

Université Claude Bernard  **Lyon 1**

UFR de MEDECINE LYON-EST

Année 2016

N°

**REPRESENTATIONS, VECUS ET RESSENTIS
PAR LES MINEURS ISOLES ETRANGERS
DU SYSTEME DE SOINS FRANÇAIS**

Étude qualitative portant sur 21 entretiens semi-dirigés.

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 10 Novembre 2016
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Marion GUEGAN

Née le 03.11.1987

A Lille

Sous la direction du Docteur Elisabeth RIVOLLIER

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND
<u>Secteur Santé</u>	
UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT
<u>Secteur Sciences et Technologie</u>	
UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2016/2017

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophthalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Duceref	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honnorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire

Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie

Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Crouzet	Sébastien	Urologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquín-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie

Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaunat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Mauguière	François	Neurologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

Benchabib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie

Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A chacun des MIE qui a accepté de me rencontrer,

Malgré le questionnement mêlé d'inquiétude pour certains, quant aux entretiens avec une inconnue qui arrive dans votre foyer et demande à vous enregistrer, vous avez accepté de me donner votre vision de notre système de soins, et ainsi de me permettre de réaliser cette thèse. Pour cela, je vous remercie.

Merci également pour le temps que vous m'avez accordé.

Merci aussi pour vos histoires de vie que vous m'avez fait partager.

Elles n'apparaissent pas dans ce travail pour sauvegarder votre anonymat et parce qu'elles n'en sont pas le sujet. Sachez que pour autant, chacun de vous m'a touchée, m'a changée, m'a fait évoluer. Les mineurs isolés étrangers ne sont plus pour moi un « terme générique » ; je garde en moi vos mots, vos expressions, votre voyage...

Aux éducateurs, aux responsables des foyers, et au docteur DE GOER pour m'avoir aidé dans la réalisation de cette thèse.

Au Président du jury, Monsieur le Professeur Jean-Pierre DUBOIS,

Merci d'avoir accepté la présidence de cette thèse,

Merci pour votre aide et l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse, soyez assuré de ma reconnaissance.

A Madame le Professeur Liliane DALIGAND,

Merci d'avoir accepté de juger cette thèse sans me connaître.

C'est un honneur de vous compter parmi les membres de notre jury,

Soyez assurée de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Yves ZERBIB,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse,

Merci pour votre disponibilité,

Recevez ici l'expression de ma gratitude.

A Madame le Docteur Elisabeth RIVOLLIER

Merci de m'avoir permis de découvrir le monde des MIE.

Merci pour votre soutien, votre disponibilité et votre accompagnement tout au long de ce travail.

Merci également pour votre bienveillance et votre gentillesse.

Soyez assurée de ma plus grande reconnaissance.

À ma famille, ma plus grande fierté.

A mes grands-parents qui me manquent.

A mon papy, pour tes innombrables histoires bellilloises et ton ingéniosité. Pour tous les souvenirs heureux ensemble.

A mes parents, pour m'avoir permis de grandir dans la sérénité et dans la joie. Pour votre soutien pendant ces longues années sans lequel je n'aurai pu réussir. A mon papa, pour ton énergie communicative et ton soutien. A ma maman, pour ta présence, ton écoute, ton aide. Merci pour l'aide inestimable dans ce travail.

A ma grande sœur Céline, pour ta vision de la vie, pour ton optimisme et pour ta présence apaisante. Merci pour l'aide dans ce travail.

A la petite, pour ton énergie, pour ta façon de vivre pleinement chaque moment et pour ta bienveillance constante. Merci pour ton intérêt et ton aide dans la réalisation de ce travail.

A mon bof parce qu'il est super chouette. A Arthur qui épanouit notre famille ; au « plus un » à venir qu'on aime déjà.

A Dorothée, Pavel et Pierre, pour votre gentillesse et votre attention.

A Hélène, Sidi, Sarah, Mariam et Elias, merci pour votre « positive attitude », et votre accueil hors-pair.

A mes amis,

A ma Tchote, pour ces années d'amitié pendant lesquelles tu ne m'as jamais lâchée. Parce que les moments ensemble sont toujours aussi bons et que la distance n'y change rien. A Fab, pour ta gentillesse et ton amitié.

A Milie, parce qu'on a fait tout cela ensemble et parce que tu es toujours là quand il faut. Pour ton amitié si précieuse. « Pour le meilleur et pour le pire... »

A Drey, pour tous ces moments uniques passés ensemble et pour ton amitié.

A Aude et Toad, pour tous ces moments ensemble toujours aussi simples et chouettes.

A Joust, Guillaume, Nico, six petits pas un jour, six petits pas toujours.

A mon Copinou, à Sido et Quentin mes amis de toujours.

A Pierre, Jm, Jb, Mael, la troupe du nord. Toujours là pour les bons moments.

A ma famille lyonnaise, parce qu'avec vous j'aime vivre à Lyon.

A mes amis Lillois Lyonnais Cycy & Chloé, Maup & Nico. Pour les soirées, les avis cardio, la danse, les impros...

A Zoé, ma meilleure coloc !

A Léna, Clém, Ingrid, Elise, Mélanie, Diane et Lucile. Pour les Whatsapp dermato, cardio, psy et histoires folles. NYC team, Slovénie team et la future Argentine team. L'aventure continue ! Léna, pour les kilomètres parcourus et pour ceux à venir. Galettes et frites power. Johan, merci pour tes « bisous » et ton « courage farouche ».

Johan, Nico, Dom, Vincent, Adrien et Matthieu. Pour l'ouverture que vous apportez à ce groupe de médecins (je ne parle pas de Fifa) et pour tous les bons moments.

A toutes les équipes médicales hospitalières et les médecins généralistes qui m'ont transmis un peu de leur savoir technique et l'importance de savoir s'adapter aux patients.

A tous mes co-internes : Romain, Timothée, Marthe et PA. Pour votre soutien et votre humour pendant les semestres qu'on a passé ensemble.

Au service de Trévoux, notamment Didier et Carole pour leur accueil chaleureux et leur disponibilité.

A Gogo, pour les tours de manège, pour les petits princes, pour les boules de neiges, pour tous les joyeux souvenirs.

A Charles,

Pour notre vie, pour nos projets, parce que tu t'adaptes à tout et que tout te plaît.

Parce que la vie est belle à tes côtés. Je t'aime.

LISTE DES ABREVIATIONS

AME : Aide Médicale d'Etat

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CIDE : Convention Internationale des Droits de l'Enfant

CMUb : Couverture Maladie Universelle de base

CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire

CNCDH : Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

MAE : Mesure d'Assistance Éducative

MIE : Mineurs Isolés Etrangers

MNA : Mineurs Non Accompagnés

OFFI : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides

OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PRAPS : Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins

PUMA : Protection Universelle Maladie

UNHCR : United Nations Commissioner for Refugees

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	18
A. CONTEXTE ET JUSTIFICATIF DE L'ETUDE	18
B. LES MINEURS ISOLES ETRANGERS (MIE)	20
1. UN PEU D'HISTOIRE SUR LES MIE	20
2. DEFINITION DE L'APPELLATION « MINEUR ISOLE ETRANGER »	21
3. DONNEES STATISTIQUES SUR LE NOMBRE DE MIE EN FRANCE	22
4. CARACTERISTIQUES DES MIE EN FRANCE.....	22
5. PARCOURS EN FRANCE.....	23
6. QUEL AVENIR POUR LES MIE EN FRANCE.....	26
C. LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE (PASS)	28
1. UN PEU D'HISTOIRE	28
2. FONCTIONNEMENT DES PASS	28
D. ASSURANCE MALADIE ET MIE	29
1. DROITS ET CONDITIONS D'OBTENTION GENERALES	29
2. PARTICULARITES DU STATUT DE MIE	31
E. LE FLOU ADMINISTRATIF ET JUDICIAIRE : LES PRINCIPALES « POLEMIQUES »	31
1. FLOU ADMINISTRATIVO-JUDICIAIRE.....	31
2. POLEMIQUE DANS L'EVALUATION DU STATUT DU MIE	32
II. METHODOLOGIE.....	34
A. TYPE D'ETUDE	34
B. RECRUTEMENT DE L'ECHANTILLON	34
C. PRESENTATION DES DEUX PASS DE L'ETUDE.....	34
D. MODALITES DE RECRUTEMENT DES PATIENTS ET AUTORISATIONS DU REPRESENTANT LEGAL	35
E. CONCEPTION ET EVOLUTION DU GUIDE D'ENTRETIEN	36
F. INFORMATIONS DONNEES AU MIE.....	36
G. TEMPS DE DISCUSSION APRES L'ENTRETIEN	37
H. RETRANSCRIPTION ET ANALYSE DES DONNEES.....	38
1. RETRANSCRIPTION DES DONNEES.....	38
2. ANALYSE DES DONNEES	38
I. ACCORD DU COMITE ETHIQUE ET ENREGISTREMENT CNIL DE L'ETUDE.....	38
J. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	39

III.	RESULTATS.....	40
A.	POPULATION DE L'ETUDE : Les caractéristiques des MIE	40
1.	DONNEES GENERALES	40
2.	CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DE L'ETUDE	40
B.	RESULTATS.....	41
1.	VECU DE L'ACCES AUX SOINS	42
2.	REPRESENTATIONS DE L'ASSURANCE MALADIE.....	47
3.	REPRESENTATIONS DE LA PASS PAR LES MIE	51
4.	VECU/ RESENTI DE LEUR PRISE EN CHARGE A LA PASS	55
5.	VECU DU RELAIS DE LA PASS A LA MEDECINE GENERALE	60
6.	REPRESENTATIONS DE LA MEDECINE GENERALE PAR LES MIE	64
7.	VECU/ RESENTI DE LEUR PRISE EN CHARGE EN MEDECINE GENERALE.....	66
8.	VECU DE LA SANTE.	72
IV.	DISCUSSION	76
A.	FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	76
1.	LES FORCES	76
2.	LES LIMITES.....	76
B.	DISCUSSION SUR LES PRINCIPAUX RESULTATS.....	77
1.	VECU DE L'ACCES AUX SOINS	77
2.	L'ASSURANCE MALADIE.....	81
3.	REPRESENTATIONS ET VECU DU SERVICE PASS.....	83
4.	REPRESENTATIONS ET VECUS DE LA MEDECINE GENERALE	86
5.	SANTE	91
C.	PERSPECTIVES	93
V.	CONCLUSION	95
VI.	BIBLIOGRAPHIE	101
VII.	ANNEXES.....	109
A.	ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN	109
B.	ANNEXE 2 : EXEMPLE D'AUTORISATION LEGALE NOMINATIVE	111

VIII. ANNEXES CD

Les Entretiens

Tableaux des résultats par thème

« Il y avait un jardin qu'on appelait la Terre (...)

Il était assez grand pour des milliers d'enfants (...)

Où est-il ce jardin ? »

Georges Moustaki

« Parce qu'il n'y a pas d'étranger sur cette Terre »

La Cimade

I. INTRODUCTION

A. CONTEXTE ET JUSTIFICATIF DE L'ETUDE

Ces dernières années, les différentes guerres et crises humanitaires dans le monde ont entraîné une hausse continue de la migration. En mars 2016, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR), avance le chiffre de quelques 131 724 personnes ayant franchi la Méditerranée depuis le début de cette même année, soit en 2 mois. Ce chiffre se rapproche du nombre total d'arrivées au cours du premier semestre de l'année 2015 (qui était de 147 209) (1).

Depuis une trentaine d'années nous découvrons une nouvelle population migratoire en France : celle des Mineurs Isolés Etrangers (MIE). Aujourd'hui, nous estimons leur nombre en France à environ 6 000, mais ce chiffre n'est pas fiable. En effet, comme nous le verrons, tous ne sont pas connus et leur nombre varie beaucoup (2).

Les MIE cumulent de nombreux facteurs de vulnérabilité : d'une part, ceux subis par tout migrant, liés aux traumatismes vécus dans le pays d'origine, à la migration et à l'exil ; d'autre part, ceux auxquels leur jeune âge et leur isolement les confrontent.

Le statut officiel de MIE leur donne droit, au titre de la protection de l'enfance, à une prise en charge éducative et sanitaire par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Mais la politique de maîtrise des flux migratoires, ainsi que le flou administratif et judiciaire quant à ces prises en charge, entraînent des situations complexes, voire dangereuses.

En février 2016, le défenseur des droits¹ a rappelé qu'un mineur isolé étranger est avant tout un enfant en danger et, à ce titre, il relève de la protection de l'enfance et doit bénéficier des garanties judiciaires qui y sont attachées (4).

Dans l'attente d'avoir droit à cette protection judiciaire et ainsi d'accéder à la santé de droit commun, les MIE peuvent avoir besoin de soins médicaux. Ils peuvent alors être pris en charge

¹ Le Défenseur des droits est une institution de l'État, indépendante, créée en 2011. Elle est née de la réunion de quatre institutions : le Médiateur de la République, le Défenseur des enfants, la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité (HALDE) et la Commission Nationale de Déontologie de la Sécurité (CNDS). Son président est nommé pour 6 ans par le président de la République. Jaques TOUBON la préside depuis 2014 (3).

dans des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), dispositif médico-social, ayant comme mission entre autre, l'accès aux soins des patients précaires (5).

Au cours de cette étude, nous allons nous intéresser à la population de MIE ayant précédemment été prise en charge par des PASS et bénéficiant actuellement du dispositif de droit commun.

De plus en plus d'études portent sur les MIE, notamment plusieurs études américaines et allemandes. Ces dernières traitent principalement des pathologies psychiatriques secondaires à leurs multiples traumatismes (ceux amenant à la migration, ceux résultant du parcours migratoire de de l'exil). Elles analysent les modes de dépistages de ces pathologies psychiatriques ainsi que leurs prises en charge (6)(7)(8).

Quelques travaux français ont étudié les mineurs consultant dans des PASS, notamment celle de Toulouse (9) et de Nantes (10). De-même, les patients pris en charge dans des PASS ont ainsi été l'objet de plusieurs travaux. Le parcours des patients de la PASS au retour dans le droit commun a été analysé dans de nombreuses études (11)(12)(13)(14) , ainsi que les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients réorientés par la PASS (15). Le point de vue des patients précaires sur leurs relations médecin traitant-patient a également été analysé (16).

En France, il n'existe pas d'étude à ce jour et à notre connaissance, qui s'intéressent uniquement aux MIE et à leur santé.

L'hypothèse formulée dans ce travail est que le système de soins français est particulièrement complexe pour les MIE.

L'objectif principal est d'étudier le vécu des MIE dans le système de soins français.

Les objectifs secondaires sont les suivants : étudier ce qu'ils ont compris de leurs droits en santé, étudier les représentations qu'ont les MIE de la PASS et de la médecine générale, étudier leur vécu des prises en charge à la PASS et en médecine générale, étudier leur vécu du relais de la PASS à la médecine générale, et enfin la place de la santé dans leur vie.

B. LES MINEURS ISOLÉS ÉTRANGERS (MIE)

1. UN PEU D'HISTOIRE SUR LES MIE

Depuis l'apparition de MIE en France dans les années 1980, il existe de nombreuses polémiques quant à leur statut, l'importance étant donnée, soit à leur qualité de mineur, soit à leur statut d'étranger. Pour ce qui est du statut de mineur, la France a ratifié la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) en 1990 (17). Elle est donc tenue de s'occuper dignement de ces derniers². Toutefois, les différentes crises humanitaires de par le monde, notamment en Afrique (Yémen, République Centre Afrique, Soudan) et au Moyen-Orient (Irak et Syrie) rendent difficile la maîtrise des flux migratoires (18). Le flou administratif et judiciaire quant à la gestion de ces jeunes, entraîne des situations complexes dont les premières victimes sont les MIE.

Pourtant des progrès ont été réalisés dans ce domaine. La plupart de ceux-ci n'étant pas nationaux³, nous ne revenons ici que sur la création en mars 2002 d'un administrateur ad hoc, ayant pour rôle de représenter et d'accompagner le MIE dans ses démarches administratives et judiciaires (19). En effet, un mineur est considéré comme une personne incapable au sens juridique du terme, et nécessite un représentant légal (20)(21) .

Depuis la loi du 5 mars 2007, réformant la protection de l'enfance, les MIE sont pris en charge au titre de la protection de l'enfance, sous la responsabilité de l'ASE qui est gérée par les conseils généraux. L'augmentation du nombre de MIE et leur répartition inégale sur le territoire, ont entraîné des disparités régionales et un mécontentement des conseils généraux. Ces derniers en ont appelé à la responsabilité nationale pour une meilleure répartition des MIE sur le territoire national. C'est dans ce contexte qu'est parue la circulaire du 31 mai 2013 qui réglemente les modalités administratives et judiciaires de ces jeunes (22). Nous y reviendrons par la suite.

Cette même année, les conseils généraux sont remplacés par les conseils départementaux⁴(23).

² Article 24 Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.

³ Exemple : À Paris, création de CAOMIDA (Centre Accueil et d'Orientation des Mineurs Isolés étrangers Demandeurs d'Asile).

⁴ Article 1 : Le conseil général prend le nom de conseil départemental. Les conseillers généraux prennent le nom de conseillers départementaux.

Par souci de clarté, les MIE de l'étude faisant référence au conseil général nous utiliserons ce terme, bien qu'il devrait être remplacé par départemental.

2. DEFINITION DE L'APPELLATION « MINEUR ISOLE ETRANGER »

La définition de MIE n'est juridiquement pas précise (24)(25)(26). La définition française retenue ici sera celle du sénateur Debré dans son rapport sur les MIE en France en 2010. Est MIE une « *personne âgée de moins de dix-huit ans, qui se trouve en dehors de son pays d'origine, sans être accompagnée d'un titulaire ou d'une personne exerçant l'autorité parentale, c'est-à-dire sans quelqu'un pour la protéger et prendre les décisions importantes la concernant* » (27).

Il s'agit donc d'un enfant au sens de l'article 1^{er} de la CIDE⁵ (17). C'est un mineur incapable juridiquement, une personne isolée et donc vulnérable, étrangère et ne disposant pas, de ce fait, des avantages propres aux nationaux.

Le terme de MIE est source de nombreux débats sémantiques. Le 7 mars 2016, le nouveau garde des sceaux, Jean Jacques URVOAS⁶ a demandé à ce que ces derniers soient nommés : « Mineurs Non Accompagnés » (MNA). Il justifie ce changement de la manière suivante : « L'origine géographique importe peu lorsqu'il s'agit de prendre en charge un enfant privé de ses parents et que des drames ont poussé sur les voies de l'errance. » (28).

Par ailleurs, cette nouvelle dénomination rejoint celle utilisée par le conseil de l'Union Européenne,⁷ pour qui, sont MIE : « Les ressortissants de pays tiers âgés de moins de 18 ans qui entrent sur le territoire des Etats membres sans être accompagnés d'un adulte qui soit responsable d'eux. »(29).

Ces changements de terminologie témoignent de la prise en compte récente des MIE par les politiques et de l'importance de légiférer, afin de clarifier leur statut et leur prise en charge.

Cette étude ayant commencé avant ce changement de dénomination, nous garderons le terme MIE.

⁵ « Un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans »

⁶ Lors du comité de suivi du dispositif d'orientation nationale des MIE.

⁷ Conseil de l'UE 26 juin 1997, Résolution concernant les mineurs non accompagnés ressortissants de pays tiers, JO n° C 221 du 19 juillet 1997, p. 23 et s., article 1

3. DONNEES STATISTIQUES SUR LE NOMBRE DE MIE EN FRANCE

Il est difficile d'avoir des chiffres précis et fiables sur le nombre de MIE en France. D'une part, certains jeunes ne sont pas pris en charge par l'ASE ou la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ). Ils ne sont pas repérés ou ne sollicitent pas ces services, et ce pour plusieurs raisons : la peur d'être expulsé, la méconnaissance du droit à la protection ou encore, lorsqu'ils sont victimes de réseaux d'exploitation. D'autre part, certains MIE n'obtiennent pas ce statut par l'administration et ne sont donc pas « comptabilisés » dans ces données. Ces deux phénomènes entraînent donc une sous-estimation des chiffres.

De plus, le nombre de MIE pris en charge varie en fonction de ceux qui entrent dans le dispositif protection de l'enfance, et ceux qui en sortent.

Si nous considérons les statistiques issues de l'administration, le chiffre avancé par la direction de la PJJ *est de 9 000 MIE* en France en 2013, en comptabilisant les MIE et les jeunes majeurs étrangers de moins de 21 ans sous protection de l'ASE (30).

Par ailleurs, depuis la mise en place du dispositif d'orientation nationale des MIE, quelques chiffres ont été annoncés par la Direction de la PJJ :

Du 1^{er} juin 2013 au 31 mai 2014 : 4 042 situations de MIE ont été évaluées. Du 31 mai 2014 au 31 décembre 2014, on dénombrait 3 558 situations (31)(32). Donc du 1^{er} juin 2013 au 31 décembre 2014, 7 600 situations ont été évaluées sachant que 1 400 jeunes sont sortis du dispositif. Au total, au 31 décembre 2014 ils étaient 6 158 MIE pris en charge par la PJJ.

De même, le nombre moyen de MIE pris en charge augmente en passant de 400 par mois en 2013-2014 à 480 par mois en 2015 (33).

La cellule nationale de répartition des MIE a eu connaissance de 5 990 personnes déclarées MIE du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015 (2).

Les premières données chiffrées du 1^{er} janvier au 10 octobre 2016 sont de : 5 581 MIE confiés par décision judiciaire (34).

Si nous reprenons les statistiques issues des rapports associatifs. Aucun chiffre global de MIE sur le territoire national n'est avancé.

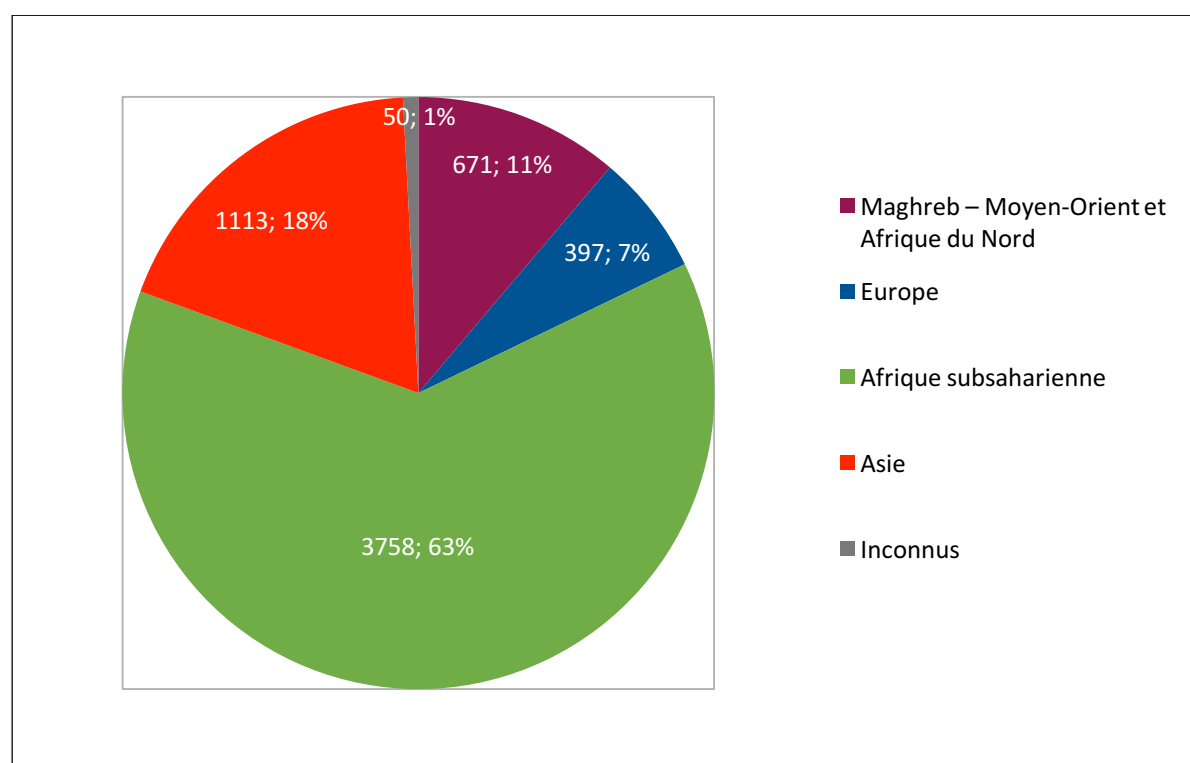
4. CARACTERISTIQUES DES MIE EN FRANCE

D'après l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA), les caractéristiques des MIE en France en 2014 sont les suivantes : il s'agit d'un homme à 65%

des cas, d'un âge moyen de 17 ans, d'origine de République Démocratique du Congo dans 28% des cas, de Guinée dans 10% des cas, puis d'Afghanistan, d'Angola et de Syrie (35).

