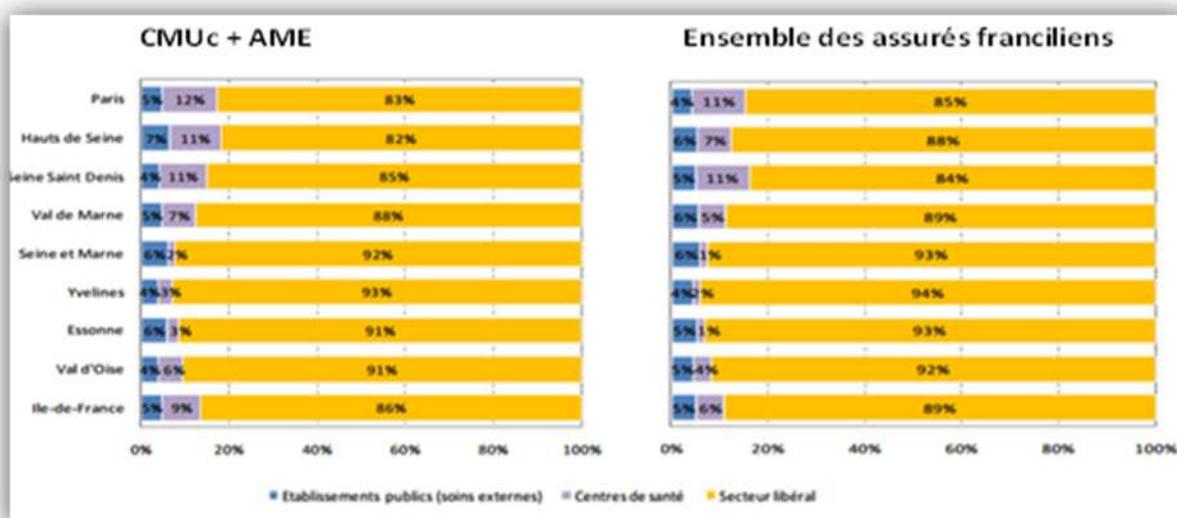
En revanche, pour les soins dentaires et les consultations de spécialistes, on note une différence plus importante entre la population "AME-CMUc", et les autres assurés. En effet, les consultations externes des établissements publics et les centres de santé réalisent 34,4 %

⁸ Étude auprès des CPAM de Nice, Marseille, Paris, Melun, Évry, Nanterre, Créteil et Versailles représentant 105 195 bénéficiaires au 31 décembre 2005 soit 64 % du nombre de bénéficiaires de l'AME en France métropolitaine.

des actes de spécialistes (vs 21 % pour l'ensemble des assurés) 30,9 % pour les soins dentaires (vs 14,5% pour l'ensemble des assurés).

Nous n'avons pas pu obtenir les données concernant uniquement les bénéficiaires de l'AME. Cela étant, si ces données concernent plus les bénéficiaires de la CMUc, qui sont seize fois plus nombreux que les bénéficiaires de l'AME, on peut tout de même supposer qu'elles reflètent également les logiques de recours aux soins des bénéficiaires de l'AME.

Figure 25: Ensemble des actes réalisés par des omnipraticiens en 2012



Source: CNAMTS, 2012

3.2. La consultation sur rendez-vous

A la demande de plusieurs médecins généralistes, nous avons intégré une question portant sur la prise de rendez-vous. En effet, certains médecins pensaient que les patients ayant l'AME étaient beaucoup trop précaires pour pouvoir consulter sur rendez-vous. D'autres au contraire, avaient des patients pour qui cela ne posait aucun problème. Nous nous sommes rendu compte que les réponses à cette question étaient limitées par le mode de recrutement des patients. En effet, les patients interrogés avaient tous l'habitude de consulter sur rendez-vous et avaient honoré le rendez-vous pour notre entretien.

3.2.1. Le rendez-vous : un obstacle aux soins pour les plus précaires

Dans son article "Le rendez-vous, obstacle aux soins des plus pauvres" (46), publié entre autres dans la Revue Prescrire, le Dr Foucras, médecin généraliste soulève le fait que les personnes les plus précaires peuvent rencontrer des difficultés pour prendre et honorer un rendez-vous. Il émet plusieurs raisons:

- la barrière de la langue
- le niveau d'éducation
- les ressources financières: prendre un rendez-vous suppose d'avoir suffisamment de revenus pour se payer un téléphone et financer les communications.
- le réseau social: on retrouve là l'importance d'avoir un réseau social suffisamment solide et intégré pour aiguiller le patient dans le système de soins voire prendre le rendez-vous à sa place et l'accompagner. En effet, le système de soins est souvent différent dans le pays d'origine.
- stabilité de la situation: une prise de rendez-vous implique de pouvoir se projeter dans le temps. Les personnes en séjour irrégulier ont parfois d'autres priorités (comme des démarches à faire à la préfecture, une recherche de travail, de logement, etc.) qui peuvent empêcher d'honorer le rendez-vous. Il faut donc avoir une situation suffisamment "stable". De plus, il faut avoir un agenda, noter correctement le jour et l'heure du rendez-vous, se souvenir du rendez-vous...
- le sentiment de marginalisation et l'estime de soi: au-delà de la langue, le patient doit se sentir suffisamment autonome et à l'aise avec son environnement pour comprendre et répondre à des questions. Cette confiance est particulièrement difficile à acquérir pour les primo-arrivants et encore plus quand ils sont en situation irrégulière.

Dans notre étude, plusieurs patients avaient au moins un des critères sus mentionnés. La plupart étaient francophones, avec un logement stable chez de la famille. On note également que si certains critères font défaut, ils sont compensés par d'autres. Par exemple, pour P5, Roumaine de 76 ans non francophone, c'est sa fille, installée en France depuis plusieurs années qui s'occupait des rendez-vous. P7, Ivoirien de 30 ans n'avait pas de logement stable mais était parfaitement francophone, avait un réseau communautaire et une bonne capacité d'adaptation à son environnement. Cette aisance est également retrouvée chez P9, Algérien de 40 ans qui en plus d'être parfaitement francophone avait un bon niveau d'éducation (ancien

policier) . Au sujet de sa première prise de contact avec un cabinet de médecin, il a dit avoir pris rendez-vous "comme les autres", ce qui témoigne de l'importance de l'estime de soi.

3.2.2. Les consultations sans rendez-vous favorisent l'accès aux soins des plus précaires

A l'inverse, les consultations sans rendez-vous, de même que les urgences hospitalières empêchent toute sélection . Les portes du lieu de soin sont ouvertes et le patient a l'assurance d'être vu le jour même, au même titre que les autres patients. Ceci répond au besoin d'immédiateté que les plus précaires peuvent avoir.

Le Dr Batsch a réalisé en 2013 une étude qui vient appuyer le travail du Dr Foucras (47). Cette thèse avait pour but de comparer les profils sociodémographiques de patientèles venant avec et sans rendez-vous, ainsi que les raisons motivant ce choix. Il s'agit d'une enquête épidémiologique transversale réalisée en 2013 auprès de 314 patients, toutes couvertures sociales confondues, répartis en deux groupes (avec et rendez-vous), dans les salles d'attente de quatre cabinets de médecins généralistes du secteur I à Paris.

Dans cette étude, les patients consultant sans rendez-vous avaient un niveau social globalement plus bas que dans l'autre groupe. Les personnes ayant la CMUc et l'AME étaient plus nombreuses dans le groupe des sans rendez-vous (Cf. figure 26). Il n'y avait que 9 patients bénéficiaires de l'AME mais ils étaient tous dans le groupe des sans rendez-vous .

Par ailleurs, les patients venant en consultation sans rendez-vous étaient plus souvent de nationalité et d'origine étrangères (43% des patients venant sans rendez-vous contre 18% des patients venant avec rendez-vous).

Figure 26: Répartition des modes de rendez-vous selon la couverture sociale

Couverture sociale	Avec RDV % (n)	Sans RDV % (n)	<i>p</i>	OR [95%]	Total % (n)
			<0,0001		
Sécu* avec mutuelle	86,4 (133)	63,1 (99)		1	74,6 (232)
Sécu sans mutuelle	7,8 (12)	10,8 (17)		1,90 [0,87-4,17]	9,3 (29)
CMUc + AME	5,8 (9)	26,1 (41)		6,12 [2,84-13,18]	16,1 (50)
Total	100 (154)	100 (157)			311

Source: thèse Dr Batsch, 2013(47)

Elle a également constaté que pour une minorité de patients (4%), les raisons invoquées témoignaient d'une situation de grande précarité: barrière linguistique (4.1% des réponses), difficultés pour téléphoner (3.7%) et prise de rendez vous jugée trop compliquée (4%). (Le reste des réponses concernait la volonté d'être vu le jour même, les délais de rendez-vous trop longs, l'organisation personnelle ou l'habitude).

L'ensemble de ces données sont probablement extrapolables à la population AME, qui comporte elle aussi des profils socio - démographiques différents (48).

Ainsi, les consultations sans rendez-vous semblent être un moyen de rendre les consultations médicales plus accessibles à une partie socialement plus défavorisée de la population dont les bénéficiaires de l'AME. En ce sens, il apparaît que le mode de consultation est peut-être un indice de précarité en lui même. Ces travaux rappelle donc la nécessité pour les cabinets de médecine générale d'avoir des plages sans rendez-vous pour favoriser l'accès aux soins des plus précaires(49). Elles peuvent être un moyen par la suite de réorienter le patient vers la consultation sur rendez-vous, si ses conditions de vie le permettent.

3.3. Les attentes du patient

Dans notre enquête, nous avons vu que les qualités humaines du médecin sont très importantes pour le patient. Pour ceux qui avaient un suivi régulier, le médecin généraliste avait un rôle qui allait au-delà des soins. Il peut représenter une source de réconfort pour des patients qui souffrent d'isolement, comme pour P10 : "*Dr X., c'est super, super!(sourire). Elle prend soin bien...Elle est gentille... Quand sentir angoissée, elle me dit bon... jusqu'à c'est*

comme famille parce que en fait c'est pas toutes les personnes comme ça, qui soucier. Parce que enfants au pays, comme avion coûter...Tout seul c'est pas évident. Et ça sentir moi au moins c'est ma famille ."

Dans une thèse qualitative réalisée dans un centre de consultation gratuite de Lille (50), les mêmes idées ressortent. Les principales attentes des patients migrants en médecine générale sont l'écoute et le besoin d'être rassurés . Les propos d'un des patients interviewés dans cette étude représentent bien cette idée:*"l'écoute...l'écoute c'est très important, le psychologique quoi parce que les gens ici, ils sont diminués, ils n'ont pas de papiers, ils n'ont pas de carte vitale. Ils sont à la merci des associations, des assistants sociaux de la sécurité sociale, ils sont comme des amputés."*

Le rapport de l'OMS 2008 "Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais"(51), pour sa part, insiste sur l'importance de donner la priorité à la dimension humaine dans les rapports de soins. L'impression que les gens gardent des soins est avant tout déterminée par la manière dont ils sont traités lorsqu'ils sollicitent de l'aide pour un problème.

4. Les déterminants sociaux de santé chez les migrants en situation irrégulière

Selon l'OMS, les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ils sont d'une part liés au contexte politique, économique et social du pays (déterminants structurels). Ils sont d'autre part liés aux facteurs individuels d'ordre matériel, psychosocial, comportemental ou biologique (52).

Un des objectifs secondaires de ce travail était d'appréhender les conditions de vie des patients, en raison de leur impact sur l'état de santé. De plus, il est important pour le médecin de s'intéresser à la situation sociale des patients pour adapter les pratiques aux obstacles qu'elles peuvent engendrer. Ces caractéristiques ont été étudiées dans l'enquête de la DRESS (29) (Annexe 8).

4.1. Migration et détérioration de l'état de santé

Selon l'hypothèse de sélection à la migration ("healthy migrant effect"), confirmée par de nombreuses études dans différents pays, l'état de santé de la population immigrée est en moyenne meilleur que celui de la population du pays d'origine et d'accueil en raison d'une sélection liée à la santé dans le processus de migration (38). En France, une étude portant sur les immigrés tunisiens résidant dans la région du Languedoc-Roussillon (53) montre que leurs taux de morbidité sont plus faibles que ceux de la population tunisienne résidant dans le pays d'origine, mais également plus faibles que ceux de la population française.

Cela étant, les conclusions des travaux les plus récents montrent que la population migrante ou étrangère souffre d'un moins bon état de santé que la population française. De même, dans l'enquête de la DREES (29), beaucoup de patients considèrent avoir un mauvais niveau de santé malgré leur jeunesse. Ce dernier constat suppose que l'effet de sélection soit négatif par un effet délétère de la migration qui découlerait de la précarité des conditions de vie en France.

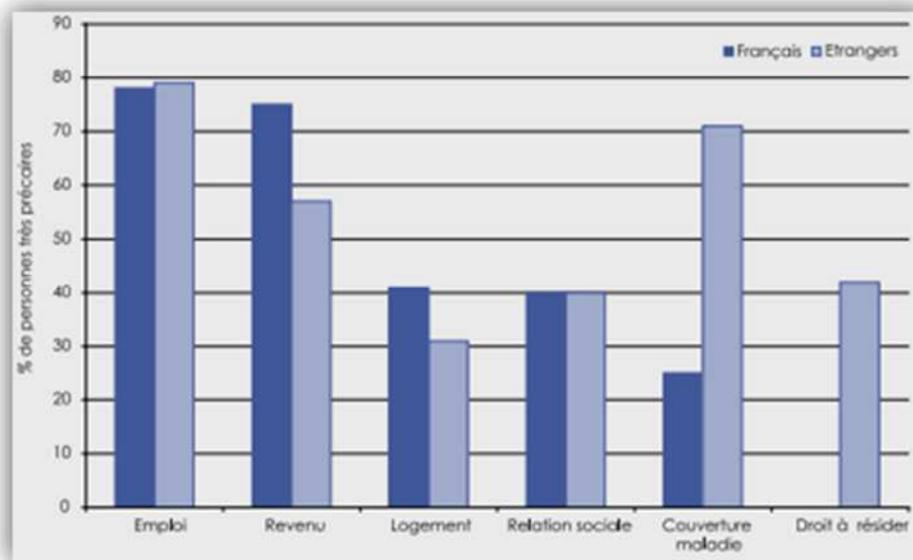
En effet, dans l'étude des Dr Collet et Picard "Précarités, risques et santé" issue de l'enquête de l'IRDES Précalog menée en 1999-2000 dans 80 centres de soins gratuits (48), il est mis en évidence que les étrangers cumulent plus de facteurs de précarité. L'irrégularité du séjour est, parmi la population étrangère, un indice de précarité supplémentaire (Cf. figure 27). En majorant la précarité sociale de l'individu, elle entraîne une vulnérabilité psychologique et une fragilisation de son état de santé. Les difficultés linguistiques et les barrières culturelles fragilisent encore leur situation.

Parmi cette population, on peut identifier des sous-groupes en fonction du degré de précarité. Selon l'enquête Precalog (48), certains facteurs de précarité sont statistiquement prédictifs d'un renoncement aux soins:

- l'absence de moyens financiers
- l'absence de logement stable
- l'absence de protection sociale
- le jeune âge
- la langue
- l'illettrisme, le faible niveau d'études
- l'absence de lien social

Les résultats concernant la couverture sociale sont à relativiser, étant donné que l'étude a été menée avant la mise en place de l'AME et la CMUc. Toutefois, nous allons voir que des travaux plus récents confirment l'influence de ces facteurs de précarité sur le recours aux soins et l'état de santé.

Figure 27: Proportion de personnes très précaires selon six facteurs de précarité et selon la nationalité



Source: CREDES, Préalogue 1999-2000

4.2. Présentation des principaux déterminants sociaux

4.2.2. Capital social, recours aux soins et état de santé

Dans notre étude, nous avons constaté qu'un certain nombre de difficultés avaient pu être évitées grâce à l'aiguillage du réseau familial et/ou social: connaissance des droits, constitution du dossier (dont la domiciliation), choix du médecin généraliste... Certaines études ont montré l'importance du lien social sur le recours aux soins et l'état de santé des migrants, au-delà des effets liés aux conditions matérielles de vie.

4.2.2.1 Définition du capital social

Le concept de capital social peut être défini comme un réseau interpersonnel qui facilite la confiance mutuelle. Au travers de cette dernière, le capital social est considéré comme un important déterminant de l'état de santé des populations puisqu'il facilite l'accès des individus à certaines ressources. Le 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 (54).

4.2.2.2 Capital social et recours aux soins

L'enquête SIRS⁹ a permis d'explorer plus en avant les liens entre le soutien social et le recours aux soins (55). Il ressort que plus le soutien social est fort¹⁰, plus le recours aux soins de ville est fréquent. Après ajustement à l'ensemble des caractéristiques connues pour influencer sur le recours aux soins (comme le sexe, l'âge, la présence de maladie chronique, la qualité de la couverture maladie), on constate 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). Il s'agit de la première étude Française démontrant statistiquement cette observation.

