

Rapport Clinique de Droit de Sciences Po et Médecins du Monde : L'Accès aux Soins des Bénéficiaires de l'AME à Paris



SciencesPo

Encadrante : Louise Hombert

Noussaïba Askar , Caroline Blackburn & Laetitia Crézé

20 Avril 2024

Sommaire:

Introduction	3
<i>I. Cadre théorique : Comprendre l'AME et les défis d'accès aux soins pour les personnes en situation irrégulière en France</i>	4
1. Une brève présentation de l'AME	4
2. Revue de littérature : enquêtes sur l'accès aux soins des migrants	5
<i>II. Méthodologie</i>	7
1. Première phase: imprégnation des lieux et sujet	7
2. Deuxième phase: l'enquête, les entretiens et l'analyse.....	9
<i>III. Analyse des données</i>	12
1. Problèmes inhérents du Système de l'AME.....	13
A. Mauvais système de remboursement	13
B. Manque de digitalisation des dossiers médicaux	14
C. Prise en charge de patientèle de l'AME non économiquement viable pour cabinet libéral.....	15
2. Des infrastructures médicales inadaptées	16
A. Barrières Linguistiques et Communicationnelles	17
B. Formation Insuffisante et Impact sur la Prise en Charge	19
C. Barrières Structurelles dans la Planification des Soins.....	21
3. Des obstacles sociaux et matériels au fonctionnement de l'AME	22
A. Le défi de la précarité au logement et au travail	22
B. Les difficultés d'accès à la prise de rendez-vous.....	22
C. Les barrières administratives.....	23
D. Le manque d'information sur le dispositif par les bénéficiaires.....	24
Conclusion	25
Recommandations :	27
Bibliographie :	29
Annexe:	31

Introduction

Le présent rapport, élaboré en collaboration entre la Clinique de Droit de Sciences Po et Médecins du Monde, se penche sur les défis complexes auxquels sont confrontés les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME) à Paris. Ces dispositifs de couverture santé, essentiels au sein du système de santé français, visent à assurer l'accès aux soins médicaux pour les personnes sans statut légal de résidence et pour celles disposant de faibles revenus. Cependant, malgré l'existence de ces protections, de nombreux bénéficiaires rencontrent des barrières significatives qui compromettent leur capacité à obtenir les soins nécessaires.

L'AME est particulièrement influencée par le contexte législatif actuel autour de l'immigration en France, où les récentes politiques ont tendance à durcir les conditions d'accès et à renforcer les contrôles. Ces changements ont instauré un climat de méfiance et d'anxiété parmi les populations immigrées, dissuadant souvent les personnes éligibles de demander ou de renouveler leur couverture. En outre, la complexité administrative inhérente à ces programmes, ainsi que la perception d'un environnement de plus en plus hostile, peuvent empêcher les individus de solliciter cette aide vitale, malgré leurs besoins urgents en matière de santé. Le Centre d'Accueil, d'Orientation et d'Accompagnement (CAOA) de Médecins du Monde, situé à Paris, met en lumière les insuffisances des dispositifs de santé traditionnels qui sont souvent surchargés et mal adaptés aux besoins spécifiques des personnes étrangères précarisées. Ces défis ne sont pas seulement liés à la saturation des services de santé, mais également à une formation insuffisante du personnel médical et administratif, ce qui peut entraîner des disparités dans la qualité des soins offerts aux bénéficiaires de l'AME et de la CSS. De plus, l'absence de services d'interprétariat et une sensibilisation inadéquate aux particularités culturelles des patients exacerbent ces difficultés, contribuant ainsi à un accès inégal aux soins.

Ce constat nous amène à questionner les raisons sous-jacentes qui empêchent ces dispositifs de remplir pleinement leur mission. Pourquoi, malgré l'existence de ces couvertures, les obstacles à l'accès aux soins restent-ils si prégnants pour les populations les plus vulnérables ? Quels sont les défauts structurels et les lacunes opérationnelles qui compromettent l'efficacité de l'AME ?

Ces questions soulèvent plusieurs enjeux majeurs, tels que la saturation des services de santé, les défis administratifs complexes, et les barrières sociales et culturelles qui peuvent dissuader ou empêcher les bénéficiaires d'utiliser les services auxquels ils ont droit. De plus, le contexte

politique actuel, marqué par des politiques migratoires de plus en plus restrictives, ajoute une couche supplémentaire de complexité et d'urgence à ces problèmes.

Face à ces constatations, ce projet vise à produire un état des lieux exhaustif de la prise en charge des personnes étrangères précarisées avec une couverture maladie à Paris, en examinant les conditions d'accès aux divers dispositifs de santé. En identifiant les facteurs qui entravent l'accès aux soins pour cette population, notamment les barrières administratives, les défis logistiques et les préjugés institutionnels.

Pour aborder cette complexité, notre rapport est structuré en quatre parties principales : un état des lieux de l'AME et de la CSS, la méthodologie d'enquête adoptée, une analyse détaillée des barrières rencontrées par les bénéficiaires, et enfin, des recommandations ciblées pour améliorer l'accès aux soins. Cette structure nous permettra de dresser un portrait des défis à surmonter et de proposer des stratégies efficaces pour les adresser. En déroulant cette enquête et en confrontant ces questions, nous espérons contribuer significativement à l'amélioration de l'accès aux soins en France, assurant ainsi que les dispositifs en place répondent de manière efficace et respectueuse aux besoins de ceux qu'ils prétendent servir.

I. Cadre théorique : Comprendre l'AME et les défis d'accès aux soins pour les personnes en situation irrégulière en France

1. Une brève présentation de l'AME

L'aide médicale d'État (AME) existe depuis 1999 et permet aux personnes en situation administrative irrégulière d'accéder aux soins médicaux. Les trois conditions d'accès sont : l'absence de titre de séjour, la preuve de résidence irrégulière en France depuis au moins 3 mois consécutifs, des ressources inférieures à 10 166 € par an pour une personne seule, correspondant au seuil de pauvreté en France (Service Public, 2023). L'AME rembourse entièrement les frais de santé (excluant les dépassements d'honoraires notamment les prothèses dentaires, auditives et l'optique. De plus, l'AME ne couvre pas les frais liés aux médicaments princeps, à la procréation médicalement assistée (PMA) et aux cures thermales (Médecins du Monde, 2022). Finalement, l'AME est accordée pour un an et doit être renouvelée chaque année (Ministère de la Solidarité et de la Santé, 2024). Les bénéficiaires de l'AME ne sont pas soumis

aux systèmes de médecin traitant, qui impliquent un parcours de soins coordonnés et n'est pas applicable à Mayotte (Ameli Santé, 2023).

L'AME est financée par le budget national plutôt que par la sécurité sociale et est scrutée politiquement chaque année. En 2023, les 423 000 bénéficiaires de l'AME coûtent 1,14 milliards d'euros ce qui représente 0,47% de celui de l'assurance maladie (Delahaye, 2023). Le but de l'AME est de réduire la dépendance du système hospitalier en offrant aux personnes en situations irrégulières la possibilité de visiter des cabinets de ville plutôt que l'hôpital (Irdes, 2019). L'existence de l'AME est régulièrement remise en question par un climat politique généralement anti migratoire en France (Médecin du monde, 2023).

2. Revue de littérature : enquêtes sur l'accès aux soins des migrants

Afin de comprendre la situation de l'accès aux soins des personnes irrégulières, il est nécessaire de contextualiser le champ médical français contemporain. Aujourd'hui l'accès aux soins de toute personne en France est compliqué entre refus de rendez-vous et longs délais. Effectivement, on prévoit une baisse constante des médecins libéraux jusqu'à 2027 (Bachelet & Angis, 2017). Ceci est particulièrement marqué par une baisse de 30% des effectifs de médecins libéraux sur 15 ans. Cette situation est exacerbée par un vieillissement de la population et la récente pandémie du covid qui a particulièrement heurté le corps médical français et compliqué l'accès aux soins en France (Verger et al. 2020). Ainsi il peut être difficile de différencier l'accès difficile aux soins généralisés en France et la discrimination spécifique envers l'AME. C'est pourquoi des enquêtes de testing ont été menées afin d'appréhender les discriminations envers la patientèle AME.