Selon les données publiées par France Terre d'Asile en 2015, les MIE sont majoritairement des garçons (70 à 95% des cas en fonction du pays d'origine) et ont généralement plus de 15 ans (25).

Selon les données publiées dans le rapport annuel d'activité de 2015 de la cellule nationale Missions Mineurs Isolés Etrangers, 94% des MIE en France sont des garçons et 6% des filles. Quasiment la moitié des jeunes ont 16 ans. Au total plus des trois quarts des MIE ont entre 15 et 17 ans. Les pays d'origine des jeunes se trouvent pour plus de la moitié en Afrique subsaharienne, avec majoritairement comme pays d'origine le Mali, puis la Guinée et la Côte d'Ivoire (2).



Pays d'origine des MIE en fonction des données de la cellule nationale (2015) (2)

5. PARCOURS EN FRANCE

Comme mentionné précédemment, les MIE relèvent du dispositif de droit commun, à savoir la protection de l'enfance, au même titre que tout mineur français (36)(17). Par contre, pour y

avoir accès, à la différence des mineurs français, le MIE « passe » par un dispositif spécifique et complexe qui a été mis en place par la circulaire de mai 2013.

Dans ce paragraphe, nous tenterons de décrire de la manière la plus synthétique possible, le parcours administrativo-judiciaire de ces jeunes dès leur arrivée en France.

a) MIE repéré à l'arrivée d'une zone aérienne

Si le MIE est repéré à la frontière, il est admis en « zone d'attente⁸ » (37).

Depuis 2002, dans ces zones d'attente, les jeunes sont représentés par des « administrateurs *ad hoc* », désignés par le Procureur de la République (19).

Cette période en zone d'attente permet à l'administration d'évaluer si le jeune est mineur et isolé.

A l'issue de cette étape, le jeune peut :

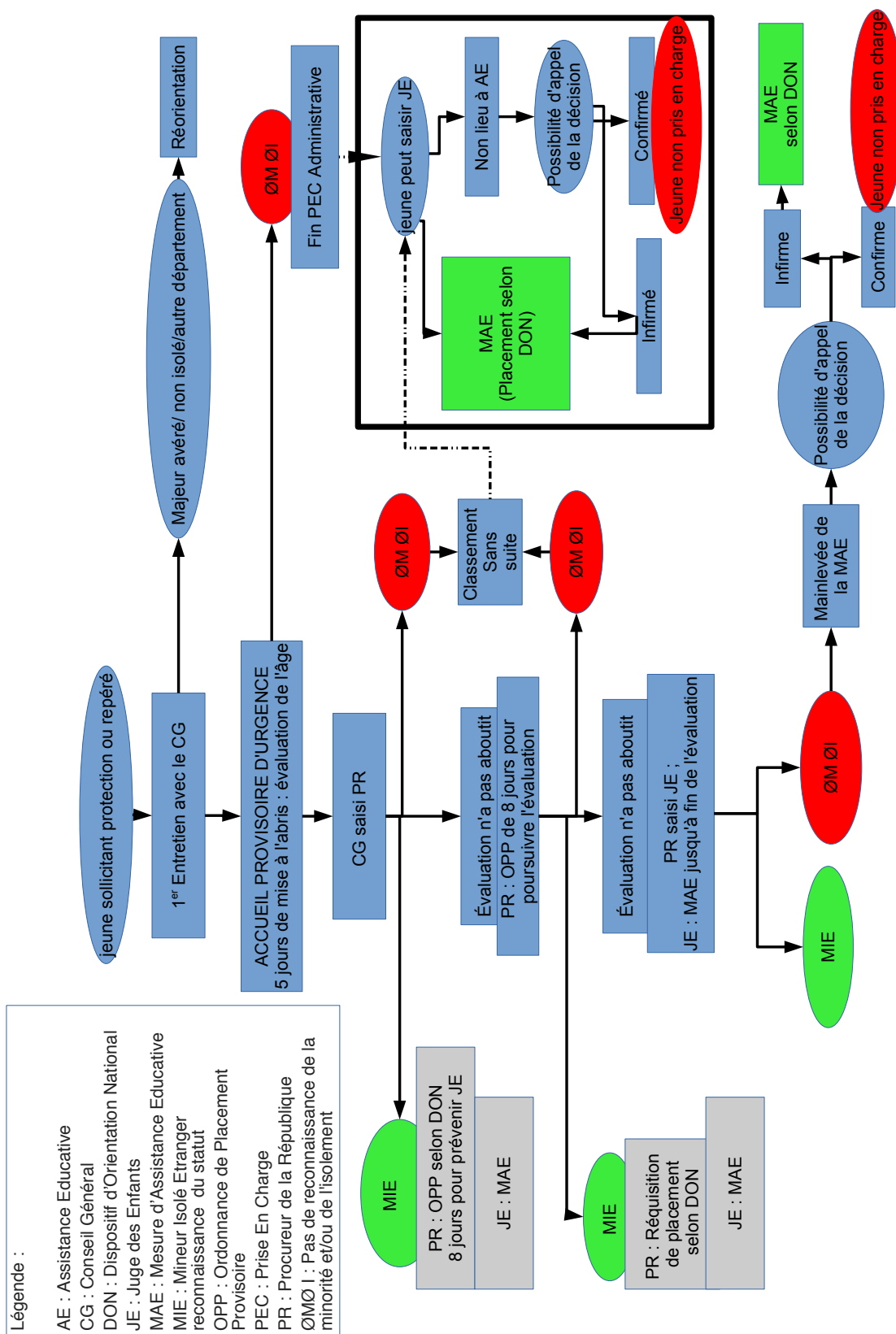
- soit être autorisé à entrer sur le territoire français, il est alors pris en charge par l'ASE au titre de la protection de l'enfance ;
- soit ne pas être autorisé à entrer sur le territoire français. Dans ce cas, l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFFI) « organise » le retour du jeune dans son pays d'accueil ou dans son pays de transition.

b) MIE repéré sur le sol français ou sollicitant l'ASE

Afin de mieux comprendre la circulaire et le protocole du 31 mai 2013 relatifs au dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des jeunes isolés étrangers, nous avons réalisé un organigramme pour tenter de rendre plus lisible le parcours (38).

⁸ La zone d'attente est un espace physique, créé et défini par la loi du 6 juillet 1992.

PARCOURS POUR OBTENIR LE STATUT DE MIE A PARTIR DE LA LOI DU 31 MAI 2013



Ainsi, le parcours est particulièrement complexe pour obtenir le statut de MIE.

La mise à l'abri de 5 jours du jeune a pour but d'évaluer son âge et son isolement. Pour cela, une évaluation sociale est mise en place. Elle vise à récolter un « faisceau d'indices »⁹ ayant pour but d'évaluer la compatibilité du récit du jeune avec l'état de minorité et d'isolement. Tout cela est décrit dans le protocole d'évaluation de l'âge et de l'isolement (en lien avec la circulaire Taubira) (22)(33)(39).

Par ailleurs, les papiers du jeune font foi, jusqu'à preuve du contraire. D'après l'article 47 du Code de santé publique : « *Tout acte de l'état civil des français et des étrangers fait en pays étranger et rédigé dans les formes usitées dans ce pays fait foi, sauf si d'autres (...) établissent, le cas échéant après toutes vérifications utiles, que cet acte est irrégulier, falsifié (...).* » (40).

En cas de doute persistant sur la minorité du jeune, une évaluation médicale est réalisée et se fait sur réquisition du parquet. Elle doit être réalisée dans une unité médico-judiciaire et comprend l'intégration de données cliniques, dentaires et radiologiques de maturité osseuses. Comme nous le verrons plus en détails ci-dessous, il est important de souligner que la validité scientifique de ces tests osseux fait débat. En effet, les différentes techniques d'évaluation de l'âge en fonction de l'âge osseux accusent une marge d'erreur importante (41).

6. QUEL AVENIR POUR LES MIE EN FRANCE

a) Quel titre pour quelle régularisation ?

A ses dix-huit ans, en fonction de la durée de prise en charge du MIE par l'ASE, celui-ci peut obtenir différents statuts :

- plus de 3 ans : possibilité d'avoir la nationalité française de plein droit (42).
- moins de 3 ans : deux possibilités en fonction de son âge lors de sa prise en charge :
 - Avant ses 16 ans : titre de séjour de plein droit : *carte vie privée et familiale* donnée en fonction du sérieux de la formation, de l'avis de la structure d'accueil et du lien avec la famille dans le pays d'origine. Cette carte est renouvelable (43).
 - Après ses 16 ans : titre de séjour à titre exceptionnel : *carte d'étudiant*, ou, s'il suit une formation professionnelle qualifiante depuis au moins 6 mois, une carte de *salarié* ou de *travailleur temporaire* (44).

⁹ Terme employé par France Terre d'asile (25)

A sa majorité, il peut également recevoir une Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF). Le jeune a alors trente jours pour quitter le territoire français par ses propres moyens. A ce terme, il peut être placé en centre de rétention ou assigné à résidence. C'est alors l'administration qui organise le départ (45).

b) Spécificités de la demande d'asile.

La demande d'asile est un autre recours pour le jeune. Elle peut se faire à tout âge et n'est pas fonction de la durée de prise en charge à l'ASE. Celle-ci est à faire à l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA).

Pour ce faire, en raison de sa minorité, le jeune est représenté soit par un administrateur ad hoc soit par son représentant légal s'il est pris en charge par l'ASE (35)(46).

L'OFPRA peut accorder au MIE :

- soit le statut de réfugié¹⁰ : le jeune obtient une carte de résidence valable pour dix ans ; celle-ci est renouvelable. Il peut travailler s'il a plus de 16 ans ;
- soit le bénéfice de la protection subsidiaire¹¹ : le jeune obtient une carte *vie privée et familiale* valable 1 an et renouvelable. Il peut également travailler.

Si l'OFPRA rejette la demande d'asile, il peut faire appel devant la Cours Nationale du Droit d'Asile (CNDA) (35). Si la demande est à nouveau rejetée, l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFFI) « accompagne » le retour dans le pays d'origine.

¹⁰ Le statut de réfugié, d'après la convention de Genève du 28 juillet 1951, est délivré à « toute personne qui [...] craignant avec raison d'être persécutée en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ». (47)

¹¹ Cette protection est délivrée à toute personne ne remplissant pas les conditions d'octroi du statut de réfugié, mais qui sont exposées « dans leur pays à une des menaces graves suivantes : la peine de mort, la torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants, s'agissant d'un civil, une menace grave, directe et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence généralisée résultant d'une situation de conflit armé interne ou international ». (48)

C. LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE (PASS)

1. UN PEU D'HISTOIRE

Dans les années 1990, l'augmentation de la pauvreté et de la précarité en France entraîne un remodelage nécessaire du système de soins, d'où la mise en place d'une nouvelle mission hospitalière : celle de la lutte contre l'exclusion sociale.

Pour ce faire, la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 introduit dans le code de santé publique l'article L6112.6. Celui-ci prévoit dans le cadre de Programme Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) la mise en place dans les hôpitaux de Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) (49)(50). Le rôle de ces dernières est défini par la circulaire du 17 décembre 1998. Il est stipulé qu'elles doivent, entre autres, comprendre : « *des permanences d'orthogénie adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.* » (51).

La PASS est donc un dispositif médico-social ayant pour vocation, d'une part, de faciliter l'accès aux soins aux patients en situation de précarité et d'autre part, de les accompagner dans les démarches menant à la reconnaissance de leurs droits.

En 2003, on dénombrait 369 PASS (recensées en France métropolitaine et dans les DOM TOM) (52), elles étaient environ 410 en 2013 (53).

Ces structures ont évolué, et à la fin de l'année 2009, apparaissent des PASS spécialisées en psychiatrie ou en soins bucco-dentaires. Il y a également la création de PASS à vocation régionale, ayant pour fonction d'apporter aux acteurs des PASS de la région, expertise, coordination et appui (53).

2. FONCTIONNEMENT DES PASS

Les services PASS doivent comprendre un travailleur social pour accueillir les patients. Il s'agit le plus souvent d'un assistant social. Celui-ci accompagne les patients précaires dans les démarches de reconnaissance de leurs droits et a une action en lien avec de nombreux partenaires : associations, services sociaux du département ou des communes et administrations en charge des questions du logement d'urgence (5).

Dans le but d'uniformiser les prestations des PASS, la circulaire de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des

PASS, stipule que celles-ci doivent offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients, dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun (53).

Les missions des PASS sont multiples :

- dispenser des soins de médecine générale ;
- permettre l'accès au plateau technique hospitalier ;
- être connues des professionnels et des partenaires associatifs afin de permettre l'orientation des patients précaires. Il leur faut donc être clairement identifiables dans les structures hospitalières et clairement identifiées par les professionnels. Ceux-ci doivent être formés et informés par les professionnels des PASS (5).

Pour résumer, les PASS sont des lieux d'accès aux soins et d'accompagnement dans les démarches de reconnaissance des droits des patients précaires. Elles doivent être un recours transitoire pour eux, une de ses missions étant le retour dans le droit commun dès l'obtention d'une couverture sociale.

D. ASSURANCE MALADIE ET MIE

1. DROITS ET CONDITIONS D'OBTENTION GENERALES

Nous reprendrons de manière non exhaustive dans cette partie les principaux modes d'accès à l'assurance maladie et les conditions nécessaires pour y avoir droit. Une fois ces modalités exposées, nous verrons les particularités pour les MIE.

a) Protection Universelle Maladie

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la Protection Universelle Maladie (PUMA) remplace la Couverture Maladie Universelle de base (CMUb).

Celle-ci donne droit aux personnes non affiliées à un autre régime de l'assurance maladie et sous couvert de répondre aux conditions d'accès, au remboursement de la part obligatoire, encore appelée la part « sécurité sociale ».

Les deux conditions d'accès sont les suivantes :

- résider en France de manière stable (depuis au minimum trois mois et de manière ininterrompue) ;
- résider en France de manière régulière (nationalité française ou titre de séjour) ou avoir une activité professionnelle en France. (54)

b) Couverture Maladie Universelle complémentaire

La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUc) a été créée par la loi du 29 juillet 1999, afin de lutter contre l'exclusion des soins des publics les plus précaires (55). Elle donne droit aux personnes répondant aux conditions d'accès, à une prise en charge gratuite de la part complémentaire de leurs dépenses en santé, et ce sans avance de frais. Elle donne également accès à des forfaits supplémentaires, notamment pour l'achat de lunettes ou encore pour les soins dentaires.

Comme pour la PUMA, les conditions d'accès sont de résider en France de manière régulière et stable, selon les critères vus ci-dessus, mais à ceci vient s'ajouter la condition de plafond de ressources¹².

La décision d'accorder la CMUc se fait dans un délai maximal de deux mois à compter de la réception de la demande. Les droits sont ouverts le premier jour du mois suivant l'accord de cette dernière (57).

c) Aide Médicale d'État

L'Aide Médicale d'Etat (AME) est destinée aux adultes ayant une résidence stable en France, c'est à dire de manière ininterrompue depuis plus de trois mois. De plus, les bénéficiaires doivent séjourner en France de manière irrégulière, c'est à dire ne pas avoir ni titre de séjour ni demande en cours (58).

Le plafond des ressources est le même que pour les bénéficiaires de la CMUc (58).

L'AME ne propose pas de forfait supplémentaire pour les lunettes, les soins dentaires, les prothèses auditives, etc.

A noter qu'elle est attribuée sans aucune condition pour les mineurs dont les parents sont en situation irrégulière¹³(59).

¹² Au 1^{er} avril 2016, il était de 8 653,16€ par an, soit un revenu mensuel de 721,08€, pour une personne vivant seule. (56)

Pour un foyer de deux personnes il était de 12 980€ soit un revenu mensuel de 1 081,67€.

¹³ « Les mineurs sont éligibles à l'AME dès leur arrivée sur le territoire, en application de la CIDE et ainsi que rappelé par l'arrêt du Conseil d'Etat du 7 juin 2006 (...) Un droit à l'AME doit donc leur être ouvert immédiatement, même si leurs parents ne sont pas éligibles à l'AME » (59).

2. PARTICULARITES DU STATUT DE MIE

Deux prises en charge sont possibles selon que le mineur est pris en charge ou non par l'ASE ou la PJJ¹⁴ (59).

S'il est pris en charge par l'un de ces services, le MIE bénéficie de la CMUc (59).

S'il n'est pas pris en charge par l'un de ces services, le MIE n'a droit qu'à l'AME, sans condition de titre de séjour ou de stabilité sur le sol français¹⁵ (61).

E. LE FLOU ADMINISTRATIF ET JUDICIAIRE : LES PRINCIPALES « POLEMIQUES »

1. FLOU ADMINISTRATIVO-JUDICIAIRE

a) Dispositif spécifique d'accès à la protection de l'enfance

La CIDE stipule dans les articles 20.1 et 20.2, que tout mineur relève de la protection de l'enfance, quelle que soit sa nationalité, s'il est privé de son milieu familial (17). Si la France a ratifié cette convention, il est à noter que la création d'un dispositif spécifique pour le MIE est par essence contraire à ce cadre international. De même, le Code de l'Action Sociale et des Familles confirme l'absence de condition de nationalité dans le cadre des mesures de protection de l'enfance. L'article L.111-2 stipule que les personnes de nationalité étrangère bénéficient des prestations de l'Aide Sociale à l'Enfance (36).

b) Confusion autour de l'AME

Il est important de mentionner à nouveau, qu'un MIE, non pris en charge par l'ASE ou la PJJ, bénéficie de l'AME.

Or, par définition, l'AME est destinée aux personnes présentes de manière irrégulière sur le sol français. Du fait de sa minorité d'âge, le MIE n'a pas l'obligation de détenir un titre de

¹⁴ « Ces mineurs isolés peuvent bénéficier de la CMU (base et complémentaire) dès lors qu'ils relèvent de l'ASE ou de la PJJ. »(59).

¹⁵ Article 1er : Les décrets du 28 juillet 2005 relatifs à l'aide médicale de l'Etat sont annulés en tant qu'ils mettent en œuvre à l'égard des mineurs la condition de durée de résidence prévue à l'article L. 2511 du code de l'action sociale et des familles (60).

séjour¹⁶ (62)(59)(63). Ainsi, il ne peut pas être considéré comme séjournant de manière irrégulière en France.

Ceci est source de confusion en faisant peser sur l'AME des migrants réguliers. Cela engendre une situation administrativo-judiciaire peu claire.

2. POLEMIQUE DANS L'EVALUATION DU STATUT DU MIE

a) Durée de la phase d'évaluation de la minorité

L'organisation de cette évaluation, ainsi que la durée de 5 jours, sont critiquées. En effet, selon la recommandation 4 de l'avis de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) : « *Un délai raisonnable doit être consacré à l'évaluation de l'âge, qui ne peut en aucun cas être réalisée dans la précipitation. Le délai de 5 jours prévu par le Code de l'Action Sociale et des Familles pour le recueil provisoire d'urgence est destiné à la protection des enfants et non à la détermination de l'âge. En pratique, une telle durée s'avère, dans la majorité des situations, insuffisante pour une évaluation rigoureuse de l'âge et des besoins du mineur permettant une prise en charge appropriée.* »(26).

b) Utilisation des tests osseux

L'évaluation de l'âge par les tests osseux est décriée par de nombreuses institutions de défense des droits ; sa persistance alimente les polémiques. En effet, la CNCDH¹⁷, le HCSP¹⁸,

¹⁶ L'article L. 311-1 CESEDA dispose que « *tout étranger âgé de plus de dix-huit ans qui souhaite séjourner en France doit, après l'expiration d'un délai de trois mois depuis son entrée en France, être muni d'une carte de séjour* »(62).

Article L.511-4 1° CESEDA :« *Ne peu[t] faire l'objet d'une obligation de quitter le territoire français : [...] l'étranger mineur de dix-huit ans.* »(63).

¹⁷ Recommandation 2 : « *Qu'il soit mis fin à la pratique actuelle consistant à ordonner des expertises médico-légales de détermination de l'âge reposant sur des examens physiques du jeune isolé étranger. L'évaluation de l'âge à partir d'un examen osseux, des parties génitales, du système pileux et/ou de la dentition doit être interdite* »

¹⁸ Recommandations 7 et 8. : « *La détermination d'un âge osseux ne permet pas de déterminer l'âge exact du jeune lorsqu'il est proche de la majorité légale. La détermination d'un âge physiologique sur le seul cliché radiologique est à proscrire (...). Le bénéfice du doute sur la majorité doit toujours profiter au jeune.* »

le défenseur des droits¹⁹, l'Académie de médecine²⁰, tous, ont demandé l'interdiction de ces tests, ou du moins qu'ils ne soient pas le fondement de l'évaluation de l'âge (26)(41)(64)(65).

Ce type d'expertise médicale est contesté sur le plan scientifique et éthique.

En effet, elle s'appuie sur l'atlas de Greulich et de Pyle, outil de comparaison élaboré aux États-Unis dans les années 1930, sur des populations blanches, de milieux aisés (41)(66).

Elle n'est pas fiable du fait d'importantes marges d'erreur et comme le rappelle le HCSP, « *La maturation d'un individu diffère suivant son sexe, son origine ethnique ou géographique, son état nutritionnel ou son statut économique.* » (41)(67)(66)(68).

Ces critères ne sont pas pris en compte dans cette évaluation.

Le Conseil National de l'Ordre des médecins, dans un communiqué du 9 Novembre 2010, demande que « les actes médicaux dans le cadre des politiques d'immigration soient bannis, en particulier les radiologies osseuses »(69).

¹⁹ Recommandation n° 3 du Défenseur des droits, décision n° MDE/ 2012-179 en date du 19 décembre 2012 : « *Les tests osseux, compte-tenu de leur fiabilité déficiente eu égard à d'importantes marges d'erreur, ne peuvent à eux seuls servir de fondement à la détermination de l'âge du mineur isolé étranger.* »

²⁰ « Cette méthode ne permet pas de distinction nette entre seize et dix-huit ans »

II. METHODOLOGIE

A. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels de Mineurs Isolés Etrangers. Les entretiens ont été conduits à l'aide d'un guide d'entretien élaboré au préalable. La prise de données est de type enregistrement audio. Les MIE ont été rencontrés dans les foyers. L'étude est multicentrique étant donnée sa réalisation dans les différentes villes desservies par les PASS de Saint-Etienne et de Chambéry.