Le lien entre recours aux urgences et lien social a également été observé. Il ressort qu'à âge, sexe, couverture maladie et nombre de maladies chroniques déclarées identiques, les personnes se sentant seules ont plus eu recours aux urgences que les personnes se déclarant entourées, au cours des douze mois précédant l'étude (OR:1.5). L'enquête émet l'hypothèse d'une plus faible opportunité de contacts et de conseils médicaux pour ces patients.

Selon le rapport de l'IGAS-IGF 2010 (10), 80% des bénéficiaires de l'AME n'ont de droits ouverts que pour eux-mêmes. La majorité des bénéficiaires sont donc des personnes isolées. En revanche, dans l'enquête de la DREES (29), qui concerne les bénéficiaires de l'AME ayant recours aux soins, seules 10% des personnes interrogées déclarent ne pouvoir compter sur

⁹ Le programme SIRS (Santé, Inégalités et Ruptures Sociales) a été développé depuis 2002 en collaboration étroite entre l'équipe " Déterminants sociaux et de la santé et du recours aux soins" de l'INSERM et de l'Université Pierre et Marie Curie. L'objectif est de mieux comprendre les déterminants des inégalités sociales et territoriales de santé en Région Parisienne. La cohorte SIRS constitue un échantillon représentatif de l'agglomération francilienne de 3000 individus qui sont régulièrement interrogés sur leurs conditions de vie et leur santé. Ces questionnaires ont déjà été réalisés en 2005, 2007 puis 2009.

¹⁰ Les enquêteurs ont défini trois niveaux de support (faible, moyen ou fort) en croisant les réponses sur la possibilité d'être aidé dans différents domaines, par la famille, les amis, les voisins ou les collègues.

aucun soutien familial ou amical. Environ 40% vit en couple et 36% des personnes interrogées ont un enfant en France. Cela vient corroborer l'idée que comme en population générale, les bénéficiaires de l'AME ayant recours aux soins ont un meilleur lien social.

4.2.2.3 Capital social et santé

Dans le calcul le score EPICES, qui est un score de précarité crée en centre de santé en 1998 (56), les coefficients attribués au réseau social correspondent au tiers du score (items 9,10 et 11). Ce qui montre bien l'importance du réseau social sur le niveau de précarité et donc sur 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 et à analyser la contribution relative des déterminants sociaux de la santé à la différence de santé existante entre ces deux sous-populations (54). Elles ont pour cela utilisé une méthode de décomposition à partir des données de l'Enquête Santé Protection Sociale menée en 2006 et 2008 ¹¹. Parmi l'ensemble des caractéristiques considérées (sexe, âge, revenus, niveau d'étude, statut migratoire, catégorie socio-professionnelle, 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 donnent une idée de l'importance de ce facteur pour l'ensemble des migrants.

Enfin, ces conclusions ont été constatées dans d'autres pays (57).

4.2.3. Travail

Les étrangers en situation irrégulière (et les étrangers en situation régulière sans autorisation de travail) sont souvent contraints, pour pouvoir subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille à occuper des emplois non déclarés avec tous les risques que cela comporte (surexploitation, impayés, pénibilité du travail, accidents de travail...). Dans notre étude par exemple, P0 avait un emploi dans la restauration et pouvait travailler jusqu'à 20 heures par

¹¹ L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) est l'enquête de référence sur la santé, l'accès aux soins et la couverture maladie en France. Elle recueille depuis 1988 des données sur l'état de santé, la couverture maladie, la situation sociale et le recours aux soins d'un échantillon de 8 000 ménages, soit 22 000 personnes. Elle est représentative d'environ 97 % de la population vivant en France métropolitaine.

jour et P7 avait un emploi dans la sécurité avec un employeur qui ne lui versait pas son salaire.

Dans l'enquête de la DREES, 80% des hommes et 60% des femmes rencontrés travaillaient au moment de l'étude ou avaient travaillé en France (Cf. annexe 8). Les secteurs les plus représentés étaient le bâtiment, la restauration et la manutention pour les hommes, la garde d'enfants ou le ménage pour les femmes. Selon le rapport sur les chiffres de la politique de l'immigration et de l'intégration de 2012 (28). La plupart des infractions constatées concernait le secteur du bâtiment (39 %), les services divers (25 %), l'hôtellerie-restauration (20 %), le gardiennage et la sécurité privée, l'intérim, le nettoyage (5 %).

Il est à noter que certaines personnes en situation irrégulière ont paradoxalement des emplois déclarés et se retrouvent de fait sans couverture sociale. Ils ont trop de ressources pour prétendre à l'AME et ne peuvent pas non plus prétendre à une assurance maladie puisque bien que cotisant tous les mois, ils ne sont pas en situation régulière. Ce problème, rapporté par Didier Maille lors de notre entretien, reste manifestement insolvable.

4.2.4. Logement

Selon l'enquête de la DREES, 60 % des bénéficiaires de l'AME sont logés chez de la famille ou des amis, ce qui est le cas pour la plupart des patients de notre étude . Par conséquent, la cohabitation avec un nombre important de personnes est fréquente. Un tiers des personnes interrogées cohabitent avec au moins quatre personnes (Cf. annexe 8). De plus, les trois quarts des personnes vivent dans un logement ne comportant qu'une ou deux pièces pour dormir . P2 par exemple vivait chez son père dans un studio d'environ 20m² avec ses 2 enfants et son mari. Le père allait parfois dormir chez des amis pour laisser un peu d'intimité à la famille.

Les hommes sont plus souvent que les femmes logés en centre d'accueil, foyer ou hôtel (20%). De rares patients comme P0, ont leur propre logement. Dans l'enquête, ils représentent 20% des personnes interrogées.

4.2.5.Niveau scolaire

Dans notre étude, les patients avaient un niveau scolaire plutôt élevé. La plupart des patients interrogés ont arrêté leur cursus scolaire en secondaire et quelques patients ont fait des études supérieures comme P11 (BAC +4 tourisme) et P2 (BAC+3 informatique)

Cette impression est confirmée par l'enquête de la DREES. L'âge de fin d'études déclaré correspond à un niveau scolaire du secondaire pour la moitié des personnes interrogées et à des études supérieures pour le tiers . Seulement 11% n'ont pas été scolarisés et 7% ont arrêté l'école à un niveau qui correspond au primaire.

5. Migration et santé mentale

A la question: "*Comment trouvez-vous votre état de santé maintenant par rapport à avant votre arrivée en France?*", plusieurs patients ont spontanément évoqué l'apparition de troubles anxieux. Nous avons donc par la suite rajouté une question sur l'apparition de troubles anxio-dépressifs dans le guide d'entretien. Plusieurs travaux montrent qu'il existe un lien entre la migration et les troubles anxio-dépressifs.

5.1. Une forte prévalence des troubles anxio-dépressifs

En population générale, selon le Baromètre de santé 2010 de l'INPES, la prévalence de l'Episode Dépressif Caractérisé (EDC) est de 7.8%. Parmi les personnes en situation de précarité, il semble que la prévalence soit plus élevée. Plusieurs travaux le démontrent.

Dans une étude menée dans 12 centres de santé du centre-ouest de la France en 2010 (58)(n=6211, dont 47 patients avec AME), B. Royer met en évidence une augmentation significative du pourcentage d'anxio-dépressifs avec le niveau de précarité (5 niveaux ont été définis en fonction du score EPICES (56)) . Ainsi, parmi les personnes les plus précaires de l'étude, 34% des hommes et 41% des femmes ont des symptômes anxio-dépressifs, ce qui est bien plus qu'en population générale.

Dans la thèse du Dr Rondet : "*Prévalence de la dépression et recours aux soins primaires: une comparaison en population générale et parmi les consultants d'une PASS en Ile-de-*

France"(59), sur les 250 consultants interrogés, il ressort que la prévalence de l'EDC, à la PASS de l'hôpital St-Antoine donc en population précaire est de 57% .

Ainsi, étant donné que les étrangers en situation irrégulière cumulent plus d'indices de précarité (48), il est probable qu'ils aient plus de risques pour ces troubles. Certains travaux l'ont démontré.

Dans la même étude(59), on note que les étrangers sont plus exposés à la dépression que les français, que ce soit en population générale ou à la PASS. Les femmes bénéficiant de l'AME ont un risque de dépression 5 fois plus important que celles ayant une couverture maladie standard (ce sur risque n'a pas été démontré pour les hommes dans cette étude).

Par ailleurs, les observations de MDM (9) et l'étude de la DREES (29) montrent que parmi les patients étrangers, la prévalence de troubles psychologiques, l'anxiété surtout augmente avec la durée de résidence en France, atteignant 20.6% des consultants présents depuis plus de dix ans en France.

Ainsi, les bénéficiaires de l'AME, cumulent plusieurs facteurs de risque de troubles anxio-dépressifs. Le fait de vivre en situation irrégulière, en majorant la précarité sociale de l'individu (travail dans l'illégalité, problèmes de logement, peur de l'expulsion, démarches de régularisation plus qu'incertaines...) entraîne une vulnérabilité psychologique (44). On retiendra que parmi ces bénéficiaires, certains sont encore plus à risque : les personnes isolées et tout comme dans la population générale, les femmes (59) .

5.2. Le problème du sous dépistage

5.2.1. Un recours aux soins insuffisant

Les résultats des diverses études françaises (dont l'Enquête Santé Protection Sociale¹²) sont relativement convergents et soutiennent l'idée qu'à besoins de soins équivalents, les immigrés de première génération recourent moins souvent au généraliste et au spécialiste. Cette analyse reste valable quelle que soit la région d'origine des personnes immigrées (38).

¹² L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) est l'enquête de référence sur la santé, l'accès aux soins et la couverture maladie en France. Elle recueille depuis 1988 des données sur l'état de santé, la couverture maladie, la situation sociale et le recours aux soins d'un échantillon de 8 000 ménages ordinaires, soit 22 000 personnes. Elle est représentative d'environ 97 % de la population vivant en France métropolitaine

Pour ce qui est des troubles anxio-dépressifs, dans notre étude, plusieurs patients n'avaient pas parlé de ces troubles à leur médecin. Dans l'étude du Dr Rondet, seule la moitié des personnes déprimées en avaient parlé à un médecin et ce non recours était plus marqué chez les étrangers que chez les français.

Les personnes ont été interrogées sur les raisons qui pourraient expliquer l'absence de recours à une prise en charge des troubles anxio-dépressifs (59). Les motifs où une différence significative entre les français et les étrangers a été retrouvé étaient:

- une perception providentielle de la dépression: une grande majorité des étrangers interrogés pensent que prier peut les aider à s'en sortir (62% des étrangers vs 37% des Français). Cette notion est effectivement ressortie avec P13, qui a spontanément parlé de son recours à la Bible pour ses troubles du sommeil
- la peur d'être jugé par la société, d'être considéré comme fou (42.6% vs 30.5%)
- la dépression est perçue comme une faiblesse (58.3% vs 40%), un tabou
- pas de médecin qui connaisse suffisamment le patient pour en parler

Dans les deux populations, les motifs les plus fréquemment évoqués étaient le caractère bénin et passager de la dépression. De plus, nous avons pu constater lors des entretiens que certains patients, bien que conscients d'un trouble, avaient du mal à décrire et à identifier ces symptômes. L'absence de besoin ressenti est un obstacle en plus au dépistage.

5.2.2. Le manque de dépistage par les médecins

En plus du non recours des patients, il y a probablement un manque de dépistage des médecins. Dans l'étude du Dr Rondet (59), il ressort que 2/3 des personnes ne se souviennent pas avoir été questionnées à ce sujet. Pourtant 80% des personnes interrogées aimeraient que leur médecin s'inquiète plus souvent de leur bien être psychologique. Lors des entretiens, nous avons pu constater que certains patients étaient contents de pouvoir parler de leur histoire. Certains des entretiens ont même duré près d'une heure. Les propos de P7 ("*Non pose moi des questions. Moi-même ça me plait. C'est intéressant, c'est intéressant. Parce que quand tu es trop renfermé c'est pas bon!*") illustrent bien ce besoin d'exutoire.

5.3. Quelle prise en charge ?

Une prise en charge conjointe du généraliste avec un psychiatre et/ou une psychologue semble améliorer le pronostic. En pratique, au vu des difficultés d'accès aux spécialistes libéraux et en particulier des psychiatres, cette prise en charge paraît difficilement réalisable. Il reste alors le CMP avec les délais de prise en charge que cela implique, ces structures étant souvent saturées en Région Parisienne et les associations. Par ailleurs, le COMEDE a mis en place fin 2012 une permanence téléphonique dédiée aux questions de santé mentale. Parmi 197 appels documentés début 2014, 64% des sollicitations sont dues à des difficultés d'accès aux soins. On voit alors l'importance du rôle du médecin généraliste à la fois pour le dépistage et la prise en charge.

6. Les points positifs

Malgré les nombreux points à améliorer, il est important de souligner les aspects positifs du dispositif de l'AME.

6.1. Un bon "classement" à l'échelle Européenne

En Europe, la France fait partie des pays qui offrent la meilleure couverture santé théorique aux personnes en situation irrégulière. En effet, dans beaucoup de pays, les soins sont limités aux situations d'urgence. En Allemagne, il est même imposé de dénoncer les patients consultants en établissements publics.

6.2. Un meilleur accès aux soins que dans le pays d'origine

Dans notre étude, un certains patients ont pu prendre en charge des problèmes de santé qu'ils n'avaient pas pu soigner dans le pays d'origine, faute de moyen.

6.3. Un bon suivi une fois les obstacles surmontés

Selon le rapport de l'IGAS-IGF, une fois les obstacles surmontés, les bénéficiaires de l'AME entrés dans le dispositif de droit commun semblent avoir une bonne continuité du suivi (29). Dans notre étude, P13 avait un parcours de soins coordonné par son médecin généraliste. De

même une étude réalisée au COMEDE a permis de montrer qu'une fois l'accès aux droits garantis, 75% des patients avaient un bon suivi (4) .

6.4. Révision annuelle du plafond de ressources

Le plafond de ressource pour l'attribution de la CMUc et donc de l'AME est révisé chaque année par décret pour tenir compte de la hausse des prix. Ainsi, il est passé de 533.57 euros en 2000 à 720 euros en 2014.

6.5. Les efforts de certaines caisses d'assurance maladie

Selon Mme Bécis, chef de projet pour l'accès aux soins à la CPAM de Seine-St-Denis, les agents des points d'accueil du département disposent maintenant d'un outil de gestion automatisé permettant de simplifier l'accueil des patients demandeurs de l'AME. Actuellement, la CPAM compte 27 partenaires parmi les associations et hôpitaux de Seine-St-Denis. La tendance est à la formation de ces partenaires pour améliorer la "qualité" des dossiers envoyés et surseoir aux problèmes de délais d'instruction des dossiers. En effet, la CPAM s'engage à réduire ce délai à 30 jours pour les dossiers envoyés par ces partenaires. Par ailleurs, il est prévu de scanner les dossiers lors de leur réception pour éviter la perte de documents.

La CPAM des Hauts-de-Seine dispose de délégués solidarités, qui peuvent se déplacer dans les lieux d'accueil des publics précaires (milieu associatif) pour aider à la constitution du dossier. Les délais d'instructions sont également réduits par ce biais.

Enfin, la CNAMTS et l'UNCCAS (Union Nationale des Centre Communaux d'Action Sociale) ont signé un protocole d'accord le 30 avril 2013 visant à mieux cadrer la formation continue des agents des CCAS à l'accompagnement des publics précaires mais aussi à mieux organiser la gestion et la transmission des dossiers de demande d'aides.(39)

7. Les perspectives

7.1 Travaux de recherche

Ce travail qualitatif pourrait être complété par d'autres études qualitatives et par des travaux de recherche quantitatif sur les étapes du parcours de soins des patients ayant l'AME consultant en médecine générale.

Nous avons vu que le mode d'accès à la consultation, avec ou sans rendez-vous, pourrait hypothétiquement être un indicateur de précarité. Il serait intéressant de réaliser un travail de recherche quantitatif pour étudier le profil socio-démographique des patients ayant l'AME consultant en médecine libérale, en centre médical de santé, aux urgences et en consultation externe des hôpitaux publics et de comparer les caractéristiques de ces populations entre elles pour tester cette hypothèse.

De plus, la comparaison de la population consultant en médecine libérale avec les autres populations permettrait d'établir des liens statistiques sur les éléments qui favorisent le recours à la médecine libérale des patients ou au contraire l'entravent.

Dans ce travail, on note l'importance des troubles anxio-dépressifs et le problème du sous-dépistage. Il serait intéressant de réaliser une étude quantitative sur les troubles anxio-dépressifs des personnes en situation irrégulière.

7.2. Propositions d'amélioration du dispositif

Plusieurs rapports ont déjà émis des recommandations pour améliorer le dispositif (39) (Cf. annexe 7). Nous allons simplement aborder ici une recommandation qui apparaît essentielle pour améliorer l'accès aux soins des patients bénéficiaires de l'AME.

L'ODSE, les différents rapports de l'IGAS-IGF recommandent depuis plusieurs années une carte vitale pour tous avec la fusion de l'AME dans la CMU-c. Cette mesure serait bénéfique à plusieurs égards.