Dans la littérature de l'accès aux soins, les éléments les plus étudiés concernent la difficulté et les temps de délais pour obtenir une consultation et la sélection des patients (DRESS 2023). En 2023, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a conduit une étude sur les refus de soins de l'AME à travers une enquête de testing sur la prise de rdv avec des généralistes, ophtalmologues et pédiatres. Ils ont constaté des discriminations importantes à l'encontre des bénéficiaires de l'AME ne possédant aucun autre critère qui pourrait faire objet de discrimination comme la langue ou l'origine. Effectivement, un patient AME a moins d'une chance sur deux d'obtenir un rendez-vous chez un généraliste ou pédiatre et deux chances sur trois d'obtenir un rendez-vous chez l'ophtalmologue (DREES, 2023). Plus spécifiquement, les bénéficiaires de l'AME ont entre 14% et 36% de moins de chance d'obtenir

une consultation généraliste, 19% et 37% de chance en moins d'obtenir une consultation chez l'ophtalmologue, et entre 5% à 27% de chance en moins d'obtenir une consultation avec un pédiatre (DREES, 2023). Cette enquête a aussi montré qu'il n'y a pas d'écarts significatifs de discriminations entre les médecins du secteur 1 et 2 (Desprès & Lombrail, 2017). De plus, cette enquête a analysé les différences de discriminations en termes de genre : les hommes ont plus de difficultés à obtenir une consultation que les femmes pour l'ophtalmologie et la pédiatrie. En revanche, pour les généralistes, le genre n'a pas d'effet sur l'obtention d'une consultation (DREES, 2023). Finalement, cette étude démontre que le genre du médecin influence le niveau de discriminations envers les bénéficiaires de l'AME avec les praticiennes donnant généralement moins de rendez-vous que les praticiens. Cependant ces derniers discriminent plus envers les bénéficiaires de l'AME que les praticiennes (DREES, 2023).

La littérature analyse également les refus de soins explicites. Une étude de 2019 quantifie les refus de soins discriminatoires, explicites et directs, que perpétuent 9% des dentistes, 11% des gynécologues et 15% des psychiatres (Chareyron, Hoty & Petit, 2019). L'enquête de 2023 a démontré que des résultats similaires sur les pratiques discriminatoires envers l'AME concernent une minorité des médecins, c'est-à-dire 4% des appels auprès des généralistes, 9% des ophtalmologues et 7% des pédiatres, bien que le refus de soins soit une infraction de la loi. Ainsi ces discriminations explicites concernent 1 appel sur 15, une proportion non négligeable considérant que ce refus constitue une infraction (DREES, 2023).

En somme, la littérature démontre que l'accès aux soins en France est un phénomène complexe. La discrimination envers les patients ayant l'AME peuvent subir des discriminations tout au long de leurs parcours de santé : en accédant l'AME, chez le médecin, à la pharmacie (DRESS, 2023). Cette discrimination peut être explicite ou implicite avec un long d'attente ou une réorientation. Effectivement, la discrimination envers la patientèle AME est quantifiée et transversale car elle affecte le secteur 1 et 2, les hommes et les femmes ainsi que tous les professionnels de santé (généralistes et davantage les spécialistes). Les raisons pour lesquelles les bénéficiaires de l'AME ne sont pas acceptés peuvent avoir un lien avec le fait qu'ils ne possèdent pas de carte vitale ce qui engendre un processus administratif plus complexe pour les professionnels de santé (DRESS 2023). Conséquemment, les étrangers font moins recours aux généralistes et encore moins aux spécialistes que populations ayant une carte vitale (Irdes, 2019).

Une des limites de la littérature sur l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME est le manque d'information sur l'AME car elle ne fait pas l'objet de beaucoup de recherches et enquêtes (Irdes, 2019). Bien que l'AME soit incluse dans plusieurs recherches, elle est souvent comprise dans des recherches avec la CMU ou CSS. En outre, les méthodes de testing se focalisent sur les prises de rendez-vous via téléphone alors que la majorité des rendez-vous se prennent aujourd'hui sur des plateformes comme Doctolib. De plus, il est difficile de faire des recherches sur les personnes en situation irrégulière (Irdes, 2019). Finalement, la littérature se focalise beaucoup plus sur la prise de rendez-vous et de l'accès même à l'AME que sur la qualité des consultations, diagnostic et délivrance des soins (DRESS, 2023). Pour conclure, nous pouvons dire que malgré les études réalisées sur l'AME des bénéficiaires de l'AME il reste des pistes à développer afin d'avoir une image complète des entraves à l'accès aux soins.

II. Méthodologie

1. Première phase: imprégnation des lieux et sujet

Notre démarche a débuté par une phase d'imprégnation au centre d'accueil, d'orientation et d'accompagnement (CAOA) de Médecins du Monde. L'organisation était la suivante : nous répartissions les différentes permanences selon les disponibilités de chacune. Les permanences étaient le Lundi, Mardi et Jeudi de 9h à 13h. Au début, nous allions au moins à une permanence par semaine par membre du groupe. Au fil de nos observations, nous avons réduit le nombre de visites pour se focaliser sur d'autres terrains d'observation tels que les accompagnements. Pendant cette période, nous avons pu observer les dynamiques quotidiennes et les interactions entre le personnel de Médecins du Monde et les bénéficiaires : comment l'accueil se déroulait, quelles étaient les requêtes principales, le nombre de bénéficiaires de l'AME par permanence. Lors de nos observations, nous étions souvent avec des bénévoles qui faisaient l'accompagnement social de Médecins du Monde : ce sont des entrevues d'aide au niveau administratif ou social. Les entretiens informels avec bénévoles et bénéficiaires nous ont offert des premières pistes sur les points à prioriser dans notre recherche. Cela nous a permis de comprendre les rouages opérationnels ainsi que les défis immédiats auxquels sont confrontés les bénéficiaires, comme la navigation dans le système de soins ou la compréhension de leurs droits. Nous avons commencé à remarquer quelques cas fréquents : des difficultés de renouvellement et de première demande d'AME ainsi que des difficultés à comprendre qu'il était possible de fréquenter d'autres services de soin que les associations. Lors de chaque

observation, nous prenions des notes sur un carnet, ce carnet d'enquête a permis de résumer tous les éléments centraux de cette phase.

En parallèle à notre immersion sur le terrain, nous avons conduit une revue exhaustive de la littérature liée à l'AME, explorant des rapports de recherche, des articles académiques, et des statistiques gouvernementales. Cette analyse documentaire a éclairé les aspects légaux et opérationnels de l'AME, et nous a aidé à identifier des lacunes potentielles dans son application pratique, menant à la formulation de premières hypothèses sur les obstacles systémiques à l'accès aux soins. Cette phase nous a permis de comprendre les mécaniques institutionnelles liées à l'AME et de construire notre enquête sur la fondation de travaux déjà publiés en rapport avec notre question d'enquête.

L'étude se concentre sur Paris, un choix stratégique dû à la haute densité de bénéficiaires de l'AME et de services médicaux disponibles. Ce cadre géographique et thématique permet de cibler des interactions spécifiques dans un environnement urbain complexe où les défis liés à la migration et à l'accès aux soins sont particulièrement visibles.

Durant les premier mois, nos observations au CAO A ont révélé des aspects clés de l'interaction entre les bénéficiaires et les services fournis. Nous avons noté les comportements, les réponses du personnel, et les difficultés spécifiques rencontrées par ceux qui cherchent à utiliser l'AME, fournissant un aperçu précieux de la réalité quotidienne de ces interactions.

A la fin de 4 mois d'observations, accompagnements et recherches documentaires, nous avons pu formuler des hypothèses de recherche :

Hypothèse 1: Il existe un décalage entre la disponibilité des dispositifs de santé destinés aux migrants en situation de précarité et leur utilisation effective, suggérant une possible inadéquation entre les services offerts et les besoins ou attentes des migrants.

Hypothèse 2: Le choix des structures d'accueil spécifiques, telles que Médecins du Monde, plutôt que des services de santé traditionnels, peut être influencé par un sentiment de confiance et de sécurité dans ces structures alternatives ou par une méfiance envers le système de santé classique.

Hypothèse 3: Le manque de clarté dans la communication des informations relatives à l'Aide Médicale d'État (AME), notamment en raison de la complexité du langage utilisé

et de l'absence d'informations dans des langues accessibles aux migrants, peut contribuer à une compréhension limitée de leurs droits et des services disponibles.

Hypothèse 4: La complexité administrative et les difficultés d'accès aux soins de santé pour les migrants peuvent résulter de la perception de la lourdeur administrative liée à l'AME et de la difficulté à naviguer dans le système de santé français en raison de ses règles et procédures complexes.

Hypothèse 5: Les stéréotypes et la catégorisation juridico-administrative des migrants peuvent influencer négativement leur accès aux soins de santé et la qualité du traitement reçu, soulignant ainsi l'importance de prendre en compte la diversité des parcours migratoires dans les politiques de santé.

Hypothèse 6: Certains groupes spécifiques, tels que les femmes, ont des besoins de santé particuliers qui ne sont pas toujours adéquatement pris en compte dans le cadre de l'AME, ce qui soulève la nécessité de développer des stratégies de soins plus personnalisées.