B. RECRUTEMENT DE L'ECHANTILLON

Les critères d'inclusion dans cette étude sont les suivants :

- jeune ayant le statut de Mineur Isolé Etranger (c'est-à-dire à charge d'un conseil général jusqu'à récemment ; et avec la réforme territoriale à charge d'un conseil départemental, d'une métropole ou d'une fédération d'intercommunalité) ;
- ayant été reçu en consultation de médecine générale dans une PASS de Saint Etienne ou de Chambéry ;
- Ayant au plus 17 ans au moment des consultations à la PASS ;
- n'étant plus suivi par la PASS au moment des entretiens individuels ;
- mineur qui comprend et parle le français.

Le seul critère de non-inclusion retenu est le non-respect d'un des critères d'inclusion.

C. PRESENTATION DES DEUX PASS DE L'ETUDE

L'étude a été réalisée à partir de mineurs ayant consulté dans deux PASS : celle du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Saint-Étienne et celle du CHU de Chambéry. Pour une question d'anonymat, les PASS seront définis par PASS 1 et PASS 2.

La PASS 1 les reçoit initialement sur rendez-vous en consultation de médecine générale (souvent à la demande de l'éducateur référent). Si d'autres consultations s'avèrent nécessaires, d'autres rendez-vous sont programmés. Quand le jeune connaît le service, il peut s'y rendre sans rendez-vous.

La PASS 2, quant à elle, a un accord avec le conseil départemental pour que les MIE y soient

adressés de façon systématique en l'absence de droits à l'assurance maladie. Cette prise en charge systématique comprend la réalisation d'un examen clinique, le dépistage de la tuberculose et la mise à jour du calendrier vaccinal (associés au dépistage des hépatites et des maladies sexuellement transmissibles selon le parcours du jeune).

Ces deux PASS travaillent en lien avec des médecins généralistes relais.

D. MODALITES DE RECRUTEMENT DES PATIENTS ET AUTORISATIONS DU REPRESENTANT LEGAL

Nous allons décrire les modalités retenues afin d'obtenir notre population d'étude, tout en respectant le cadre légal qu'est l'obtention de l'accord du représentant légal de ces mineurs.

Nous avons procédé de la manière suivante :

- obtention de l'accord des médecins de la PASS de Saint-Etienne et de Chambéry pour la réalisation de ce travail ;
- obtention de l'accord du responsable légal : Inspecteur Protection des Personnes de la Loire et de la Savoie, pour rencontrer des MIE ;
- transmission par le médecin de la PASS de noms de MIE remplissant les critères d'inclusion (suivis par la PASS quand ils avaient entre 14 et 17 ans et qui relèvent actuellement de la médecine générale) ;
- information par les responsables légaux des foyers, avec autorisation de les rencontrer (écrite ou non) (annexe 2) ;
- travail de liaison de l'investigateur avec les responsables des foyers et les éducateurs ;
- vérification de la part de l'éducateur du niveau de français suffisant ;
- présentation du projet d'entretien par l'éducateur aux mineurs et obtention de son accord ;
- organisation d'une rencontre avec l'investigateur dans le lieu étant, d'après l'éducateur, le plus adapté pour le jeune (foyer, lieu neutre, etc.) ;
- information du MIE, cette fois par l'investigateur en présence de l'éducateur. Réponses aux éventuelles questions du MIE ;
- si le MIE est d'accord, l'entretien débute.

E. CONCEPTION ET EVOLUTION DU GUIDE D'ENTRETIEN

Les définitions suivantes ont été utilisées :

Représentation : Image mentale dont le contenu se rapporte au monde. La perception que l'on a de quelque chose (70).

Ressenti : Éprouver une sensation, un état physique, en être affecté de façon pénible ou agréable (71).

Vécu : L'expérience réellement vécue, les faits, les événements de la vie réelle (72).

Le guide d'entretien a été conçu afin de répondre au mieux à l'objectif principal et aux objectifs secondaires de l'étude. Il s'articulait autour des thèmes suivants (apparaissant dans cet ordre dans le guide d'entretien) :

- Représentations de la PASS et ressenti / vécu de la PASS ;
- Représentations de l'assurance maladie ;
- Représentations de la médecine générale et ressenti / vécu de la médecine générale ;
- Ressenti / vécu de l'accès aux soins ;
- Ressenti / vécu du relais PASS-médecine générale ;
- Vécu de la santé.

Ce guide a été testé sur les trois premiers entretiens, puis une évolution a été faite afin qu'ils comportent des questions les plus ouvertes possibles. De nouvelles thématiques ont émergé et ont été intégrées dans le canevas. Le guide d'entretien final figure en annexe 1.

F. INFORMATIONS DONNEES AU MIE

Les informations données par l'interviewer à l'interviewé étaient adaptées en fonction du niveau de compréhension du jeune. Les voilà retranscrites :

« Bonjour,

Je m'appelle Marion Guégan.

(Le jeune se présente en général. Puis on s'assied).

Est-ce que vous savez pourquoi je souhaite vous rencontrer ?

Qu'est-ce qu'on vous a dit ?

Alors je vais vous expliquer un petit peu. Moi, je fais des études de médecine et à la fin de

mes études, je dois faire un travail. Le travail que j'ai choisi de faire est sur les mineurs isolés étrangers. Donc je rencontre beaucoup de mineurs isolés étrangers dans différentes villes : à Saint-Etienne et à Chambéry, et aussi dans plusieurs foyers de chaque ville.

Dans mon travail, je cherche à savoir comment ça s'est passé pour vous, les mineurs isolés étrangers, en France au niveau de la santé : ce que vous avez aimé, ce que vous n'avez pas aimé, ce que vous avez trouvé facile ou difficile. L'idée est de voir comment vous vous sentez au niveau de la santé en France.

En fait, on a peu d'informations sur vous, donc l'objectif est de mieux vous connaître.

Si vous êtes d'accord, l'entretien sera enregistré pour que je puisse me concentrer sur ce que vous me dites. Comme ça, après je le recopie et j'enlève les noms de villes, de personnes, de pays que vous me direz, pour qu'on ne puisse pas savoir que c'est vous. Pour que ça soit anonyme, que personne ne puisse vous reconnaître.

Est-ce que vous avez compris ?

Est-ce que vous avez des questions à me poser ?

Est-ce que vous êtes d'accord pour que je vous pose mes questions ?

Voilà, j'ai une feuille avec des questions. Si vous ne souhaitez pas répondre à une question, et bien vous me dites que vous ne voulez pas répondre, si vous ne comprenez pas une question vous me le dites également et si vous voulez arrêter au cours de l'entretien on arrêtera.

Vous êtes d'accord ? »

À la fin de cette présentation, l'éducateur sortait.

G. TEMPS DE DISCUSSION APRÈS L'ENTRETIEN

A la fin des entretiens, un temps de discussion non enregistré était prévu. Ce temps était dédié à un échange avec le jeune sur l'entretien et sur le système de soins français, afin de répondre aux questions éventuelles et de s'assurer de l'absence d'incompréhension de celui-ci sur l'utilisation des données recueillies.

H. RETRANSCRIPTION ET ANALYSE DES DONNEES

1. RETRANSCRIPTION DES DONNEES

La retranscription des entretiens a été faite « mot pour mot » en respectant les tournures de phrases et les hésitations des jeunes. Tous les éléments, en eux-mêmes ou par recoupement, susceptibles de permettre l'identification de la personne interviewée, ont été remplacés par un terme générique : « Je viens du Mali » : « Je viens du (nom d'un pays d'Afrique) ». Des prénoms apparaissent dans un entretien pour faciliter la lecture mais ils ont été modifiés au préalable.

L'enregistrement a été réalisé par un *smartphone* avec une retranscription le jour-même de l'entretien, si possible.

2. ANALYSE DES DONNEES

L'analyse a, dans un premier temps, été verticale, afin de dégager les *verbatim*s importants de chaque entretien. Cette analyse a débuté dès les premiers entretiens.

Elle a ensuite été suivie d'une analyse transversale afin de repérer la fréquence de certains *verbatim*s et d'en analyser le fond. Le logiciel Excel a été utilisé pour ces deux analyses avec des tableaux à double entrées.

L'analyse des données a également été faite par un second chercheur, ce qui a permis une triangulation des résultats.

I. ACCORD DU COMITE ETHIQUE ET ENREGISTREMENT CNIL DE L'ETUDE

L'étude a été déclarée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) avec comme numéro de déclaration : 1938967 v 0 du 11 mars 2016.

La méthodologie a été validée par la commission d'éthique de la recherche en médecine générale de Lyon (numéro IRB : 2016-03-10-05).

J. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche bibliographique a été effectuée avec les termes Mesh suivants : mineurs isolés étrangers, mineurs non accompagnés, médecine générale et adolescent, santé et adolescent, représentation médecin généraliste, santé et mineurs français, résilience.

Les bases de données principalement utilisées pour la recherche ont été : Elsevier Masson, PUB-Medline, Cismef, SUDOC, Légifrance, OFPRA, Ministère de l'intérieur et Direction de la Police Judiciaire de la Jeunesse.

Un site de référence : Infomie.net

III. RESULTATS

A. POPULATION DE L'ETUDE : LES CARACTERISTIQUES DES MIE

1. DONNEES GENERALES

Vingt-deux entretiens ont été réalisés. Un MIE a été exclu de l'étude car le retour dans le droit commun n'était pas effectif.

La période des entretiens s'est étalée du 11 mai 2015 au 10 juin 2016, soit sur une période de 13 mois.

Le temps d'enregistrement des entretiens est au minimum de 8 minutes et 50 secondes, au maximum de 1 heure 22 minutes et 41 secondes.

La durée moyenne des entretiens est de 23 minutes et 22 secondes.

Un MIE a refusé que l'entretien soit enregistré. Pour cet entretien, l'investigateur a pris des notes tout au long de la rencontre.

2. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DE L'ETUDE

L'étude a porté majoritairement sur des hommes : 17 hommes (81%) et seulement 4 femmes (19%).

L'âge moyen de notre population est de 16 ans $\frac{1}{2}$. Les bornes externes vont de 16 ans à 17ans $\frac{1}{2}$.

Les MIE rencontrés sont principalement originaires d'Afrique sub-saharienne : 8 viennent du Congo, 5 de la Côte d'Ivoire, 4 du Cameroun, 3 de Guinée Conakry. Seul 1MIE vient du Kosovo.

Les MIE étaient en France depuis au minimum 5 mois et au maximum 24 mois avant l'entretien. La durée moyenne de ce séjour avant l'entretien était de 10,8 mois.

Le tableau suivant reprend les principales caractéristiques de notre population de MIE et les pathologies déclarées par ces derniers.

	Temps des entretiens	Sexe	Durée en France	Age	Pathologies ou traitements évoqués par les MIE
Entretien 1	11'38	Homme	8 mois	16 ans 1/2	nécessite des semelles orthopédiques
Entretien 2	18'38+1'50	Homme	8 mois	17 ans 1/2	douleurs abdominales, hémorroïdes, suivi psychologique
Entretien 3	22'57	Homme	8 mois	16 ans	dorsalgies, soins dentaires, démangeaisons
Entretien 4	0	Homme	9 mois *	16 ans 1/2	soins dentaires, coxalgies
Entretien 5	12'56	Homme	14 mois	16 ans	0
Entretien 6	8'50	Femme	8 mois	17 ans	épigastralgies
Entretien 7	35'33	Homme	8 mois	16 ans 1/2	fracture de la clavicule, suivi psychologique
Entretien 8	18'19	Homme	12 mois	17 ans	varices nécessitant un geste, hépatite B en cours d'évaluation
Entretien 9	14'40	Femme	9 mois	16 ans	douleurs abdominales
Entretien 10	17'35	Homme	5 mois	17 ans	douleurs abdominales
Entretien 11	1'22'41	Homme	8 mois	17 ans	pubalgies, acné, cicatrice douloureuse
Entretien 12	20'07	Homme	5 mois	16 ans	soins dentaires, maladie respiratoire, cicatrices diffuses
Entretien 13	17'57	Homme	14 mois	17 ans	MST, douleurs abdominales, traumatologie
Entretien 14	22'00	Homme	13 mois	16 ans 1/2	hépatite B chronique, hépatite C guérie, pathologie du conduit auditif externe.
Entretien 15	24'30	Homme	16 mois	17 ans	ATCD de paludisme, « tâches pulmonaires »
Entretien 16	17'11	Homme	13 mois	17 ans 1/2	0
Entretien 17	22'27	Homme	8 mois	17 ans 1/2	« tâches pulmonaires »
Entretien 18	22'34	Homme	7 mois	16 ans 1/2	0
Entretien 19	28'54	Homme	12 mois	17 ans	acné, asthme, douleurs sternal
Entretien 20	24'28	Femme	24 mois	16 ans	cicatrice, douleurs sternal.
Entretien 21	44'14	Femme	18 mois	16 ans 1/2	kyste des ovaires, infection urinaire

CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DE MIE DE L'ÉTUDE

Résumé : Le MIE type de cette étude est un jeune de 16 ans ½, vivant en France depuis 8 mois et étant originaire d'Afrique sub-saharienne.

Vingt et un entretiens ont été analysés de manière verticale puis de manière transversale.

B. RESULTATS

Nous allons présenter ici les principaux résultats de cette étude, selon les thèmes exposés dans la méthode.

1. VECU DE L'ACCES AUX SOINS

a) Satisfaction de leurs prises en charge

E3/292 : « Je vois en France, concernant la santé, c'est bien. Je sais pas il dit ça comment... le corps médical ! C'est bien en tout cas... »

E7/364/366 : « Euh je dirai en France, quand tu arrives, la première des choses, c'est les soins d'abord qu'on regarde. Pour ta santé et tout (...) On s'occupe d'abord très bien de ta santé, avant de regarder le reste. »

E18/438 : « Oui. Sur ce côté je trouve que l'on prend bien soin de ma santé. »

b) Dimension humaine de leurs prises en charge

E19/241/427 : « Avec eux les médecins ou avec euh les psychologues... ils sont gentils, ils sont gentils. Si je demande quelque chose toujours, il reste à côté... Comme les éducateurs comme les éducatrices (...) Parce que en France ils sont tous gentils. »

E20/215 : « Oui je me sens bien. »

E21/520 : « Ah de ma santé, oui je suis à l'aise. Il y a pas de souci. Il y a rien, je suis bien. Là on protège, je suis en protection euh... de tout... il me protège de tout en fait, de mon corps, de ma vie de tout. »

c) Organisation du système de soins

Importance de l'ordonnance

E1/62 : « Elle [médecin de la PASS] te prescrit un médicament, tu peux prendre, et là ça va. »

E5/97 : « Euh je sais pas... tout ce que je demande... si je suis malade, il me fait une ordonnance. C'est tout... »

E7/128/338 : « Il a fallu un médecin, qui va tout le temps me faire... euh... une ordonnance, pour que j'aie prendre mes médicaments. Parce que si j'ai pas d'ordonnance, euh, je pourrai pas aller chercher des médicaments (...) Bon, si j'ai un problème je l'appelle, elle fait l'ordonnance, parce que sans ordonnance on peut pas prendre les médicaments. C'est tout ce que moi je sais. »

E13/172 : « Ouais ça se passe bien. C'est... euh il me prescrit des médicaments. »

E19/382/389/395/398/400 : « Bah non c'est pas trop dur parce que je vais là-bas. Je demande quelque chose. Je donne les papiers (...) Ouais voilà. Je vais aller. Je vais donner je

dis : « C'est ça, c'est mon besoin ça (...) Si je dis une ventoline comme ça elle me donne pas parce que... elle dit : « Pourquoi et ça... » (...) Si je donne les feuilles que elles me donnent les éducs (...) Ça c'est plus facile parce qu'elle sait que je suis malade. »

Connaissance de la prise en compte de l'urgence

E11/984/993/997 : « Bah déjà il y a un ami... je pourrais pas dire que ça se passe mal, parce que je connais un ami qui s'est fait opéré, il n'avait pas de CMU. Donc je pourrais dire que quand tu n'as pas de CMU t'es pas bien traité mais non (...) Mais je pense que si c'était au début que ça devait me tuer, on devrait prendre soin de moi. Ça c'est la vérité (...) Parce que je sais quand même que si c'était grave grave grave, que j'avais embêté tout le monde avec ça, on aurait prêté attention à cela. Comme je suis resté tranquille on me disait : « Attends ta CMU, attends ceci ». »

Manque de repère dans les différentes structures

E4/155 : « Le problème, c'est que je puisse me présenter dans ces rendez-vous là. Pavillon H, je sais pas moi, où faut faire les étiquettes. La PASS je sais comment on fait. Les autres choses, je sais pas moi. »

Organisation générale vécue comme compliquée

E7/374/377 : « Bah je peux pas dire que c'est facile... c'est... non en fait je peux pas dire que c'est facile (...) Parce que si c'était facile on prend pas de rendez-vous. On se rendrait direct chez le médecin. Tu prends des médicaments, tu rentres. Mais tu peux pas faire. Tu dois prendre rendez-vous, arriver, on doit te faire une ordonnance, avant de passer dans ce cas. Et c'est pas facile. Pour passer dans tout ça il faut avoir certaines cartes comme la CMU, la carte médicale d'état ... pour avoir ça c'est pas aussi facile. »

E17/329/521 : « Non pff c'est un peu comp...auparavant c'était un peu compliqué mais maintenant j'ai commencé à arriver donc ça devient un peu facile (...) C'est pas trop difficile. En fait si tu connais pas, c'est facile. C'est difficile pardon ! Mais si tu connais bon... ça arrive toujours donc c'est facile. »

E18/ 304/306 : « Moi je crois que c'est pas facile (...) Parce qu'il faut prendre un rendez-vous, tout... appeler pour prendre rendez-vous euh... se déplacer aussi... »

Accès au dentiste en ville vécu comme compliqué

E3/50 : « En fait, je dois encore aller voir le dentiste [à la PASS] parce que les rendez vous, pour le dentiste à [nom de la ville], c'est très compliqué. »

Pharmacie : facile l'accès

E8/195 : « À la pharmacie c'est facile avec la CMU, dès que j'arrive, je lui montre mon ordonnance, puis vite fait ... ça va. »

E14/304 : « Bon à la pharmacie, là-bas c'est pas dur. T'y vas avec ordonnance. Ce qu'il y a écrit dedans c'est ça la pharmacie. »

E15/327/330/333 : « Je présente l'ordonnance et la dame elle me demande la CMU (...) Je présente la CMU. Elle fait ses trucs et tout ça, elle enregistre la CMU et tout ça, bah voilà (...) Après elle me donne les médicaments. »

d) Dimension particulière due à leur statut : Etranger et minorité

Barrière de la langue

E14/262/283/285 : « Souvent c'est dur mais ça va. (...) Souvent avec les français tu n'arrives pas à comprendre ce qu'il dit (...) Mais si tu y vas seul c'est dur. »

E16/327 : « Non ! Pas ça ouais [ne souhaite pas être accompagné par éducateur]. Parce que pour que je veux comprendre le français. »

Complexité administrative

E7/99/297/478 : « Parce qu'il a fallu, avant qu'on ne m'opère, que je vois le juge (...) Bon vu tout ce qui s'est passé, avant qu'on ne m'opère, tout ça, tout ça moi c'est plus dans ma tête. J'ai oublié tout ça. Parce que pour qu'on m'opère, ça fait beaucoup de discutes, de propos, de menaces, tout ça ... avant que je sois opéré (...) Mais après quand j'ai été confié tout allait vite. Rien de retardé. »

E10/86/87 : « Ben moi je n'en ai pas donc je comprends pas pourquoi toujours pas je n'ai pas la CMU (...) Bon, je suis pas encore confié, je peux pas avoir accès à la... [CMU] ».

Complexité due à la minorité

E7/279/284 : « Je sais pas, je sais pas ce que je peux dire... Moi je sais qu'on est censé s'occuper, s'occuper de nous. Mais quand on nous demande de faire les choses, tout seul, euh moi je sais pas (...) Puisque moi je ne connais pas en France. Je connais pas comment être sur place. Mais on est censé nous orienter. C'est ce que moi je sais. Mais quand on prend le téléphone, on te donne, « Vas-y, parle ». Mais j'ai pas le droit de parler ! On doit parler pour moi. Je dois voir le médecin et pas que je parle. Parce que une fois j'ai eu ça, on m'avait demandé d'appeler. C'était par rapport à l'anesthésie. Et ils m'ont demandé d'appeler l'hôpital. Et moi j'ai pas le droit d'appeler. Le jour où j'ai appelé ils m'ont dit : « Et vous êtes mineur. »

Vous avez un éducateur, vous n'aviez pas le droit de nous appeler. C'est à votre éducateur qui doit nous appeler ».

Nécessité d'un accompagnement pour se repérer

E4/166 : *« J'y suis pas allé car j'ai pas été accompagné. J'ai trouvé personne. Le jour où je suis parti la voir là, j'avais carrément mal. Et c'est ce jour-là, que je lui ai expliqué. Elle a cherché à pouvoir que j'ai un rendez-vous. Elle a fait la note que je puisse donner ici, pour qu'on puisse m'accompagner. Mais j'ai vu personne, moi. »*

Avis personnel difficile à donner

E7/279 : *« Je ne sais pas ce que je peux dire... je sais qu'on est censé s'occuper de nous ».*

E18/446 : *« Ce côté-là [comment ça se passe], je pense que c'est pas moi-même qui doit décider ça. »*

e) Facilité de l'accès aux soins grâce aux éducateurs

Reconnaissance

E13/306/307 : *« C'est un peu facile pour moi, parce que ils sont là... grâce à eux (...) je trouve ça facile. Parce que sinon si c'est quelqu'un qui... qui n'a pas d'aides comme moi, forcément il va trouver ça difficile. »*

S'appuie sur l'éducateur

E14/283 : *« Donc c'est mieux si l'éducateur sont là. Là c'est mieux, il peut t'expliquer ça sera bien pensé. »*

Dépendance / confiance

E12/196 : *« Hum c'est pas que je vais aller à l'hôpital. Exactement je vais, je vais, chez mon éducateur qui va me dire où je vais aller. »*

E19/293 : *« Si un jour j'habite tout seul, j'appelais les éducs et voilà et je regarde après. »*

f) Connaissances de leurs droits

Droit de changer de médecin traitant

E1/170 : *« Bah oui car j'ai pas encore trouvé un autre médecin. »*

E8/147 : *« Après, si ça va pas, je peux demander qu'on la change [médecin généraliste]. »*

E9/102 : « *Et c'est pour cela que je suis changé de médecin, parce que je voulais me soigner.* »

E11/804 : « *J'ai demandé de changer* ».

Méconnaissance de leurs droits

E2/141/292 : « *Là maintenant si nous sommes malades, je sais pas comment faire, peut-être la PASS, je ne sais pas... nos droits à la santé en France on ne nous l'explique pas... que ça soit les éducateurs... on ne nous l'explique pas... nos droits on ne connaît pas (...) Oui je veux changer, mais je ne connais pas comment faire...* »

E15/221 : « *Je sais pas si je peux changer ou pas. Ça je sais pas.* »

g) Histoires personnelles de l'accès aux soins

Premier accès aux soins médicaux en France

E20/290 : « *Mais moi je suis jamais allée chez mon médecin [dans le pays d'origine].* »

Médecine traditionnelle dans le pays d'origine

E5/134/137/140 : « *Ah... bah j'ai jamais été gravement malade, parce que quand il y a des fièvres on achète les médicaments (...) Non gravement malade non (...) Oui, quand tu as de la fièvre, il y a déjà des traitements traditionnels... quand tu es gravement malade, tu appelles et tu pars voir le médecin.* »

E8/178/187 « *Ah non non non, pour le cas je connais, et il n'y avait pas de médecin traitant et c'est un peu rare que tu tombes malade (...) Bah en [nom du continent] il y a les médecins traditionnels, et souvent ils se traitaient chez le médecin traditionnel, que les médecins, ah je sais pas comment je peux dire... euh... que les médecins modernes c'est moderne. En [nom du continent], il y a pas de moyens et il faut toujours y aller chez le médecin traditionnel, oui...* »

Résumé :

Dans ce thème du vécu de l'accès aux soins, nous mettons en évidence que les MIE sont satisfaits de l'accès aux soins.