- Pour les patients, elle permettrait d'améliorer l'accès aux soins de ville en réduisant le nombre de refus de soins. Le fait d'avoir une carte vitale comme les personnes en situation régulière permettrait le temps des soins d'effacer les stigmates de "sans-papiers".

- Pour les professionnels de santé, cela éviterait le recours aux feuilles de soins papiers, notamment pour les médecins qui ne sont pas habitués au mode dégradé, ou qui ne sont pas informatisés.
- Pour les CPAM, une fusion des dispositifs représenterait des économies de gestion, puisqu'il s'agirait d'intégrer la gestion des moins de 300 000 bénéficiaires de l'AME à celle d'un dispositif couvrant 16 fois plus de personnes affiliées (4.41 millions de bénéficiaires de la CMUc en 2013)(39).

A ce jour, en dépit des rapports officiels et des requêtes du milieu associatif, l'Etat s'oppose toujours à cette idée pour des raisons à la fois "symboliques" ("*une telle fusion des dispositifs poserait des problèmes d'équité envers les assurés sociaux*") et techniques (impossibilité d'attribuer systématiquement un numéro d'immatriculation définitif) (30). Pourtant, il est à noter que d'autres pays Européens comme l'Espagne fonctionnaient sur ce principe jusqu'en 2012.

7.3 Propositions à visée des médecins

7.3.1. Travailler en réseau

Compte tenu du rôle protecteur du lien social sur la santé, le développement d'actions de proximité spécifiques apparaît pertinent pour accroître le lien social des personnes étrangères (38). On peut citer l'exemple de l'Association Communauté Santé Bien Etre- Place santé à St-Denis (60). Cette association a pour but de mettre en œuvre des projets de santé animés par tous ceux qui participent à l'amélioration de la santé des habitants. L'association a la particularité de s'appuyer sur une activité de médiation individuelle par des personnes faisant partie du quartier. Les médiatrices accompagnent les patients qui en ont besoin dans leurs démarches administratives auprès de la CPAM, dans leurs relations avec les instituts sanitaires et les partenaires sociaux vers les structures de soins spécialisés, etc.

Pour les médecins isolés, il paraît essentiel de développer son réseau. Il ne s'agit pas de se substituer au spécialiste ou à l'assistance sociale mais de savoir où adresser.

7.3.2. Une meilleure formation

7.3.2.1. Initiale

Une amélioration de l'enseignement sur les thématiques de la santé des migrants et des dispositifs de recours aux soins est nécessaire. Il serait d'ailleurs intéressant que cet enseignement soit pluridisciplinaire. Les compétences des acteurs du secteur associatif dans les domaines médico-psycho-sociaux et juridiques, ainsi que leur attitude d'ouverture et d'accueil sont des exemples qu'il semble important de transmettre aux étudiants. . En ce qui concerne la formation pratique, le fait de proposer des stages en milieu précaire permettrait aux étudiants de mieux connaître la réalité de la prise en charge des patients.

7.3.2.2. Continue

La Faculté de Médecine de Lille organise un diplôme universitaire santé et précarité en partenariat avec le Réseau Santé Solidarité Lille Métropole et Médecins du Monde. L'objectif principal de ce diplôme interprofessionnel est l'acquisition de compétences pour la prise en charge des problèmes de santé des populations en situation de précarité. Il est ouvert aux médecins mais aussi à tous les intervenants du milieu associatif.(61)

Par ailleurs, il pourrait être utile d'avoir des formations régulières par les caisses d'assurance maladie.

7.3.3. Savoir informer les patients

Le médecin généraliste peut laisser des documents concernant l'accès au dispositif de l'AME (et de manière plus générale à l'accès aux soins, la CMUc, l'Aide Complémentaire à la Santé) à la disposition des patients dans la salle d'attente. Les patients ayant recours aux soins ont en général une couverture santé mais la salle d'attente reste un moyen simple et efficace de diffuser des informations par le biais du réseau social. Le fonds CMU a récemment créé une plaquette d'information des patients, disponible en ligne (62). (Cf. annexe 5)

7.3.4. Proposition d'une lettre d'information pour les médecins généralistes

7.3.4.1. La prise en compte des déterminants sociaux de santé : 2 exemples en population générale

Le score EPICES

Le score EPICES, est la première mesure permettant de détecter et quantifier la précarité en centre de santé (56). Il a été construit en 1998 par un groupe de travail, constitué de membres des Centres d'examens de santé (CES) financés par l'Assurance Maladie, à partir d'un questionnaire de 42 questions qui prenait en compte plusieurs dimensions de la précarité : emploi, revenus, niveau d'étude, catégorie socio-professionnelle, logement, composition familiale, liens sociaux, difficultés financières, événements de vie, santé perçue. Les méthodes statistiques d'analyse factorielle des correspondances et de régression multiple ont permis de sélectionner, parmi les 42 questions, 11 questions qui résument à 90% la situation de précarité d'un sujet. La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient, la somme des 11 réponses donne le score EPICES. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité). Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité.

Vers une intégration des données sociales du patient dans son dossier médical: une analyse du Collège National de Médecine Générale

Plus récemment un groupe de travail universitaire et professionnel s'est penché sur le rôle du médecin généraliste dans la réduction des inégalités sociales de santé (définies comme toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale)(52).

L'objectif est de mieux repérer les difficultés sociales qui peuvent jouer sur l'état de santé du patient, pour identifier les obstacles potentiels au suivi de son parcours de santé et rechercher les moyens de les surmonter. Le simple fait d'y être sensibilisé permet d'adapter ses pratiques.

Une analyse réalisée sous l'égide du Collège de la médecine générale (CMG) a identifié sept informations, à intégrer dans le dossier médical, qui permettent une prise en compte minimale de la situation sociale d'un patient en médecine générale :

- le sexe
- la date de naissance
- l'adresse
- le statut par rapport à l'emploi
- la profession éventuelle
- le type de couverture sociale
- les capacités de compréhension du langage écrit

Le groupe a retenu 9 autres informations utiles qui peuvent être recueillies sur plusieurs consultations car difficiles à recueillir en une seule fois : le fait d'être en couple, le nombre d'enfants à charge, le fait de vivre seul, le pays de naissance, le niveau d'études, la catégorie socioprofessionnelle INSEE, le fait de bénéficier de minima sociaux, les conditions de logement, et la situation financière perçue.

7.3.4.2. Application à la population AME

Comme nous l'avons vu, il y a des niveaux de précarité différents au sein de la population AME. Il apparaît important comme pour tout patient, de s'enquérir des conditions de vie du patient. Le collège de médecine générale, le score EPICES s'intéressent aux facteurs de précarité dans la population générale, que l'on peut adapter aux spécificités des patients bénéficiaires de l'AME.

Voici les données qu'il nous semble importantes de recueillir:

1. Le mode de consultation : avec ou sans rendez-vous

Comme nous l'avons vu, les patients consultant sans rendez-vous sont probablement plus précaires que les autres et nécessitent donc plus d'attention.

2. La carte AME

Un décryptage rapide de la carte permet d'apporter plusieurs renseignements sur la situation du patient (Cf. annexe 4):

- si le numéro d'immatriculation commence par un 1 ou un 2, il s'agit d'un patient qui a été en situation régulière. Il a donc plus de probabilité de connaître le système de soins.
- la domiciliation: une domiciliation par une association ou un CCAS laisse penser que le patient n'a pas de réseau familial solide. De manière générale, si le logement actuel est différent de la domiciliation mentionnée, il s'agit d'un indice de précarité en supplémentaire (52).
- la situation familiale: les ayants droits figurent au dos de la carte

3. Le niveau oral et écrit de français et les possibilités d'interprétariat

4. L'étendue du réseau social et sa solidité

Pour les patients de l'étude, la présence d'un réseau social permettait de lever bien des difficultés. La famille proche (parents, fratrie, enfants) est à priori un soutien plus solide . Ainsi il paraît important de demander à tout patient:

- s'il a de la famille en France et de connaître les liens de parentés
- s'il a des amis, des contacts avec des associations
- s'il pense pouvoir compter sur quelqu'un pour l'aider dans ses démarches administratives, financièrement

5. Les revenus / le travail

6. La situation administrative

Le fait de savoir où en est le patient de ses démarches a un intérêt dans le sens où elles ont une répercussion directe sur le psychisme du patient. L'attente d'une réponse de la Préfecture par exemple est une période de grande vulnérabilité. Le médecin peut intervenir avec une psychothérapie de soutien voire un traitement médicamenteux.

La consultation en médecine générale est un temps relativement court où le médecin doit souvent répondre à plusieurs demandes et effectuer de nombreuses tâches. Les conditions de travail ne sont pas les mêmes pour tous, notamment concernant la possibilité de transférer certaines tâches administratives à un secrétariat. Certaines données comme le mode de consultation, l'analyse de la carte et le simple fait de demander au patient s'il a de la famille qui peut l'aider en France sont déjà très informatifs et peuvent être recueillies en une seule consultation. Les autres critères peuvent être recueillis lors de consultations ultérieures.

7.3.4.5. La lettre d'information

Nous avons élaboré cette lettre à partir des recherches bibliographiques, des questions soulevées par des médecins généralistes libéraux et des principales conclusions de notre étude. Elle rappelle les principes généraux du dispositif et aborde quelques aspects pratiques pour guider la prise en charge du médecin généraliste. Il s'agit d'une proposition qu'il serait intéressant de soumettre à l'avis de plusieurs professionnels avant éventuellement de la diffuser (Cf. annexe 4).

CONCLUSION

Dans cette étude, nous avons pu voir que **le parcours de soins des patients est facilité par les informations apportées par leur réseau social, à chaque étape du parcours de soins.**

- la prise de connaissance de l'AME

La plupart des patients ont migré pour des raisons autres que la santé et ne connaissent pas le dispositif de l'AME à leur arrivée. Pour beaucoup de personnes, c'est seulement à l'occasion d'une maladie grave ou d'une grossesse que l'AME a été découverte, souvent plusieurs années après leur arrivée en France. Jusque là, ces personnes se sont acquittés de leurs frais de santé. En revanche, les personnes ayant un bon réseau social ont obtenu leur première AME plus rapidement.

- les démarches pour obtenir l'AME

Pour la constitution du dossier, là, encore l'aide totale ou partielle du réseau familial leur a permis de constituer un dossier complet et d'obtenir l'aide médicale dans des délais raisonnables. Les principales difficultés citées pour cette étape sont la complexité des démarches et le problème de la domiciliation pour les personnes sans logement stable. Le rôle du milieu associatif et des assistantes sociales est alors essentiel.

- consulter avec l'AME

La plupart des patients ont été aiguillés par leur réseau familial pour le choix du médecin généraliste et ont directement consulté en cabinet une fois l'AME obtenue. Aucun des patients interrogés n'a rapporté de refus par un médecin généraliste. En revanche, les patients ont spontanément rapporté des difficultés d'accès aux spécialistes, en particulier les dentistes et les ophtalmologues. Le recours aux spécialistes semble plus aisé lorsque le patient est introduit par le médecin généraliste ou par la famille.

- renouveler son AME

Bien que les patients soient invités par courrier à renouveler leurs droits deux mois avant leur fin, les patients connaissent souvent des difficultés pour reconduire leurs droits. Les changements de situation administrative, les réformes, les retards liées à des dysfonctionnements de la CPAM occasionnent des ruptures de couverture qui ont des conséquences sur l'accès aux soins.

Au-delà du facteur linguistique, le fait que les patients recrutés soient habitués à consulter sur rendez-vous a constitué une limite importante de notre travail. En effet, des travaux réalisés en population générale montrent que le niveau de précarité est plus élevé parmi les personnes consultant sans rendez-vous. On peut supposer que **les patients bénéficiaires de l'AME consultant en cabinet de médecine générale sur rendez-vous ont un niveau de précarité moins élevé** que ceux qui consultent uniquement sans rendez-vous, à l'hôpital ou qui ne consultent pas, ce qui pourrait en grande partie s'expliquer par la présence d'un réseau social solide. Ces hypothèses pourraient être vérifiées par un travail de recherche quantitatif. L'intérêt de ce constat est de faire prendre conscience aux médecins de l'importance des plages sans rendez-vous pour permettre l'accès aux soins aux plus précaires.

Un autre résultat marquant est **l'importance des troubles anxio-dépressifs** parmi les personnes interrogées. La conjugaison de l'exil, de la précarité des conditions de vie et de la situation administrative, la peur de l'expulsion peuvent expliquer l'apparition de ces troubles. Ils sont cependant probablement sous-dépiés.

Par ailleurs, il est important d'avoir conscience que **la prise en charge des bénéficiaires de l'AME et plus largement des migrants en situation de précarité ne relève pas et ne doit pas relever de la spécialité**. Comme le dit le médecin généraliste Philippe Foucras, elle doit au contraire être exemplaire et servir de modèle de prise en charge de tous les patients.

Les patients interrogés ont largement évoqué l'importance du médecin généraliste pour leur santé et bien au-delà. La prise en charge du patient dans sa globalité, en tenant compte de ses conditions de vie, de sa situation administrative apportent un soutien moral capital pour des personnes marginalisées. En ce sens, il s'agit au final de faire preuve d'empathie et d'écoute comme avec n'importe quel patient.

Devant la complexité médico-socio-juridique de certaines situations, et au regard du peu de temps que laisse la consultation en médecine générale, il apparaît indispensable pour tout médecin de savoir adresser le patient aux bonnes personnes. Le travail en réseau semble être la solution la plus adaptée. Quoi qu'il en soit, il appartient à chaque médecin de s'informer, de créer et d'élargir son réseau pour une prise en charge optimale des patients.

En Europe, la France est l'un des pays qui offre la meilleure couverture de soins pour les personnes en situation irrégulière. Plusieurs rapports nationaux ont démontré l'intérêt à la fois humanitaire et économique de la maintenir en place. Si le parcours de soins des bénéficiaires de l'AME comporte de nombreux obstacles, ils semblent toutefois bénéficier d'un bon suivi, une fois ceux-ci levés. L'obtention d'une carte vitale permettrait d'améliorer considérablement l'accès aux soins de ville. Quoiqu'il en soit, la diminution des refus en ambulatoire passe aussi et surtout par une meilleure formation initiale et continue des médecins.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

Guide d'entretien

Les questions précédées d'un point sont les questions principales
Les questions écrites dont la taille de la police est réduite sont les questions de relance)

I Avant le départ

Passé médical

- Que saviez-vous du système de santé français ?
Connaissiez-vous le dispositif de l'AME ?
- Que faisiez-vous quand vous étiez malade ? (médecin, tradipraticien ?)

II Trajet et arrivée en France

- Pour quelle raison êtes-vous venu en France ?
- Comment s'est passé pour vous l'arrivée en France ? (logement, adaptation au pays, tentatives de régularisation de statut)
Quelle est votre situation actuelle?

III utilisation du système de santé Français

Avant l'AME

- Racontez-moi comment avez-vous fait la première fois que vous êtes tombé malade en France (soins, pharmacie ?)

Obtention de l'AME

- Racontez-moi comment vous avez eu accès à l'AME.

Pourquoi l'avez-vous demandée ? Etiez-vous malade à ce moment- là ?
En combien de temps l'avez-vous obtenue ?
Avez-vous rencontré des difficultés ? Lesquelles ?
 - Constitution du dossier
 - Dépôt du dossier (personnel, structure administrative)
 - Retrait de la carte
 - Nombre de tentatives avant obtention des droits

Après l'obtention de l'AME

Parcours de soins

- Selon vous, quelles sont les structures où l'on peut se faire soigner en France ?
- Une fois que vous avez eu l'AME, comment avez-vous procédé pour vous faire soigner?
Comment avez-vous été amené à consulter en cabinet ?

Combien de temps après avoir obtenu l'AME avez-vous commencé à consulter les médecins généralistes ?

Où avez-vous consulté avant de consulter dans ce cabinet ?
Comment avez-vous eu connaissance de ce cabinet ?
Avez-vous un suivi régulier par ce médecin ou consultez-vous dans d'autres cabinets ?
Avez-vous vu des spécialistes ? Comment se sont passés vos rendez-vous ?

- Préférez-vous les consultations avec ou sans rendez-vous ?
- Comment faites-vous pour renouveler l'AME ?
Avez-vous rencontré des difficultés avec la réforme de mars 2011 ?

Ressenti

- Avez-vous eu déjà eu des difficultés pour utiliser l'AME ? lesquelles ?
Avez-vous déjà été refusé par un médecin ?
Avez-vous déjà eu l'impression d'être mal reçu ?
Avez-vous eu des difficultés pour vous procurer vos médicaments ?
Comment réagissez-vous devant ces difficultés ?(ressenti, adaptation)
- Avez-vous déjà dû renoncer à vous faire soigner ? Pour quelles raisons ? (peur de se faire contrôler, financières, autres priorités comme logement/alimentation...)
- Que pensez-vous de votre prise en charge médicale depuis que vous utilisez l'AME ? Y'a-t-il des choses que vous aimeriez voir changer ?
- Pensez-vous que votre état de santé ait changé depuis votre arrivée en France ?
Avez-vous déjà eu des troubles du sommeil, une sensation de stress ou de ne pas être tranquille ?