Hypothèse 7: Les obstacles supplémentaires à l'accès aux soins pour les migrants peuvent résulter de facteurs organisationnels et structurels au sein des équipes médicales et des institutions de santé, mettant en lumière l'importance de repenser les dynamiques de travail et les procédures pour rendre les services plus accessibles.

2. Deuxième phase: l'enquête, les entretiens et l'analyse

Fortes de la formation de nos premières hypothèses de recherche, nous nous sommes attelées aux entretiens.

La première étape de notre recherche a été de définir les populations que nous souhaitions interroger. Nous savions que nous voulions d'abord contacter des médecins. Il a fallu réfléchir à quel type de médecins. En cabinet, à l'hôpital, en centre de santé ? Généralistes ou bien spécialistes ? Uniquement à Paris ou en dehors ? Catégorisés secteur 1 uniquement ou au-delà ? Nous avons décidé dans un premier temps de ne contacter que les médecins de secteur 1, dans Paris, pour resserrer un peu les recherches. En effet les médecins conventionnés secteur 1 assurent les tarifs de la Sécurité Sociale et permettent donc le remboursement par ce même organisme. En revanche, nous souhaitions élargir la recherche à tout type de médecins, en accord avec le fait que les bénéficiaires de l'AME ont accès à ces différents médecins et qu'ainsi exclure une catégorie fausserait l'enquête. Nous envisagions l'enquête de la sorte :

joindre par téléphone un maximum de professionnels de santé pour leur demander de nous accorder un entretien plus approfondi. Nous pensions au début réussir à contacter une vingtaine de médecins chacune, ce qui nous aurait fourni un panel assez large pour analyser les différents types de médecins. Pour cela, nous avons réparti entre nous les arrondissements de Paris et nous nous sommes servies de Doctolib pour nous procurer les numéros des médecins à appeler. Les appels consistaient en une prise de contact, le plus souvent avec le secrétariat du médecin ou du centre de santé, et une présentation de qui nous étions et de notre projet d'enquête. La présentation commune était la suivante : « Nous sommes des étudiantes de Sciences Po qui enquêtent sur le parcours des bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat. L'idée est de comprendre la place de l'AME dans le milieu de la santé. ». Nous sollicitons ensuite un entretien avec un médecin. Avec les médecins, nous évitions de citer Médecins du monde de peur de rencontrer des refus liés au caractère militant de l'association.

Cependant, ce qui devait être initialement une enquête quantitative s'est finalement révélée être une enquête qualitative devant la difficulté à joindre un grand nombre de médecins. En effet, malgré les dizaines d'appels dans différents centres et cabinets, nous n'avons réussi à contacter qu'un petit nombre de médecins, de l'ordre d'une dizaine (VOIR ANNEXE). Nous avons donc cherché ailleurs, en utilisant d'abord le bouche-à-oreille pour prendre contact avec des médecins de connaissances autour de nous, cela nous a permis d'obtenir quelques contacts additionnels. Puis, l'une d'entre nous a eu l'idée de passer par l'annuaire de Sciences Po Alumni pour chercher des contacts de médecins. Nous avons également demandé de l'aide à Médecins du Monde qui nous a orienté vers d'autres collectifs de santé. Ceci nous a permis d'entrer en contact notamment avec une secrétaire du Centre de Santé rue La Grange aux Belles. Au total, nous avons réussi à collecter les témoignages de 14 médecins et une secrétaire médicale, à raison de quatre à dix entretiens par personne.

Le déroulement d'un entretien était le suivant. Il durait entre quinze minutes et une heure environ, variable selon les médecins, via l'application Zoom (pour un appel vidéo). Nous suivions une grille de questions réalisée au préalable (VOIR ANNEXE). Pour ce qui est de la réalisation de cette grille de questions, nous l'avions composé en amont à partir de nos réflexions personnelles et l'avions validé après relecture à la fois par notre tutrice et notre partenaire, Médecins du Monde. Nous cherchions à comprendre les difficultés rencontrées par les bénéficiaires de l'AME dans leur parcours de soin. Les questions ont donc été réfléchies

dans ce but et portent sur les difficultés potentielles telles que la barrière de la langue, le refus de soins ou encore les blocages administratifs. Pendant l'entretien, nous suivions l'ordre de la grille dans la mesure du possible, tout en gardant une certaine souplesse dans le déroulé pour s'adapter à la tournure que prenait l'entretien. Afin d'être assurées de ne rien manquer, nous avons décidé d'enregistrer chaque entretien avec l'accord de l'interviewé afin de pouvoir mener l'entretien sans interruption et retranscrire l'échange par la suite.

Ensuite, nous nous sommes accordées sur le fait qu'il fallait aussi contacter des bénéficiaires de l'AME, car notre enquête serait incomplète sans leur point de vue. En effet, comment espérer établir une vision globale des difficultés rencontrées par les bénéficiaires sans prendre en considération les principaux intéressés ? Trouver des bénéficiaires s'est révélé moins ardu que pour les médecins. Nous comptions essentiellement sur Médecins du Monde pour nous passer les contacts de bénéficiaires de l'AME qui passeraient par l'organisme, pour ensuite les contacter afin de conduire un entretien. Cette technique nous a permis d'obtenir les contacts d'une dizaine de bénéficiaires. Cependant, afin de varier nos sources, nous avons entrepris de nous rendre sur d'autres sites pour chercher des bénéficiaires. C'est ainsi que nous nous sommes rendues par deux fois au collectif de la Maison des Femmes dans le 12^{ème} arrondissement de Paris. Cette entreprise n'a pas été vraiment concluante : nous n'avons pu interviewer qu'une seule femme bénéficiaire et avons discuté avec une femme responsable des demandes d'AME. En effet, les bénévoles avaient tendance à accaparer le monopole de la conversation, nous empêchant sans s'en rendre compte de collecter nos données.

Nous pensions initialement mener les entretiens sur la même base que ceux des professionnels de santé, mais nous avons dû nous adapter. En appelant les bénéficiaires, nous nous sommes aperçues que ceux-ci préféraient répondre directement aux questions plutôt que de planifier un entretien. Ainsi, cela a donné lieu à des entretiens beaucoup plus courts car les bénéficiaires étaient souvent occupés et semblaient vouloir expédier l'entretien assez rapidement. L'entretien était donc téléphonique et non en présence ou par zoom. Nous commençons par nous présenter et évoquer notre lien avec Médecins du Monde dans le but de rassurer les bénéficiaires et affirmer le caractère officiel de notre enquête. Nous suivions également une grille de questions préalablement écrite et validée par notre tutrice et notre partenaire, avec une certaine souplesse dans le déroulement de l'entretien pour s'adapter au flot d'informations. Si la majorité des entretiens sont exploitables, la barrière de la langue s'est quand même fait ressentir par moment

et n'a pas pu être dépassée. Comme pour les médecins, les entretiens ont été enregistrés et retranscrits par la suite, avec l'accord en amont des bénéficiaires.

Nous avons enfin mis en commun tous les entretiens, ceux des médecins et ceux des bénéficiaires, sur un document Excel afin de permettre une analyse poussée. Nous avons ciblé les grandes idées qui ressortent de nos entretiens et nous en sommes servies comme d'un fil conducteur pour rédiger notre écrit.

Cette façon de procéder nous a permis de garantir une enquête qualitative avec un panel de témoignages variés et couvrant donc de manière globale le terrain envisagé. Cependant, cela comporte son lot de limites : des entretiens en présence auraient pu apporter une perspective différente, puisqu'entrent en jeu les mimiques faciales, les réactions et les mouvements que l'on perd en passant par un appel vidéo ou simple. Les interviews avec les bénéficiaires en présence auraient peut-être permis un plus grand épanchement dans leurs réponses souvent brèves, créant un lien de confiance qui conduirait à une discussion plus approfondie. Autre limite : la grille de questions. Si elle nous a permis de conduire les entretiens avec plus d'aisance, elle peut aussi avoir biaisé le déroulement de l'entretien en cadrant la discussion. On peut également noter un biais de sélection dans le choix des médecins : nous avons procédé via le bouche à oreille en questionnant notre entourage pour les médecins ou en s'appuyant sur Sciences Po Alumni. Notre population de médecins n'est donc pas forcément représentative de la population générale mais plutôt de la population dans laquelle nous évoluons. Enfin, si nous avions eu plus de temps, il aurait été intéressant de contacter d'autres associations qui viennent en aide aux personnes en situation irrégulière, pour obtenir la perspective associative sur l'AME.

III. Analyse des données

Après avoir effectué nos entretiens, nous avons procédé à la partie d'analyse des entretiens. Nous avons remarqué qu'il y a trois grands types d'obstacles à l'accès aux soins qui étaient ressortis : les problèmes inhérents au système de l'AME, les problèmes de manque d'adaptation des infrastructures de santé à l'AME, et les problèmes liés aux conditions matérielles et sociales des bénéficiaires.