Cet accès est, pour la grande majorité, vécu comme complexe. Pour eux, de la prise de rendez-vous à la consultation médicale, puis à l'obtention de l'ordonnance qui permet enfin d'obtenir les médicaments en allant à la pharmacie, tout cela semble complexe ; de même pour l'obtention de la CMU.

Ils mettent également en avant les difficultés rencontrées pour accéder aux soins du fait de leur statut de mineurs isolés étrangers, en insistant principalement sur la minorité : nécessité d'un accompagnement et d'une représentativité.

Nous constatons l'importance qu'ils accordent à l'ordonnance et aux médicaments. La pharmacie est pour eux, un lieu facile d'accès.

Ils insistent sur la référence qu'est pour eux l'éducateur.

La connaissance de leur droit, avec la possibilité de changer de médecin traitant, est connu par certains quand d'autres justement souhaitent avoir plus de connaissance sur leurs droits.

Le dentiste en ville est quant à lui difficile d'accès, par rapport à celui de la PASS.

En outre, il nous est apparu qu'il s'agissait du premier contact médical pour beaucoup de MIE.

2. REPRESENTATIONS DE L'ASSURANCE MALADIE

a) Rôle inconnu/ incompris de l'assurance maladie

Passivité

E5/58 : « *Non, je sais seulement quand je pars... quand je pars voir mon médecin, je lui tends... c'est tout... elle prend les numéros de l'assurance... c'est tout.* »

E13/361 : « *Non j'ai jamais demandé [à quoi sert la CMU].* »

E15/130 : « *Quand des fois je va chez mon docteur... des fois quand j'y vais, j'amène la CMU parce que c'est... parce qu'il me demande que la CMU.* »

Absence de papier pour aller chez le médecin

E13/143 : « *Ouais moi j'ai la CMU ici, mais je prends jamais pour aller chez le médecin.* »

E18/500/507 : « *Mon docteur, je connais l'endroit très bien. Donc je vais y aller (...) sans papier.* »

S'en remettent à l'éducateur

E12/141/144 : « *Même s'il y en a [CMU] parce que je suis mineur, je ne peux pas garder tout mon dossier (...) Voilà moi j'ai pas. Mais peut être mon éducateur il a ou bien... »*

E14/175/178 : « *Je sais pas trop de ça aussi. Tout ça c'est l'éducateur qui sait ça. Mais je sais pas ça (...) Bon j'ai une fois entendu ça [CMU] mais je sais pas ça veut dire quoi. »*

E19/217/219 : « *J'ai jamais regardé parce qu'il est toujours au bureau de l'éduc (...) Mais je pense ouais. Ici il a ça »*

b) Fausses croyances sur le rôle de la CMU

Montrer sa présence chez le médecin

E20/163/184 : « *Hum... Bah ça sert à montrer ma présence, que je suis partie là-bas (...) Parce que quand je pars là-bas... et... quand... quand on voit, qu'est-ce que ça me fait mal, quand il me dit pour signer je signe, moi je crois que c'est pour montrer ma présence. »*

Appeler l'éducateur

E16/175 : « *Bon ensuite je pars là-bas. Si ils ont écrit... si il est écrit quelque chose, bah je vais pour montrer au pharmacien. Il voit écrit. Après il va appeler mon éducatrice [se trompe avec numéro CMU] ».*

Accéder au dossier médical

E21/198/200/207 : « *Oui « C » c'est Couverture Maladie Universelle (...) Bah ça sert à rembourser euh... les... pour nous c'est dur. Ça nous aide à à à l'accès au dossier... dossier de santé (...) J'ai accès je crois ça passe direct. Parce que moi quand je montre le CMU du coup il y a pas de souci. Au moins si c'est expiré ou la date c'est plus... mais voilà si il est bon... du coup ça passe. »*

Dire qu'il est étranger mineur

E16/223/235 : « *C'est médical... c'est médical... mince... je ne connais pas le document mais j'ai venu avec un document (...) Pour donner les papiers pour qu'il va connaître, que j'ai étranger mineur. »*

c) Rôle d'accès aux soins

Gratuité des soins

E1/99 : « *C'est un document [la CMU] qui couvre tous mes frais médicaux quoi. »*

E2/145 : « *Oui je sais que la CMU, ça me sert à me traiter, et... certaines charges sont remboursées par l'état... Il y a des médicaments qui sont remboursés par l'état français... »*

E8/82/85 : « *Si j'ai un souci au niveau de la santé je peux aller voir mon médecin traitant (...) Oui avec la CMU, je peux avoir les soins gratuits, avec les médicaments. »*

E11/842 : « *Je sais juste que la CMU je paie pas les médicaments et que j'ai mon docteur. »*

Accès à l'hôpital

E10/77 : « *Bah c'est (AME) pour juste se soigner... »*

E19/223 : « *Quand je veux aller par exemple en hôpital... »*

Protection de la santé

E15/117/123 : « *Oui la CMU (...) C'est euh... c'est ce qui euh... ce qui fait la sécurité de ma santé. Si jamais j'ai un souci de santé bah je suis, je suis protégé par la CMU. Je crois que c'est ça. »*

L'AME destinée aux urgences

E7/230/245/248/250 : « *J'en ai deux. J'ai l'aide médicale d'état, et euh... la C... la CMU, je pense (...) Oui, mais après ils ont dit que je ne devais plus utiliser la carte d'aide médicale d'état. Que je dois utiliser la CMU... (...) Que la carte médicale d'état c'était pour les urgences. (...) Que j'avais pas encore la CMU donc... Mais maintenant comme j'ai la CMU, ils m'ont dit de ne plus l'utiliser (l'AME). »*

Accès aux soins « normaux » / CMU vécu comme positif

E3/124/129 : « *En fait quand je partais encore à la PASS, j'étais encore à l'hôtel où j'ai fait 3 mois... ouais... hum... j'étais en attente de mon jugement... C'est là-bas, comme je n'avais pas encore de couverture maladie... donc je partais à la PASS (...) Oui, positif. »*

E11/727/792/830/831/836/837/1091 : « *Mais si tu veux on te soigne normalement, ça veut dire qu'on suive bien ton traitement, il faut avoir la CMU. (...) Je ne pouvais pas soigner parce que je n'avais pas de CMU. (...) Du moment où tu as la CMU c'est différent (...) Tu sais qu'on va prendre soin de toi. (...) C'est très bien d'avoir la CMU ! Franchement c'est très bien. (...) ça*

veut dire quand tu viens tu dis : « J'ai ci, j'ai ça ». On t'écoute quoi (...) Donc moi j'ai compris que la clé c'était la CMU. Donc j'ai arrêté de partir. »

d) Fonctionnement de l'assurance maladie

Connaissance erronée sur les critères d'obtention de la CMU

E3/84 : « En France, ici, je vois après si tu arrives, tu n'as pas de papiers. Tu as fait 6 mois sur le sol français, et faut prouver que tu as fait 6 mois. Après ça, on peut te donner une couverture, une couverture... euh comment dirai-je encore... tu peux avoir droit à une CMU... Moi c'est ce que je sais. »

Connaissance erronée sur la validité de la CMU

E1/110/112 : « Oui il faut la renouveler ... quand ça se périmé il faut la renouveler (...) Ils font souvent des CMU de 6 mois, ça se périmé après 2 mois, 3 mois, 6 mois, ça dépend... »

E2/140 : « Maxi un an, neuf mois ou un an... jusqu'à votre majorité, moi après quand notre majorité est atteint, on a plus le droit... »

Passivité par rapport aux éducateurs

E9/78/83/85 : « La dernière fois que je suis allée dans la pharmacie, ils ont dit que c'est fini déjà, je crois que c'était une année, il faut que je renouvelle une autre (...) Euh, je sais pas encore quand ils vont me faire ça [le renouvellement] (...) Je crois que c'est les gens du conseil général. »

E21/241 : « Moi je sais pas [le renouvellement] parce que c'est eux [les éducateurs] qui font le truc. »

Limites de la CMU

E1/191 : « La CMU ne couvrait pas le tout et que je n'ai pas pris ce médicament... c'était des semelles orthopédiques. »

E2/148 : « Elle m'a prescrit un médicament pour mon mal de ventre, c'était pas remboursable par l'état... puis il fallait que je l'achète, de moi-même j'ai vu le conseil général et ils m'ont aidé à obtenir ce médicament... »

E3/64/66 : Ce que ça couvre... certains médicaments, comment dirai-je... mais pas tout (...) Oui. Pas tout, parce que c'est pas tous les médicaments qui sont remboursés. »

Nécessité d'être confié pour avoir la CMU

E10/85/87/179 : « Ben généralement, la majorité ici, ont tous euh comment dire... La CMI ! Voyez-vous ? Ben moi je n'en ai pas donc je comprends pas pourquoi toujours pas je n'ai pas la CMU. (...) Bon, je suis pas encore confié, je peux pas avoir accès à la... [CMU]. (...) Parce que on m'a dit euh c'est pas obligé que je vais à [nom de l'hôpital], déjà comme il y a le médecin et j'ai la carte comment on dit... l'aide médicale. »

Résumé :

Lorsque nous avons abordé le sujet de l'assurance maladie, nous avons constaté que certains MIE ont une connaissance partielle de son rôle et de son fonctionnement, tandis que d'autres la méconnaissent complètement.

Pour beaucoup, la gestion de l'assurance est faite par l'éducateur et nous constatons une certaine passivité des MIE.

Nous notons que certains ont des « fausses croyances » quant à son rôle ou à son fonctionnement, notamment autour de la question du renouvellement.

Beaucoup de MIE notent que l'assurance maladie permet l'accès aux soins, qu'elle est gratuite et rend possible l'obtention des médicaments.

Un MIE est perdu entre l'aide médicale d'état et la couverture maladie universelle.

Un MIE insiste sur le côté très positif, pour lui, d'avoir accès à la CMU, car elle lui permet d'avoir accès à des soins « normaux ».

Certains parlent des limites de la CMU, à savoir que tout n'est pas remboursé.

3. REPRESENTATIONS DE LA PASS PAR LES MIE

a) Service PASS non individualisé, assimilé à l'hôpital, missions non connues

Assimilent la PASS à l'hôpital

E4/19/25/29 : « Je ne savais pas que c'était un hôpital (...) Bon, la PASS je ne sais pas comment ça fonctionne (...) D'après moi la PASS c'est un hôpital. »

E7/216 : « Moi je sais que c'est l'hôpital. »

E12/97 : « Oui c'est l'hôpital. »

Ne connaissent pas le nom PASS

E8/37/63 : « *Oui, c'est quoi ça signifie ? (...) Hum... je ne me souviens pas je ne connais pas les noms. »*

E19/90 : « *Je ne sais pas c'est quoi ça. »*

N'ont pas eu d'informations sur la PASS

E7/216 : « *Non on ne m'a pas donné d'explication. »*

N'ont pas demandé ce qu'était la PASS

E21/162/177 : « *Bah la PASS... je sais pas c'est comme... c'est comme... tous les hopitals... je sais pas (...) Moi je sais pas du tout parce que j'ai jamais demandé ça. Donc voilà je sais pas. »*

Disent avoir eu des explications sur le service PASS

E18/52/122 : « *Bah... euh... j'ai oublié, on m'a expliqué ça [ce qu'est la PASS] mais j'ai oublié (...) La PASS je crois qu'on m'a expliqué ça... mais je me souviens plus. »*

Sont obligés d'aller à la PASS

E15/43/48/50/99/113 : « *Bah au PASS je crois que c'était obligatoire d'aller, parce que c'était le groupe (...) euh on avait fait ça à tout le monde, tout le monde qui était (...) Voilà tout le groupe (...) Bah je crois c'est l'hôpital, c'est tout ce qui concerne la santé (...) Moi je sais que c'est à l'hôpital que tout le monde y va quand il y a un souci. Mais la PASS en temps normal, je sais pas si c'est réservé ou quoi (...) Je sais pas vraiment l'explication réelle de la PASS. »*

E17/44/434 : « *Oh je me souviens plus [dans quel service il allait à l'hôpital] (...) Ah là-bas, quand j'ai, quand j'ai, quand j'ai venu nouveau au foyer, on m'avait obligé faut que je fais l'examen donc euh... »*

b) Rôle en rapport avec la santé et la gratuité des soins

Rôle d'accès aux soins

E2/83 : « *Si dans la vie encore, bon pendant mon séjour en France, je me trouve encore dans une situation où je n'ai pas de CMU, où il faut à tout prix passer par la PASS, je... j'ai pas le choix. Ils sont là pour nous aider... ceux qui n'ont pas de papiers, ceux qui n'ont pas de sécurité sociale. C'est important d'y aller... Et puis c'est le seul moyen pour se faire soigner... aussi*

pour se faire écouter, se faire orienter vers ceux... eux qui vont s'orienter vers des gens qui m'écoutent... »

E18/45 : *« Allez voir ma santé, voir comment ça va. »*

E15/101 : *« La PASS... La PASS c'est... pour vérifier si... c'est pour vérifier si on était malade ! Je crois... moi c'est comme ça que j'ai compris. C'était pour voir euh... c'était tout ce qui était au niveau santé. »*

E21/122 : *« Et on m'a amené là-bas pour vérifier j'avais pas ni les maladies ni rien les trucs comme ça. »*

Gratuité des soins

E1/25 : *« Bah si tu es malade : tu pars là-bas, ils vont s'occuper de toi. Ils te consultent, il fait tout, après ils te prescrivent un médicament. Tu vas prendre à la pharmacie, gratuit quoi. »*

E3/24 : *« Ben je sais que quand tu n'as pas d'assurance, tu peux aller te faire soigner gratuitement. »*

c) Rôle en lien avec l'accès aux examens complémentaires

E20/205 : *« Des vaccins. »*

E14/392 : *« C'est les prises de sang seulement, pour voir comment ça se passe la santé. »*

d) Service à dimension humaine

On s'occupe de toi

E1/21 : *« Ben en fait ils s'occupent des gens, des gens sans papiers quoi. »*

E8/331 : *« Bah à l'hôpital souvent tu viens, il y a plein de monde, tu fais la queue, mais après on s'occupe de toi, quel que soit comment tu es. »*

Aider les gens

E2/85 : *« Ils ont là pour nous aider... »*

E6/25 : *« Pour moi ça sert à aider les gens surtout ceux qui n'ont pas de papiers et... c'est un peu ça. »*

E9/40 : *« Je crois moi que c'est pour aider les gens qui avaient pas de papiers »*

Prise en charge sans discrimination

E8/331 : « Bah à l'hôpital souvent tu viens, il y a plein de monde, tu fais la queue, mais après on s'occupe de toi, quel que soit comment tu es. »

E10/323 : « Ben de toutes les personnes confondues. »

e) Statut juridique, absence de couverture sociale, précarité des patients PASS

Référence au statut juridique des patients

E5/40 : « Je sais pas. C'est pour les demandeurs d'asile, ou quoi là, parce que la plupart des gens qui sont là, ceux sont des demandeurs d'asile. »

E11/768 : « Ceux qui sont tout près n'ont jamais de papiers. »

Référence à l'absence de couverture sociale

E2/66/67 : « La PASS, c'est d'abord pour les étrangers. (...) étrangers qui n'ont pas de sécurité sociale. Donc, c'est un moyen que l'état français a mis sur pied pour aider le bas peuple quoi... qu'on dise pas que la maladie tue en France... Donc ils ont mis ce lieu sur pied, pour aider les démunis... »

E3/124 : « En fait quand je parlais encore à la PASS, j'étais encore à l'hôtel où j'ai fait 3 mois... ouais... hum... j'étais en attente de mon jugement... C'est là-bas, comme je n'avais pas encore de couverture maladie... donc je parlais à la PASS... »

Référence à la précarité

E9/42/44 : « Euh ... les gens qui avons pas d'assurance maladie (...) Les gens qui avons pas d'argent. »

f) Référence à la nationalité

Connaissance erronée

E11/768 : « Donc je pense que la PASS, c'est pas pour des français. Mais c'est pour les immigrés. »

Résumé :

Tout d'abord, nous constatons que peu de MIE ont individualisé le service PASS avec des missions particulières, et que pour beaucoup la PASS est assimilée à l'hôpital. Certains MIE ne connaissent pas le nom du service PASS. Certains disent n'avoir pas reçu d'information sur ce service, quand d'autres en ont reçues mais ne s'en souviennent plus. Certains MIE reviennent sur l'obligation pour eux d'y consulter.

Plusieurs MIE ont comme image de la PASS un lieu d'accès aux soins gratuits, et pour certains c'est un lieu d'accès aux examens complémentaires.

Nous retrouvons également des termes à dimension humaine, notamment un lieu où l'on s'occupe des gens, où on les aide, sans discrimination.

Beaucoup font le lien entre ce service et la particularité des patients qui consultent : soit leur statut juridique, soit l'absence de couverture médicale, soit leur précarité.

Cependant une notion erronée apparaît dans les représentations d'un MIE : celui-ci pense que la PASS n'est « pas pour les français ».

4. VECU/ RESENTI DE LEUR PRISE EN CHARGE A LA PASS

a) Orientation à la PASS

Par le foyer

E1/36/47/49 : « Bah c'est le foyer [qui a indiqué] (...) Non moi je suis partie moi-même (...) Bah ils m'ont indiqué (le foyer a indiqué la PASS) »

E5/29 : « Bah c'est ici [foyer], j'étais malade... ils m'ont dit d'aller là-bas. »

E6/20 : « Euh j'étais avec... euh... un assistant social, du fait que j'étais venue et que j'avais trop mal au bas ventre, et du coup y m'avait amenée là-bas. »

E12/90 : « Oui oui c'est le foyer qui m'a amené là-bas. »

E14/158 : « C'est un éducateur qui m'a envoyé là-bas »

Par un Prêtre

E2/13/21 : « Et j'ai été conduis par le Père [nom d'un prêtre] (...) Oui c'est lui qui m'a déposé avec sa voiture à la PASS, au service PASS, et j'ai rencontré le docteur [nom du médecin de la PASS]. »

Par les urgences

E7/36/185 : « *Oui j'étais à la police. C'est eux qui ont dit d'appeler les ambulanciers parce que je me sentais mal (...) C'est les urgences qui ont appelé. Ils m'ont pas demandé d'aller. Je pouvais pas. C'est la PASS qui s'est déplacée pour venir me chercher et me ramener dans les bureaux* ».

Par le conseil général.

E3/17 : « *En fait, comme je n'avais pas encore d'assurance, j'ai contacté le conseil général et c'est le conseil général qui m'a dirigé vers la PASS.* »

E4/19 : « *Les gens du conseil général.* »

E11/737 : « *Le conseil général m'a indiqué.* »

b) Accompagnement à la PASS.

Accompagné par le conseil général ou éducateur

E4/23 : « *Euh le Monsieur du conseil général.* »

E8/65 : « *J'étais accompagné avec mon éducatrice* »

E10/34/52/55/57 : « *Bon euh c'était mon assistant social (...) Ben euh j'étais avec moi seulement j'étais malade, mais c'est quelqu'un qui est devant comme mon assistant social qui parlait à ma place... (...) La première fois que je suis venu je suis mineur, j'ai dix-sept ans (...) Elle m'a pas laissé... elle s'est s'en chargée de tout quoi...* »

E18/110 : « *Oui j'étais avec les éducateurs.* »

Seul à la PASS

E1/36/47 : « *Bah c'est le foyer [qui a indiqué] (...) Non moi je suis partie moi-même.* »

E5/27 : « *Je suis allé seul.* »

Autonomisation

E15/67 : « *Je pense que je suis allé une fois seul... parce que eux [les éducateurs] ils étaient en réunion, et moi, à ce moment-là, j'avais rendez-vous.* »

E17/104 : « *A la fois... première fois, deuxième fois j'ai allé avec mes éducateurs. À d'autres rendez-vous je partais tout seul parce que je connais déjà l'endroit. Je partis tout seul.* »

c) Lieu d'accès aux soins

Soins techniques avec l'accès au savoir faire des médecins

E1/61 : « *Si tu as mal tu montes et docteur [nom du médecin de la PASS] s'occupe de toi et elle te prescrit un médicament, tu peux prendre, et là ça va. »*

E5/67 : « *J'étais malade. Moi je pensais que j'étais malade, et je suis parti là, et on m'a dit que ça va passer, c'est de la fièvre ça va passer, tu rentres. Je suis rentré et c'était normal. »*

Accès aux médicaments

E20/54 : « *Je sais pas trop ils font des vaccins et tout mais bon moi je ne sais pas quel hôpital. »*

E21/54 : « *Et après on m'a demandé de mettre implant. J'ai mis implant. On m'a donné des traitements pour les boutons parce que ça me grattait aussi. Ça me faisait mal à l'aise. »*

Accès aux spécialistes / para médicaux

E7/120 : « *Après, euh l'anesthésiste il m'a donné rendez-vous. Après le docteur il m'a donné rendez-vous. Tout ça, ça venait de la PASS... »*

E12/87 : « *Oh oui le même médecin pour mes dents, c'est lui à chaque fois, c'est lui seul que je vois. On prend rendez-vous pour lui seul. »*

Lieu d'orientation

E2/89 : « *C'est docteur [nom du médecin de la PASS] qui m'a orienté vers [nom de la structure avec psychologue] ... »*

Lieu de soin « pas normal »

E11/697 : « *Mais on m'a dit qu'on pouvait pas me soigner normalement, comme on pouvait, parce que je n'avais pas de CMU. Donc il y a plusieurs choses, on m'a dit qu'on pouvait pas me soigner. »*

d) Lieu d'accès au dépistage / examens complémentaires

E2/40 : « *Elle [médecin de la PASS] m'a fait un bilan, un bilan de santé complet quoi. Elle a pris mon sang pour faire les tests : hépatites, sida, tout ça. »*

E11/752 : « *Donc elle m'a fait des examens, elle a tout fait, elle a tout fait. »*

E13/49 : « *Ouais c'était une dame, c'était une dame qui... qui soignait tout, qui prenait...euh qui faisait un test et tout...elle a vu que je sais pas que c'était positif. »*

E15/33/35/37 : « Le sang a été examiné pour voir si on était malade (...) les urines et tout ça (...) Pour vérifier si on était en bonne santé et tout ça. »

E17/94 : « On m'a fait des prises de sang, on m'a dit le sang tout ça c'est bon mais... il voit seulement les tâches sur mes poumons. C'est ça qu'on a vu. »

e) Termes à dimension humaine

E1/57 : « Bah il y a de l'accueil et on prend soin de toi. »

E2/298/300 : « L'accueil était bien à la PASS. J'ai été bien accueilli à la PASS (...) L'accueil c'est déjà : la personne vient vers vous, elle vous sourit. Même si elle ne vous aime pas, elle vous sourit. Et vous renseigner au maximum possible. Et vous posez vos questions, elle vous écoute, elle a du temps pour vous écouter... et voilà... Pour moi c'est ça un bon accueil... »

E3/179 : « Non tout le monde était sympa. »

E7/436/439 : « Oui. J'ai le numéro de la PASS, moi. Quand j'appelle je tombe direct sur Monsieur [nom de l'assistant social de la PASS] (...) parfois quand j'ai un problème, je me dis : « Bon je l'appelle ». Il me demande si il y a ce truc qui avance, si j'ai un petit souci dès que je lui dis, il me trouve une solution, direct. Il ne perd pas du temps. »