ANNEXE 2 : Synthèse des parcours des patients

Parcours de P0

Mr Mauricien est arrivé en France en 2008 avec son petit-frère pour rejoindre son père qu'il n'avait pas vu depuis 5 ans. Ce dernier était installé en France avec sa seconde épouse. Le couple ayant déjà l'AME, Mr Mauricien et son frère ont ainsi pu être rattachés à l'AME de leur belle-mère assez rapidement, quelques mois après leur arrivée en France . Sa belle-mère avait obtenu l'AME par l'intermédiaire de l'hôpital, lors d'une grossesse. Avant cela, ignorant le dispositif, le couple s'acquittait des frais de santé. Il n'a donc pas eu de difficultés particulières pour constituer le dossier et obtenir sa première AME. En revanche, étant domicilié à Paris, il avait pris l'habitude de faire ses renouvellements dans une permanence hospitalière dans des conditions des plus difficiles. Etant donné l'affluence dans ses agences, il devait se lever tôt vers 4h du matin pour être parmi les premiers arrivés et espérer être reçu. Les demandeurs inscrivait leur nom par ordre d'arrivée sur une feuille et seul un nombre limité de personnes était reçu.

Il a directement consulté dans le cabinet où était suivi son père et s'est senti rapidement à l'aise.

Par la suite, il a déménagé dans les Hauts-de-Seine où il avait trouvé un studio en location, grâce au bouche-à-oreille. Il s'y est installé avec sa femme, son petit-frère et sa mère dans une grande promiscuité étant donné que le studio ne fait que 20m².

Il a rencontré plus de difficultés administratives dans ce département. Il a eu du mal à renouveler son AME et a dû refaire 3 fois son dossier en raison de perte de documents (photos) par la CPAM ou de pièces justificatives manquantes. Il est ainsi resté près d'un an sans couverture. De plus, lorsqu'il a voulu se renseigner auprès d'une pharmacie pour savoir si l'AME était acceptée, on lui a fait comprendre que ce n'était pas possible. En revanche, il n'a pas cherché de nouveau médecin. Il voulait continuer à consulter dans le cabinet Parisien malgré la distance parce qu'il s'y sentait bien et y avait ses habitudes.

Il n'a jamais été refusé mais consulte peu en dehors du médecin généraliste . Il est plus que satisfait de sa prise en charge en France, d'autant plus que ses problèmes de statique rachidienne ont pu être pris en charge ici, alors qu'il en souffrait à Maurice. Son petit-frère a vu un dermatologue qui lui a demandé d'avancer les frais (50 euros). Il l'a quand même pris en consultation sans le faire payer mais lui a fait comprendre que c'était exceptionnel.

A l'Ile Maurice, Il faisait une formation pour devenir cuisinier. En France, il a un emploi dans la restauration . Son employeur le fait travailler en fonction de l'activité. S'il y a des périodes où il ne travaille pas du tout, il lui est déjà arrivé de travailler 20 heures d'affilée .

Au moment de l'entretien, son employeur devait lui faire un contrat pour le déclarer. Mr Mauricien espérait pouvoir se faire régulariser ainsi. Malheureusement ses démarches n'ont pas abouti.

Parcours de P00

Mr Sénégal, 34 ans est arrivé en France en 2000 pour rejoindre son père, ancien tirailleur sénégalais naturalisé Français. Il est en situation irrégulière à cause d'un erreur d'identification (d'orthographe) sur sa carte d'identité qui empêche le regroupement familial en France. Dans l'attente de la rectification de ses papiers au Sénégal, il est resté à Dunkerque, en foyer chez son cousin. Par la suite, le décès de son père a compliqué les choses sur le plan administratif. Il a ensuite quitté Dunkerque en 2012 pour les Hauts-de-Seine avec sa compagne qui est en situation régulière.

Il a été orienté vers une assistante sociale suite au refus de sa demande de régularisation, qui lui a indiqué les démarches pour constituer son dossier d'AME. Il a ensuite renouvelé son dossier seul. et n'a pas eu de problème particuliers quand il était affilié à la CPAM des Flandres.

Par contre, les choses ont changé à son arrivée dans le 92 en 2012 où il a constaté que l'obtention de l'AME y était plus difficile que dans les Flandres. Notamment, son dossier de renouvellement a été refusé sous prétexte qu'il manquait des pièces, alors qu'il était persuadé d'avoir fourni exactement les mêmes documents qu'à Dunkerque. La preuve de résidence en France a posé problème alors qu'il n'a pas quitté le territoire depuis 2000 et faisait ses renouvellements sans problème à Dunkerque. Suite à l'appel de la plateforme téléphonique de l'assurance maladie, qui lui a confirmé qu'il était dans ses droits, il a poursuivi ses démarches auprès de la CPAM jusqu'à obtenir son AME.

Il n'a eu recours aux médecins que très rarement, pour des certificats médicaux pour le foot ou pour des problèmes d'allergie. Celui qu'il avait l'habitude de voir était le médecin de son réseau communautaire. Il y a avait à Dunkerque beaucoup de personnes ayant le profil de son père et tous allaient voir le même médecin. Il était en effet entouré d'un réseau communautaire solide, organisé pour subvenir aux besoins de la communauté (préparation des repas par ceux qui ne travaillaient pas, tontines). Il a vu un dentiste une fois pour des caries sans problème. En revanche, une fois dans le 92, le fait que sa carte ait été délivrée dans les Flandres lui a valu un refus en pharmacie et une suspicion de fraude dans un laboratoire.

Au moment de l'entretien, il était dans l'attente d'une réponse de la préfecture de Lille et s'apprêtait à devenir papa.

Parcours de P1

Mme Cameroun, 67 ans, est arrivée en France en 2002 pour des raisons de santé. Il lui avait été diagnostiqué un cancer gastrique, pour lequel elle devait se faire opérer. Ses 2 enfants ont décidé de la faire venir pour être avoir un 2è avis. Une fois en France, le fils de Mme Cameroun l'a fait consulter au cabinet de son médecin généraliste à et celui a finalement infirmé le diagnostic. Ils ne connaissaient pas le dispositif de l'AME et se sont acquittés des frais.

Par la suite, Mme Cameroun a fait des allers retours entre la France et le pays.

Ce n'est qu'en 2008, que ses enfants, informés par le bouche-à-oreille lui ont constitué ont dossier d'AME. Ils s'en sont occupés seuls et n'ont pas rencontré de difficultés particulières.

Une fois l'AME obtenue, Mme. Cameroun a continué de consulter les médecins qui suivaient déjà ses enfants. Logeant alternativement chez chacun des ses enfants, il peut lui arriver de consulter des médecins généralistes différents.

Les principales difficultés rencontrées mentionnées sont des refus de soins, notamment par une pharmacie, sous prétexte que l'AME avait été instruite dans un département différent de celui de l'officine. Elle a également eu des problèmes avec un ophtalmologue qui a demandé une avance de frais de 50 euros, ce qui l'a dissuadée de consulter.

Mme D. vit toujours en situation irrégulière et continue de se faire suivre en cabinet.

Parcours de P2

Mme Algérie, 27 ans est arrivée en France en 2011 pour rejoindre son père, qui y vit seul depuis plus de 20 ans. Enceinte, elle avait pour projet de retourner en Algérie pour accoucher. Elle a finalement accouché à 8 mois de grossesse en urgence et c'est à cette occasion qu'une assistante sociale lui a ouvert des droits à l'AME. Elle a par la suite décidé de rester et s'est lancée dans des démarches de régularisation. Son mari et sa fille de 6 ans l'ont alors rejoint. La famille loge dans le studio du père de la patiente dans une grande promiscuité.

Mme Algérie avait déjà l'habitude d'être suivie par un médecin au pays. Elle a trouvé un médecin généraliste par le bouche-à-oreille et a continué d'être suivie là-bas. Elle a surtout eu des difficultés avec des spécialistes.

- refus de soins par un ophtalmologue sollicité pour la prise en charge du strabisme de son fils. Elle s'est finalement orientée vers l'hôpital,

- refus de soins indirect par une dermatologue qu'elle consultait pour l'eczéma de son fils de 4 ans qui lui a demandé d'avancer les frais à chaque consultation, avec une attitude méprisante.

En plus de l'humiliation subie, la patiente a dû renoncer aux soins et a fini par se diriger vers la PMI à un stade très avancé de la pathologie.

Ces difficultés ont fini par lui donner une mauvaise image du corps médical. Cela étant, elle a particulièrement été marquée par une dermatologue qui lui a offert des crèmes pour les soins de son fils et est rassurée de constater qu'il y a des médecins qui la reçoivent sans lui rappeler qu'elle est en situation irrégulière.

Elle n'a pas eu de difficultés pour renouveler son AME sauf l'année de la Réforme de 2011 où sa carte a été délivrée avec du retard suite à des erreurs de la CPAM.

Au moment de l'entretien, elle avait une APS sans autorisation de travail qu'elle renouvelait tous les 3 mois. Ayant un BAC+3 informatique en Algérie, elle espère pouvoir continuer un jour ses études.

Parcours de P3

Mr Mali, 36 ans est arrivé en France en 2002 . Il a d'abord été en situation régulière et a eu la CMUc jusqu'à la perte de son droit au séjour en 2009. Asthmatique, il est suivi depuis plusieurs années dans le même cabinet. Malgré avoir déménagé dans le 92 chez un membre de sa famille, il continue de consulter dans le même cabinet où il a ses habitudes et où il peut revoir de temps à autre des membres de son réseau social.

Ne sachant pas écrire le français, il a fait appel à une assistante sociale pour son dossier d'AME. Il a parfois eu des problèmes pour constituer son dossier.

En bonne santé, il a uniquement consulté en cabinet de médecine générale et n'a jamais eu de refus de soins.

Parcours de P4

Mme Maroc, 27 ans a quitté Agadir en 2008 pour trouver du travail. Laissant toute sa famille derrière elle, Mme Maroc a voyagé seule en passant par l'Espagne et est entrée en France avec un faux passeport qu'elle a obtenu pour 8000 euros. Ne pouvant pas payer une telle somme, la moitié a été réglée par une amie Marocaine. Arrivée en France, elle a logé un jour chez de la famille éloignée avant de se faire mettre à la porte. Elle a pu être logée à l'hôtel, grâce à l'aide financière d'une amie qu'elle connaissait depuis le Maroc. C'est là qu'elle a rencontré celui qui allait devenir son mari un an plus tard (mariage religieux). Ils ont emménagé ensemble et ont eu un enfant. Le mari était en situation régulière. Au moment de l'entretien, le mari avait interdiction de vivre au domicile conjugal en raison de violences. Il avait également des problèmes d'alcoolisme et probablement des troubles psychotiques.

D'un point de vue administratif, Mme Maroc a fait plusieurs tentatives de régularisation qui ont échoué.

Avant d'obtenir l'AME, elle consultait en centre de santé en cas de problème et son mari s'acquittait des frais. Quand elle a appris qu'elle était enceinte, elle continuait à régler les frais de grossesses, non sans difficultés puis elle a découvert l'AME en regardant le journal télévisé. Elle s'est rendue à Médecins du Monde qui ont pris en charge une partie des examens de suivi de grossesse et l'ont adressée à la CPAM pour constituer son dossier AME, en raison de la stabilité de sa situation. Elle a ensuite déposé le dossier avec l'aide de son mari et a obtenu sa 1ère AME sans rencontrer de difficultés administratives moins d'un an après son arrivée en France.

Elle a pour habitude d'être suivie dans le même cabinet, qu'elle a connu par l'intermédiaire de son mari et sa belle-soeur. Elle a également brièvement consulté la psychologue de la PMI pour des troubles anxieux.

Elle a surtout eu des difficultés pour les soins dentaires et a eu une rupture de couverture de plusieurs mois en raison d'un retard à la CPAM. Un agent avait en plus refusé qu'elle dépose son dossier avec 3 mois d'avance.

A la fin de l'entretien, Mme Maroc m'a demandé de lui lire un document qu'elle venait de recevoir. Il s'agissait d'une Obligation de quitter le territoire français. Elle s'est adressée à son avocat par la suite.

Parcours de P5

Mme Roumaine, 79 ans est arrivée en France en 2007 à la demande de sa fille. Cette dernière, agent commerciale y vit seule avec sa fille de onze ans, depuis plusieurs années. Elle était comptable et a perdu son mari en Roumanie . Arrivée en France, elle consultait de temps à autre le médecin traitant de sa fille pour des problèmes aigus . La fille s'acquittait des consultations ou se servait de sa carte vitale avec l'accord du médecin, quand elle ne pouvait pas régler. Etant donné que Mme Roumaine faisait des allers retours entre la France et la Roumanie, la question d'une couverture santé ne s'était jamais vraiment posée. Ce n'est que lorsqu'elle a fait un AVC en 2012 (lors d'un séjour en Roumanie) que le médecin traitant de sa fille a conseillé de constituer un dossier d'AME. Cette dernière a constitué le dossier sans difficultés particulières. Au moment de l'entretien, elle venait d'avoir sa carte et n'avait consulté que trois fois avec . Elle a consulté dans un cabinet que lui avait recommandé la secrétaire de son médecin généraliste, ce dernier étant déjà surchargé. Mme Roumaine a également vu sans difficultés un ophtalmologue que la fille connaissait déjà. Elle a simplement déclaré que l'AME était "magnifique" et qu'elle n'avait vu jusqu'à présent que "des médecins très, très gentils".

Parcours de P6

Mme Algérie bis, 34 ans est en arrivée en France en 2001 et a été régularisée par une demande d'asile. Elle a par la suite alterné entre situation régulière et irrégulière. Ainsi, elle a eu la CMUc de 2001 à 2003, puis l'AME de 2003 à 2005, puis de nouveau la CMUc de 2005 à 2006, puis l'AME en 2006, puis la CMUc de 2007 à 2010 en tant qu'ayant droit de son mari en situation régulière puis elle a eu l'AME quelques mois en 2011 avant d'obtenir de nouveau la CMUc après avoir présenté un récépissé de dépôt de dossier à la préfecture... C'est donc par l'intermédiaire d'un agent de la CPAM qu'elle a connu l'AME, suite à la perte de ses droits de séjour.

Elle a beaucoup de famille en France: mère, frère, oncles, cousins mais semble malgré tout souffrir de l'absence de solidarité. Après avoir été hébergée par son frère, au moment de l'entretien, elle était logée depuis un peu plus d'un an chez une amie dont elle garde les enfants en contrepartie. Elle a dû faire appel au secours catholique pour la domiciliation de son AME.

Pour l'accès à l'AME, les principales difficultés qu'elle a rencontrées sont en rapport la labilité de son statut administratif. Elle a dû faire face à des ruptures de couverture et à des retards d'instruction de dossier allant jusqu'à 6 mois. L'absence de preuve de dépôt de dossier a compliqué ses démarches et elle a dû reconstituer plusieurs fois son dossier. Pendant cette période, elle a eu recours à une PASS .

Par ailleurs, alors qu'elle était en attente de sa CMUc, elle a dû régler au trésor public les 3 consultations qu'elle avait eues en CMS. Suite à cet incident, elle a changé de médecin généraliste. Elle a connu le cabinet où je l'ai interviewé par le bouche-à-oreille.

En ce qui concerne l'accès aux soins, elle n'a jamais eu de refus direct . Elle a cependant déjà eu des difficultés avec un médecin ORL qui lui a fait comprendre qu'il préférerait qu'elle le voit à l'hôpital où il travaille en parallèle. Elle a consulté d'autres spécialistes sans problème particulier.

Au moment de l'entretien, Mme Algérie avait déposé une nouvelle demande de régularisation

Parcours de P7

Mr Ivoirien, 30 ans est arrivé en France en 2011 pour fuir la guerre civile en Côte d'Ivoire. Il est entré clandestinement en France après un long et dangereux périple. Les vols étant annulés en Côte d'Ivoire, il s'est rendu au Ghana, pays limitrophe. Il a ensuite pris un vol pour la Turquie pour rejoindre la Grèce . Il a marché pendant 7 jours puis emprunté un petit "bateau" contenant 7 personnes. Il a ensuite réussi à rentrer en France.

Arrivé en France, bien qu'ayant une demi-sœur et des cousins en France, il a connu beaucoup de difficultés pour se loger. Il a vécu dans plusieurs villes différentes, chez des connaissances (Paris, Bondy, Seine-St-Denis ...), a été hébergé par le 115 et a même dormi dehors.

Il a rapidement cherché à consulter pour faire un bilan de santé après les épreuves subies durant le voyage. C'est un autre Ivoirien qui lui a conseillé de se rendre à Médecins du Monde à Paris. Là-bas, il a été adressé dans un centre médical dans lequel il a pu bénéficier d'un premier bilan gratuit . Il y a également constitué son dossier avec l'aide d'une assistante sociale. Plutôt débrouillard, il n'a pas rencontré de difficultés particulières pour l'accès aux soins . Pour consulter, il a été orienté par son réseau social dans les différentes villes où il a logé. Sur le plan de la santé, il consulte de temps en temps pour des viroses, des problèmes dentaires et tient à faire un dépistage du VIH au moins une fois par an.