1. Problèmes inhérents du Système de l'AME

Au fil de nos entretiens, notamment avec les professionnels de santé, nous avons pu constater que beaucoup des nombreux problèmes liés à l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME étaient attribuables aux dysfonctionnements inhérents au système de l'AME.

Tout d'abord, il est ressorti de nos entretiens qu'une large majorité des médecins nous ont souligné les significatives difficultés pour se faire rémunérer par la sécurité sociale pour leurs services auprès des bénéficiaires de l'AME. Les complications administratives et la rareté des paiements ont été citées comme des problèmes récurrents, décourageant certains professionnels de santé à prendre en charge ces patients. Ensuite, le système papier non digitalisé de l'AME rend le suivi médical des bénéficiaires particulièrement lent et laborieux pour les professionnels de santé, une difficulté exacerbée par la barrière de la langue. Enfin, les médecins libéraux nous ont fait part des difficultés d'allier le serment d'Hippocrate, et les contraintes financières de maintenir un cabinet en Ile-de-France. Dans l'ensemble, il nous semble essentiel d'entreprendre des réformes substantielles au sein de l'administration de l'AME afin d'assurer l'accès aux soins et de garantir des soins de qualité pour tous, indépendamment de leur situation administrative.

A. Mauvais système de remboursement

Lors de nos entretiens, l'un des premiers problèmes soulevés par les médecins concerne celui du remboursement, ou plus précisément, le manque de remboursements de leurs actes. Effectivement, 9 médecins sur 14 perçoivent des problèmes pour se faire rembourser leurs actes. Ils citent comme problèmes : un manque de transparence sur le processus de remboursement et le temps supplémentaire perdu lors de la consultation à remplir la demande de remboursement et vérifier la validité des documents du patients. Effectivement, un médecin estime que le temps passé à remplir une fiche de remboursement consomme 1/3 du temps de consultations, c'est à dire 6 minutes environ. Ainsi, il estime que 3 consultations AME font sauter 1 consultation généraliste à cause de ce temps perdu sur l'administration : "on perd un temps médical fou" s'exclame-t-il. Finalement, une docteure a même souligné le coût du timbre imposé sur le médecin pour envoyer la demande de remboursement.

Les délais de remboursement pour les actes de santé AME sont très lents, les médecins doivent attendre un délai de un mois après envoi du courrier pour être payés sans pouvoir suivre le processus. Cette insécurité pousse certains médecins à refuser l'AME. Le manque de

remboursement systématique a amené certains médecins sondés à considérer ces actes comme du bénévolat, affirmant qu'ils ne comptent pas perdre davantage de temps à "courir" après la sécurité sociale pour se faire rembourser. C'était le cas de 2 médecins sondés sur 14. Pour illustrer l'ampleur du problème, un de nos entretiens nous a parlé d'un collègue à elle. Celui-ci consacre annuellement 2 jours à relancer la sécurité sociale pour réclamer des remboursements, parvenant à recouvrir aux alentours de 4 000€ annuellement. Un autre médecin nous a affirmé qu'il constate 1 000€ de soins non remboursés annuellement (AME et CMU confondues). Ce constat est préoccupant car cela représente des heures de travail supplémentaires pour les professionnels de santé, aggravant ainsi la situation de désert médical à Paris. En réponse à ce problème paraissant systématique, lors d'un de nos entretiens quelqu'un nous affirme avoir entendu qu'il y a des directives informelles à la CPAM imposant des limites sur le nombre de remboursements liés aux actes d'AME.

B. Manque de digitalisation des dossiers médicaux

Un autre problème soulevé lors de nos entretiens est celui du manque de suivi des patients de l'AME. En effet, ces patients ne bénéficient pas d'un suivi médical adéquat, car leurs dossiers médicaux sont encore au format papier et non digitalisés. Cette situation entraîne une perte de temps significative lors des consultations médicales, car les patients doivent répéter leurs antécédents médicaux à chaque fois. Cette procédure est d'autant plus laborieuse en raison de la barrière linguistique, ce qui complique encore davantage les échanges.

Ce problème se pose également lorsqu'un bénéficiaire de l'AME est référé par un médecin généraliste vers un spécialiste, car toutes les informations doivent être répétées. Une fois de plus, la barrière linguistique peut rendre ce processus encore plus ardu s'il n'existe pas de suivi électronique des patients.

Plusieurs médecins ont soulevé que si les bénéficiaires de l'AME avaient une carte similaire à la carte vitale, cela permettrait un réel suivi médical et un gain de temps considérable. Ce gain de temps est important surtout dans le contexte de "désert médical" dans lequel est plongée l'Île-de-France depuis quelques années. Concrètement, les bénéficiaires de l'AME ne peuvent bénéficier d'un suivi médical.

C. Prise en charge de patientèle de l'AME non économiquement viable pour cabinet libéral

Nos entretiens nous ont montré que la grande majorité des médecins sont en faveur de l'AME, essentiellement dans des logiques de politique de santé publique. Effectivement, tous les médecins sondés sauf une affirment la nécessité de maintenir l'AME. Toutefois, 8 médecins sondés sur 14 nous ont fait part de leurs préoccupations concernant leurs revenus et la santé financière de leur cabinet : "C'est illégal mais tout le monde le fait. On ne peut pas faire vivre le cabinet avec seulement l'AME et la CMU, c'est une réalité économique pas du racisme." Plus spécifiquement, les jeunes médecins venant de s'installer et les médecins ayant un cabinet seul rapportait plus de soucis que les médecins en centre de santé. De plus, 7 sur 15 professionnels de santé évoquent une forme de filtrage de la patientèle. Ils expliquent que les secrétaires ou médecins peuvent filtrer au téléphone ou donner des délais de rendez-vous très longs ou simplement affirmer que le médecin ne reçoit pas de nouveaux patients. Similairement, 2 médecins remplaçants affirment qu'il leur a été implicitement demandé de ne pas prendre "trop" de patients AME. Une doctoresse nous a expliqué en détails le complexe équilibre entre recevoir des bénéficiaires de l'AME et d'autres patients ayant une carte vitale afin d'assurer la viabilité économique de son cabinet : "on ne peut pas faire tourner un cabinet avec une patientèle AME, c'est une question de proportion". Ces sentiments ont fait échos dans plusieurs entretiens.

Au fil de nos entretiens nous avons pu remarquer une tendance géographique des réponses. Ainsi, l'idée de maintenir un certain "équilibre" dans la patientèle est présente dans certains arrondissements de Paris. Effectivement, nous avons souligné que la question d'équilibre de patients se retrouvait surtout dans nos entretiens réalisés dans le 12ème et 10ème alors que dans les arrondissements du 18ème et 20ème les bénéficiaires de l'AME représentaient un large pourcentage de la patientèle sans que ces médecins évoquent de technique de filtrage. En outre, la question de réorientation est gérée différemment. Une doctoresse du 20ème affirme avoir un document Excel répertoriant tous les médecins acceptant l'AME. À l'inverse, une doctoresse du 10ème nous avoue ne pas vouloir toujours orienter ses patients AME aux mêmes spécialistes car si cela est fait de manière trop récurrente cela pourrait négativement impacter la santé financière de leurs cabinets. Effectivement, un médecin nous affirme que s'il a besoin d'orienter un patient AME à un spécialiste, il ne l'envoie jamais en ville mais directement à l'hôpital.

D'après nos entretiens, ces craintes étaient particulièrement fortes chez les jeunes médecins venant tout juste de s'installer, bien que ces inquiétudes étaient aussi exprimées par deux médecins très âgées. Pour illustrer : un médecin nous a confié : "Quand on s'installe on est naïf mais après on sait qu'on sera pas payé". Encore une fois, ce sentiment a été relaté dans d'autres entretiens, démontrant un dilemme moral qui brouille la ligne entre le serment d'Hippocrate et les réalités économiques des cabinets libéraux, surtout à Paris.

Cette inquiétude des médecins pour la viabilité de leur cabinet est aussi reflétée dans leur rapport aux questions politiques et migratoires. En effet, 2 entretiens ont souligné que les médecins ne se préoccupent des questions migratoires que si elles impactent leur profession. Plus précisément, un médecin nous a confié que beaucoup ne se préoccupent que des équivalences des diplômes internationaux en France. Une autre personne interrogée nous affirme que les médecins ne se syndiquent que pour des revendications liées à leurs professions et non pas pour revendiquer l'accès aux soins des populations précaires et migrantes.