E19/194 : « Bah elles sont gentilles. »

E21/325 : « Dès le premier jour, avec le docteur [nom du médecin de la PASS] ouais, le feeling était passé direct en fait. Et du coup je la voyais comme ma mère, je la voyais comme... en fait il y avait un truc qui... enfin il y avait un truc là dans mon cœur... »

E21/284/290 : « Oui elle me parlait, elle me parlait vu que à ce moment-là je connaissais pas vraiment la France. Du coup elle me parlait de trucs genre tu vois : « En France ça marche comme ça. C'est comme ça, les règles c'est comme ça. » Elle m'a expliqué en fait comment ça marche la France, comment il y a les trucs, comment les lois sont, des trucs comme ça. Elle me parlait un peu quoi... elle m'expliquait un peu. »

f) Termes à dimension professionnelle

Satisfaction de la prise en charge

E3/154 : « Autre chose qui m'a plu, c'était quoi... Ben en tout cas, c'est le traitement que j'ai eu avec le dentiste... J'étais satisfait en tout cas... »

E11/787 : « Elle faisait bien son boulot la dame. »

E12/99 : « Ah moi je pense que ça va très bien maintenant. »

E16/90 : « Ça va, ça se passe bien. Ils ont dit que je n'ai pas de maladie. »

Prise en compte de l'urgence

E3/163 : « J'arrivais pas à dormir et tout ça... je me suis dit « Deux semaines ? Je peux pas patienter 2 semaines ». Après il m'a rappelé, il m'a dit : « Voilà on t'a mis sur la liste des cas urgents, du coup on va t'ajouter à la liste qui est déjà prête... et tu vas passer... ». J'ai dit « Ah d'accord tant mieux ». Et c'est pour ça je suis passé. Donc le premier rendez-vous, ça a été très long. Quand il m'a dit dans deux semaines... »

Non satisfait

E14/119 : « En tout cas ça s'est pas bien passé parce qu'on m'a dit que j'ai l'hépatite B. »

Ponctualité

E1/60 : « Quand tu viens à l'heure ils te reçoivent... quand tu prends rendez-vous, tu viens à l'heure ils te reçoivent normalement... »

E3/141/143/148 : « J'ai aimé l'accueil (...) Ben, quand tu arrives... euh... les rendez-vous ils sont... quand on dit : « Quinze heures », c'est quinze heures. Et quand tu arrives, quinze heures on s'occupe de toi (...) Ben parce que... parce que... hum bon... je trouve que ce sont les règles. »

g) Organisation du service

Carnet pour noter les rendez-vous

E3/31 : « On m'avait donné un petit carnet, dans lequel on notait tous mes rendez-vous, tout ça... »

E4/149/152 : « Là à la PASS, là aussi pour prendre rendez-vous, c'est plus facile qu'au téléphone (...) Parce que là, on est sur place, on écrit en même temps. »

Enregistré à la PASS

E7/109 : « Mais après, quand je tombe, tout le temps je partais à la PASS. Parce que quand les ambulanciers venaient me prendre c'est à la PASS qu'on me ramenait, parce qu'on a dit je suis enregistré à la PASS, c'est eux qui s'occupent de moi... »

Ne différencie pas les différents intervenants

E16/84/86 : « Euh... ah parce que moi je comprends pas la différence [entre infirmier, docteur et assistant social] (...) Oui. Il y a pas de différence. »

Résumé :

Si la grande majorité des jeunes a été orientée à la PASS par le foyer ou le conseil général, d'autres l'ont été soit par un prêtre soit par les urgences. Les MIE sont majoritairement accompagnés par un éducateur aux consultations PASS.

Globalement, tous perçoivent la PASS comme un lieu de soins, d'accès aux examens complémentaires, et pour certains comme accès aux autres professionnels de santé.

Pour un MIE c'est un accès aux soins pas « normaux ».

Pour beaucoup c'est un lieu de dépistage.

Les MIE ayant repéré le service PASS et les intervenants utilisent des termes à dimension humaine et professionnelle pour raconter leur vécu dans ce service. Ils reviennent principalement sur l'accueil, la gentillesse et la disponibilité. Un MIE insiste sur l'aide apportée par l'assistant social de la PASS avec qui il reste en lien. La ponctualité et l'efficacité des soins sont également exprimées.

La plupart sont satisfaits de leur prise en charge. Un MIE n'est pas satisfait du fait du dépistage d'une pathologie.

L'accueil et l'organisation du service sont présentés comme faciles et bons.

Certains MIE parlent de la prise en compte de l'urgence médicale quand cela été nécessaire.

Certains sont perdus quant aux personnes qu'ils rencontrent, ne différenciant pas l'assistant social, de l'infirmier et du médecin.

5. VECU DU RELAIS DE LA PASS A LA MEDECINE GENERALE

a) Réactions émotionnelles des MIE

Auraient voulu continuer à la PASS

E1/142/221 : « Bah moi, à part la PASS... c'est la PASS qui s'occupait bien de moi... Docteur [nom du médecin de la PASS] avant... C'est elle qui s'occupait bien de moi, quand je partais la voir... A part là-bas... (...) Moi j'aurai aimé continuer à consulter avec docteur [nom du médecin de la PASS] à la PASS »

E4/185 : « Je voulais aller voir le docteur [nom du médecin de la PASS] parce que c'est lui qui m'a accueilli. Normalement je voulais aller chez lui parce qu'elle me connaît. Parce que si j'ai un souci franchement, je vous le dis, je vais à la PASS. »

Tristesse /abandon

E21/296/300 : « Si, moi ça m'avait fait mal (...) j'étais vraiment attachée à elle, et elle était... je la considérais comme... quand je partais là-bas, si elle est là j'étais, on me mettait de suite à l'aise... même ses infirmières... j'étais bien, j'étais comme si... quand je partais là-bas je lui dis « bah je pars chez moi en fait, je fais comme chez moi ». Je rentre, je parle. C'était comme ça. Et du coup quand elle m'avait dit ça m'avait fait mal j'ai pleuré même le jour... le jour où c'était les dernières fois, les dernières jours qu'on allait nous revoir. Moi ça m'avait fait vraiment mal, vachement mal et je pleurais... parce que moi je suis comme ça. Quand je suis attachée à quelqu'un j'aime pas, j'ai l'impression qu'elle va m'abandonner. »

Perte de repère

E4/49/53/56/143 : « Là maintenant, je ne sais pas. L'autre fois quand je parle avec l'éduc, j'ai commencé par le dentiste. Je peux pas continuer le dentiste à la PASS, elle m'a dit. (...) s'il faut chercher un autre dentiste, moi je ne sais pas qui va chercher. Si elle me dit : « C'est fini avec le dentiste là, je peux plus aller là-bas », et du coup je sais pas. Comme elle m'a dit : « C'est fini » ... ben je sais pas. (...) Parce que normalement, moi à part la PASS, depuis que je suis ici, vous savez pas où aller à part à l'hôpital [nom de l'hôpital de la ville de l'entretien]. Dès que j'ai un problème, je passe souvent pour voir le docteur [nom du médecin de la PASS]. Maintenant je sais pas. (...) Je commence à avoir mal à droite, mais elle m'a dit de ne plus aller là-bas. Je suis resté en question. Je sais plus où aller maintenant. Je sais pas comment ça marche. Je me dis, comme elle a dit comme ça, je ne peux pas la forcer. »

Retour à la PASS possible

E7/434/444 : « Hum c'était pas trop compliqué. Vu qu'il m'a dit : « Si tu as un problème tu reviens » (...) Tu es opéré. Je t'ai trouvé un médecin. Maintenant si tu as un problème, tu vois avec ton médecin. Mais n'hésites pas à arriver ici, si c'est un peu trop compliqué. »

E21/286 : « Faut que tu vas voir un médecin traitant parce que moi je suis là... pas pour toi seulement, pour tout le monde en fait, et du coup tu vas voir ton médecin traitant. Tu vas plus revenir ici. Ici si c'est vraiment le cas vraiment difficile. Là, à ce moment-là tu pourras venir. Mais si c'est des trucs comme ça, attends ton médecin traitant, tu lui dis... »

Passivité / Acceptation

E2/182 : « La PASS, c'est pour ceux qui n'ont pas de sécurité sociale... Moi j'ai compris ça comme ça. Tout court. Je me suis dit : « Bah il y a pas à se dire... ».

E10/307 : « *Quand elle m'a dit que je dois avoir un médecin bah je n'ai pas trop cherché à comprendre aussi. Elle m'a dit c'est logique qu'il faut avoir un médecin* ». »

E15/386/388 : « *On m'a donné les instructions (...) On m'a dit : « Bon, si toi, ton médecin traitant dorénavant c'est euh bah c'est lui. Si jamais tu es malade : bah tu y vas. Viens, on va te montrer là où c'est. » Ils sont partis. On m'a montré le médecin et tout. Et puis voilà.* »

E16/425 : « *Non c'est bien parce que c'est la même chose [entre hôpital et ville].* »

Sentiment de liberté

E3/123 : « *Oui, ben c'est pas parce que ils ont arrêté la PASS. C'est parce... ben, je me suis dit comme j'ai une CMU, je peux aller où je veux, où j'ai envie maintenant...* »

b) Dimension légale

Acquisition de droit / Perte de droit

E1/222 : « *Parce que quand j'avais demandé ça on m'a dit « Quand tu as la CMU tu peux plus aller la voir ».* »

E2/184 : « *Ils m'ont dit : « On te donne un médecin traitant » Ils m'ont expliqué que maintenant, comme j'ai la CMU, je dois voir un médecin traitant.* »

E6/40 : « *Parce que, comme il y a ma CMU qui était arrivée, on m'a dit que j'avais droit au médecin, pas au PASS.* »

E10/311/318 : « *Ben quand elle m'a expliqué elle m'a dit simplement que je dois voir un médecin, normalement pour moi. Spécialement mon médecin. Ok y'a pas problème (...) On peut pas être au dessus de la loi.* »

c) Dimension administrative

Incompréhension de la déclaration médecin traitant

E4/101/108 : « *Parce qu'avec le docteur [médecin généraliste], que je suis passé, quand je lui ai expliqué, elle m'a donné un papier. Elle m'a dit de signer. Je lui ai dit : « C'est quoi ça ? ». Elle m'a dit que c'est pour dire que c'est lui mon médecin traitant. Après je dois savoir c'est quoi la différence entre mon médecin traitant et la PASS ? Je ne lui ai pas demandé comment ça marche. (...) C'était écrit comme ça [il prend une feuille et me montre les trois quarts d'une feuille de papier]. Je ne sais pas ce qui était écrit dedans. Elle m'a dit que c'était pour l'envoyer là-bas, je ne sais même pas où c'est là-bas.* »

E10/308 : « Comme ça le médecin il doit signer, vous aussi vous devez signer. Bon franchement j'ai pas trop demandé sur le sujet ».

Problème de transmission du dossier médical

E8/167 : « Euh il faut passer à un médecin traitant, et quand j'ai passé chez le médecin, il me dit : « Il faut les résultats, tous les résultats » et moi je lui dis : « Je ne sais pas comment il faut faire pour avoir les résultats » et ils m'ont dit ils vont tout passer au niveau de mon médecin traitant, et elle me dit elle n'a pas eu tous ces résultats, et il faut que je fasse une nouvelle prise de sang pour qu'elle voit tous ces résultats. »

d) Aspect pratique selon la localisation géographique

La PASS est loin

E9/136 : « Euh bien, parce que c'est trop loin [la PASS] ! (Rire) »

E11/1087 : « Déjà que [nom de l'hôpital] est loin, ça m'a découragé. »

E21/81 : « Parce que du coup aller là-bas, revenir, c'était un peu loin et... »

Médecin généraliste plus proche

E7/259 : « Oui, elle est ici. Elle est près de moi, elle est pas loin. »

E10/182 : « J'ai un médecin qui est plus proche de chez moi. »

Résumé :

Quand nous abordons la question du relais et du vécu de celui-ci, nous constatons des réactions émotionnelles très variables. Nous retrouvons des sentiments de déception, de tristesse, d'abandon, mais aussi la notion de perte de repères avec l'arrêt de la prise en charge à la PASS. Certains n'acceptent pas ce relais et précisent qu'ils retourneront à la PASS.

Nous constatons pour certains MIE, une relative passivité à ce relais alors qu'un autre mineur insiste sur la liberté qu'il obtient avec l'assurance maladie : celle de choisir son médecin.

Beaucoup font référence à la dimension légale. En effet, ils font le parallèle entre la perte du droit d'aller à la PASS et l'acquisition du droit d'aller chez un médecin.

Trois MIE nous font part des difficultés administratives au relais concernant : la déclaration du médecin traitant pour deux d'entre eux et la transmission des données médicales de la PASS au médecin traitant pour le troisième.

Certains insistent également sur l'amélioration pratique de ce relais du fait de la proximité géographique du médecin généraliste.

6. REPRESENTATIONS DE LA MEDECINE GENERALE PAR LES MIE

a) Rôle du médecin généraliste dans la société

Ne connaissent pas le rôle du médecin généraliste

E4/68 : « On me dit : « Non il faut trouver un médecin traitant ». Je ne sais pas la différence entre un médecin généraliste et un médecin traitant. »

E4/ 92 : « Normalement, comme chez nous pour aller voir un médecin, il faut un souci de santé. On peut pas y aller comme ça. Ici je sais pas comment ça marche. Normalement, chez nous pour aller voir un médecin il faut être malade. »

E16/148 : « (Réflexions) Je connais pas ça [médecin traitant]. »

E17/166 : « Je ne sais pas la différence médecin traitant ou... je sais pas la différence. »

E18/185/187 : « Moi je différends pas hôpital, les médecins... (...) Pour moi c'est tout pareil. Moi j'appelle tout ça hôpital. »

Dimension humaine : Aide et éducation

E6/73/75 : « (silence) ... de m'aider (...) A propos de la santé et... (chuchoté) et quelque chose comme ça... »

E7/351 : « Je sais qu'elle est là pour m'aider, euh... je peux dire... j'attends des soins qui viennent d'elle. »

E21/405/420 : « Qu'elle m'aide un peu c'est pas que je suis là juste pour... pour la santé. Parce que moi pour m'apprendre un peu de chose : le sens de la vie, comment marcher dans la vie, qu'est-ce qu'il faut faire, qu'est qu'il faut pas faire... il ne faut pas faire plutôt. De me prendre... de m'apprendre aussi à... comment parler (...) Faut me parler des choses de la vie parce que moi je n'ai pas eu le temps avec ma mère pour me parler de tout ça. »

Rôle de soignant

E5/91 : « Oui, pour l'entretien de la santé. »

E9/144 : « C'est pour traiter les gens quand ils sont malades. Pour voir ensuite si ils ont quoi. »

E17/281/477 : « Je sais il est docteur donc... il est docteur donc c'est ça. Pour me donner les soins médical (...) si je suis malade je pourrai aller voir, on m'avait dit cela. »

E18/371 : « Pour... pour voir ma santé non ? »

E20/265 : « Ça sert à voir ma santé. »

Soins des petites maladies

E13/261/267 : « Sûrement il est là pour soigner les petites maladies mais pas les... pas les grandes maladies (...) Ah grave maladie c'est l'hôpital. C'est pas chez lui parce qu'il pourra rien voir. »

b) Compétences du médecin généraliste

Connaissance du patient/ prise en charge globale / suivi au long cours

E1/120 : « Ben c'est un médecin qui fait... qui s'occupe un peu de tout... »

E8/142 : « Euh un médecin traitant c'est une personne qui est bien choisi, quand tu as un souci elle s'occupe de toi, et il connaît tout ce que tu souffres, tout. »

E11/1115/1117 : « Pour moi généraliste, ça veut dire bah... il est spécialisé presque en tout... donc généraliste il est spécialisé presque en tout (...) tu as une maladie quelconque, vu qu'il est généraliste tu peux lui en parler. »

E15/240/246 : « Bah c'est lui normalement qui connaît... qui vous suit... et puis il a peut-être la maîtrise de votre corps. Il est... il va peut-être mieux comprendre, il va mieux savoir hein de quelles maladies vous avez souffert, et jusqu'aujourd'hui. Voilà il va comprendre mieux votre corps, comment ça fonctionne, quelque chose comme ça. Il est comme spécialisé (...) C'est quelqu'un qui va être spécialisé, qui vous suit de près, qui a plus de connaissances sur voilà, parce qu'il vous a traité des fois... bah je sais pas exactement, mais je crois que c'est quelqu'un de spécialisé qui vous suit de près. Voilà c'est un peu ça. »

Soins techniques

E 3/229 : « Tu arrives soit tu as la fièvre, le diabète, tout ça. Il peut s'occuper de ça... »

Coordination des soins

E14/241/245 : « Je sais pas trop... parce que je connais pas comment... je sais pas (...) On m'a dit seulement : « Bon en cas... si tu as un problème c'est à lui que tu dois prendre rendez-vous, c'est lui qui va t'envoyer à l'hôpital. »

Prescripteur

E1/122 : « Si tu as mal tu viens, il te consulte, il te prescrit un médicament que tu cherches à la pharmacie. »

E5/97 : « Euh je sais pas... tout ce que je demande... si je suis malade, il me fait une ordonnance. C'est tout... »

E7/336 : « *Moi ce qu'on m'a expliqué, c'est que... mon médecin il est là si j'ai un problème peut être, pour essayer de prendre des médicaments et tout, c'est elle qui le fait. Et... si elle le fait pas, je ne peux pas prendre de médicaments, c'est ce que je sais... Bon, si j'ai un problème je l'appelle, elle fait l'ordonnance, parce que sans ordonnance on peut pas prendre les médicaments. C'est tout ce que moi je sais.* »

E10/125 : « *En somme, elle me consulte, et puis ce qu'il doit faire l'ordonnance qu'il fait, bah je me rends dans une pharmacie et puis...* »

E13/172 : « *Ouais ça se passe bien. C'est... euh il me prescrit des médicaments.* »

Résumé :

Le rôle du médecin généraliste n'est pas repéré par tous les MIE. Quand il l'est, ils en ont une représentation soit en fonction de son rôle, soit de ses compétences. Ils reviennent sur un rôle à dimension humaine avec la notion d'aide ou encore d'éducation dans la société. Le rôle de soignant est également mis en avant. Un MIE précise que pour lui le médecin généraliste traite les petites maladies.

Les compétences repérées par les MIE sont principalement celles du suivi des patients, leur prise en charge globale, les soins techniques pour traiter les symptômes et la coordination des soins. Beaucoup évoquent également la compétence du médecin généraliste pour prescrire.

7. VECU/ RESSENTI DE LEUR PRISE EN CHARGE EN MEDECINE GENERALE

a) Orientation vers le médecin généraliste

Orientation par les travailleurs sociaux

E3/112 : « *C'est là que je suis venu voir mon éducatrice et... elle a appelé pour prendre rendez-vous...* »

E4/76 : « *On a appelé pour moi, ici à l'accueil.* »

E16/161 : « *Oui je vais dire à l'éducateur, oui, après il va m'accompagner pour le médecin.* »

E18/159/175/177/207 : « *Euh les éducs ils vont prendre rendez-vous (...) Ouais je dis à les éducs (...) Maintenant il voit ce qu'il peut faire (...) Ouais c'est ça. C'est eux [les éducateurs] qui s'occupent de tout.* »

E20/252 : « *C'est mon éducateur qui l'a choisi.* »

Orientation par la PASS

E7/264 : « *C'est la PASS, qui m'a passé son numéro. »*

E9/93 : « *La dame [personne de la PASS] elle m'a passé un numéro de mon deuxième médecin traitant plus proche d'ici, elle m'a dit qu'elle est bien, elle soigne bien, et il m'a passé son carte, pour les appeler. »*

b) Accompagnement aux consultations en médecine générale

Demande d'autonomisation par les travailleurs sociaux

E13/139 : « *Bientôt tu auras tes dix-huit ans et tout, donc bon c'est dès maintenant que tu dois être autonome et tout. Donc... bon, moi je dis, j'étais allé chez le médecin tout seul. »*

E14/217 : « *Non c'est l'éducateur qui prend. Mais souvent il dit que c'est nous on a qu'à prendre. »*

E21/147 : « *Ouais une fois j'ai appelé mon docteur traitant pour prendre le rendez-vous. Parce que eux ils voulaient pas le faire parce qu'ils m'ont dit : « Bientôt tu vas devenir majeure. Il faut que tu saches tout un peu, oui... »*

Consultation non accompagnée

E5/83 : « *(Vous y allez seul ou accompagné ?) Ah seul. »*

E6/56 : « *(Vous y allez seule ou accompagnée ?) Seule. »*

Autonome

E11/870 : « *Vu que c'est mon médecin maintenant, j'ai son numéro, je peux prendre le rendez-vous tout seul. Mais si je veux, je peux toujours voir [nom du responsable du foyer], [responsable du foyer] le fait sans problème. »*

E16/193 : « *Oui, une seule fois j'ai parti avec l'éducatrice. Mais les dernières fois, c'est moi seul, c'est moi qui est parti là-bas. »*

c) Dimension humaine

Pas gentille, pas disponible

E1/166/212 : « *Elle prend pas le temps de bien s'occuper (...) De considérer, de consulter les gens. Quand tu lui parles elle dit : « qu'il faut trouver un autre médecin, si ça ne te plait pas ne viens plus », tu vois des propos comme ça... qui sont pas gentils... hum... »*

Gentil, sympa, simple, compréhensif

E7/342/356 : « Elle m'avait dit c'est pas son travail, mais elle le fait parce que c'est moi et que je me sentais pas bien. Avec tout ce que je lui expliqué, et tout ce qui se passe. Elle a dit bon, elle essaye d'appeler. Elle a un peu trop, elle a un peu débordé son travail, parce que c'était plus son travail ça (...) Elle est gentille. Si elle n'était pas gentille, c'est qu'elle n'aurait pas dû faire ce qu'elle a fait. Elle est très gentille parce qu'elle a dit : « Si tu as un autre problème, n'hésite pas à m'appeler. Et tu viens ». »

E10/130/132/195 : « Pour l'instant je suis content (...) Ben ce médecin il est gentil, très sympa. Donc je veux une personne qui est très simple et puis compréhensive. (...) Oui il est accueillant. J'aime beaucoup chez lui. Il est accueillant. Et dès que tu rentres avec lui, dans son bureau, bien sûr tu n'es pas chez toi, mais tu es relax. Ouais. En fonction de comment il t'accueille donc tu es relax. »

E21/313 : « Elle est bien, elle est gentille, elle est super gentille. Quand je suis avec elle aussi je rigole, on fait des blagues. »

Confiance

E10/208 : « Bon le rendez-vous, je vois que le rendez-vous est toujours respecté avec lui. »

d) Dimension professionnelle

Insatisfaction

E1/158 : « Elle ne fait rien de bon, elle fait mal son boulot. »

E2/114/248/250 : « Plusieurs fois... oui plusieurs fois et je me suis plaint de mon ventre... Et je ne suis pas satisfait (...) C'est souvent trop rapide (...) Toi-même tu veux pas trop prendre de temps car tu as conscience des autres patients souffrant dans la salle d'attente. »

E11/798/804 : « Moi quand je partais aux urgences, à l'hôpital [nom de l'hôpital], je vois comment cette dame elle me consultait. Ça veut dire après tu... je sais pas, elle écoute le battement de cœur, je sais pas, elle te fait des trucs, des trucs de médecin quoi. Lui, il ne m'a pas touché. Quand quelqu'un te dit il est malade, tu dois lui faire une consultation, une consultation c'est pas toujours de l'écouter ! (...) j'ai demandé de changer. »