Pour survivre, il a fait des petits boulots dans la sécurité ou dans la livraison. Il est notamment tombé sur un employeur malhonnête qui le surexploitait sans lui verser de salaire. De plus, en travaillant comme livreur, il s'est fait arrêter par la police et été placé en garde à vue. Il a fait appel à un avocat qui lui a permis d' éviter la détention. Il a également échappé à l'expulsion, en raison des conflits en Côte d'Ivoire. C'est suite à cela, qu'on lui a recommandé de faire une demande d'asile. Cette demande a été refusée par la suite.

Il a avoué avoir des troubles du sommeil liés à la situation. Il est particulièrement stressé par la pression d'améliorer les conditions de vie de sa mère, restée au pays. Un retour au pays sans avoir "réussi" en France est inenvisageable.

Parcours de P8

Mme Comores, 26 ans est arrivée en France en 2008 pour rejoindre sa sœur, installée en France depuis plusieurs années.

Elle a été aiguillée à toutes les étapes de son parcours de soins par sa sœur et son beau-frère, qui ont eu l'AME avant elle. Ainsi, elle a pu avoir son AME moins d'un an après son arrivée en France, sans rencontrer de difficultés administratives. Elle a directement consulté le médecin de sa sœur, qui est aussi le médecin de famille. Avant d'avoir l'AME, elle s'était rendue chez MDM pour des céphalées.

Elle a essentiellement rencontré des difficultés pour les soins dentaires. Elle a réussi à trouver un dentiste pour des soins basiques mais n'est pas en mesure de payer des prothèses dentaires.

Elle espère avoir ses papiers, pour pouvoir faire des études et travailler.

Parcours de P9

Mr Algérie est arrivé en France en 2010 pour passer des vacances chez un cousin. Il avait une situation stable en Algérie où il était policier. Une fois en France, il a retrouvé une amie d'enfance avec laquelle il a démarré une relation. Ils se sont par la suite mariés religieusement et ont emménagé ensemble. Ils ont alors entamé des démarches pour se marier civilement. La procédure a été longue et compliquée en raison des suspicions de "mariage blanc".

C'est sa concubine qui lui a fait découvrir l'AME et l'a aidé dans toutes ses démarches. Pour cela, elle a demandé de l'aide à sa sœur qui avait également eu l'AME. Ils ont ouvert les droits sans difficultés. Avant d'obtenir l'AME, sa concubine l'avait fait consulter en cabinet pour faire un bilan de santé. Ils se sont acquittés des frais de consultation mais n'ont pas pu réaliser les examens complémentaires. Par la suite, le patient a essentiellement consulté chez le médecin généraliste de sa concubine ainsi que chez le dentiste. Il a essentiellement rencontré des difficultés pour trouver un dentiste. Il a besoin de prothèses dentaires qu'il n'est pas en mesure de payer.

Le couple a réussi à se marier après 3 années de lutte administrative, grâce à l'intervention d'un avocat. Au moment de l'entretien, les démarches de régularisation de Mr Algérie étaient bien avancées. Ils avaient notamment déposé un dossier pour qu'il soit rattaché à l'assurance maladie de son épouse, en tant qu'ayant droit.

Parcours de P10

Mme Haïti, 39 ans est arrivée en France en 2006, laissant derrière elle ses 8 enfants. Elle a d'abord fait une demande d'asile, qui a été refusée, puis elle a demandé une régularisation pour raison de santé (hypertension), qui a également été refusée. Elle a donc d'abord eu la CMUc, avant d'avoir sa première AME en 2010. Elle a connu le dispositif par l'intermédiaire de son réseau familial et s'est fait aider par une assistante sociale pour l'obtenir. Avant de connaître l'AME, étant hypertendue elle consultait en cabinet et s'acquittait non sans difficultés de ses frais de santé. Alternant entre situation régulière et irrégulière, elle a de nouveau eu la CMUc de 2011 à 2012 puis l'AME en 2013.

Elle n'a que très peu de famille en France. Sans logement stable, elle peine à trouver des heures de ménage pour pouvoir vivre. Les réductions dont elle peut bénéficier pour le transport sont très importantes pour lui permettre de chercher du travail.

Ayant connu la CMUc, elle a surtout parlé des différences d'accès aux soins et la stigmatisation qui découlent de l'absence de carte vitale. Elle a connu plus de refus de soins avec son AME qu'avec sa CMUc, en particulier dans certaines pharmacies, pour les ophtalmologues et les dentistes. Elle a connu son médecin généraliste par le bouche-à-oreille, une fois installée de manière relativement stable dans le département du 93. Elle a particulièrement été marquée par les qualités humaines de ce médecin, à tel point qu'elle la considère presque comme un membre de sa famille. Elle continue d'être suivie par elle, même en cas de changement de domicile.

Parcours de P11

Mme Mali a un parcours complètement atypique.

Elle a été adoptée vers l'âge de 5 ans par un couple de Français travaillant pour une grande organisation internationale. Ses parents n'ayant pas été au bout des démarches administratives, elle n'a jamais obtenu la nationalité. Elle a grandi à Clermont-Ferrand puis a suivi ses parents à travers le monde jusqu'à sa majorité. Elle a eu un BAC international aux Etats-Unis avant de poursuivre des études de tourisme en Angleterre pendant 4 ans. Une fois ses études terminées, elle a décidé de retourner au Mali pour connaître sa mère biologique et ses frères et soeurs. Après avoir travaillé quelques temps dans une agence de tourisme au Mali, elle a décidé de revenir en France en 2000, à l'âge de 26 ans pour poursuivre ses études et avoir un meilleur travail. Elle est arrivée avec un visa touristique d'un an. C'est au terme de cette période qu'elle est passée en situation irrégulière.

En raison de conflits familiaux, elle avait à cette époque coupé les ponts avec sa famille adoptive. N'ayant pas de famille en France, elle a été hébergée par plusieurs amis. Elle a obtenu sa première AME un an après être arrivée en France. Par la suite, entre la perte de son passeport et les problèmes de domiciliation, elle n'a pas pu renouveler son AME. Elle n'a eu aucun recours aux soins pendant cette période, y compris lorsqu'elle est tombée enceinte de son compagnon, en 2005. Elle avait essayé de consulter en centre de santé mais on lui a refusé les soins. Ce n'est qu'à ses 6 mois de grossesse qu'elle s'est rendue à l'hôpital et que le suivi de grossesse a commencé. Elle a été adressée à une assistante sociale de secteur pour être aidée dans la constitution de son dossier, notamment pour la domiciliation, qu'elle a obtenue du CCAS. Ayant été mise à la porte par les amis chez qui elle logeait, le 115 a pu lui obtenir une place en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) jusqu'à son accouchement. Elle a accouché sans complications mais a dû rester plus de 2 semaines à l'hôpital, faute de place en CHRS. Par la suite, le 115 a trouvé un hébergement pour elle mais les places étant très limitées, on l'a souvent changé d'endroit (Epinay-sur-Seine, Saint-Denis, Bobigny, Paris...). En raison de cette instabilité de logement, elle consultait plutôt en PMI et en centre de santé en fonction de son lieu de vie.

Par la suite, elle a pu avoir un logement plus stable et a repéré un cabinet près de la maternelle de son fils. Ce dernier a été suivi là-bas pendant plusieurs années. Suite à un nouveau déménagement, elle a trouvé son médecin généraliste actuel par le biais de sa marraine à Epinay-sur-Seine. En effet, étant donné les problèmes d'asthme de son fils, elle cherche un médecin généraliste à chaque changement de domicile pour savoir où aller en cas de problème.

Elle a rencontré de nombreuses difficultés pour l'accès aux droits et l'accès aux soins. Elle a notamment particulièrement été choquée par l'attitude méprisante de certains agents de la CPAM, qui lui renvoyaient une image de "pique-assiette". Elle a eu plusieurs ruptures de couverture. Des agents ont déjà refusé son dossier de renouvellement sous prétexte que les droits n'étaient pas arrivés à terme, alors qu'elle avait reçu un courrier l'invitant à le faire 2 mois avant la fin des droits.

Elle a essuyé de nombreux refus de soins surtout avec les spécialistes (dentistes, ophtalmologues) et les paramédicaux (podologue, kinésithérapeutes). Ces différentes difficultés lui ont donné une mauvaise image du corps médical, à tel point qu'elle pensait un médecin capable d'appeler la police si elle consultait sans son AME.

Au moment de l'entretien, elle était encore logée en CHRS et faisait quelques heures de ménage non déclarées pour survivre. Sa priorité était d'avoir un travail pour retrouver sa dignité, "pouvoir payer, faire quelque chose". Elle fait d'ailleurs du bénévolat au Secours Catholique, qui l'a beaucoup aidé lorsqu'elle était enceinte. Cette activité lui permet aussi de développer son réseau social, vers lequel elle se tourne en cas de problème.

Quelques mois après l'entretien, Mme P11 a enfin eu ses papiers.

Parcours de P12

Mme Bénin, 34 ans est arrivée en France en 2009 et a été hébergée chez sa soeur depuis.

On lui a découvert une hépatite B chronique à l'occasion d'un bilan sanguin proposé par les resto du cœur. Elle a été adressée dans une PASS hospitalière par la suite. N'ayant pas de preuve de présence en France, elle a dû attendre 3 mois pour constituer son dossier d'AME.

Pour ce qui est de l'accès aux droits, il n'y a pas eu de difficulté particulière en dehors d'un retard d'un mois lors d'un renouvellement.

Elle est essentiellement suivie par des médecins hospitaliers et consulte de temps en temps en ville. Consultant peu, elle n'a pas fait part de difficultés particulières pour l'accès aux soins.

Parcours de P13

Mme Cameroun Bis, 65 ans est arrivée en France en 2007, à la demande de sa fille unique vivant en France avec son mari et ses 2 enfants.

Sa fille l'a d'abord fait consulter en cabinet pour la prise en charge de son hypertension. Elle l'a également amenée aux urgences ophtalmologiques pour des problèmes visuels qui étaient en fait liés à une cataracte. En raison du coût des soins, elle s'est par la suite tournée vers MDM, où on leur a appris l'existence de l'AME. Avant l'ouverture des droits, les examens complémentaires et médicaments ont été pris en charge par MDM pendant plusieurs mois. Sa fille s'est chargée toute seule du dossier et n'a pas eu de difficultés particulières pour l'obtenir.

En ce qui concerne l'accès aux soins Mme Cameroun n'a constaté aucune difficulté. Sa fille l'a directement fait consulter chez son médecin traitant et ce dernier adresse lui-même la patiente pour les avis spécialisés. Par ailleurs, sa fille prend soin d'appeler au préalable pour être sûre qu'il n'y aura pas de refus.

Elle a surtout eu des difficultés lors d'un renouvellement. Son passeport étant périmé, elle n'a pas eu d'AME pendant 6 mois. Pendant cette période, elle a acheté ses médicaments elle-même et n'a quasiment pas consulté.

Elle entretient d'excellents rapports avec son médecin qu'elle considère "comme son petit-frère". Elle a particulièrement été marquée par sa conscience professionnelle, son sens de l'écoute et sa sympathie, notamment lorsqu'il lui a fait savoir qu'elle aurait dû consulter même sans AME et qu'il a refusé qu'elle le règle.

Etant plutôt active au Cameroun, elle a été déstabilisée par la perte de repère en arrivant en France. La peur de l'expulsion, l'absence de repères géographiques limitaient ses sorties. La religion l'a beaucoup aidée à surmonter ces difficultés. Au moment de l'entretien, elle hésitait entre rester auprès de sa fille et retourner au pays.

Annexe 3 : Formulaire Cerfa

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.



n° 11573*05

demande d'aide médicale de l'Etat

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

volet destiné
à la caisse
d'assurance maladie

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

le demandeur

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

prénoms

date de naissance

lieu de naissance

nationalité

Espace Economique Européen autre

adresse en France

code postal

commune

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

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

département :

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

département :

votre durée de résidence en France

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

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

NOM	prénom	lien de parenté	date de naissance

vos ressources et celles des personnes à votre charge

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

si vous versez des pensions alimentaires cochez la case et précisez depuis quelle date :

Indiquez, dans ce cas, le montant total versé au cours des douze derniers mois :

si vous êtes logé(e) à titre gratuit cochez la case et précisez depuis quelle date :si vous percevez ou avez perçu des indemnités journalières cochez la case si vous percevez ou avez perçu des allocations familiales cochez la case n° d'allocatairesi 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

ANNEXE 4 : Lettre d'information pour les médecins

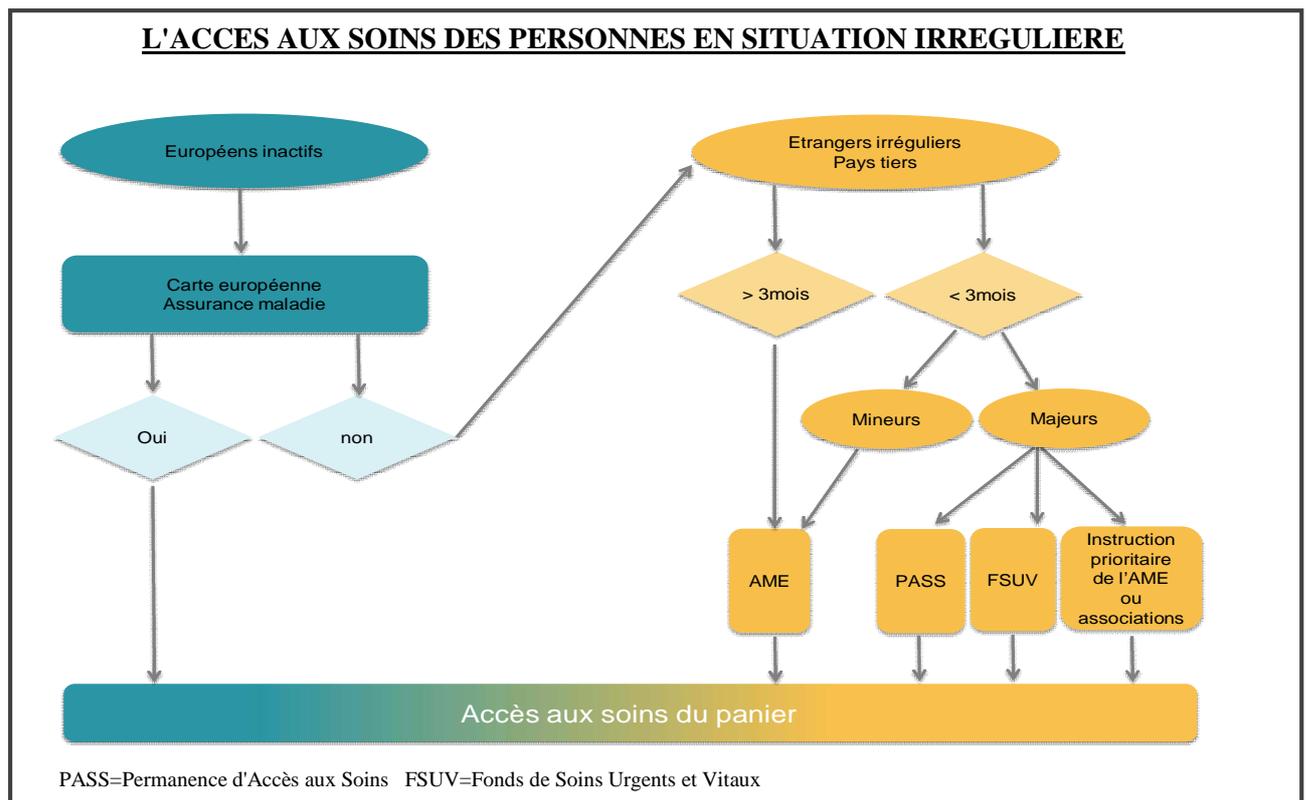
MEDECINS GENERALISTES : L'AME EN PRATIQUE

L'aide médicale de l'État (AME) est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins, sous réserve de remplir certaines conditions:

- ❖ Ressources: elles ne doivent pas dépasser un plafond qui est le même que pour la CMUc (8644,52 euros/ an pour une personne seule soit 720 euros/mois au 1er Juillet 2014)
- ❖ Résidence: le patient doit être en France depuis au moins 3 mois de manière ininterrompue.

QUI SONT LES PERSONNES ELIGIBLES?

- ❖ Les ressortissants de pays tiers (Hors Union-Européenne) ne disposant pas de titre de séjour ou de tout autre document attestant que des démarches pour l'obtention d'un titre de séjour sont en cours (récépissé, convocation, rendez-vous en préfecture,...)
- ❖ Les ressortissants Européens sans emploi résidant en France depuis plus de 3 mois sont en situation irrégulière s'ils ne disposent pas d'une couverture santé.



Le panier de soins de l'AME est identique à celui des assurés sociaux à l'exception des frais de Procréation médicalement assistée et des cures thermales . Il couvre donc aussi les frais de transports.

La couverture correspond à 100% du tarif sécurité sociale. Le bénéficiaire n'a donc **rien à payer** pour les consultations de professionnels de santé du secteur I.