Ainsi, nos entretiens démontrent que de manière générale le fonctionnement de l'AME est contreproductif et n'incite pas les médecins libéraux à prendre en charge les bénéficiaires de l'AME. Effectivement, le système de remboursement ne paye pas dûment les médecins pour leur travail, potentiellement en raison des directives internes à certaines CPAM. Le manque de digitalisation des dossiers des bénéficiaires de l'AME entrave un suivi médical efficace. Nous avons pu observer grâce aux témoignages l'équilibre que doivent maintenir les médecins libéraux dans leurs patientèles entre les patients AME et ceux avec une carte vitale. Ces trois problèmes constituent une importante perte de temps et d'argent pour des médecins qui sont déjà en sous-effectifs pour répondre aux besoins de la population en Ile-de-France.

2. Des infrastructures médicales inadaptées

Dans le cadre de notre étude, il est apparu que tous les professionnels de santé interrogés accueillent des bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME), certains rapportant même que ces patients constituent entre 30 à 50% de leur clientèle. Cette donnée significative met en lumière l'ampleur de l'interaction entre les structures médicales et cette population spécifique, soulignant l'importance de disposer de systèmes de soins adaptés aux besoins particuliers des bénéficiaires de l'AME pour garantir un accès équitable et efficace aux soins médicaux. Cependant, il est fréquent que ces structures médicales ne soient pas entièrement adaptées aux

besoins spécifiques des bénéficiaires de l'AME, comme certaines pathologies plus récurrentes au sein de cette population ou des besoins sociaux particuliers. Cette situation crée une discordance entre les services fournis et les besoins réels de prise en charge de ces patients, soulignant un écart crucial dans l'efficacité du système de santé à répondre adéquatement aux demandes de cette population vulnérable.

A. Barrières Linguistiques et Communicationnelles

Parmi 15 professionnels de santé sondés, 13 rapportent rencontrer des difficultés pour communiquer avec ces patients, tandis que seulement 2 médecins ne mentionnent aucun problème. Ce constat indique que la majorité des interactions médicales avec les bénéficiaires de l'AME sont entravées, potentiellement par des barrières linguistiques, culturelles ou des déficits dans la compréhension mutuelle.

Ces barrières à la communication peuvent entraîner de sérieuses complications dans la gestion de la santé des patients. En effet, une communication défailante peut mener à une mauvaise compréhension des directives médicales, ce qui peut, à son tour, causer des erreurs dans la prise en charge médicale et aboutir à des résultats de santé suboptimaux. Par exemple, les malentendus concernant les instructions pour les médicaments ou les procédures de suivi peuvent compromettre l'efficacité du traitement et aggraver les conditions médicales.

En outre, cette situation peut aussi créer une frustration significative tant du côté des patients que des médecins. Les patients, se sentant incompris, peuvent éprouver une grande frustration qui les pousse à se détourner des structures médicales traditionnelles pour chercher des alternatives où ils pourraient se sentir mieux compris et pris en charge. Cette frustration est également partagée par les médecins qui, face aux difficultés de communication, peuvent inconsciemment offrir une qualité de soins moindre, ce qui accentue leur propre malaise vis-à-vis de la prise en charge de ces patients. Ce cycle de frustration et de communication défailante renforce le sentiment d'exclusion des bénéficiaires de l'AME et contribue à leur malaise général avec les structures médicales traditionnelles, perçues comme insensibles et inefficaces à répondre à leurs besoins spécifiques.

Les méthodes utilisées par les médecins, bien que diverses, restent peu efficaces de par leur nature :

- **Accompagnement par des personnes parlant français :** Cette méthode, utilisée par 6 médecins, consiste à demander aux patients de venir accompagnés par des proches ou membres d'associations qui parlent français. Bien que cette solution puisse améliorer la communication pendant les consultations, elle repose fortement sur la disponibilité des accompagnateurs. Lorsque ces personnes ne sont pas disponibles, le patient peut se retrouver dans l'impossibilité de communiquer efficacement avec le médecin, menant à des retards ou à l'annulation de rendez-vous essentiels. Ce manque de disponibilité limite donc l'accès régulier et fiable aux soins médicaux, crucial pour le suivi et la gestion des conditions de santé. Par ailleurs, la présence d'accompagnant pose des questions de confidentialité de l'entretien médical car les patients peuvent ne pas se sentir à l'aise d'évoquer des problèmes personnels devant un accompagnateur associatif ou même un membre de la famille ou amis.
- **Utilisation d'applications de traduction non officielles :** Deux médecins recourent à des applications comme Google Traduction pour communiquer avec leurs patients. Si cette méthode peut sembler immédiate et pratique, les traductions générées ne sont souvent pas totalement exactes et peuvent manquer de nuances médicales spécifiques. Les erreurs de traduction peuvent conduire à des incompréhensions concernant les instructions médicales ou les informations sur le traitement, ce qui risque de compromettre la santé du patient. De plus, l'utilisation de telles applications peut ralentir la consultation et diminuer la fluidité de la communication, rendant les interactions moins efficaces et potentiellement frustrantes pour les deux parties.
- **Recours à des services d'interprétation :** Trois médecins utilisent des services d'interprètes professionnels fournis par des associations ou des centres médicaux. Bien que cette solution soit la plus adaptée pour assurer une communication claire et précise, elle est également la plus coûteuse et logistiquement exigeante. Les services d'interprétation professionnels peuvent être limités par des temps d'attente élevés, une disponibilité restreinte des interprètes pour certaines langues, et une augmentation de la durée des rendez-vous. Ces contraintes peuvent décourager les patients de maintenir un suivi régulier et compliquer la planification des soins, surtout dans des situations où des décisions médicales rapides sont nécessaires.

Les méthodes actuelles pour surmonter les défis de communication entre les médecins et les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME) ne parviennent pas à résoudre pleinement les obstacles communicationnels. Elles reposent souvent sur des solutions temporaires ou imparfaites, limitant ainsi l'efficacité des soins médicaux.

Il est donc essentiel de mettre en place des infrastructures d'interprétariat professionnelles et durables, financées par l'État. Cette approche éviterait d'imposer des coûts supplémentaires aux médecins et garantirait une communication précise et continue, essentielle pour une bonne prise en charge médicale. En adoptant de tels services d'interprétation, on améliorerait significativement l'accès aux soins pour les bénéficiaires de l'AME, en assurant une distribution équitable des ressources médicales et en favorisant une intégration plus juste des nonfrancophones dans le système de santé.

B. Formation Insuffisante et Impact sur la Prise en Charge

Il y a de plus un souci de formation des médecins aux problématiques spécifiques de la prise en charge des patients avec AME. Malgré le fait que tous les médecins interrogés aient déjà pris des patients avec AME, seuls 2 affirment avoir eu une certaine formation qu'ils estiment comme courte et non suffisante. Le reste des médecins interrogés n'ont eu aucune formation spéciale sur la prise en charge de ces patients, un médecin affirme avoir dû "apprendre sur le tas". D'ailleurs plusieurs (6) médecins sondés ne savaient pas clairement distinguer l'AME de la CSS par exemple. Ceci montre bien le manque d'information au sein même du corps médical.

L'insuffisance de formation spécifique des médecins sur la prise en charge des patients bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME) soulève d'importantes préoccupations en ce qui concerne l'accès à des soins adaptés et de qualité pour cette population. Le fait que seulement 2 médecins sur un groupe interrogé aient reçu une formation, qu'ils jugent de surcroît brève et insuffisante, met en lumière un déficit significatif dans la préparation des professionnels de santé à répondre efficacement aux besoins particuliers de ces patients.

Le manque de formation appropriée peut conduire à plusieurs problèmes. D'abord, il peut y avoir une méconnaissance des aspects administratifs et réglementaires spécifiques à l'AME, ce qui peut entraver le processus de soins, de la prescription à la réalisation des actes médicaux nécessaires. Ensuite, une formation insuffisante peut limiter la compréhension par les médecins des enjeux sociaux, économiques et culturels qui influencent la santé de ces patients, ce qui est crucial pour une prise en charge holistique et efficace.

L'apprentissage en pratique, comme mentionné par l'un des médecins, bien que témoignant de la capacité d'adaptation des professionnels, n'est pas une stratégie idéale. Cette approche peut mener à une variabilité dans la qualité des soins offerts, avec des médecins potentiellement moins équipés pour gérer les cas complexes ou spécifiques liés à ce groupe de patients. Cela peut non seulement affecter l'efficacité des soins mais aussi influencer la perception des patients sur leur accueil et leur traitement au sein du système de santé, possiblement ressentant qu'ils ne reçoivent pas l'attention ou le soutien adapté à leur situation.

Ainsi, le manque de formation spécifique des médecins concernant la prise en charge des bénéficiaires de l'AME est un obstacle majeur à l'accès équitable et efficace aux soins pour ces patients. Cela met en évidence le besoin d'intégrer des modules de formation spécialisés dans les curriculums médicaux ou de proposer des formations continues obligatoires, afin de garantir que tous les médecins soient bien préparés à répondre aux défis uniques posés par cette population.