Satisfaction

E3/217 : « Avec le médecin ça s'est bien passé en tout cas... »

E6/53/55 : « Pour moi, oui (...) Euh ça va. Je passe pas trop de temps à aller là-bas, mais ça va ». »

E7/305/314 : « Ben ça se passe bien (...) Après elle a appelé, euh, le psychologue. Pour déplacer le psychologue, elle a rappelé pour prendre rendez-vous avec un, ici, pour que j'essaye de discuter avec. »

E13/172 : « Ouais ça se passe bien. C'est... euh il me prescrit des médicaments. »

E18/277 : « Euh avec ce médecin ça se passe bien. »

e) Communication dans la relation médecin-malade

Bonne communication

E5/206 : « Non le médecin c'est bon. On cause bien, il fait bien... »

E8/134 : « Ça va, quand je lui pose ma question, il répond à toutes mes questions, il n'y a pas de souci, ça va oui »

E15/209/215 : « Ouais on parle bien, on parle bien. On parle bien (...) Ouais ça se passe bien, ça se passe bien. Je trouve que ça se passe bien »

E17/225 : « Y a des, y'a des fois des mots ils me dépassent, je lui demande encore, il me réexplique encore. »

Communication entre le médecin et l'éducateur

E6/162 : « Il [le médecin] dit : « Euh non je dois parler avec ton éducateur. C'est bon je te réponds pas... »

E20/110 : « C'est mon éducateur qui parle avec lui. »

Barrière de la langue

E16/317/322 : « Non je lui pose pas mes questions (...) Oui parce que moi, un peu difficile pour parler français, c'est ça que c'est un peu compliqué. »

Problème de communication et de diagnostic

E20/439 : « Parce que si elle me... elle me pose pas de question. Et elle croit, je crois, elle croit que c'est la douleur des règles, moi je dis : « Non c'est pas la douleur des règles ». Elle croit que c'est la douleur des règles. »

Ne souhaite pas que le médecin pose des questions

E18/540/545/547 : « Non, les choses importantes moi-même je n'aime pas dire. Je n'aime pas parler de ça. (...) Non. Je ne veux pas lui dire (...) Non eux [les éducateurs] ils sont pas au courant aussi. »

E20/273/283 : « Bah il ne pose pas beaucoup de questions (...) Je n'ai pas envie qu'elle me pose trop de questions. »

f) Organisation en médecine générale

Trop d'attente en salle d'attente

E1/134 : « C'est à dire ... chez elle [cabinet de médecine générale] il y a assez de problèmes... elle est seule, il a des clients et quand tu viens il faut beaucoup attendre, même si tu viens à l'heure. »

E5/206 : « Mais l'attente c'est trop chiant. »

Regards négatifs en salle d'attente

E3/213/220 : « Mais tu vois, tu es black, tu arrives, tout le monde commence à te regarder et parle dans leurs langues tout ça, bon... C'est ce qui ne m'a pas plu moi (...) Et puis tout le temps c'est comme ça... ils te regardent... j'ai pas du tout apprécié ça... »

Médecin seul, manque de disponibilité

E2/264 : « Il n'y a pas de secrétaire, elle est seule, il y a trop de patients... quand tu viens toi-même tu vas t'asseoir, tantôt elle finit par venir te chercher et tout ça... l'accueil c'est pas trop ça... la file d'attente est trop longue tout ça... et je trouve que c'est beaucoup de patients pour une seule personne. »

E9/101 : « Elle est toujours occupée, il a pas le temps, tout le monde a déjà des places, il y a pas de place. Et c'est pour cela que je suis changé de médecin, parce que je voulais me soigner. »

Mauvaise expérience

E3/195/198 : « Le rendez-vous n'a pas été noté (...) donc j'ai attendu pendant deux heures de temps et je suis sorti comme ça... »

Complexité avec la remplaçante

E3/279 : « Ben... juste parce que parfois j'arrive, c'est pas elle, c'est sa remplaçante... Il y a des choses que je dis, que l'autre elle sait pas... Donc c'est comme ça, je peux pas lui dire tout. »

E8/110 : « Bah comme, comme du coup mon médecin principal, traitant, a le nom je ne l'ai jamais vu. A chaque fois que j'arrive je trouve son... euh... une autre personne. Il y a une

dame qui s'occupe de moi, mais c'est pas lui le médecin traitant. Et quand je lui demande elle me dit « elle fait son travail ». Je sais pas si elle est assistant, je ne sais pas comment ça se passe.

Ne respecte pas l'organisation du cabinet

E5/170/173 : « *Oui. Parce que moi, si je suis déjà là, il peut pas me dire : « Tu rentres à la maison », tu vois... À la fois j'ai pas de rendez-vous, je passe... C'est pas de sa faute, la faute c'est à moi (...). Si je suis malade le matin, si tu prends les rendez-vous, il peut vous dire : « C'est plein, ou tu viens pas aujourd'hui... ». »*

E8/122 : « *Si j'arrive, quand je me sens pas du tout je viens la voir, sans prendre rendez-vous, mais elle s'occupe de moi »*

Résumé :

Les MIE sont majoritairement orientés vers le médecin généraliste par les assistants sociaux. Cependant, certains déclarent l'avoir été par la PASS. Pour certains MIE, les éducateurs leur demandent d'être plus autonomes. Certains sont accompagnés en consultation mais ceci est très variable.

Plusieurs MIE expriment une satisfaction quant à leur prise en charge en médecine générale et beaucoup font part des qualités humaines qu'ils constatent. Ils mettent alors en avant la gentillesse, l'accueil et la confiance.

Certains MIE sont insatisfaits en raison d'un manque de dimension humaine, relationnelle ou même professionnelle avec leur médecin généraliste. Ils reviennent sur le manque de disponibilité du médecin. Un MIE n'est pas satisfait car il n'est pas examiné.

Pour beaucoup la communication est importante dans la relation médecin patient. Souvent elle apparaît comme bonne, avec un médecin qui prend le temps d'expliquer. Cependant certains MIE précisent que la communication n'est pas faite directement avec eux mais avec l'éducateur, et pour d'autres qu'elle est compliquée du fait de la barrière de la langue. Certains expriment le souhait que le médecin ne leur pose pas de questions.

L'attente des consultations, et pour certains, l'organisation du médecin en cabinet individuel et sans secrétariat, sont des motifs d'insatisfaction.

Un MIE rapporte une mauvaise expérience avec un rendez-vous qui n'a pas été noté et des « regards négatifs » dans la salle d'attente. Certains MIE expriment une complexité à se retrouver dans la relation avec la remplaçante du médecin.

Enfin deux MIE ne respectent pas l'organisation du cabinet. L'un le fait sans stratégie expliquée alors que l'autre le fait volontairement pour être pris en charge le jour même.

8. VECU DE LA SANTE.

a) La santé est importante

Pour éviter la perte d'activité

E1/178 : « *Quand tu n'es pas en santé tu ne peux rien faire. »*

E2/279 : « *Dans la vie de tout être humain, la santé est très importante. Sans la santé il n'y a pas de vie. Vous pouvez rien faire sans la santé, sans votre forme... seulement vous ne pouvez rien faire... »*

E10/255/261 « *Oui plus que le mot (...) Parce que la santé, tout ce qu'on fait dans la vie c'est la santé. Quand tu n'as pas la santé tu... il faut avoir de l'argent, il faut avoir tout... mais la santé d'abord. Mais si tu n'as pas la santé, c'est zéro tout ce que tu as. »*

E11/1096 : « *Oui très important. La santé pour moi, c'est très important parce quand vous avez la santé, vous avez l'espoir que vous pouvez faire quelque chose. Si on te dit aujourd'hui tu as trouvé un travail, si tu es pas en santé, tu peux pas. Tu peux pas travailler. Donc pour moi la santé avant tout. Si tu es en santé, tu peux ne pas avoir de boulot, tu peux ne pas avoir à manger, tu peux ne pas avoir où dormir, mais au moins tu es en santé quoi. Mais si tu es en santé et que tu as tout ça, c'est pas très important. Moi je préfère toujours être en santé, parce que c'est la santé qui m'a fait arriver jusqu'où je suis aujourd'hui. Parce que j'étais en santé. Parce que si j'étais pas en santé, j'aurai pas pu faire ce long voyage parce que c'était fatigant. J'aimerais parfois oublier tout ça mais je peux pas. Donc je peux pas. Mais c'est parce que j'étais en santé, parce que si j'étais pas en santé, j'aurai jamais pu. Donc c'est pour ça. Parce que j'étais en santé, donc je préfère être en santé. Quand je suis en santé je dérange personne. Si je suis pas en santé, là je dérange, parce que j'ai envie de retrouver ma santé. »*

b) Priorité autre que la santé

La prière

E15/396/399 : « *Ouais bas, pour moi, je trouve que la santé c'est... c'est la deuxième voilà... c'est la deuxième nécessité (...) Bah la prière. »*

La famille

E20/342 : « *Je veux voir ma famille. C'est le plus important que la santé... »*

La vie et l'école

E21/611/626 : « *En fait moi ma vie c'est plus important ouais (...) Et deuxième chose c'est l'école. »*

c) La relation médecin malade

Le médecin qui conseille et a un savoir supplémentaire

E4/115 : « *Et le médecin, comme le docteur [nom du médecin de la PASS], si je comprends bien, il peut conseiller le malade. Elle m'avait dit : « Fait l'examen général, c'est pour ton bien ». En tant que malade on ne sait pas. On peut négliger. Le docteur en tant que la personne qui peut savoir, que telle ou telle maladie peut donner tel ou tel inconvénient, c'est le docteur qui peut savoir, que c'est pour ton bien. Moi des fois, quand je suis pas bien, quand ça bouge en moi, je peux négliger. Mais comme vous avez un docteur, dire voilà voilà... Même si c'est un petit souci ou un grand, c'est important de pouvoir se faire soigner. »*

E7/422 : « *Je suis là je marche je ne sais pas si j'ai une maladie, c'est chez le médecin qu'on me dit. »*

E12/234/333 : « *En fait, si je suis malade, si je pars là-bas, c'est pour me dire qu'est-ce qui ne va pas. Après si il me dit que : « C'est ça que ça ne va pas ». C'est tout, je le crois (...) En fait pour moi, pour l'usage des maladies, je n'arrive pas bien à comprendre parce que moi je dis seulement que ma tête me fait mal, ici me fait mal, ou bien si j'ai vécu quelque chose, je dis : « J'ai vécu ça. » C'est les âgés qui peuvent. »*

E15/203 : « *Bah je vais, je lui explique ce que je sens. Il essaie un peu d'analyser lui en tant que médecin. »*

Obéissance

E12/237 : « *Après si il me dit de prendre le médicament, ça je le prends. Après si il me dit que tu as guéri, je dis : « Ok c'est fini ». C'est tout. »*

E17/254 : « *Non si il y a un souci pour moi... Comme il... il me voit, si il y a un souci il me dit : « Donc il faut faire ceci fait cela. Je te donne rendez-vous », donc juste c'est juste ça. »*

Attente de prise en charge purement somatique

E5/107 : « *Quand déjà il me soigne c'est déjà bien. Il me soigne c'est déjà bien. »*

E15/289 : « *J'attends rien, j'attends rien. Si jamais je tombe malade, bah j'attends de lui de me guérir, point barre. Et puis jusque là, j'attends rien. »*

d) *Le rapport aux soins : inquiétudes, questionnements, passivité*

Inquiétudes

E2/133/196 : « *Je veux voir en particulier un médecin traitant du ventre... qu'on me dise vraiment ce que j'ai... point (...) Moi je n'en peux plus parce que j'ai toujours mal, donc ça veut dire il y a quelque chose qui ne va pas, je dois voir un spécialiste... J'en ai fait part à la directrice du conseil général elle m'a dit qu'elle allait voir, depuis ça tarde... Je comprends, elle a du boulot elle a autre chose à faire, mais quand même c'est la santé. J'ai besoin de voir un spécialiste...* »

E17/258 : « *Bon... souci pour la santé, bon... je m'attends comme ils ont vu ça m'inquiète c'est vrai il a vit les taches sur mes poumons je comprenais pas donc bon... on m'a fait beaucoup de prises de sang, on a vu rien. Donc je comprenais pas pourquoi c'est là. Donc ça m'inquiète. Je m'inquiétais à propos de ça. Pourquoi ? Bon c'est ça.* »

E19/176 : « *Respirer... et vous avez vu comment il a fait [il montre son sternum] j'suis mal, je sais pas pourquoi.* »

Source de questionnements

E8/207/212 : « *C'est la prise de sang, ça a au moins 6 mois. Ils peuvent pas confirmer mais j'ai vécu avec cette maladie aussi (...) ils savent pas, ils n'ont pas vraiment défini de quoi il s'agit, mais ils m'ont dit le mois de septembre je dois faire la prise de sang. Mais franchement c'est pas le VIH ! Non ça, c'est pas ça. (Rire).* »

E15/77/85 : « *Et puis ils ont vérifié que dans les poumons y'avait, c'est pas des petites taches tout ça. Ils m'ont demandé qu'ils étaient pas... ça dit que ça, que j'étais pas malade mais ils comprenaient pas c'était quoi. Soit c'était l'erreur de scanner ou soit on comprenait pas. Donc il fallait attendre trois mois pour refaire encore l'examen, pour voir réellement ce que c'était. Et voilà. Donc trois mois après, je suis parti et il y avait rien c'était, c'était peut-être... euh... (...) Ils ont laissé pour faire évoluer pour voir c'était quoi et tout ça. Pour voir si c'était une maladie ou pas. Et à la fin c'était pas une maladie c'était juste des erreurs peut-être.* »

Non acceptation du diagnostic, incompréhension

E14/411/422/430 : « *Bah du coup pour l'hépatite B moi, bon je sais pas, c'est quoi maladie comme hépatite B. Même jusqu'à présent, je crois pas. Je crois pas (...) Moi je crois pas toujours. Je sais pas c'est quoi l'hépatite B. Toujours je sais pas. Parce que le docteur m'a dit... bon lui il m'a pas dit trop comment ça s'attrape mais bon... Moi je sais pas comment ça*

m'a attrapé... Je crois pas (...) Je n'ai pas l'hépatite B mais comme c'est le docteur qui l'a dit... »

Acceptation de la prise en charge para-médicale

E2/93/101 : « Il fallait que je... elle m'a conseillé de parler. (...) Et que je vais en parler au psychologue et qu'il va m'aider on va discuter, et j'ai essayé... elle m'a pris rendez-vous et j'y suis allé... et j'ai parlé, ça m'a quand même aidé... »

Non acceptation de la prise en charge para-médicale

E20/348/356/463/514 : « Parce que je vois que quand j'ai des douleurs ici [elle montre son thorax] c'est parce que je pense beaucoup. Pour moi je crois. (...) Oui... mais j'arrive pas à montrer à les gens que... que... je suis mal et je suis triste... j'arrive pas à montrer. Quand je suis triste je reste toute seule dans ma chambre. (...) Parce que moi je crois que les psychologues ça sert vraiment à rien (...) Mon problème c'est mon problème à moi. »

Résumé :

Pour les MIE, la bonne santé permet de ne pas être limité dans les activités quotidiennes. Elle est primordiale pour la majorité. Seulement trois MIE mettent d'autres priorités à la santé : pour l'un il s'agit de la prière, pour une autre, de voir sa famille, et enfin, pour la dernière, de la vie et l'école.

Les MIE expriment une dimension relationnelle inégalitaire avec le médecin qui conseille, qui a un savoir supplémentaire ; ils expriment leur « obéissance » à celui-ci.

Certains attendent une prise en charge purement somatique et d'autres précisent même ne pas vouloir de question personnelle. Certains évoquent leur attente de soins purement technique : guérir, soigner.

Leur santé est source de questionnements, d'inquiétudes mais aussi d'incompréhensions.

Certains parlent de l'aide psychologique qu'ils ont acceptée tandis qu'une MIE l'a refusée.

IV. DISCUSSION

Avant de discuter des principaux résultats, nous allons détailler les forces et limites de cette étude.

A. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

1. LES FORCES

Une des forces de ce travail est qu'il traite d'un sujet « innovant ». Même si la tendance actuelle va vers un intérêt grandissant pour les MIE, à ce jour et à notre connaissance, il n'existe que peu de littérature à ce sujet.

La validation de la méthodologie par la commission d'éthique donne de la « pertinence » à celle-ci et apporte une garantie quant à l'attention portée aux MIE.

Étant multicentrique et portant sur 21 entretiens, l'étude permet d'offrir un panel intéressant de situations de MIE et, ainsi, une analyse de qualité.

La triangulation des résultats ainsi que le double codage par l'interviewer et un médecin extérieur aux entretiens, renforcent l'analyse et limitent l'interprétation.

L'analyse des entretiens n'a pas été validée par les interviewés. En revanche, pendant le temps de discussion après les entretiens, la grande majorité des jeunes a formulé des interrogations qui tournaient autour du rôle complet de la PASS, des modalités de fonctionnement de l'assurance maladie et du rôle du médecin généraliste. Le financement de l'accès aux soins a également été discuté. Les informations concernant les points d'incompréhension ont été transmises aux jeunes. La prise de contact à distance avec les éducateurs a permis de s'en assurer. Ces entretiens auront donc permis une transmission d'informations sur le système de soins français aux MIE rencontrés.

2. LES LIMITES

N'ayant que peu d'expérience dans la réalisation d'une enquête semi-dirigée, nous avons pu influencer les réponses des MIE dans la manière de poser nos questions, de nous présenter, ou même de nous comporter. Les premiers entretiens n'ont pas été menés de manière optimale mais la réalisation de nombreux entretiens a permis probablement de minimiser cette influence au fur et à mesure des entretiens.

Étant donné leur histoire et leur statut, les MIE sont vulnérables et peuvent éprouver de la méfiance envers l'interviewer. Nous avons parfois le sentiment que les jeunes ont peur de

donner une « mauvaise réponse », mais aussi peur des conséquences de l'entretien. Ceci a été majoré vraisemblablement par l'enregistrement audio.

Il est important de souligner que la population de MIE de l'étude concerne des mineurs « accompagnés », au sens d'une population inscrite dans un dispositif officiel de protection (ils sont tous pris en charge par la protection de l'enfance et ont des droits ouverts). A ce titre, cette population de MIE est différente d'un grand nombre de MIE sur le territoire français. Dans le secteur associatif, la plupart des MIE n'ont aucune prise en charge, particulièrement à Calais où le 26 août 2016, 861 MIE ont été recensés dont 627 vivant dans les camps de la jungle (73).

B. DISCUSSION SUR LES PRINCIPAUX RESULTATS

1. VECU DE L'ACCES AUX SOINS

Même si la plupart des MIE de l'étude exprime une satisfaction globale quant à leur prise en charge médicale, nombre d'entre eux ressentent le système médical français comme complexe : d'une part, du fait de son organisation propre, et d'autre part, en raison de leur statut de Mineur Isolé Etranger. Pour eux, l'éducateur est considéré comme facilitateur, voire déterminant dans leur accès aux soins.

a) Organisation du système de soins vécue comme complexe

Les MIE expriment de nombreuses difficultés et incompréhensions quant à l'organisation du système de soins français. Ils reviennent sur l'importance d'obtenir l'assurance maladie pour avoir accès au système médical. Ceci est obscur pour la grande majorité des MIE. L'incompréhension est encore majorée lorsque le jeune obtient l'AME avant de bénéficier de la CMUc (E7).

La déclaration d'un médecin traitant est bien souvent non-appréhendée par les jeunes. Beaucoup expliquent leurs difficultés à se repérer dans la « procédure » pour accéder aux médicaments, but ultime de leur accès aux soins, dont la clé de voûte est l'ordonnance. Ils insistent sur les nombreuses étapes à dépasser pour obtenir les médicaments : de la prise de rendez-vous à la remise de l'ordonnance, en passant par la consultation médicale, et enfin, à l'obtention des médicaments en allant à la pharmacie. Ce dernier lieu est le seul présenté

comme simple d'accès. Chaque étape est associée à des difficultés : l'appel téléphonique, la barrière de la langue, l'attente de la consultation puis, enfin, la consultation elle-même.

Cette importance de l'ordonnance est retrouvée dans la population française et européenne dans une revue de la littérature de 2005 à 2014. Mouret-Bonzi note que l'ordonnance est habituelle pour les patients français et européens et qu'elle est le signe de leur possibilité de guérison. Dans ce travail, elle note que l'attente de la prescription est importante mais l'explication, l'écoute, les conseils et la réassurance sur le diagnostic, le sont tout autant. Une évolution des mentalités françaises, du fait d'une méfiance envers les médicaments est cependant observée. La non-prescription devient alors source de satisfaction et le symbole de l'absence de gravité de la pathologie (74). Il en est de même en Allemagne, où les patients souffrant de maladies mineures souhaitent recevoir des informations sur leur maladie, et n'attendent pas de prescription médicamenteuse dont l'efficacité est douteuse (75) .

Ces dernières notions n'apparaissent pas dans notre travail.

b) Complexité du fait du statut de MIE

Les MIE expriment des difficultés dans le système de soins du fait de leur statut de Mineur Isolé Etranger.

(1) Mineur et isolé

Un mineur isolé doit être accompagné dans les soins mais également être représenté pour les décisions. Pour cela, certains insistent sur le fait qu'avant toute prise en charge médicale ils doivent être « confiés », et donc être passés devant le juge.

En filigrane des entretiens, nous comprenons la lenteur administrative à laquelle ils sont confrontés : de la prise en charge au titre de la protection de l'enfance à l'obtention de l'assurance maladie. Néanmoins, un MIE précise la prise en compte de l'urgence des soins par le système administratif (E11).

A noter ici que les MIE placés au titre de la protection de l'enfance sont confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance, mais que, pour autant, la responsabilité parentale n'est, pour la plupart, pas déléguée²¹. Toutefois, les actes médicaux indispensables pour sauvegarder la santé peuvent être réalisés sans l'accord du titulaire de l'autorité parentale. Pour les actes non urgents, le seul consentement du mineur est requis, si celui-ci est sans lien de famille et bénéficie de la CMUc (Article L 1111-5 alinéa 2 CSP)(76). Cette dérogation n'existe pas pour les bénéficiaires de l'AME (77).

²¹ Le Conseil Départemental n'est pas investi de l'autorité parentale sauf exception suite à intervention du juge.

(2) Etranger

Le système de soins apparaît comme complexe pour certains MIE du fait de leur statut d'étranger. En effet, la barrière de la langue et la différence culturelle sont décrites comme des obstacles.

Dans son étude auprès des patients précaires Sophie Pailhes, note que la barrière de la langue est un obstacle, ou du moins un frein, au recours à la médecine générale (11). Cependant, dans notre étude, seuls deux MIE l'évoquent. Ceci peut s'expliquer de la manière suivante :

Premièrement, nos critères d'inclusion comprennent le fait de parler et de comprendre le français, ce qui permet une meilleure compréhension et un meilleur repérage dans le système de soins.

Deuxièmement, comme le remarque Christophe Sanchez dans son étude auprès des mineurs de la PASS de Toulouse, la scolarisation obligatoire des enfants permet de lever rapidement la barrière de la langue (9). Les jeunes de notre étude, mineurs mais proches de la majorité, entreprennent des formations professionnelles au lieu de suivre le parcours scolaire générale, afin d'avoir plus de chance d'accéder à un titre de séjour. Ces formations facilitent probablement, l'apprentissage du français.