PIECES A FOURNIR POUR LE DOSSIER

- **Formulaire cerfa** disponible dans tous les points d'accueil de l'assurance maladie ou téléchargeable sur le site ameli.fr (taper AME + AMELI dans le moteur de recherche)
- **Pièce d'identité du demandeur et des ayants droits** ou tout autre document de nature à attester l'identité (carte étudiant, attestation d'une association reconnue ou même d'un professionnel de santé)
- **Preuve de résidence depuis plus de 3 mois:** passeport avec la date d'arrivée en France, facture EDF, quittance de loyer, attestation ou tout autre document attestant de la présence en France comme un **document médical** (ordonnance, hospitalisation...)
- **Domiciliation:** les patients sans domicile fixe peuvent être domiciliés par le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) ou par une association agréée (ex dans le 93: Médecins du Monde, centre Emmaüs...)
- **Ressources:** sont prises en compte les ressources du demandeur et des personnes à charges au cours des 12 derniers mois, y compris à l'étranger. Certaines caisses demandent des justificatifs ou un document récapitulant les moyens d'existence et leur estimation chiffrée.

NB: Les documents à fournir peuvent varier en fonction des départements. En cas de difficultés, il faut savoir que l'absence de pièces justificatives relatives aux ressources ne fait pas obstacle à l'attribution du droit, une attestation sur l'honneur étant suffisante (circulaire ministérielle DSS/2A n°99-701 du 17/1 2/99)

OU ADRESSER LES PATIENTS EN CAS DE DIFFICULTES?

En cas de difficulté ou d'absence d'ouverture de droits, il est possible d'adresser les patients vers un CCAS ou une association pour avoir une aide à la constitution de son dossier.

Les PASS, en plus de délivrer des soins aux personnes sans couverture, apportent également une aide administrative.

REEMPLIR UNE FSE PAPIER

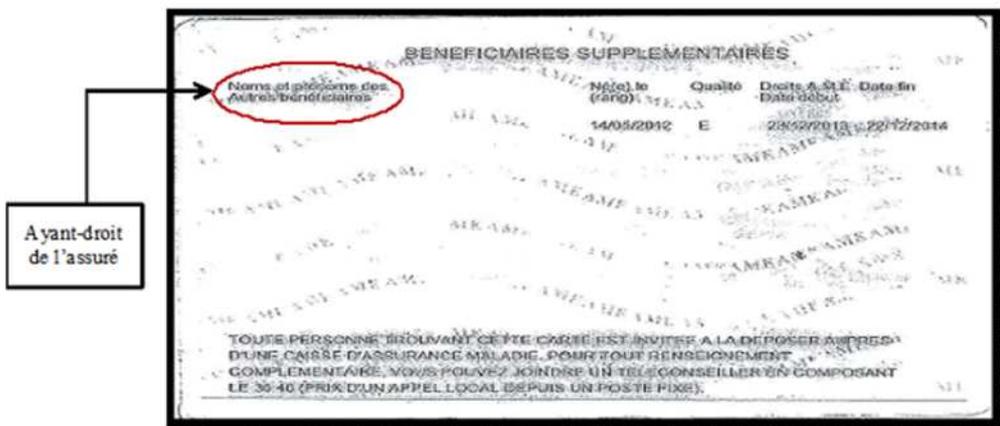
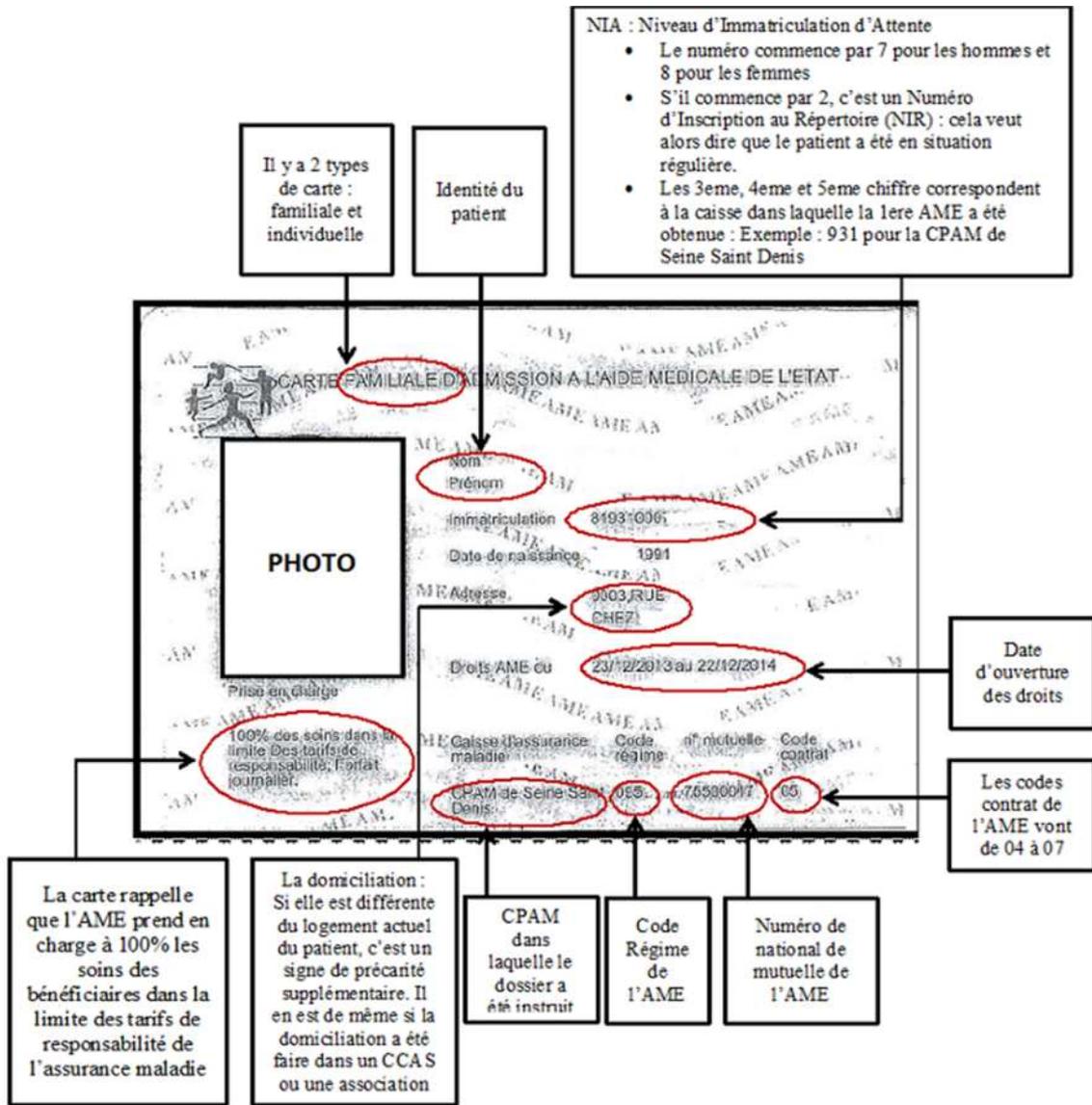
The image shows a paper FSE (feuille de soins électronique) form. It is a grid-like document with various fields for patient information, including name, address, date of birth, and date of service. There are checkboxes for 'X' and a section for 'Faire signer'. The form is partially filled out, showing a date of 'xx/xx/14' and a value of '23,00'.

MEMENTO POUR LA CONSULTATION:

Connaître les conditions de vie des patients permet d'adapter ses pratiques pour une meilleure efficacité des soins. Certains éléments permettent d'avoir une idée du niveau de précarité des patients.

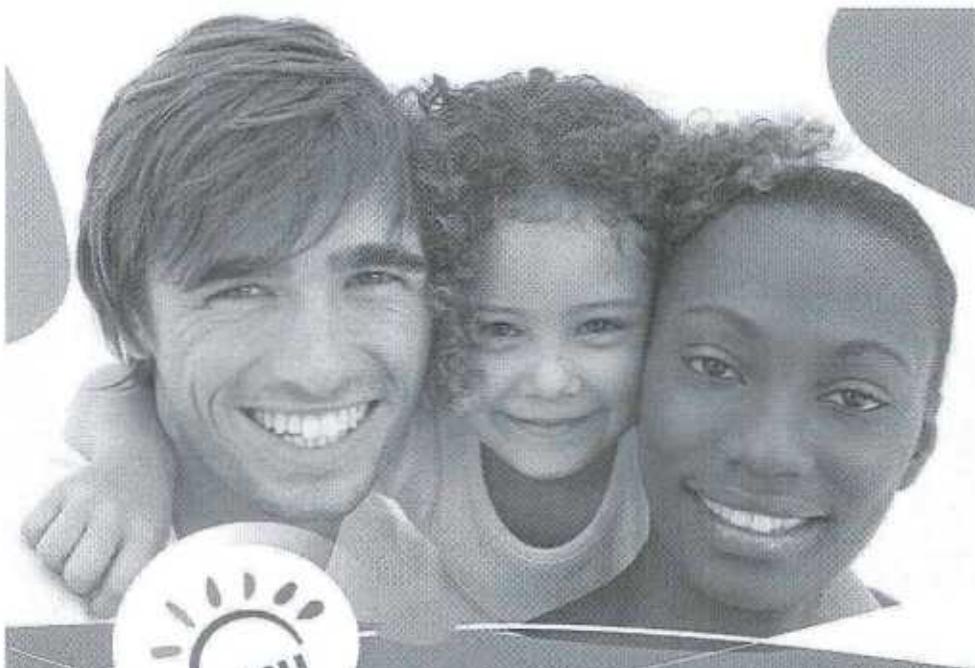
1. Recueillir des informations sur les conditions de vie du patient : Analyse de la carte AME, solidité et nature du réseau familial et social, stabilité du logement, situation administrative, source de revenus/ travail, mode de consultation avec ou sans RDV.
2. Penser à dépister les troubles anxio-dépressifs, fréquents chez les étrangers précaires
3. Pour prescrire: penser à la faisabilité
 - Médicaments: éviter les médicaments non remboursés ou prévenir le patient
 - Avis spécialisé ou soins paramédicaux: demander au patient s'il sait où aller ou adresser le patient à un médecin à un spécialiste connu. Conseiller au patient de rappeler en cas de difficultés à trouver. L'idée est de l'accompagner sans l'assister.
4. Se faire rembourser: privilégier le mode dégradé lorsque c'est possible, le remboursement étant plus rapide qu'avec la feuille de soins papier (environ 7 jours).La procédure est détaillée sur ameli.fr.

CARTE AME: DECRYPTAGE



Sources:

Annexe 5: Document d'information pour les patients (Fonds CMU, 2014)



CMU de base,
 CMU complémentaire (CMU-C),
 Aide pour une Complémentaire Santé (ACS),
 Aide Médicale de l'état (AME).

Des dispositifs d'aide pour
 favoriser l'accès aux soins.



Qu'est-ce que l'AME ?

Si vous êtes étranger et que vous ne disposez pas d'un titre de séjour ou d'un document prouvant que vous avez entamé des démarches pour obtenir un titre de séjour (récépissé d'une demande de titre de séjour, convocation à la préfecture...) vous pouvez sous certaines conditions bénéficier de l'Aide Médicale d'Etat (AME).

Vos droits

L'AME prend en charge les dépenses de santé jusqu'à 100 % des tarifs maximum fixés par l'assurance maladie.

Exemple d'une consultation chez un médecin généraliste



Vous avez le droit à la dispense d'avance de frais, c'est-à-dire qu'en présentant votre carte AME au professionnel de santé, vous n'avez rien à régler. La consultation est directement réglée par l'assurance maladie.

Les prestations prises en charge

L'AME prend en charge les dépenses de santé pour les consultations médicales ou dentaires en cabinet ou à l'hôpital.

Important

Les prises en charge sont effectuées à hauteur des tarifs maximum fixés par l'assurance maladie, les dépassements d'honoraires restent à votre charge. De plus, contrairement à la CMU-C, il n'existe pas pour l'AME de forfaits supplémentaires pour la prise en charge de soins dentaires, lunettes ou prothèses auditives.

Les conditions d'accès

Pour bénéficier de l'AME, il faut remplir trois conditions :

1. Résider en France de manière irrégulière

C'est-à-dire sans disposer d'un titre de séjour, d'un récépissé de demande ou de tout document attestant que des démarches pour l'obtention d'un titre de séjour sont en cours.

2. Résider en France de manière stable

Il faut vivre en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer depuis une durée ininterrompue de trois mois au moins.

AME à titre humanitaire

Si vous êtes de passage en France (avec un visa touristique, un visa de court séjour, etc.) et ne bénéficiez ni de la couverture sociale de votre pays d'origine, ni d'une assurance privée, et que votre état de santé nécessite des soins imprévus, vous pouvez sous certaines conditions bénéficier de l'AME à titre humanitaire.

Prise en charge des soins urgents

Si avez besoin de soins urgents, que vous résidez en France de façon irrégulière (sans visa touristique, sans visa de court séjour, etc.) depuis moins de trois mois, ou depuis plus de trois mois mais n'avez pas l'AME, vos soins urgents peuvent être pris en charge sous certaines conditions.

3. Avoir des ressources inférieures à un plafond

Les ressources prises en compte sont celles des douze derniers mois. Le plafond de ressources varie selon le lieu de résidence et la composition du foyer (cf annexe de ce document).

Important

Si vous êtes bénéficiaire d'une aide au logement ou l'avez pratiquement ou propriétaire de votre logement, un important forfait s'est appliqué à vos ressources dans un souci d'équité avec un demandeur qui supporterait des charges de logement sans aide.

Le renouvellement

L'AME est accordée pour un an et doit être renouvelée chaque année.

Les démarches à accomplir

Pour votre faire votre demande d'AME, trois étapes :

1. Compléter le formulaire de demande en suivant les instructions indiquées

Il faut remplir un seul dossier pour le demandeur et les personnes à sa charge.

Le formulaire est directement téléchargeable sur le site cmu.fr.

Il est également disponible auprès de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de votre lieu de résidence.

2. Joindre toutes les pièces justificatives demandées en fonction de votre situation pour vous-même et les membres majeurs de votre foyer

Vous ne devez joindre que des copies de vos documents.

Votre identité	Pièces justificatives
Vous identité et celles des personnes à votre charge qui vivent en France	Vous devez présenter l'original ou fournir une photocopie lisible de votre carte d'identité ou votre passeport ou la copie du titre de séjour antérieurement détenu, ou un 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 ou tout document de nature à attester votre identité et des personnes à votre charge
Vous identité et celles des personnes à votre charge âgées de 16 ans et plus	Une photo d'identité récente de format 3,5 cm x 4,5 cm pour vous et chacun des personnes à votre charge de 16 ans et plus
Vous résidence	Vous devez présenter l'original ou fournir une photocopie lisible de l'un des documents suivants : <ul style="list-style-type: none">• 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 (Centre Communal d'Action Sociale ou association agréée), datant de plus de trois mois, si vous n'avez pas de domicile,

	<ul style="list-style-type: none"> • tout autre document de nature à prouver que cette condition est remplie
Vos ressources	Vous devez présenter l'original ou fournir une photocopie lisible des documents relatifs aux ressources, imposables ou non imposables, perçues en France et à l'étranger au cours des douze mois précédant votre demande, pour vous et les personnes à votre charge

3. Adresser l'ensemble de votre dossier à un organisme compétent

Il s'agit des organismes listés à l'article L252-1 du code de la sécurité sociale : organismes d'assurance maladie, centre communal ou intercommunal d'action sociale du lieu de résidence, associations ou organismes à but non lucratif agréés.

Le suivi de votre demande

Le délai de traitement varie entre un et deux mois.

Le Fonds CMU n'est pas en mesure de vous renseigner sur votre dossier. Seule la CPAM peut vous fournir les renseignements nécessaires. A la fin de l'étude de votre demande, votre caisse vous informera par courrier de sa décision. En cas de contestation, des voies de recours existent, celles-ci sont détaillées dans le courrier de notification.

Si votre demande est acceptée, la CPAM vous convoquera pour le retrait de votre carte de droits à l'AME. Lorsque l'AME est attribuée, elle prend effet à compter de la date figurant sur l'attestation de droit.

Le renouvellement

Vos droits à l'AME vous sont attribués pour une durée d'un an. Les dates d'ouverture des droits figurent sur votre carte AME.

La demande de renouvellement doit être faite deux mois avant la date d'échéance dans les mêmes formes que la première demande.

Annexe : les plafonds d'attribution

L'article D. 861-1 du code de la sécurité sociale, pris en application de l'article L. 861-1 du même code, fixe le montant du plafond annuel de revenus à ne pas dépasser pour l'accès à la CMU complémentaire. Toutes les ressources, imposables ou non imposables, perçues au cours des douze mois précédant la demande sont prises en compte, exceptées celles mentionnées à l'article R. 861-10 du Code de la sécurité sociale. Pour l'octroi de l'aide complémentaire santé, les ressources doivent être comprises entre le plafond de la CMU complémentaire et celui-ci majoré de 35 %. Le plafond d'attribution de l'AME est identique à celui de la CMU-C (article L.251-1 du code de l'action sociale et des familles).