Le manque de formation du personnel médical et administratif sur la prise en charge des bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME) conduit à un accès restreint aux spécialités médicales et aggrave les obstacles dans le système de santé. Cette situation est exacerbée par une formation insuffisante du personnel administratif, y compris les secrétaires médicales, qui jouent un rôle crucial dans la gestion des rendez-vous et l'accueil des patients. Parfois, les secrétaires peuvent même filtrer les patients à l'AME, une pratique influencée par une méconnaissance des procédures appropriées et par la perception de la lourdeur administrative associée à ces cas. Ce filtrage peut résulter d'une incertitude sur la gestion des particularités administratives de l'AME, comme le traitement des dossiers ou la facturation spécifique, qui peut sembler complexe sans une formation adéquate.

Cette absence de formation peut entraîner des erreurs telles que l'affirmation incorrecte que certains soins ne sont pas pris en charge par l'AME, observée lors d'accompagnements où le personnel médical non formé fait de telles déclarations. Cela crée des barrières substantielles bien avant que le patient n'atteigne la salle de consultation. De plus, le manque de formation spécifique peut également contribuer à une approche moins empathique ou moins informée face aux défis que ces patients peuvent rencontrer, comme les barrières linguistiques, culturelles, ou socio-économiques. Ces problèmes affectent non seulement l'accueil et la gestion des patients mais aussi influencent négativement leur expérience et leur confiance dans le système de santé.

L'insuffisance de formation spécifique chez les médecins et le personnel administratif peut non seulement compromettre l'accès aux soins spécialisés mais aussi mener à une variabilité dans la qualité des soins offerts, laissant les patients de l'AME vulnérables à une prise en charge médicale inégale et souvent inadéquate. Cette réalité souligne la nécessité urgente de programmes de formation approfondis pour tous les professionnels impliqués dans la prise en charge des bénéficiaires de l'AME, afin de garantir que les droits et les besoins médicaux de cette population soient respectés et bien pris en charge dès le premier point de contact.

C. Barrières Structurelles dans la Planification des Soins

Enfin, l'adaptation des structures médicales aux besoins des bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME) présente également des lacunes importantes, notamment en ce qui concerne l'organisation des rendez-vous. Les patients bénéficiant de l'AME interrogés ont indiqué qu'ils avaient tendance à se rendre chez le médecin sans rendez-vous préalable. Cependant, parmi les médecins sondés, seuls 8 disposaient de créneaux spécifiques où les patients pouvaient venir sans rendez-vous, et ces créneaux étaient parfois proposés à des horaires peu accommodants pour les patients. Cette situation démontre que les structures médicales ne sont pas toujours alignées sur les réalités et les besoins des patients AME, qui peuvent trouver difficile de planifier à l'avance en raison de contraintes diverses, notamment des barrières linguistiques, technologiques, et de temps.

La nécessité de devoir appeler pour prendre un rendez-vous représente une autre barrière significative. Cette exigence implique non seulement une barrière technologique mais aussi une contrainte de temps et une difficulté supplémentaire pour ceux qui ne maîtrisent pas bien la langue française. Ces éléments peuvent décourager de nombreux bénéficiaires de l'AME de chercher à obtenir des soins, surtout si l'accès aux créneaux sans rendez-vous est limité ou inadapté à leurs disponibilités.

Ces défis illustrent clairement le besoin urgent de réviser et d'adapter les modalités de prise de rendez-vous dans les structures médicales pour les rendre plus accessibles et flexibles pour les bénéficiaires de l'AME. Il est essentiel de repenser l'accueil et l'organisation des soins de manière à mieux correspondre aux exigences et aux circonstances de vie de ces patients, afin de garantir que tous aient un accès équitable et efficace aux soins médicaux nécessaires.

3. Des obstacles sociaux et matériels au fonctionnement de l'AME

Enfin, les bénéficiaires eux-mêmes sont au cœur de notre recherche. Ils sont en effet aux premières loges pour constater les diverses difficultés d'accès aux soins et leur avis sur la question est primordial dans cette enquête.

A. Le défi de la précarité au logement et au travail

D'abord, la question du logement revient régulièrement dans les discours de quatre des médecins interrogés. En effet, les bénéficiaires sont confrontés à une précarité et surtout une instabilité de l'hébergement qui constituent un frein à la poursuite de soins. D'une part, les bénéficiaires de l'AME qui sont dans cette situation se voient forcés de déménager régulièrement. Or, ils peuvent parfois déménager loin de chez le médecin et ainsi espacent voire renoncent à leur suivi médical, comme le déplorent six médecins parmi les interviewés. D'autre part, le simple fait de ne pas avoir de logement fixe ou simplement pas de logement du tout force les bénéficiaires à emporter avec eux tous leurs médicaments, qui peuvent être nombreux et donc encombrants. En vertu de quoi certains bénéficiaires abandonnent leur traitement faute de possibilité de le stocker quelque part, selon l'un des médecins interviewés : "toute leur vie tient dans une valise or quand il y a beaucoup de médicaments ça devient difficile". Parmi ces traitements, ce même médecin cite ceux liés au diabète ou à l'hypertension. Ensuite, les bénéficiaires doivent faire face à une autre forme de précarité : celle du travail. Les médecins remarquent une recrudescence des maux liés à l'activité professionnelle, souvent physiques. Ainsi, un médecin parmi les interviewés déclarait "comme beaucoup de patients AME travaillent au noir dans le bâtiment, j'en reçois beaucoup qui souffrent de maladies professionnelles liées au bâtiment, c'est-à-dire qui se plaignent de douleurs de dos, douleurs aux épaules ou articulaires". Ces maladies fréquentes chez les bénéficiaires de l'AME travaillant, ne peuvent cependant se traduire par un arrêt de travail de par le caractère officieux de l'emploi.

B. Les difficultés d'accès à la prise de rendez-vous

De nos jours, la plupart des rendez-vous se prennent en ligne via la plate-forme Doctolib. Mais celle-ci regorge de freins à la prise en charge de patients ayant l'AME. D'abord on remarque une barrière technologique : l'application nécessite un téléphone d'une certaine qualité et un accès à internet, ce qui signifie l'accès à un abonnement téléphonique qui lui-même implique une somme d'informations (adresses, coordonnées bancaires) que les bénéficiaires ne sont pas toujours en mesure de renseigner. Un bénéficiaire nous explique : "Moi, je peux pas prendre de rendez-vous sauf quand j'appelle, mais des fois ils répondent pas."

Ensuite on constate une barrière au niveau de la compréhension de l'application : elle nécessite entre autres une adresse électronique ce qui peut être complexe à créer. En somme, la plateforme n'est pas intuitive pour quelqu'un qui n'a pas l'habitude, nécessite de savoir où et comment chercher, de l'aveu des sept bénéficiaires interrogés qui préfèrent prendre rendez-vous par téléphone ou se rendre sur place directement. Cependant, deux d'entre eux affirment quand même utiliser la plate-forme Doctolib : "je n'ai pas de difficultés à utiliser Doctolib". Enfin, certains bénéficiaires peuvent rencontrer une barrière de la langue, tant sur la plateforme Doctolib que dans la prise de rendez-vous en général, comme le rapportent la quasi-totalité des médecins interviewés. Pour toutes ces raisons et sans une aide extérieure, associative ou par des proches, les bénéficiaires déclarent généralement renoncer à utiliser Doctolib et préfèrent appeler voire se présenter directement à l'hôpital ou chez le médecin dans l'espoir d'obtenir un rendez-vous. Pour les suivis médicaux, les rendez-vous sont fixés à la fin du présent rendez-vous pour le suivant. Certains établissements organisent des maraudes pour rappeler les rendez-vous et les soins aux personnes concernées.

C. Les barrières administratives

Les bénéficiaires de l'AME doivent faire face à une véritable barrière administrative. En effet, ils doivent d'abord affronter des administrations réticentes à les recevoir qui invoquent l'administratif complexe pour justifier le refus de soins. Ainsi, une femme bénéficiaire de l'AME que nous avons accompagné à l'hôpital s'est vu refuser un examen gynécologique au prétexte que celle-ci n'était pas prise en charge. Après vérification, il se trouve que cette procédure médicale était couverte par l'AME. Mais le personnel a refusé d'entendre raison et cette femme n'a pas pu être soignée dans cet hôpital. Si cette complexité administrative est avérée comme vu un peu plus haut, elle ne doit justifier en aucun cas le refus par les médecins ou les structures de soin de prendre en charge les bénéficiaires. Ces derniers sont d'ailleurs directement confrontés à la complexité de l'administratif, pour ce qui est du renouvellement de l'AME. S'ils disposent de l'aide de certains collectifs comme Médecins du Monde, certains tentent de s'en occuper sans aide extérieure et dénoncent un processus long et compliqué, et surtout stressant. Une procédure complexe donc, qui se double d'une méconnaissance du dispositif en lui-même.