Beaucoup de MIE interviewés dans notre étude n'avaient jamais eu de contacts avec le monde médical dit « moderne » avant leur arrivée en France, ceci pour des raisons financières et/ou culturelles ; la médecine traditionnelle est la médecine de premier recours pour plusieurs MIE. Nous pouvons noter que dans de nombreux pays, notamment d'Afrique, la médecine de premier recours est réalisée dans les dispensaires et les cases de santé, ce qui est une conception et une organisation de la médecine profondément différentes du système de soins français (78)(79) . Cette différence culturelle est un facteur supplémentaire d'incompréhension pour les MIE.

c) L'éducateur : facilitateur dans l'accès aux soins et dans le relais de la PASS à la médecine générale.

Dans ce système de soins complexe, l'éducateur est bien souvent considéré par les MIE comme un « facilitateur » dans leur accès aux soins. Nous constatons que ceux-ci ont une action à tous les niveaux : des démarches administratives à l'obtention de la CMU à la gestion des consultations à la PASS ou en médecine générale. Plusieurs MIE s'en remettent à l'éducateur en cas de problème médical. Ce dernier, en fonction de la suite qu'il donnera à la

demande du MIE, initiera ou non une prise en charge médicale. Ceci est également souligné dans le rapport sur l'accès à la santé des jeunes placés, dans lequel les jeunes « attribuent à l'éducateur le rôle d'accueillir leur demande en santé » (80). Les éducateurs sont donc des acteurs déterminants dans l'initiation de l'accès aux soins pour tous les jeunes placés, MIE ou non.

De même, dans notre travail, le relais de la PASS à la médecine générale est bien vécu par les MIE, à la différence des autres patients consultant dans des PASS (11)(12)(13). La réussite de ce relais est un enjeu important pour les PASS. De nombreuses études ont analysé ce relais, afin de comprendre les freins ou obstacles à sa réussite et les causes de ses échecs. L'isolement auquel les patients précaires des autres études sont exposés, apparaît comme un des obstacles au relais²² (11). Ceci n'est pas retrouvé dans notre étude, les MIE étant pris en charge dans des foyers et étant en contact avec des travailleurs sociaux.

Un autre facteur d'échec au relais mis en évidence dans l'étude d'Arnaud Collin²³ (12) est la « non-persistance » des interventions sociales. Les éducateurs dans notre étude prennent les rendez-vous pour les jeunes, les orientent spatialement et les accompagnent physiquement et temporellement, parfois jusqu'à la consultation. Cet accompagnement permanent des MIE par les éducateurs aide vraisemblablement à la réussite de ce relais.

Cet étayage semble également diminuer l'attachement des MIE aux personnels de la PASS.

Cependant, pour plusieurs raisons, il faut nuancer ces propos.

Premièrement, nombre de MIE n'ont pas individualisé la PASS en tant que telle, et donc, pour plus d'un tiers des MIE, le relais n'a pas pu être étudié. Ceci peut fausser en partie l'analyse des résultats.

Deuxièmement, même si le relais est majoritairement bien vécu, pour certains MIE il est difficilement accepté. En effet, des MIE expriment de la tristesse, voire un sentiment d'abandon au relais. D'autres évoquent une perte de repère importante dans le système de soins. Certains expriment même un refus catégorique de ce relais.

Par ailleurs, le fait que les jeunes s'en remettent ainsi à l'éducateur peut avoir un effet « contre-productif » en n'aidant pas le jeune à s'autonomiser. Celui-ci adopte une attitude passive et se décharge des tâches administratives, alors qu'à sa majorité il devra être autonome. Plus le

²² Sophie Pailhes : frein au relais : faible lien social et migration récente

²³ Facteur d'échec au relais : la non persistance des interventions sociales.

jeune aura compris le fonctionnement du système de soins, plus il saura se repérer une fois la majorité atteinte.

2. L'ASSURANCE MALADIE

Les connaissances de l'assurance maladie par les MIE sont très disparates.

a) Connaissance de l'assurance maladie : rôle et fonctionnement

Plusieurs MIE ne connaissent pas l'assurance maladie. Certains l'expliquent du fait de leur minorité et de la gestion par l'éducateur des « papiers », d'autres disent ne pas avoir eu d'informations.

La plupart des MIE savent cependant qu'elle permet l'accès aux soins : médecins et médicaments, et cela de manière gratuite. Ceci se retrouve dans des études auprès de jeunes placés au titre de la protection de l'enfance, et de patients consultant à la PASS. Ainsi, le rapport sur l'accès aux soins des jeunes placés au titre de la protection de l'enfance, note que les jeunes ont entendu parler de la CMU et de l'accès aux soins qu'elle permet (80). Sophie Pailhes, quant à elle, trouve que les patients consultant à la PASS savent que l'assurance maladie leur donne droit à un médecin et aux médicaments (11).

Cependant, la gratuité des soins n'est pas exprimée par les patients de ces deux études.

Tout comme Sophie Pailhes, nous retrouvons une connaissance du fonctionnement de l'assurance maladie partielle et floue, avec même des « fausses croyances » et des notions erronées quant à son rôle (11).

Les MIE connaissent peu ou pas les modalités de renouvellement de la CMUc, ses limites, et la population précaire à qui elle est destinée.

Ils ont également des « fausses croyances » sur le rôle et sur l'utilité de l'assurance maladie (E16) (E20) (E21), ce que nous retrouvons dans la littérature. Sophie Pailhes note que pour certains patients, les informations médicales sont contenues dans la carte vitale (11). Dans l'étude sur les jeunes placés à la PJJ ou à l'ASE, une jeune pense que la carte vitale est un gage de liberté d'accès, une sorte de « pass » qui lèverait toutes les barrières auxquelles elle peut être confrontée (80).

Enfin, certains points évoqués par les MIE sont faux, comme la notion de stabilité sur le sol français pour obtenir la CMU (E3), et les différentes durées de validité de la CMU (E1)(E2). Pour rappel, la période de validité est à ce jour, fixe, de 1 an (57).

b) Accès à l'assurance maladie : rupture dans le parcours des soins

L'obtention de l'assurance maladie est accueillie de manière positive par les MIE. Nous constatons que pour certains elle fait « rupture », au sens où son obtention est responsable d'un changement dans leur parcours de soins. Il y a un avant et un après. L'avant concerne la PASS, et l'après concerne la médecine générale. Certains MIE font référence à la législation lorsqu'ils parlent du relais avec la perte du droit d'aller à la PASS et avec l'acquisition du droit, ou du devoir, d'avoir un médecin traitant (E1)(E2)(E6)(E10). Pour un MIE le sentiment de liberté est évoqué (E3).

Cette vision positive de l'ouverture des droits et les références à la législation sont retrouvés dans la littérature pour les patients adultes consultant à la PASS (11).

Pour un MIE, l'obtention de l'assurance maladie permet l'accès à des soins « normaux » au sens où il a ainsi accès à des soins bien suivis, où on prend soin de lui (E11). Ainsi, la CMU est pour lui « la clé » d'accès aux soins de qualité et permet de recevoir le traitement le plus adapté.

Ceci n'est pas retrouvé dans la littérature, dans laquelle l'accès aux soins de médecine de ville est perçu comme un accès aux soins « normaux » mais au sens, cette fois-ci, de « comme tout le monde ». En effet, dans le rapport auprès des jeunes placés au titre de la protection de l'enfance, une jeune se représente la carte vitale comme un signe de ressemblance avec les personnes dites « normales »(80). Egalement, Sophie Le GOFF dans son étude auprès des patients précaires, constate que les patients connaissent facilement la possibilité de consulter en ville grâce à la couverture médicale, et que cela est la norme (13).

Cependant, cette référence à la « norme » apparaît pour un MIE, dans le fait d'avoir la CMU (E10).

Au total nous constatons que l'assurance maladie est « la porte d'entrée » dans le système de soins. La méconnaissance de cette dernière montre à quel point les MIE ne connaissent pas le fonctionnement du système de soins français.

3. REPRESENTATIONS ET VECU DU SERVICE PASS

a) Représentations des PASS par les MIE

Les MIE ont des connaissances très variées du service PASS et de ses missions. Pour certains, la PASS est totalement inconnue et non différenciée de l'hôpital, alors que pour d'autres, elle est identifiée et connue comme ayant des missions spécifiques. Pour autant cette connaissance n'est jamais complète.

Plusieurs MIE n'ont pas identifié les missions spécifiques de la PASS, celle-ci étant assimilée à l'hôpital. Ils font ainsi le lien entre l'accès aux soins et le plateau technique hospitalier. Cette assimilation est retrouvée dans la littérature faite auprès des patients précaires dans deux PASS différentes²⁴ (12)(11).

D'autres MIE ont identifié le service PASS et lui attribuent la gratuité de l'accès aux soins et aux médicaments. Dans leurs représentations du service, les MIE font référence principalement au statut juridique des patients y consultant : immigrés, sans papiers. Certains mentionnent aussi l'absence de couverture maladie des patients des PASS. Il s'agit bien d'une partie des missions PASS : service d'accès aux soins et au plateau technique hospitalier pour les démunis. Dans la littérature, les patients PASS font également le lien entre le service et le statut juridique des consultant (11).

Toutefois, une notion erronée du service PASS apparaît dans un entretien « pas pour les français » (E11). Ceci n'est pas retrouvé dans la littérature dont nous avons connaissance.

Dans leurs représentations, deux autres éléments sont à discuter : pour la majorité des MIE la place de l'assistant social n'est pas repérée et pour beaucoup le service PASS est perçu comme un service prestataire de dépistage.

(1) Inexistence de la place de l'assistant social dans l'étude

Alors qu'il est primordial dans le fonctionnement et dans l'existence même d'une PASS, l'assistant social n'a quasiment jamais été repéré par les MIE. Seul l'un d'entre eux manifeste un attachement important à ce dernier (E7). Ceci s'explique par son orientation à la PASS, par une personne autre qu'un travailleur social : la police puis les urgences.

²⁴ La PASS de l'hôtel Dieu à Lyon pour l'étude de Sophie Pailhes, la PASS de Chambéry pour l'étude d'Arnaud Collin.

Quasi tous les autres MIE ont été orientés à la PASS par un travailleur social. Étant déjà accompagnés dans les démarches, ils n'ont pas eu besoin de l'aide de l'assistant social et n'ont donc pas saisi l'importance de ce professionnel. Ils consultent à la PASS car l'ouverture de leurs droits n'est pas effective et qu'ils nécessitent des soins. Ceci diffère des autres études dans lesquelles les patients des PASS insistent sur la présence de l'assistant social. Dans l'étude de Sophie Pailhes par exemple, ils reviennent sur la qualité de l'aide apporté par ce dernier (11).

(2) PASS : service de dépistage

Beaucoup de MIE parlent de la PASS en faisant référence uniquement aux examens complémentaires.

Il est à noter ici qu'à travers les réponses des MIE, nous remarquons l'organisation différente des deux services de l'étude. Une des deux PASS ne reçoit les MIE qu'en cas de besoin. Cette PASS est identifiée par les jeunes et apparaît comme un service recours en cas de nécessité. L'autre PASS qui, au contraire, rencontre de manière systématique les jeunes afin de réaliser les dépistages et les soins nécessaires, est moins bien repérée et comprise des MIE. Ce service PASS est principalement vécu comme un lieu de « dépistage » sans autre dimension associée. Le bénéfice de cette vision est l'absence d'attache des jeunes au service, facilitant ainsi le relais vers le droit commun. Mais se posent plusieurs questions :

- La non connaissance par les jeunes des missions de ce service ne permet pas d'envisager la PASS comme un service ressource, ce qui paraît problématique pour ces jeunes qui ont un avenir incertain en France. Nous pouvons espérer qu'ils n'auront pas besoin de ce service plus tard. De manière moins utopiste, nous pouvons surtout espérer que l'information sur le recours possible au service PASS leur sera communiquée avant la fin de leur prise en charge.
- L'obligation d'aller à la PASS, sans connaissance du rôle du service, pose des questions éthiques : qu'ont-ils eu comme information ? Ont-ils été d'accord avec la réalisation de ces examens ? Ont-ils eu le choix ?

Toutefois, nous pouvons nuancer ces questionnements par le fait qu'aucun jeune n'a mal vécu cette obligation. Un jeune se plaint du résultat du dépistage, à savoir la découverte d'une hépatite, mais pas de sa prise en charge (14). Ils n'acceptent pas le diagnostic.

b) Vécus PASS

(1) Source de satisfaction

Lorsque les MIE évoquent leur prise en charge à la PASS, nous retrouvons beaucoup de satisfaction. De nombreux termes employés par la majorité des MIE renvoient à une dimension humaine : l'aide, l'accueil, la gentillesse, les sourires et la disponibilité des intervenants ; d'autres termes soulignent la dimension professionnelle : la qualité des soins avec la disparition des douleurs, la ponctualité et l'organisation facile et pratique du service.

Les MIE évoquent des prises en charge sans discrimination (E8) (E10) ainsi que la prise en compte de l'urgence des soins (E3).

Les éléments de la PASS qui plaisent au MIE sont similaires à ceux notés dans les autres études sur les PASS (12)(11)(13). Par exemple, Arnaud Collin analyse le passage à la PASS comme étant souvent vécu comme une relation de réconfort, d'apprentissage et de confiance (12) . L'attachement des MIE pour le service PASS est retrouvé dans différents entretiens. Il s'agit du premier service qui s'occupe et prend soin d'eux (E4). Beaucoup d'études insistent sur l'attachement de manière générale qu'ont les patients consultant à la PASS pour ce service (11)(12)(13).

Une MIE de l'étude revient sur son affection pour le médecin de la PASS ainsi que le service, avec des sentiments de l'ordre du familial (E21). L'accueil bienveillant et le lien ressenti comme familial par des patients envers l'équipe PASS sont retrouvés également dans la littérature, notamment dans l'étude de Sophie Pailhes. Elle revient sur le besoin affectif qu'ont ces patients (11).

Un MIE satisfait de sa prise en charge à la PASS, précise qu'il a choisi son médecin en se référant à la pratique médicale du médecin de la PASS. Ce dernier apparaît donc comme un médecin de référence pour le jeune (E11).

(2) Source d'insatisfaction

Comme vu auparavant, un MIE dit ne pas être soigné « normalement à la PASS ». Pour lui les soins normaux sont accessibles une fois l'obtention de la CMU et le relais en médecine générale.

Un autre se dit insatisfait de la PASS du fait de l'annonce de l'hépatite B (E14).

c) Orientation à la PASS tributaire des intervenants sociaux

Comme nous l'avons vu précédemment, la majorité des MIE ont consulté à la PASS par le biais des éducateurs du foyer où ils résident, ou encore du conseil général. L'activité des PASS de l'étude dépend de la connaissance qu'ont les services institutionnels de leurs champs d'action. Ceci est également retrouvé dans la littérature. En effet, dans l'étude d'Arnaud Collin l'utilisation des PASS est dépendante des intervenants sociaux qui entourent les précaires (12). De même, pour les mineurs consultant à la PASS de Toulouse, la grande majorité (58%) est venue spontanément à la PASS, pour la plupart par le bouche-à-oreille (9). Celui-ci apparaît de manière générale, comme le plus grand facteur de consultation à la PASS (5).

Au total nous retenons que les PASS doivent communiquer sur leurs missions auprès des différents intervenants et des MIE qu'elles reçoivent, afin de jouer pleinement leur rôle.

4. REPRESENTATIONS ET VECUS DE LA MEDECINE GENERALE

a) Représentations de la médecine générale

Les représentations du médecin généraliste par les MIE sont très variées.

Plusieurs MIE n'ont pas repéré le médecin généraliste en tant que médecin traitant. Pour eux, tout contact avec le monde médical est l'hôpital. Un MIE est quant à lui, perdu dans le vocabulaire du système de soins français. Il ne comprend pas la différence entre médecin traitant, médecin de famille et le médecin de la PASS (E4). Ces deux notions ne sont pas retrouvées dans la littérature dont nous avons connaissance.

Pour les MIE ayant identifié le médecin généraliste, nous constatons qu'ils le perçoivent comme un médecin ayant une approche globale du patient, avec la notion de suivi et de connaissance de ce dernier, mais également comme médecin de premier recours et coordonnateur des soins. Ils insistent sur le rôle de soignant, avec la prestation de soins curatifs et la prescription des thérapeutiques. Celle-ci est primordiale pour eux, comme nous l'avons vu précédemment.

Les MIE ont donc une « bonne image », au sens d'exacte, de son rôle et de ses compétences. Cependant, celle-ci est incomplète. En effet, la définition du médecin généraliste de la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners, WONCA, est la suivante : « *Ils sont le médecin traitant de chaque patient,*

chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent (...) Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique (...) ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels (...) » (81).

Les MIE ont donc une perception restreinte du rôle du médecin généraliste. Alors que la prise en charge holistique est primordiale en médecine générale, les MIE ne la perçoivent pas. De même, les notions d'éducation et de promotion de la santé n'apparaissent pas dans leurs représentations. Un MIE (E13) perçoit le médecin traitant comme quelqu'un qui soigne les « petites maladies, pas les graves ».

Ce manque de connaissance des compétences du médecin généraliste est retrouvé dans la littérature. Lacotte-marly note que les adolescents français ne connaissent pas vraiment les aptitudes ni comment le médecin généraliste peut les aider. Ils pensent que le médecin généraliste est le médecin du corps et ne font pas référence au domaine psychoaffectif. Plusieurs adolescents de son étude pensent aussi que le médecin généraliste s'occupe des « bobos » du quotidien (82).

b) Vécu de leur prise en charge en médecine générale

Les MIE ont des vécus opposés quant à leur prise en charge en médecine générale.

Nous passons d'une insatisfaction pour des raisons clairement expliquées à une satisfaction globale de leur prise en charge. A noter que les MIE insatisfaits sont minoritaires.

(1) Insatisfaction de la prise en charge en médecine générale

Organisation de la médecine générale

L'organisation du cabinet en médecine générale, avec notamment un médecin exerçant en cabinet individuel sans secrétariat ni plateau technique, est source d'insatisfaction.

Dans la littérature auprès de la population générale française, les études retrouvent plutôt une neutralité quant à l'attente des patients d'un accueil physique au cabinet (82)(83)(84).

L'exercice du médecin généraliste en cabinet individuel ou en cabinet de groupe est apprécié sensiblement de la même façon par les patients en Rhône-Alpes (respectivement 88% et 81,5%) (84).

Deux MIE sont perdus quant aux personnes qu'ils rencontrent au cabinet : l'un parle d'une remplaçante (E3) l'autre ignore totalement son rôle (E8). Le vécu des patients quant au remplacement du médecin généraliste a déjà été étudié et les avis des patients sont partagés. En Rhône-Alpes par exemple, 31% des patients se disent non dérangés par le remplacement du médecin, 25% attendent le retour du médecin traitant pour consulter et 25% trouvent que le remplacement est une bonne chose (84).

Dans la salle d'attente, un MIE perçoit les regards comme négatifs, d'où son sentiment de rejet et de discrimination peu propice au bon déroulement de la consultation. Céline Boché discute dans son analyse du regard de l'autre comme un éventuel facteur de renoncement aux soins des patients précaires en médecine de ville. Elle note que ces patients craignent plus le jugement de l'autre que la maladie. La PASS permet pour les patients de ne pas se confronter à ce jugement (14).

L'attente en médecine générale

L'attente est un motif d'insatisfaction exprimé par plusieurs MIE. Ils évoquent l'attente du rendez-vous mais aussi l'attente en salle d'attente. C'est un motif d'insatisfaction en médecine générale retrouvée dans la population française. En effet, en 2005, Anne Guillou constate que plus de la moitié des patients migrants insatisfaits du système de soins en médecine générale, le sont en raison d'une attente trop longue des rendez-vous (85). Marron-Delabre objective que l'attente longue avant la consultation est pour les patients précaires un obstacle dans la relation médecine généraliste-patients (16). Lacotte-Marly montre que les adolescents de 14 à 21 ans consulteraient d'avantage si le temps d'attente en salle d'attente était diminué²⁵ (82). Pour autant, même si l'attente rentre en compte dans le choix du médecin traitant, elle n'en est pas l'aspect le plus important²⁶ et elle peut être vue par certains patients comme le signe d'une « certaine popularité » du médecin traitant (83).

Manque de disponibilité du médecin généraliste

Une source d'insatisfaction importante est le manque de disponibilité ressenti par les MIE. Dans l'étude auprès des adolescents français, Lacotte-Marly n'identifie pas ce ressenti de manque de disponibilité de la part des médecins généralistes (82). Par contre, dans l'étude de Marron-Delabre sur le point de vue des patients précaires, plusieurs d'entre eux se plaignent du manque de disponibilité de leur médecin traitant (16).

²⁵ Dans l'étude l'attente n'était que rarement plus de 30 minutes.

²⁶ La qualité des soins et leur accessibilité semblent privilégiés par les patients de cette étude.

Dans son analyse, elle cite les résultats de l'étude de Petitclerc-Roche (86), qui constate une durée moyenne de consultation significativement plus grande dans le groupe des patients non précaires²⁷. La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en février 2008, fait le même constat, à savoir que les prises en charge en médecine générale des bénéficiaires de la CMUc durent en moyenne une à deux minutes de moins que les autres²⁸ (87).

Paradoxalement, le médecin est donc moins disponible pour tous les patients précaires, majeurs et mineurs, alors que les médecins, eux, perçoivent les consultations des patients précaires comme étant plus chronophages (88).

Cette diminution du temps de consultation semble préjudiciable pour la santé de ces patients, d'autant plus que ceux-ci ont un état de santé plus dégradé que le reste de la population²⁹ (89).

(2) Satisfaction de la prise en charge en médecine générale

La satisfaction est retrouvée chez les MIE de l'étude. Ils évoquent leur vécu en médecine générale dans des termes à dimension humaine, professionnelle et relationnelle.

Cette satisfaction se retrouve dans différentes études portant sur la population générale. Les adolescents français, selon l'étude de Lacotte-Marly, sont à 89% satisfaits, voire très satisfaits, de la façon dont le médecin traitant s'occupe d'eux (82). D'autres études françaises soulignent que les patients adultes sont satisfaits de leur prise en charge en médecine générale (83)(84). De même, la grande majorité des patients précaires sont satisfaits de leur médecin traitant (16)(85).

(3) Communication dans la relation médecin-patient

La satisfaction des MIE est dépendante, pour bon nombre d'entre eux, de la qualité de la communication avec le médecin traitant. Celle-ci est primordiale dans la relation singulière qu'est la relation médecin-patient.

D'ailleurs, la WONCA place la communication comme un des trois champs d'activité³⁰ du médecin compétent³¹ (81).

Dans l'étude d'Alice Marron-Delabre, la communication apparaît comme un facteur facilitateur

²⁷ Les patients précaires dans l'étude Petitclerc-Roche sont les bénéficiaires de l'AME ou de la CMU.

²⁸ Il est en effet avéré que les recours de la part des bénéficiaires de la CMU complémentaire, qu'ils soient « urgents » ou non, durent en moyenne une à deux minutes de moins que les autres.

²⁹ D'après l'étude de la DREES en 2015 pour les bénéficiaires de la CMUc

³⁰ Trois champs d'activité : la démarche clinique, la communication avec le patient et la gestion du cabinet.

³¹ Six catégories de compétences fondamentales sont décrites par la WONCA.

à la relation médecin-patient pour les patients précaires (16).

Certains MIE précisent cependant que le médecin ne parle qu'avec l'éducateur, sans en être dérangés (E6)(E20). Ce mode de communication montre la confiance que les MIE ont en l'éducateur, mais pose aussi des questions relatives à l'intimité du jeune et à la confidentialité des soins. Pourtant, ces notions n'apparaissent pas pour eux comme un obstacle aux soins, à la différence des adolescents de nombreuses études faites dans la population française, australienne et néo-zélandaise (90)(91)(92).