Barème CMU-C, ACS et AME au 1er juillet 2014 (en euros)

Métropolis

Nombre de personnes	Plafond CMU-C/AME		Plafond ACS	
	Annuel	Mensuel*	Annuel	Mensuel*
1	8645	720	11670	973
2	12967	1081	17505	1459
3	15560	1297	21006	1751
4	18153	1513	24507	2042
5	21611	1801	29175	2431
Par personne en +	+ 3457,807	+ 288,151	+ 4608,040	+ 388,003

DOM

Nombre de personnes	Plafond CMU-C/AME		Plafond ACS	
	Annuel	Mensuel*	Annuel	Mensuel*
1	5611	462	12989	1082
2	14432	1203	19483	1624
3	17318	1443	23360	1945
4	20205	1684	27277	2273
5	24053	2004	32472	2706
Par personne en +	+ 3848,539	+ 320,712	+ 5195,528	+ 432,981

Important : à propos des personnes ayant à leur disposition un logement à titre gratuit

Les personnes ayant à leur disposition un logement à titre gratuit (propriétaire, personne logée gracieusement) ou bénéficiant d'une aide au logement se voient appliquer un forfait logement qui est ajouté à leurs ressources. Ce forfait varie selon la composition familiale.

Nombre de personnes	Propriétaire occupant à titre gratuit		Bénéficiaire d'une aide au logement	
	Montants mensuels		Montants mensuels	
	pour 2013	pour 2014	pour 2013	pour 2014
1 personne	12 % du RSA 1 personne, soit 57,99 euros (1) 59,45 euros (2)	12 % du RSA 1 personne, soit 60,82 euros	12 % du RSA 1 personne, soit 57,99 euros (1) 59,45 euros (2)	12 % du RSA 1 personne, soit 59,92 euros
	14 % du RSA 2 personnes, soit 80,78 euros (1) 83,51 euros (2)	14 % du RSA 2 personnes, soit 86,66 euros	16 % du RSA 2 personnes, soit 115,98 euros (1) 118,30 euros (2)	16 % du RSA 2 personnes, soit 119,84 euros
3 personnes ou +	14 % du RSA 3 personnes, soit 121,78 euros (1) 124,21 euros (2)	14 % du RSA 3 personnes, soit 125,83 euros	16,5 % du RSA 3 personnes, soit 143,57 euros (1) 146,35 euros (2)	16,5 % du RSA 3 personnes, soit 146,30 euros

*Les moyennes mensuelles sont fournies à titre indicatif

(1) : montant du forfait logement du 1^{er} janvier 2013 au 31 août 2013

(2) : montant du forfait logement du 1^{er} septembre au 31 décembre 2013

Annexe 6: Tableau comparatif des pratiques des caisses d'Ile-de-France en matière d'octroi des prestations⁽³⁹⁾

Difficultés rencontrées	75		77		92		93		94	
	Oui	commentaire	Oui	commentaire	Oui	commentaire	Oui	commentaire	Oui	commentaire
Formulaires complémentaires spécifique à un département	X	AME : - formulaire de ressources / dépenses spécifique à Paris - formulaire de rattachement « ayant droit » (informations déjà présentes dans l'imprimé AME)	X	Formulaire spécifique pour l'attestation (sur l'honneur) de ressources					X	Difficultés quand demander de droits dans un autre département (surtout pour l'AME) : pas de standardisation des formulaires
Demande abusive de pièces complémentaires (ce qui occasionne des retards encore plus important de traitement)			X	AME - copie intégrale du passeport (alors que sont fournies une pièce d'identité + preuve de présence de 3 mois) - demande de preuve de non affiliation à une autre caisse de sécurité sociale (dans les textes une attestation sur l'honneur est suffisante) - Nouvelle attestation justifiant de la durée et du motif de la présence sur le territoire français - RIB pour CMUC	X	Demande de fournir un RIB pour CMUC - Différencs+++ selon agent instructeur - Certains demandent pièce identité de l'habitant - Demande de copie de passeport alors qu'un acte de naissance a déjà été fourni - Demande de documents déjà fournis lors de l'envoi initial			X	Disparition des documents fournis ou documents réphotocopiés x fois qui deviennent illisibles
Différences dans l'instruction des dossiers : - selon les départements - au sein d'un même département, selon l'agent instructeur	X		X		X				X	

Difficultés rencontrées	75		77		92		93		94	
	Oui	commentaire	Oui	commentaire	Oui	commentaire	Oui	commentaire	Oui	commentaire
Délais d'instruction trop importants	X	3 mois	X	supérieurs à 2 mois et demi		3 mois (hors Réseau)	X	3 mois	X	Même dépt : 3 mois Avec Mission sociale : 2 mois Autre dépt : + de 3 mois
Difficulté à obtenir l'AME d'urgence			X	Au moins 1 mois de traitement, voire dans certains cas pas de traitement prioritaire	X	Impossible d'avoir l'attestation de refus	X	Au moins 1 mois de traitement, voire dans certains cas pas de traitement prioritaire		Depuis qq mois aucune difficulté car l'attestation nous est adressée automatiquement
Accès aux guichets - retrait des AME	X	1 seul point de retrait des AME - disparition des "points CPAM", notamment dans les hôpitaux	X	Depuis peu, sur le nord 77, 1 seul point de retrait de la carte. Partenaires non informés et procédure qui peut changer Parfois refus de remettre une « attestation de dépôt » Pas de photos possibles sur place pour les personnes ayant peu de revenus	X	1 seul point de retrait à Nanterre Délais trop longs après accord AME (1 mois pour que le patient reçoive le courrier et 1 mois pour avoir un RDV pour retirer la carte)			X	Pas d'attestation de dépôt du dossier quand il est effectué dans un centre CPAM
Dossiers complexes à comprendre : nécessite nécessairement un accompagnement professionnel (pas d'aide au guichet)			X	Aux guichets : seullement distribution des dossiers + liste de pièces à fournir.	X	Il existe un dispositif performant : 2 délégués solidarité pour les partenaires sociaux (associations, hôpitaux, réseaux....) Délégués sociaux pour les usagers et partenaires sous forme de permanences (ESJ, CMS...)	X	++ Plus d'une centaine de langues parlées en SSD	X	Lorsqu'un dossier est trop compliqué, les patients viennent rencontrer la déléguée des missions sociales sur l'hôpital. Quand il est fait dans un centre de la CPAM on rattrape ce qui ne va pas avec les missions sociales au CHIC

Difficultés rencontrées	75		77		92		93		94	
	Oui	commentaire	Oui	commentaire	Oui	commentaire	Oui	commentaire	Oui	commentaire
Communication avec le service instructeur			X	Demandes d'information sur les dossiers en cours qui s'avèrent infructueuses ou inexactes	X	Le courrier envoyé aux patients mentionnant l'accord d'AME n'est pas scanné, impossibilité de la récupérer par l'intermédiaire des délégués solidarité Idem pour les refus d'AME			X	Concordance entre attestation de droits patients et droits trouvés sur le logiciel des missions sociales
Réponse de la plate-forme non conforme aux droits existants						Refus d'AME pour un enfant de nationalité étrangère, alors que la demande a été faite pour lui exclusivement et que la loi indique que tout enfant doit en bénéficier dès lors qu'il est sur le territoire				
Ouverture des droits pour les mineurs			X	La CPAM exige un Pb de santé ou une hospitalisation pour accorder les ouvertures de droits	X	Pas de réponse sur les autres possibilités par la CPAM 1				
Pas de lien avec les CPAM d'autres départements					X	Destruction des dossiers qui ne sont pas recevables sans avertissement au bénéficiaire (car domiciliation dans un autre département)			X	Pas connaissance de l'existence de missions sociales dans d'autres départements (pas de relais surtout dans le 75)

Difficultés rencontrées	75		77		92		93		94		
	Oui	commentaire	Oui	commentaire	Oui	commentaire	Oui	commentaire	Oui	commentaire	
<p>Décalage entre l'ouverture des droits CMU et CMU-C</p> <p>Difficulté à obtenir l'admission immédiate à la CMU-C</p>			X	Admission immédiate : Peu appliqué, même en joignant un certificat médical. La CMUC (Complémentaire) et la CMU (Base) sont instruites dans deux services différents ce qui rallonge les délais. Accord décalé pour CMU C			X	Sauf pour RSA sociale		X	Décalage entre l'obtention de la CMU de base et la complémentaire : même demandée en même temps, elles ne débute pas à la même date
<p>Soins urgents pour les personnes en situation irrégulière présentes depuis moins de 3 mois sur le territoire Français</p>				Pas de problème pour les soins urgents			X	<p>Problème particulièrement important en raison de la présence de l'aéroport de Roissy Charles de Gaulle.</p> <p>Coûts qui pèsent sur l'hôpital Robert Bailanger qui gère de fait les urgences des "arrivants" à l'aéroport. Risque de soins de « second ordre » pour les prises en charge coûteuses</p>			Bien géré par les médecins du CHIC
<p>Coûts de la communication avec la plate-forme</p>	X		X				X				0 euro CDR en direct et Infos auprès des missions sociales

Annexe 7: Liste de propositions pour l'amélioration de l'accès aux soins (39)

LISTE DES PROPOSITIONS

I- RENDRE EFFECTIF L'ACCÈS AUX DROITS

SIMPLIFIER

Proposition n°1

Rendre automatique l'attribution de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) aux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) socle.

Proposition n°2

Fonder l'attribution de la CMU-c et de l'ACS sur le dernier revenu fiscal de référence.

Proposition n°3

Fusionner l'aide médicale d'Etat (AME) et la couverture maladie universelle (CMU).

Proposition n°4

Repréciser les modalités de traitement des dossiers de demande de CMU-c, d'ACS et d'AME, et les rendre opposables aux services instructeurs.

Proposition n°5

Espacer les renouvellements de droits et si possible automatiser les renouvellements pour les personnes dont les situations évoluent peu.

Proposition n°6

Rendre les organismes d'assurance maladie responsables des opérations de changement d'organisme ou de statut et supprimer les pénalités éventuelles pour les assurés lorsqu'ils ne sont pas responsables des retards.

Proposition n°7

Simplifier, en les adaptant aux publics visés, les formulaires de demande d'aide ainsi que les courriers de notification et de refus.

« ALLER CHERCHER LES BÉNÉFICIAIRES UN PAR UN »

Proposition n°8

Désigner, pour les personnes précaires, des interlocuteurs physiques et bien identifiés.

Proposition n°9

Installer des permanences de la caisse primaire d'assurance maladie dans les établissements publics de santé et les prisons.

Proposition n°10

Soutenir les coopérations entre caisses primaires d'assurance maladie et centres communaux et intercommunaux d'action sociale.

Proposition n°11

Redéployer des agents des caisses primaires d'assurance maladie vers l'accompagnement personnalisé des personnes les plus fragiles.

Proposition n°12

Créer cent services mobiles/itinérants pour se rapprocher des populations les plus fragiles.

Proposition n°13

Généraliser l'automatisation de la détection des situations de non recours.

II- OUVRIR DE NOUVEAUX DROITS

Proposition n°14

Étendre la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) aux bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH) et de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

Proposition n°15

Transformer l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) en une couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) contributive.

Proposition n°15bis

Si la proposition n°15 n'était pas retenue, créer le « label » prévu par l'article 55 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Proposition n°16

Abaisser le seuil de déclenchement des indemnités journalières.

III- LEVER LES OBSTACLES FINANCIERS

Proposition n°17

Faire appliquer la loi en matière de dispense d'avance de frais et d'interdiction des dépassements d'honoraires pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et pour les détenteurs d'une attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

Proposition n°18

Généraliser le tiers payant intégral (dispense d'avance de frais) pour l'ensemble de la médecine de ville (régime obligatoire et régime complémentaire hors dépassements d'honoraires).

Proposition n°19

Donner dès à présent au médecin traitant la possibilité de demander le tiers payant et l'application des tarifs sans dépassements d'honoraires pour toute la suite du parcours de soins coordonné.

IV- SOUTENIR LES STRUCTURES TOURNEES VERS LES POPULATIONS FRAGILES

Proposition n°20

Soutenir les services d'urgences qui accueillent une proportion importante de patients en situation de précarité en majorant leur forfait annuel et en les faisant bénéficier d'une dotation complémentaire sur l'enveloppe des MIGAC.

Proposition n°21

Protéger et développer les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dédiées. Garantir avant la clôture de l'exercice budgétaire 2013 le fléchage le plus strict des crédits MIG attribués à ces structures.

Proposition n°22

Lancer un appel à projets pour créer 10 PASS de ville ou mobiles.

Proposition n°23

Conforter les lits halte soins santé sur tout le territoire.

Proposition n°24

Soutenir les centres de santé et favoriser une meilleure couverture du territoire.

Proposition n°25

Pérenniser, dans les réseaux de santé, les dispositifs d'accompagnement des populations en situation de précarité.

Proposition n°26

Modifier le cahier des charges national des maisons de santé pour que le socle minimal obligatoire comporte des dispositions précises sur l'accueil et la prise en charge des plus démunis.

Proposition n°27

Renforcer les centres hospitaliers universitaires implantés dans des zones sensibles.

V- COMBATTRE ET SANCTIONNER LE REFUS DE SOINS

Proposition n°28

Élargir la définition législative du refus de soins.

Proposition n°29

Autoriser les personnes qui estiment être victimes d'un refus de soins à se faire accompagner et/ou représenter par une association dans les procédures de conciliation ou de recours en justice.

Proposition n°30

Reconnaître le « testing » comme élément d'étude et d'évaluation, notamment sur un territoire donné.

Proposition n°31

Aménager la charge de la preuve en cas de plainte pour refus de soins.

VI- DÉVELOPPER LA CULTURE DE LA PRÉVENTION

Proposition n°32

Autoriser la prise en charge par l'assurance maladie des actes de soins prescrits par les médecins scolaires et les médecins exerçant dans les services de protection maternelle et infantile (PMI)

Proposition n°33

Instaurer un bilan de santé gratuit pour tous les nouveaux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et leurs ayants-droits.

Proposition n°34

Substituer au paiement à l'acte des modes de rémunération forfaitaires pour les professionnels de santé et structures prenant en charge des personnes en situation de précarité.

Proposition n°35

Mieux former les professionnels de santé à la prise en charge des personnes en situation de précarité.

VII- AMÉLIORER LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME ET FAVORISER L'INNOVATION

Proposition n°36

Faciliter les démarches des porteurs de projets mobilisant plusieurs sources de financement ou contribuant à la mise en œuvre de politiques relevant de plusieurs ministères (logement, action sociale, transports, culture, éducation, santé...).

Proposition n°37

Élire ou désigner des représentants des personnes en situation de précarité à tous les niveaux dans les instances de concertation.

Proposition n°38

Créer au sein des conférences de territoire placées auprès des agences régionales de santé une commission départementale de l'accès aux soins.

Proposition n°39

Dégager, sur le fonds d'intervention régional (FIR), une ligne dédiée à la « santé communautaire » afin de favoriser l'implication directe de la population et d'en assurer un financement plus pérenne.

Proposition n°40

Créer, par extension du fonds d'intervention régional (FIR) ; un fonds de soutien à l'innovation pour encourager la créativité sociale et favoriser l'émergence de nouveaux métiers.

**Annexe 8: Caractéristiques
sociodémographiques des
bénéficiaires de l'AME en contact
avec une structure de soins ou un
médecin généraliste libéral, DREES
2006 (29)**

Caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires de l'AME en contact avec une structure de soins ou un médecin généraliste libéral

	En %		
	Homme	Femme	Ensemble(*)
Âge			
18 à 19 ans	1	1	1
20 à 29	23	37	32
30 à 39	38	36	37
40 à 49	25	17	20
50 et plus	14	9	10
Nationalité			
Maghreb	21	20	21
Afrique subsaharienne	44	43	43
Autres nationalités d'Afrique	9	7	8
Europe	5	6	5
Turquie	1	1	1
Sud-Est asiatique	0	0	0
Autres nationalités d'Asie	18	17	17
Natio. d'Amérique et d'Océanie	2	7	5
Durée de résidence en France			
Moins de 1 an	7	13	11
1 an	11	10	11
2 ans	12	16	14
3-4 ans	22	25	24
5-9 ans	36	31	32
10 ans ou plus	11	5	7
Mode de vie			
Seul	44	17	26
Seul avec enfants	1	8	6
En couple avec ou sans enfant	22	45	37
Avec famille, amis, avec ou sans enfants	32	29	30
A au moins un enfant en France	19	44	36
A au moins un enfant dans le pays d'origine	39	30	33
Type de logement (**)			
Logement à son nom	13	25	21
Logement amis, famille	61	62	62
Centre, foyer, hôtel	22	10	14
Autre	5	3	3
Emploi (**)			
Travaille actuellement	41	25	30
A travaillé antérieurement	42	33	36
N'a jamais travaillé en France	18	42	34
Âge de fin d'études (**)			
Non réponse	4	2	3
Non scolarisé	11	11	11
5-11 ans	9	5	7
12-19 ans	45	54	51
20 ans et plus	32	28	29

(*) La proportion d'hommes est de 34 %.