D. Le manque d'information sur le dispositif par les bénéficiaires

Nous nous sommes aussi aperçus que les bénéficiaires de l'AME sont mal renseignés sur ce dispositif. En effet, on constate une suite de comportements chez les bénéficiaires qui semblent liés à une mauvaise compréhension du dispositif de l'Aide Médicale d'État.

Lors des entretiens avec les bénéficiaires, on s'aperçoit que si l'on se fie uniquement à ce qu'ils disent sans prendre en compte la parole des médecins, il n'y a pas ou peu de problème avec l'AME : "Tout va bien, je suis content de pouvoir me soigner". Alors que cinq bénéficiaires déclarent que la question des soins est au cœur de leurs priorités, quatre parmi eux déclarent être bien reçus par les professionnels de santé, ce qui va à l'encontre de ce qu'en disent les médecins, dont huit d'entre eux rapportent connaître des structures qui refusent l'AME. Les bénéficiaires semblent donc ne pas parler de leurs difficultés, ou alors à demi-mot. Certains vont même jusqu'à affirmer qu'il leur semble normal de payer certains services et médicaments, que l'État ne peut pas toujours tout prendre en charge. Pourtant, quatre sur les sept bénéficiaires interrogés déclarent avoir été contraints à un moment ou un autre de payer pour des soins ou des médicaments normalement couverts par l'AME, comme des analyses liées à la grossesse.

On peut donc déplorer de la part des associations mais également des structures de soins, une absence de suivi : les demandeurs de l'AME peuvent compter sur l'aide des associations comme Médecins du Monde pour les aider à faire leur demande, c'est d'ailleurs comme cela que deux des bénéficiaires ont été mis au courant de l'existence du dispositif, et que quatre d'entre eux ont monté leur dossier : "J'ai demandé à Médecins du Monde de m'aider dans la démarche" déclare une bénéficiaire qui a demandé l'AME pour la première fois. Mais la responsabilité des associations s'arrête là et ils ne prennent plus en charge ceux qui ont reçu l'AME, comme nous avons pu l'observer lors de nos permanences à MDM : les patients ayant l'AME étaient systématiquement réorientés vers des structures de soin comme des centres de santé, cabinets de ville ou des hôpitaux. Les bénéficiaires se retrouvent livrés à eux-mêmes et doivent faire face à de nombreux blocages comme cités plus haut, ainsi qu'à des structures de soin pour certaines peu disposées à aider les bénéficiaires.

Cependant, cela n'empêche pas le discours des bénéficiaires d'être très nuancé : ils semblent penser qu'il est normal de payer et vont même jusqu'à éprouver une sorte de reconnaissance envers ce dispositif, quand bien même celui-ci est défaillant, comme le déclare cette bénéficiaire : "je trouve normal de payer mes analyses, l'État ne peut pas tout prendre en charge tout le temps". Cette reconnaissance est biaisée par une méconnaissance de l'AME et des droits

des bénéficiaires. A la question « savez-vous comment fonctionne l'AME ? », trois bénéficiaires répondent oui mais leur définition du dispositif se résume à la compréhension d'une aide de l'État qui permet d'aller chez le médecin. C'est donc sans surprise que les bénéficiaires tirent de l'AME un ressenti positif car ils n'ont pas toutes les informations. Quant aux professionnels de santé, plus informés des tenants du dispositif, ils déplorent les nombreux abus de la part des autres médecins.

Conclusion

Ainsi, notre étude se conclut. De septembre à avril, nous avons enquêté sur les difficultés d'accès aux soins par les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État, en ciblant deux populations : les professionnels de santé et les bénéficiaires du dispositif. De nos recherches se détachent trois grands constats. Premièrement, il subsiste des problèmes inhérents au système de l'AME. Le remboursement difficile des médecins qui prennent en charge des bénéficiaires les poussent à refuser de soigner ces derniers, ou les met dans une situation de non-paiement des soins. Cela, couplé à la non-digitalisation des dossiers médicaux, aboutit à une prise en charge de l'AME non viable économiquement et un risque élevé de refus de soin. Dans un deuxième temps, on souligne le manque d'adaptation des infrastructures de santé à l'AME. On constate la présence de barrières linguistiques et communicationnelles qui compliquent le lien médecin-patient et fragilisent le bon déroulement d'un suivi médical. Les professionnels de santé sont également trop peu formés sur l'AME et cela impacte la manière dont ils prennent en charge les bénéficiaires de l'AME. De plus, cela entretient l'inadaptation des structures de santé aux bénéficiaires, notamment en termes de prise de rendez-vous. Enfin, on s'intéresse aux obstacles sociaux et matériels rencontrés par les bénéficiaires. Ces derniers font face à la précarité du logement et du travail ce qui complexifie le suivi médical. Également, la difficulté liée à la prise de rendez-vous est un obstacle supplémentaire à la dispense de soins aux bénéficiaires de l'AME, auquel s'ajoute une barrière administrative qui creuse encore plus l'écart entre théorie et réalité du terrain quant à la prise en charge des bénéficiaires. Finalement, on constate chez les bénéficiaires une compréhension fragile et hasardeuse du dispositif en lui-même, qui se traduit chez eux par une reconnaissance des soins dispensés en désaccord avec la problématique soulevée par les médecins.

Notre enquête comporte également ses limites. Nous avons peu de temps pour mener une investigation plus approfondie et parcourir chaque semaine tout Paris à la recherche de médecins et de bénéficiaires de l'AME ; c'est pourquoi nous nous sommes appuyées sur Médecins du Monde et Doctolib essentiellement pour aborder les populations ciblées par notre étude. De plus, nous devons jongler avec notre emploi du temps d'étudiantes au sein de Sciences Po Paris. Enfin, nous étions limitées en termes de ressources et avons été contraintes d'improviser avec les moyens du bord : pour les entretiens, nous ne disposions ni de matériel d'enregistrement autre que nos téléphones, ni d'un local pour conduire les interviews. Par conséquent, nous n'avons pas pu aborder le problème sous d'autres angles, nous avons dû prioriser. Notre enquête comporte certainement des biais inévitables dans la mesure où nous nous sommes basées sur notre entourage pour trouver des médecins et des bénéficiaires, en plus d'être influencées par le milieu militant dans lequel nous évoluons. Cependant, pour des études futures sur le sujet, il pourrait être intéressant d'aborder l'enquête sous des conditions différentes. Premièrement il pourrait être utile de tenter de rencontrer en présence tant les médecins que les bénéficiaires, afin de faciliter le contact et d'ouvrir la porte à des interprétations non plus seulement basées sur les propos mais également sur la communication non verbale. Deuxièmement, il serait intéressant de centrer cette fois-ci l'étude sur les bénéficiaires, d'en interviewer plus afin d'avoir une meilleure perspective sur la problématique de l'accès aux soins par les bénéficiaires de l'AME. Enfin, nous conseillons de s'appuyer sur les autres associations qui viennent en aide aux bénéficiaires de l'AME et que nous n'avons pas pu contacter par manque de temps et dont il serait pertinent d'avoir le point de vue sur le sujet.

Recommandations :

Comment améliorer l'administration de l'AME à destination de l'État

- Digitaliser les dossiers médicaux des bénéficiaires de l'AME afin de faciliter le suivi médical. Créer une carte AME similaire à la carte vitale pour assurer un suivi médical plus efficace.
- Fusionner l'AME avec l'assurance maladie. Cette fusion faciliterait la télétransmission des informations médicales et permettrait ainsi d'offrir une couverture maladie universelle plus efficace pour les bénéficiaires.
- Digitaliser et moderniser le processus de remboursement des soins afin de permettre aux médecins de suivre facilement le processus de remboursement.
- Mettre en place des campagnes d'information et de sensibilisation sur le processus d'accès aux soins destiné aux personnes bénéficiaires.
- Mettre en place des aides d'inclusions à destination des médecins pour permettre la mise en place de services adaptés.
- Intégrer dans tous les programmes de formation médicale des modules sur les soins aux patients ayant un parcours migratoire, afin d'assurer que les médecins répondent aux besoins spécifiques de ces populations. Et ceci de manière obligatoire plutôt que facultativement pour les intéressés.
- Réaliser une enquête sur les processus de remboursement des CPAM afin d'éclairer les manques réguliers de remboursements pour les actes médicaux pour les AME.
- Faciliter l'accès au logement pour les personnes primo-arrivantes.

Comment améliorer l'accès aux soins à destination des structures médicales :

- Investir dans des services d'interprétariat pour faciliter la communication entre les professionnels de santé et les patients de l'AME.
- Investir dans une formation obligatoire sur la prise en charge de patients AME pour tout personnel de santé (médecins, secrétaires).
- Investir dans la présence de médiateurs de santé en centre médical. Leur rôle est d'intégrer les bénéficiaires de l'AME dans un parcours de soin, de faire l'éducation thérapeutique, pédagogie dans l'obtention d'un rendez-vous ou d'un médecin traitant.
- Investir dans des outils de traduction comme le TRAVIS afin d'éviter les longues attentes pour les services d'interprétariat.