(**) Résultats non disponibles pour les patients ayant consulté un médecin généraliste libéral.

Sources : Enquête DREES bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins, 2007.

BILIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. INVS (Institut de Veille Sanitaire). Numéro thématique - Santé et recours aux soins des migrants en France. BEH-Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire [Internet]. 17 Jan 2012 ; Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-2-3-4-2012>
2. MINISTERE DE L'INTERIEUR (Départements des statistiques, des études et de la documentation). Immigration et présence étrangère en France en 2011. Rapport du Système d'observation permanente des migrations (SOPEMI) pour la France [Internet]. Disponible sur: <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Documentation/Etudes-et-documents/Immigration-et-presence-etrangere-en-France-en-2011>
3. OTHILY G. Immigration clandestine: une réalité inacceptable, une réponse ferme, juste et humaine [Internet]. Sénat; 2006 Avril. Rapport No.: 300. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r05-300-1/r05-300-11.pdf>
4. COMEDE (Comité Médical pour les Exilés). La santé des exilés, rapport d'observation et d'activité 2012. Disponible sur: <http://www.comede.org/IMG/pdf/RapportComede2012.pdf>
5. INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES (IGAS), INSPECTION GENERALE DES FINANCES (IGF). La gestion de l'aide médicale d'Etat : mission d'audit de modernisation [Internet]. 2007 Mai. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000345/0000.pdf>
6. CIMADE. Votre voisin n'a pas de papiers. Parole d'étrangers. la Fabrique; 2006.
7. OFPRA (Office de Protection des Réfugiés et Apatrides). OFPRA à l'écoute du monde. Rapport d'activité 2013 [Internet]. Disponible sur: http://www.ofpra.gouv.fr/documents/OFPRA_BD_28-04-2014.pdf
8. COMEDE. Migrants/étrangers en situation précaire: soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels, édition 2013. INPES; 2013.
9. MEDECINS DU MONDE. Rapport complet de l'observatoire de l'accès aux soins 2013-Mission France [Internet]. Disponible sur: <http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Les-Rapports/En-France/Rapport-complet-de-l-Observatoire-de-l-acces-aux-soins-2013>
10. CORDIER A., SALAS F. Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat [Internet]. Inspection générale des finances ; Inspection générale des affaires sociales; 2010 Décembre. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000685/0000.pdf>

11. COMEDE (Comité Médical pour les Exilés). Rapport d'activité et d'observation 2014. 2014 Juillet; A paraître.
12. EUROSTAT. Votre clé d'accès à la Statistique européenne. Disponible sur: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/dataset?p_product_code=TPS00176
13. FRONTEX (European Agency for the Management of Operational Cooperation. Annual risk analysis 2014. 2014; Disponible sur: http://frontex.europa.eu/assets/Publications/Risk_Analysis/Annual_Risk_Analysis_2014.pdf
14. MEDECINS DU MONDE. Rapport sur l'accès aux soins des plus précaires dans une Europe en Crise. 2014. Disponible sur: www.medecinsdumonde.org/Publications/Les-Rapports/A-l-international
15. MEDECINS DU MONDE (Observatoire Européen de l'accès aux soins). Enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière [Internet]. 2007. Disponible sur: <http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Les-Rapports/A-l-international/Enquete-europeenne-sur-l-acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-irreguliere-Observatoire-Europeen-de-l-Acces-aux-Soins-des-Medecins-du-Monde>
16. Les permanences d'accès aux soins de santé. [internet]; Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/les-permanences-d-acces-aux-soins-de-sante-pass.html>
17. PORTAIL AP-HP. Les 24 permanences d'accès aux soins santé. Disponible sur: <http://www.aphp.fr/offredesoins/permanences-dacces-aux-soins-pass/>
18. COLLECTIF INTERASSOCIATIF SUR LA SANTE (CISS). L'accès aux soins pour les étrangers en situation administrative précaire. CISS pratique, Fiche thématique du CISS N°20. 2014; Disponible sur: <http://www.leciss.org/sites/default/files/20-AME-Aide%20medicale%20etat-fiche-CISS.pdf>
19. PORQUET O., REYAL F. Grossesse et situation irrégulière [Thèse de Médecine Générale]. [Paris]: Université Paris VII Denis-Diderot; 2006.
20. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Les réseaux de santé. 2012; Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/les-reseaux-de-sante.html>
21. THOMAS I. La régularisation pour raison médicale, conduite pratique à l'usage du médecin généraliste. Peut-on optimiser les démarches du médecin généraliste pour les demandes d'accès aux soins et de régularisation "étranger malade" au bénéfice de son patient "sans papiers"? [Internet] [Thèse de Médecine Générale]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2010. Disponible sur: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/62/27/94/PDF/2010GRE15111_thomas_isabelle_1_D_.pdf
22. STIF. La solidarité transport en Ile-de-France [Internet]. [cited 2014 May 14]. Disponible sur: <http://www.solidaritetransport.fr>

23. GISTI (Groupe d'Information et de Soutien des Immigré-e-s). Note pratique "Sans-papiers mais pas sans droits". Prestations familiales. [Internet]. 2004. Disponible sur: <http://www.gisti.org/doc/publications/2004/sans-papiers/prestations.html>
24. Site du fonds CMU [Internet]. [consulté le 26 Mai 2014]. Disponible sur: http://www.cmu.fr/vous_etes_etranger_en_situation_irreguliere.php
25. ACT UP PARIS. L'Aide Médicale d'Etat. 2006; Disponible sur: <http://www.actupparis.org/spip.php?article2773>
26. COMEDE. Protection maladie: l'Aide Médicale d'Etat. Disponible sur: http://www.comede.org/IMG/pdf/Sous%20chapitres%20Guide%202008/Guide-Comede-2008_12_aide-medicale-etat.pdf
27. GUILLEMOT B., MERCEREAU F., Rapport sur l'évolution de l'aide médicale d'état [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; Février 2003. Disponible sur: https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_GUILLEMOT_Fevrier_2003_Evolution_de_l_AME.pdf
28. MINISTERE DE L'INTERIEUR. Les chiffres de la politique de l'immigration et de l'intégration , Rapport au Parlement [Internet]. 2012 Décembre. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000159/0000.pdf>
29. BOISGUERIN B., HAURY B. (DREES). Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. Etudes et résultats. DREES. 2008;
30. AZOULAY J. et al. Rapport sur la gestion de l'aide médicale d'Etat (Mission d'audit de modernisation) [Internet]. Inspection générale des finances ; Inspection générale des affaires sociales; Mai 2007. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000345/0000.pdf>
31. ECKERT C. (député). Rapport de la commission des finances sur le projet de loi de finances pour 2014 [Internet]. Oct2013. Rapport No: 1428. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/14/dossiers/loi_finances_2014.asp
32. CONTRIBUABLES. Combien coûte la fraude à l'aide médicale d'état? 2014 Jun 23 [consulté le 30 Juin 2014]; Disponible sur: <http://www.contribuables.org/2014/06/23/combien-coute-la-fraude-a-l-aide-medicale-de-l-etat/>
33. CHALLENGES. Aide médicale d'Etat (AME) : le budget a explosé en 2013. Avril 2014 [consulté le 30 Juin 2014]; Disponible sur: <http://www.challenges.fr/economie/20140604.CHA4620/aide-medicale-d-etat-ame-les-dependances-en-forte-hausse-en-2013.html>.
34. CAFFET J. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 [Internet]. Commission des finances sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014; Novembre 2013 [consulté le 28 Mai 2014]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/a13-127/a13-127.html>

35. LETRILLIART L., VEGA A., BOURGEOIS I., LUTSMAN M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *Exercer*. 2009;87.
36. NOVOPRESS. Prestations sociales: un appel d'air pour l'immigration. 2014 Jul 30 [consulté le 8 Janvier 2014]; Disponible sur: <http://fr.novopress.info/173157/prestations-sociales-appel-dair-limmigration/>
37. REGNARD C., DOMERGUE F.,(Département des Statistiques, des Etudes et de la Documentation. Enquête Longitudinale sur l'Intégration des Primi-Arrivants (ELIPA).Les nouveaux migrants en 2011. *Infos Migrations* N°19. Janvier 2011;
38. BERCHET C., JUSOT F. Etat de santé et recours aux soins des immigrés: une synthèse des travaux français. *Questions d'économie de la santé* n°172 [Internet]. IRDES.Janvier 2012; [consulté le 2 Juillet 2014] Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes172.pdf>
39. ARCHIMBAUD A. (Sénatrice de Seine-Saint-Denis, Parlementaire en mission auprès de Madame la ministre des affaires sociales et de la santé). Rapport au Premier Ministre: L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité. Septembre 2013. [consulté le 2 Juillet 2014] Disponible sur http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/rapport_officiel-aline_archimbaud%5B1%5D.pdf
40. GABARRO C. Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique. *Revue européenne des migrations internationales* [Internet]. Octobre 2012; [consulté le 4 Juillet 2014]Disponible sur: <http://remi.revues.org/5870> ; DOI : 10.4000/remi.5870
41. CPAM Flandre-Dunkerque-Armentières. [consulté le 30 Juillet 2014]: http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-flandres-dunkerque-armentieres/nous-connaître/certification-iso-9001-de-la-cpam-des-flandres-dun_flandres-dunkerque-armentieres.php
42. MEDECINS DU MONDE. "Je ne m'occupe pas de ces patients". Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale Etat dans 10 villes de France. [Internet]. 2006 Nov. Disponible sur: <http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Les-Rapports/En-France/Je-ne-m-occupe-pas-de-ces-patients>
43. CPAM Hauts-de-Seine. CMUc/AME: les télétransmissions de FSE en mode dégradé. Septembre 2010 [consulté le 27 Juillet 2014]; Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/masseurs-kinesitherapeutes/votre-caisse-hauts-de-seine/vous-informer/cmu-c-ame-les-fse-en-mode-degrade_hauts-de-seine.php
44. SALLE J., LAZIMI G. Vulnérabilités, accès aux soins et santé des migrants en séjour précaire [Thèse de Médecine Générale]. [Paris]: Pierre et Marie Curie; 2010.
45. CPAM Paris. Renforcer l'accessibilité financière aux soins. Etat des lieux sur l'utilisation de l'offre de soins en Ile-de-France au 1er semestre 2012. 2013 Juillet. Non disponible
46. FOUCRAS P. Le rendez-vous, obstacle aux soins des plus pauvres. *Prescrire*. 2008 Mai; pp 392-3.

47. BATSCH E., LAZIMI G. Profils socio-démographiques et motivations des patients venant avec et sans rendez-vous en consultation de médecine générale [Thèse de Médecine Générale]. [Paris]: Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie; 2013.
48. COLLET M., PICARD H.,. Précarité, risque et santé: enquête menée auprès des consultants des centres de soins gratuits. Questions d'économie de la santé n°63. CREDES. 2003 Jan;
49. DENANTES M., CHEVILLARD M., Renard JF, Flores P. Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale. Exercer. 2009;pp 22–26.
50. MATTHIEU A., DELEPLANQUE F. Prise en charge des migrants en médecine générale [Thèse de Médecine Générale]. [LILLE]: Université du Droit et de la Santé- Lille II; 2011.
51. OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Les soins de santé primaires, Maintenant plus que jamais [Internet]. 2008; Disponible sur: http://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf
52. COLLEGE DE MEDECINE GENERALE. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale? INPES. Mars 2014; [consulté le 2 Juin 2014]Disponible sur: http://www.lecmg.fr/photos/doc_iss_02_04.pdf
53. MEJEAN C. et al. Influence des facteurs socio-économiques, de l'alimentation et des modes de vie sur les maladies non transmissibles liées à l'alimentation chez les immigrés tunisiens vivant en Languedoc Roussillon. [Internet] [Thèse de Doctorat en Epidémiologie]. Pierre et Marie Curie; 2008. Disponible sur: http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers11-03/010042436.pdf
54. BERCHET C., JUSOT F. Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition. Économie publique/Public economics [Internet]. n24-25 - 2009 / 1-2, 73-100 .Septembre 2009; Disponible sur: <http://economiepublique.revues.org/8484>
55. CHAUVIN P., PARIZOT I. 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 [Internet]. 2007. Disponible sur: <http://www.programme-sirs.org/files/2013/09/vulnerabilites-sociales-sante-soins.pdf>
56. CENTRE TECHNIQUE D'APPUI et de FORMATION DES CENTRES D'EXAMENS DE SANTE. Le score EPICES: l'indicateur de précarité des Centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie. Rapport d'étude. [Internet]. 2005 Jan. Disponible sur: http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2009/05/re_prekarite.pdf
57. FOLLAND S. Folland S. (2007). "Does community social capital contribute to population health?" Social Science & Medicine. 2007;2342–54.
58. ROYER B. and al. Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs: une étude dans 12 centres d'examens de santé. Pratiques et organisations des soins. CNATMS. 2010;313–21.

59. MORGAND-RONDET C., CHAUVIN P. Prévalence de la dépression et recours aux soins primaires: une comparaison en population générale et parmi les consultants d'une permanence d'accès aux soins de santé en Ile de France [Thèse de Médecine Générale]. Pierre et Marie Curie; 2011.
60. ASSOCIATION COMMUNAUTAIRE SANTE BIEN-ETRE. LA PLACE SANTE. [Internet]. Disponible sur: <http://acsbe.asso.fr/>
61. SANTE, BIEN-ETRE ET CITOYENNETE , LE SITE INTERACTIF DES HABITANTS ET DES CENTRES SOCIAUX DU NORD-PAS DE CALAIS Le diplôme universitaire « Santé et Précarité » de la Faculté de Médecine de Lille [Internet].. 2014. [consulté le 4 Juillet 2014]Disponible sur: <http://sante5962.centres-sociaux.fr/2013/11/11/le-diplome-universitaire-sante-et-precarite-de-janvier-a-octobre-2014/>
62. FONDS CMU. Des dispositifs d'aide pour favoriser l'accès aux soins. Disponible sur: http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Presentation_dispositifs.pdf

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse
Université
Le Professeur

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Université Paris Diderot - Paris 7
Professeur Benoît Schlemmer

Date

2/9/14



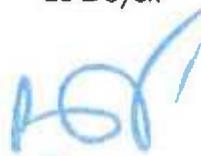
VU :

Le Directeur de Thèse
Université Paris Diderot - Paris 7
Dr. Hervé Picard
le 19 août 2014



VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER

RESUME

Contexte : Le rapport de l'Inspection générale des Finances et de l'Inspection Générale des Affaires sociales a étudié le parcours de soins des patients AME des CPAM de Paris et de Bobigny en 2009. 95% des bénéficiaires ont recours à des prestations de ville et 82% des bénéficiaires ont recours à des consultations de médecin généraliste. Ainsi, la médecine de ville tient une place essentielle dans la prise en charge des patients bénéficiaires de l'AME. A ce titre, les problématiques spécifiques de cette population concernent directement le médecin généraliste.

Objectifs: Le présent travail concerne les patients bénéficiaires de l'AME qui consultent en médecine générale de ville. L'objectif principal était de décrire leur parcours d'accès aux soins et les difficultés rencontrées dans ce parcours. Les objectifs secondaires étaient de mieux connaître les histoires de migration et les conditions de vie de ces personnes, ainsi que leur opinion sur le système de santé dont ils bénéficient.

Méthode: Nous avons mené une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 15 patients (francophones ou accompagnés de traducteurs) consultant en cabinet de médecine générale libérale sur rendez-vous, en Seine St Denis.

Résultats: La plupart des patients interrogés ont migré pour des raisons autres que la santé et ne connaissaient pas le dispositif de l'AME avant d'arriver en France. Si l'accès au cabinet de médecine générale n'a pas posé de problème, plusieurs d'entre eux ont dû en revanche faire face à des refus de soins par certains spécialistes. Beaucoup d'entre eux ont également rencontré des difficultés administratives pour faire valoir leur droit à l'AME, en particulier lors du renouvellement. Le réseau social et familial des patients apparaît comme un facteur facilitateur essentiel pour l'accès aux soins, à chaque étape du parcours (connaissance du dispositif, constitution du dossier, choix du médecin, etc.). Par ailleurs il ressort une forte présence de troubles anxio-dépressifs sans doute liés à l'exil et à la précarité des conditions de vie. De ce fait, pour ces patients faisant l'expérience de l'exil, les qualités humaines et relationnelles du médecin semblent tenir une place très importante.

Conclusion: Ce travail permet de lever une partie des clichés communément évoqués sur les logiques de recours aux soins des personnes en situation irrégulière. Le recours aux soins ambulatoires est jonché de difficultés pour les primo-arrivants mais une bonne partie de ces obstacles peut être évitée par un réseau social solide. Le médecin généraliste joue un rôle central, qui va bien au-delà du soin médical pour ces patients. Aussi, la formation initiale et continue sur les spécificités médico-psycho-sociales et juridiques liées à la migration devrait être améliorée.

Mots clés : Aide Médicale d'Etat, migrants, situation irrégulière, précarité, accès aux soins, médecine générale.