- Ouvrir des créneaux de prise en charge sans rendez-vous destinés aux bénéficiaires AME et CSS.

Comment améliorer l'accompagnement des bénéficiaires à destination des associations : Afin d'assurer une prise en charge et un accompagnement intersectionnel des bénéficiaires de l'AME :

- Mettre en place des campagnes de sensibilisation sur les droits des bénéficiaires de l'AME, notamment la gratuité des soins et médicaments et la nécessité de renouvellement annuel.
- Permettre une prise de rendez-vous accessible aux personnes qui ne parlent pas français ou ne sachant pas lire. Mettre en place un accompagnement pour la prise de rendezvous pour les patients non-francophones ou analphabètes.
- Assurer que la collecte des données sur les expériences de l'accès aux soins prend en compte les différences de genre/ethnicité afin de répondre aux besoins hétérogènes des bénéficiaires de l'AME.
- Accroître la sensibilisation sur les droits des personnes sans titre de séjour pour encourager les personnes éligibles à l'AME à faire valoir leurs droits.

Bibliographie :

Amélie (2023, avril) “Aide médicale de l'État et soins urgents”

<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/aide-medicale-etat-soins-urgents#:~:text=L%27aide%20m%C3%A9dicale%20de%20l%27%C3%89tat%20%28AME%29%20facilite%20l%27acc%C3%A8s%20aux,noter%20que%20l%27AME%20n%27est%20pas%20applicable%20%C3%A0%20Mayotte.>

Bachelet, M., & Anguis, M. (2017). Les médecins d'ici à 2040: une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. *Études et résultats*, 1011, 1-6.

Chaput, H., et al.(2020). Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. *Études et résultats*, 1140.

https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/panel_mg_nat_PDF/2020_panel_mg_er_1140.pdf

Chareyron, S., L'Hoty, Y., & Petit, P. (2019, octobre). Les refus de soins discriminatoires: tests dans trois spécialités médicales. *Défenseur des droits*.<https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2023-08/ddd-etude-%20refussoins-discriminatoires-20191029.pdf>

Delahaye, V (2023, novembre) *Projet de loi de finance pour 2024*. Sénat.

https://www.senat.fr/fileadmin/Commissions/Finances/2023-2024/Notes_de_presentation/NP_Sante_PLF_2024.pdf

Desprès, C., & Lombrail, P. (2017,). Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichierutilisateur/fichiers/2017-04-03_Etude_Analyse_m%C3%A9decins_pr%C3%A9carit%C3%A9.pdf

Médecin du Monde (2022). *Rapport d'activité Centre d'accueil, d'orientation et d'accompagnement*.

Médecins du Monde (2023). Aide médicale d'état. <https://www.medecinsdumonde.org/amelaide-medicale-detat/>

Médecin du Monde (2023, avril). Entraves dans l'accès à la santé les conséquences de la réforme de 2019 sur le droit à l'aide médicale d'État.

<https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2023/04/Rapport-denquete-interasso-AMEIDF-Avril-2023-1.pdf>

Ministère des solidarités et de la santé. (2024, février). Vous êtes étranger en situation irrégulière ?

https://www.complementaire-santesolidaire.gouv.fr/vous_etes_etrangeur_en_situation_irreguliere.php

Ministère de la santé et de la prévention. (2023, mai). Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé et de l'aide médicale de l'État.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/DD109.pdf>

Service Public .(2024, avril) Qu'est ce que l'aide médicale d'État?

<https://www.servicepublic.fr/particuliers/vosdroits/F3079>

Verger, et al. (2020, mai). Perception des risques et opinions des médecins généralistes pendant le confinement lié au Covid-19. *Perception*, 45(1151), 50.

Annexe:

1. Annonce pour trouver professionnel de santé et bénéficiaires AME



 SCIENCES PO

ENTRETIENS AVEC PROFESSIONNELS DE SANTÉ

ENTRETIENS 15 MIN

 Secteur 1  région Parisienne

Dans le cadre de notre Master 1 à Sciences Po Paris, nous recherchons des professionnels de la santé afin de mieux comprendre le fonctionnement de l'Aide Médicale d'État (AME). Nous sommes à la recherche de **professionnels de la santé, incluant des généralistes, des spécialistes et des secrétaires**, pour participer à des entretiens d'une durée de 15 à 20 minutes. Merci d'avance !

 caroline.blackburn@sciencespo.fr
07 49 46 87 03



 SCIENCES PO

 caroline.blackburn@sciencespo.fr
07 49 46 87 03

ENTRETIENS SUR L'AIDE MEDICALE D'ETAT (AME)

ENTRETIENS 30 MIN

 Vous avez une carte AME  région Parisienne

 Vous avez eu une carte AME

Nous recherchons des bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État à Paris (AME) pour participer à des entretiens d'une durée de 30 minutes. Nous voulons parler de votre expérience avec le système de santé français et de l'AME.

Merci d'avance !



2. Questionnaire pour professionnels de santé (secteur 1) / Centres de santé

Questions:

- Êtes-vous médecin généraliste ou avez-vous une spécialité?
- Avez-vous été formé sur la prise en charge de l'AME?
- Recevez-vous des bénéficiaires de l'AME?

Si oui:

- Quelle est la proportion de patients ayant l'AME parmi les demandeurs de soins ?
- Les patients ayant l'AME vous font-ils part de difficultés particulières (autres que médicales) avant et pendant une consultation ?
- Y a t il des difficultés particulières liées à la prise en charge des titulaires de l'AME? Des procédures administratives particulières ou autre démarche spécifique de votre côté?
- Avez-vous rencontré des difficultés pour communiquer avec les bénéficiaires de l'AME, notamment liées à la langue (hors français/anglais) ? Est ce que vous utilisez un interprète ou technologie de traduction pour communiquer avec les patients?
- Les patients ayant l'AME ont-ils accès à toutes les spécialités (ophtalmo, soin dentaire, gynécologue) ? Sinon, pourquoi ?
- Vous arrive-t-il de réorienter les patients vers des professionnels de santé en dehors du centre ? Vers qui ?
- Avez-vous remarqué des pathologies/problèmes de santé récurrents chez les titulaires de l'AME?
- Avez-vous rencontré des difficultés liées à l'adaptation du traitement en fonction des conditions de vie de la personne (nécessitant un logement, un accès sanitaire décent,...)
- Connaissez-vous des structures/ collègues qui refusent l'AME? Et pourquoi les refusent-elles?
- Savez vous comment les bénéficiaires de l'AME prennent rdv pour consulter un médecin? Utilisez-vous doctolib? Pensez-vous que ce soit un mode de prise de rendezvous accessible à tous?
- Permettez-vous les consultations sans rendez-vous pour les personnes ayant l'AME?

- Est ce que vous pensez que les politiques migratoires notamment la loi immigration affecte votre capacité à exercer votre profession ? Est-ce que les médecins discutent de ces sujets?

Si non : Pourquoi?

- Barrière de la langue?
- Paperasse administrative ?
- Méconnaissance du dispositif de l'AME ?
- Complexité excessive du processus?
- Accepteriez-vous de prendre l'AME si vous étiez davantage formés /sensibilisés à la procédure?

3. Questionnaire pour bénéficiaires AME

- Depuis quand avez-vous l'AME?
- Comment avez-vous fait la demande de l'AME? (association, seul, aide de connaissance/famille)
- Comment avez-vous pris connaissance du dispositif de l'AME?
- Avez-vous été chez le médecin depuis que vous avez eu l'AME? Comment avez vous trouvé votre médecins - Si non pourquoi?
- Vous a -t -on déjà refusé des soins ou demandé de payer?
- Dans quelle structure (cabinet, centre de santé, hôpital ..)
- Est ce que l'accès aux soins médicaux est une priorité pour vous ? Si non, quelles sont ces priorités?
- Avez-vous un téléphone et accès à internet facilement?
- Comment faites vous pour voir un médecin?
- Comment trouvez vous la procédure de prise de rdv ? Facile, moyen, difficile?
Pourquoi?
- Quels types de soins avez-vous besoin ?
- Comment êtes vous reçu chez le professionnel de santé?
- Est ce que vous comprenez comment l'AME fonctionne? Est ce que c'est un dispositif clair pour vous?
- Est ce qu'on vous a déjà fait payer des services médicaux que vous avez reçu?
- Est ce que vous allez renouveler l'AME cette année? dire de faire renouveler le secrétaire qui aide avec dossier?
- Allez-vous chez le médecin régulièrement? Est ce près de chez vous.