Dans le rapport final de l'accès aux soins des enfants placés au titre de la protection de l'enfance, il est constaté que ces jeunes délimitent la sphère de l'intimité différemment des autres jeunes non placés. Ayant une mesure de protection, les services sociaux se sont immiscés dans leur histoire personnelle. En effet, les jeunes placés ont dû de nombreuses fois livrer leurs parcours de vie, d'où leurs difficultés à délimiter ce qui relève de l'intimité ou non (80).

Ainsi, les MIE de l'étude étant pris en charge dans le dispositif de protection de l'enfance ont probablement une délimitation de la sphère de l'intimité qui diffère des autres jeunes.

Cela permet d'expliquer qu'ils acceptent l'implication des éducateurs dans leur relation médecin-patient et que la confidentialité ne soit pas un souci pour eux. De même, les jeunes n'ayant pas toujours une bonne compréhension du vocabulaire médical français, l'éducateur peut être perçu comme une personne ressource qui « déchiffre » les propos du médecin.

De plus, les MIE étant confrontés à de nombreuses difficultés, la confidentialité des soins peut leur sembler secondaire.

(4) Relation médecin-patients

A la lecture des résultats, nous constatons que les MIE ont des attentes variées concernant la relation médecin-patient. Certains mettent en avant la dimension humaine avec la bonne communication, la disponibilité, la gentillesse, quand d'autres ont des attentes de soins techniques à type de prescription, d'être soigné et de guérir. A l'extrême, deux MIE souhaitent une prise en charge sans avoir besoin d'évoquer leur histoire de vie ou même leur santé mentale, quitte à ce qu'il y ait une erreur de diagnostic (E20).

Nous retrouvons ces attentes de relation basique, au sens de simple, dans les études faites auprès des précaires ou des migrants. Marron-Delabre constate que les patients précaires n'ont pas de demande relationnelle supplémentaire induite par leur situation de précarité économique (16). De même, une étude faite auprès des migrants en médecine générale souligne qu'ils souhaitent une réponse à leurs problèmes médicaux pour lesquels ils

consultent et que leurs attentes sont simples (écoute, respect, réassurance, prise en charge générale). Il n'attendent voire ne souhaitent pas de questions sur leur parcours (93).

Plusieurs MIE soulignent la relation inégalitaire qu'est la relation médecin-patient : le médecin qui a un savoir supplémentaire et peut le conseiller, versus le patient qui ne sait pas et qui peut donc négliger ses soins (E4)(E7)(E12)(E15). Un MIE n'accepte pas le diagnostic posé même s'il reconnaît une probabilité importante du fait que cette information vient du docteur (E14).

Nous remarquons une attitude que nous pourrions qualifier de passive mais aussi d'obéissance quant aux « décisions » médicales, avec une certaine « toute puissance » du médecin (E12)(E17). Sophie Pailhes retrouve cette vision dans son analyse sur la relation médecin de la PASS-patient. En effet, elle note que certains patients PASS voient le médecin comme une personne omnipotente, qui sait tout et qui peut tout faire (11).

L'attitude opposée est retrouvée dans une étude faite auprès de MIE, dans laquelle les jeunes sont en demande d'informations sur la santé et sont actifs dans des ateliers d'éducation à la santé (94).

5. SANTE

a) Représentations de la sante par les MIE

La santé est décrite pour la plupart des MIE, comme l'absence de maladie au sens d'absence de limitation de mouvements du fait d'un état pathologique.

Dans le rapport final de 2012 sur la santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance, nous retrouvons une partie de ces résultats. En effet, les plus jeunes des répondants (5/16) parlent de la santé dans des termes qu'ils opposent d'emblée à la maladie : la santé serait un état marqué par l'absence de maladie (95). Ceci est donc identique à notre étude. De même, dans une étude australienne, il est retrouvé que les adolescents australiens définissent la santé uniquement en terme de bien-être physique (91).

Cependant, toujours dans le rapport de 2012 et dans une étude récente auprès des jeunes placés (80), nous retrouvons une définition holistique de la santé. Ainsi, les jeunes perçoivent la santé comme un état de bien-être, avec des notions de prendre soin de soi, de manger équilibrer... (95)(80). Ces nouvelles représentations de la santé prennent donc en compte l'importance de la santé mentale, de la prévention et de la promotion de la santé. Ceci n'est pas retrouvé dans notre étude.

Il est important de constater que les différentes études faites auprès des MIE, notamment aux Etats-Unis, en Norvège et en Allemagne(6)(7)(96)(8) mettent en évidence un mauvais état de santé mental des MIE. Il apparaît donc comme préjudiciable pour les MIE de l'étude, qu'ils n'aient pas conscience de l'importance de la santé mentale dans leur perception de la santé. Ceci d'autant plus qu'ils ont probablement vécu des expériences traumatisantes plus ou moins graves... Pour leur santé mentale actuelle et future, nous pouvons espérer qu'un processus de résilience se mette en place. Ce processus permet aux personnes ayant vécu des traumatismes d'y faire face et d'avoir une santé mentale protégée³². Pour ce faire, certains facteurs sont nécessaires. Les éducateurs mais aussi les autres jeunes des foyers, l'investissement professionnel ou scolaire, les médecins, peuvent tous être des points de fixation permettant au processus de résilience de se mettre en place progressivement. En effet, Boris Cyrulnik mentionne trois facteurs de résilience dont le premier est : « La rencontre avec une personne significative ». Celle-ci peut servir de « tuteur de résilience » (98). Par ailleurs, Bowlby note que les enfants s'attachent aux personnes qui prennent soin d'eux, favorisant ainsi leur survie. Cette ou ces personnes font alors figures d'attachement, appelées encore : caregivers³³ (99)(98). Ainsi, les éducateurs mais aussi les assistants sociaux de manière générale ou toutes les personnes en lien avec les MIE peuvent être, par leur attention bienveillante aux jeunes, des figures d'attachement ou encore des « caregivers » (80)(94). Boris Cyrulnik en 2011 stipule que : « La solitude est le plus sûr moyen d'empêcher la résilience » (100). Nous ne pouvons alors que déplorer que tous les MIE en France ne puissent jouir de la même prise en charge.

b) Santé : source d'inquiétudes et de questionnements

Au-delà des thèmes abordés à partir du canevas d'entretien, l'analyse de ces derniers a fait apparaître un autre élément qui nous a semblé important de discuter : la santé comme source d'inquiétudes et de questionnements.

³² « La résilience individuelle est la capacité d'une personne à faire face, à pouvoir se développer et à augmenter ses compétences dans une situation adverse. » (Patterson, 1995).

« La capacité d'une personne, d'un groupe, de bien se développer, de continuer à se projeter dans l'avenir, en présence d'événements déstabilisateurs, de traumatismes sérieux, graves, de conditions de vie difficiles. » (Cyrulnik 2001). (97)

³³ Caregivers : personne qui prend soin d'une autre personne (un enfant, un adolescent ou d'un adulte) de façon cohérente et répondant à leur demande d'interactions sociales (94)(99).

La santé physique est primordiale pour eux. Nous pouvons expliquer cela en raison du voyage d'exil qui a nécessité la bonne santé physique sans laquelle celui-ci n'aurait pas été possible (E11).

Nous constatons par ailleurs que l'incertitude quant à leur avenir majore leurs inquiétudes quant à tout problème médical et les pousse probablement à prioriser la santé pour éviter l'effet cumulatif que serait un état pathologique.

Nous pouvons aussi extrapoler ces résultats avec le fait que la plupart d'entre eux se destinent à des métiers manuels dans lesquels leur corps sera leur « outil de travail » principal. Tout problème de santé, voire un handicap, serait catastrophique. La bonne santé physique est alors gage de réussite économique.

Seul trois MIE évoquent d'autres priorités que la santé (E15)(E20)(E21).

C. PERSPECTIVES

L'éducateur est perçu par de nombreux MIE comme un facilitateur de l'accès aux soins. Il peut être considéré comme un « tuteur de résilience » ou un « caregivers » pour certains MIE.

Cependant celui-ci a des limites. En effet, l'étude menée par le CREAL Rhône-Alpes (2012) montre que les éducateurs des lieux d'accueil ont une perception « restreinte » de la santé des enfants accueillis, au sens où elle n'intègre pas la notion de bien-être de l'enfant (95). De même, comme le souligne Sophie Pailhes « *Les inégalités d'accès aux soins ne se situent pas seulement du côté des personnes en difficulté, mais sont aussi au cœur même du référentiel culturel des intervenants sanitaires et sociaux chargés de les prendre en charge* » (11).

La formation des éducateurs à la santé apparaît donc comme fondamentale pour qu'ils puissent avoir une approche globale de la santé des jeunes et particulièrement des MIE.

Un grand nombre de MIE, comme le montre les différentes études sus-citées, ont des pathologies psychiatriques secondaires aux traumatismes. Il semble donc nécessaire que les médecins pensent au dépistage de ces pathologies. De plus, le processus de résilience ne peut commencer tant que n'a pas été abordé le traumatisme avec le jeune³⁴ (101). Les médecins ont donc clairement un rôle à jouer pour une meilleure prise en charge de la santé mentale des MIE : du dépistage de la pathologie psychiatrique à sa prise en charge, à l'instauration d'une bonne communication permettant l'évocation des traumatismes.

³⁴ Young people frequently encounter adults who are unable to support them in their journey of healthy development, healing, and building resilience that cannot begin until trauma has been addressed.

Tous les acteurs du système de soin français doivent mieux informer les MIE sur le fonctionnement et l'organisation des soins en France.

La réalisation d'une brochure reprenant les principaux acteurs des soins et leurs organisations pourrait faciliter la compréhension du système par les MIE. Celle-ci pourrait être remise aussi bien par les intervenants sociaux, qu'à la PASS ou en consultation de médecine générale.

V. CONCLUSION

Les Mineurs Isolés Étrangers (MIE) sont des jeunes de moins de 18 ans, non accompagnés d'une personne détenant l'autorité parentale, et originaires d'un pays autre que la France. Ces MIE sont susceptibles de nécessiter un accès rapide aux soins, principalement du fait des traumatismes physiques et psychologiques les ayant amenés à la migration, et ceux secondaires à leur voyage et leur situation d'exil. Les problématiques d'accès aux soins s'inscrivent dans un contexte réunissant d'autres difficultés comme la barrière de la langue et les complexités administratives quant à leur statut juridique. La reconnaissance de leur statut de MIE est nécessaire pour qu'ils soient pris en charge au titre de la protection de l'enfance et que leur soit accordée la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUc).

Avant d'être pris en charge dans le dispositif de protection de l'enfance, il s'agit d'un véritable parcours du combattant pour certains MIE.

S'ils ont besoin de soins, tant qu'ils ne bénéficient pas de l'assurance maladie, ils peuvent être pris en charge dans des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Une fois l'ouverture de leurs droits effective, ils relèvent du système de droit commun : la médecine générale.

Comment les MIE, ayant eu recours à la PASS, ont-ils vécu l'accès aux soins dans le système médical français ? Ont-ils compris leurs droits concernant la santé ? Quelles représentations ont-ils de la PASS et de la médecine générale ? Enfin, comment ont-ils vécu leur prise en charge à la PASS puis en médecine générale ?

Nous nous sommes intéressés à des MIE étant passés par les PASS de Saint-Étienne ou de Chambéry, et relevant actuellement du droit commun, afin de tenter de répondre à ces questions. L'accord du comité éthique sur la méthodologie a été obtenu. Un enregistrement à la CNIL a été fait. Nous avons réalisé des entretiens individuels semi-dirigés sans observateur externe. Les verbatims ont été analysés par deux chercheurs et les résultats des analyses ont été mis en commun (triangulation des résultats). La saturation des données a été obtenue en 21 entretiens.

Nous constatons que pour les MIE, le système de soins français est vécu comme obscur à tous les niveaux. Les incompréhensions et les difficultés qu'ils expriment, portent sur chacune des étapes et des composantes de l'accès aux soins français : la demande de l'assurance maladie, son obtention et sa durée de validité, les rôles et organisations des unités ambulatoires PASS, l'organisation des soins en ville dont celle de la médecine générale.

Alors que l'accès aux soins est assujéti à l'assurance maladie, celle-ci est partiellement connue, voire inconnue, par certains MIE. L'incompréhension est encore majorée lorsqu'avant de bénéficier de la CMU, le jeune obtient l'Aide Médicale d'État (AME).

Le but ultime de l'accès aux soins pour les MIE est l'obtention de médicaments, dont la clé de voûte est l'ordonnance. Celui-ci est vécu comme complexe par les MIE ; seule la pharmacie est considérée comme facile d'accès.

Par ailleurs, alors que les services PASS sont des services-recours en cas de nécessité médico-sociale, nombreux MIE n'en connaissent pas ses missions et l'assimilent à l'hôpital. Peu de MIE comprennent le sens des dépistages qui y sont réalisés.

Enfin, alors que le médecin généraliste est censé être la « plaque-tournante » de leur prise en charge médicale, son rôle et son fonctionnement sont bien souvent mal connus des MIE.

Malgré l'évocation de ces nombreuses difficultés, l'ensemble des MIE expriment une satisfaction globale quant à leur prise en charge médicale.

Le relais de la PASS à la médecine générale est bien vécu du fait de la présence des éducateurs. Ces derniers « soutiennent » le jeune dans toutes les démarches d'accès aux soins : du recueil de la demande du MIE à l'organisation des consultations. L'éducateur a un rôle central et ses interventions sont nécessaires à l'accomplissement du jeune dans sa vie à venir.

Améliorer les connaissances des éducateurs permettrait aux MIE d'avoir une meilleure orientation et compréhension du système de soins et de leurs droits. Apparaissent primordiales la formation et l'information des éducateurs sur les droits des MIE, sur les enjeux de l'accompagnement en santé des jeunes, ainsi que sur les rôles et les compétences des différents intervenants, autant à la PASS qu'en médecine générale.



Pour que la PASS reste un service recours à chaque fois que cela sera nécessaire au jeune, notamment en l'absence de couverture maladie, ce service doit mieux expliquer son rôle auprès des MIE qu'il reçoit et des travailleurs sociaux, afin de jouer pleinement ses missions : lutter contre l'exclusion sociale en facilitant l'accès aux soins des patients précaires et en les accompagnant dans les démarches de reconnaissance de leurs droits.

Lors du relais, une information plus claire serait aussi à donner sur l'organisation des soins en ville.

Le médecin généraliste, lui-même, s'il veut accompagner au mieux ces jeunes, doit savoir les informer sur son rôle et ses compétences, informations qui semblent, à ce jour, défailtantes.

Le Président de la thèse,

Nom et Prénom du Président

Signature

Pr J.P. DUBOIS

VU :

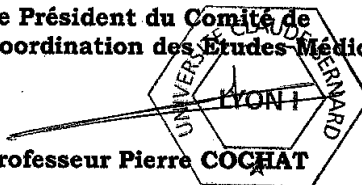
**Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est**



Professeur Gilles RODE

VU :

**Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de
Coordination des Etudes Médicales**



Professeur Pierre COCHAT

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 28 OCT. 2016

Nom, prénom du candidat : GUEGAN Marion

CONCLUSIONS

Les Mineurs Isolés Étrangers (MIE) sont des jeunes de moins de 18 ans, non accompagnés d'une personne détenant l'autorité parentale, et originaires d'un pays autre que la France. Ces MIE sont susceptibles de nécessiter un accès rapide aux soins, principalement du fait des traumatismes physiques et psychologiques les ayant amenés à la migration, et ceux secondaires à leur voyage et leur situation d'exil. Les problématiques d'accès aux soins s'inscrivent dans un contexte réunissant d'autres difficultés comme la barrière de la langue et les complexités administratives quant à leur statut juridique. La reconnaissance de leur statut de MIE est nécessaire pour qu'ils soient pris en charge au titre de la Protection de l'Enfance et que leur soit accordée la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUc).

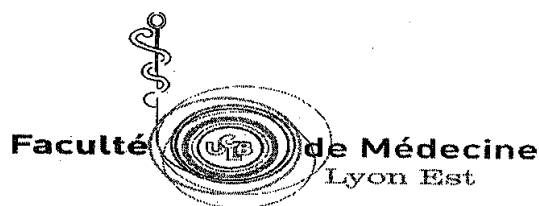
Avant d'être pris en charge dans le dispositif de protection de l'enfance, il s'agit d'un véritable parcours du combattant pour certains MIE.

S'ils ont besoin de soins, tant qu'ils ne bénéficient pas de l'assurance maladie, ils peuvent être pris en charge dans des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Une fois l'ouverture de leurs droits effective, ils relèvent du système de droit commun : la médecine générale.

Comment les MIE, ayant eu recours à la PASS, ont-ils vécu l'accès aux soins dans le système médical français ? Ont-ils compris leurs droits concernant la santé ? Quelles représentations ont-ils de la PASS et de la médecine générale ? Enfin, comment ont-ils vécu leur prise en charge à la PASS puis en médecine générale ?

Nous nous sommes intéressés à des MIE étant passés par les PASS de Saint-Étienne ou de Chambéry, et relevant actuellement du droit commun, afin de tenter de répondre à ces questions. L'accord du comité d'éthique sur la méthodologie a été obtenu. Un enregistrement à la CNIL a été fait. Nous avons réalisé des entretiens individuels semi-dirigés sans observateur externe. Les verbatims ont été analysés par deux chercheurs et les résultats des analyses ont été mis en commun (triangulation des résultats). La saturation des données a été obtenue en 21 entretiens.

Nous constatons que pour les MIE, le système de soins français est vécu comme obscur à tous les niveaux. Les incompréhensions et les difficultés qu'ils expriment, portent sur chacune des étapes et des composantes de l'accès aux soins français : la demande de l'assurance maladie, son obtention et sa durée



de validité, les rôles et organisations des unités ambulatoires PASS, l'organisation des soins en ville dont celle de la médecine générale.

Alors que l'accès aux soins est assujéti à l'assurance maladie, celle-ci est partiellement connue, voire inconnue, par certains MIE. L'incompréhension est encore majorée lorsqu'avant de bénéficier de la CMU, le jeune obtient l'Aide Médicale d'État (AME).

Le but ultime de l'accès aux soins pour les MIE est l'obtention de médicaments, dont la clé de voûte est l'ordonnance. Celui-ci est vécu comme complexe par les MIE ; seule la pharmacie est considérée comme facile d'accès.

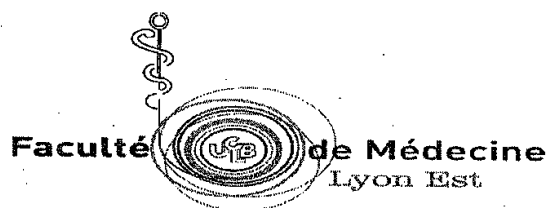
Par ailleurs, alors que les services PASS sont des services-recours en cas de nécessité médico-sociale, nombreux MIE n'en connaissent pas ses missions et l'assimilent à l'hôpital. Peu de MIE comprennent le sens des dépistages qui y sont réalisés.

Enfin, alors que le médecin généraliste est censé être la « plaque-tournante » de leur prise en charge médicale, son rôle et son fonctionnement sont bien souvent mal connus des MIE.

Malgré l'évocation de ces nombreuses difficultés, l'ensemble des MIE expriment une satisfaction globale quant à leur prise en charge médicale.

Le relais de la PASS à la médecine générale est bien vécu du fait de la présence des éducateurs. Ces derniers « soutiennent » le jeune dans toutes les démarches d'accès aux soins : du recueil de la demande du MIE à l'organisation des consultations. L'éducateur a un rôle central et ses interventions sont nécessaires à l'accomplissement du jeune dans sa vie à venir.

Améliorer les connaissances des éducateurs permettrait aux MIE d'avoir une meilleure orientation et compréhension du système de soins et de leurs droits. Apparaissent primordiales la formation et l'information des éducateurs sur les droits des MIE, sur les enjeux de l'accompagnement en santé des jeunes, ainsi que sur les rôles et les compétences des différents intervenants, autant à la PASS qu'en médecine générale.



Pour que la PASS reste un service recours à chaque fois que cela sera nécessaire au jeune, notamment en l'absence de couverture maladie, ce service doit mieux expliquer son rôle auprès des MIE qu'il reçoit et des travailleurs sociaux, afin de jouer pleinement ses missions : lutter contre l'exclusion sociale en facilitant l'accès aux soins des patients précaires et en les accompagnant dans les démarches de reconnaissance de leurs droits.

Lors du relais, une information plus claire serait aussi à donner sur l'organisation des soins en ville.

Le médecin généraliste, lui-même, s'il veut accompagner au mieux ces jeunes, doit savoir les informer sur son rôle et ses compétences, informations qui semblent, à ce jour, défailtantes.

Le Président de la thèse,

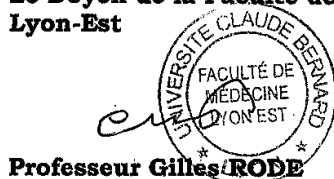
Nom et Prénom du Président

Signature

Pr J.P. DUBOIS

VU :

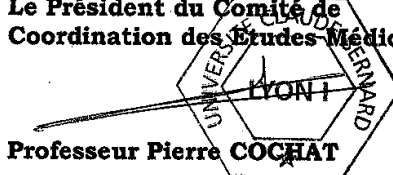
**Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est**



Professeur Gilles RODE

VU :

**Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de
Coordination des Etudes Médicales**



Professeur Pierre COCHAT

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **28 OCT. 2016**

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Adrian Edwards. Selon le HCR, une crise humanitaire imminente se profile en Grèce [Internet]. UNHCR. 2016 [cité 27 juin 2016]. Disponible à: <http://www.unhcr.org/fr/news/stories/2016/3/56d5b504c/hcr-crise-humanitaire-imminente-profile-grece.html>
2. Rapport annuel d'activité 2015. Mission Mineurs Isolés Etrangers [Internet]. [cité 17 oct 2016]. Disponible à: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RAA_MIMIE_2015_version_finale.pdf
3. Une institution indépendante [Internet]. [cité 23 sept 2016]. Disponible à: <http://www.defenseurdesdroits.fr/fr/institution/presentation>
4. Mineurs isolés étrangers (MIE) : le Défenseur des droits rappelle les principes de l'accès aux droits et à la justice [Internet]. [cité 22 sept 2016]. Disponible à: <http://www.defenseurdesdroits.fr/fr/actus/actualites/mineurs-isoles-etrange-mie-le-defenseur-des-droits-rappelle-les-principes-de-l>
5. Revue Hospitalière de France - Exclusion : Quelles prises en compte par l'hôpital ? Quelles liaisons avec le territoire ? [Internet]. [cité 7 sept 2016]. Disponible à: <http://www.revue-hospitaliere.fr/Revue/550/Precarites-et-inegalites-en-sante/Exclusion-Quelles-prises-en-compte-par-l-hopital-Quelles-liaisons-avec-le-territoire>
6. Robinson LK. Arrived : The Crisis of Unaccompanied Children at Our Southern Border. *Pediatrics*. 1 févr 2015;135(2):205-7.
7. Ciaccia KA, John RM. Unaccompanied Immigrant Minors : Where to Begin. *J Pediatr Health Care*. mai 2016;30(3):231-40.
8. Marquardt L, Krämer A, Fischer F, Prüfer-Krämer L. Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. *Trop Med Int Health*. févr 2016;21(2):210-8.
9. Sanchez C. Les besoins de santé des mineurs précaires - Etude de la population mineure à la Permanence d'accès aux soins de santé de Toulouse entre 2005 et 2011. [Toulouse]; 2012.
10. Merer-Scanvion A. Etude médico-sociale de 108 enfants consultant au Centre Jean Guillon (permanence d'accès aux soins de santé du CHU de Nantes) [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2006.
11. Pailhes S. De la PASS au système de santé de droit commun [Internet]. Lyon 1; 2008. Disponible à: <https://www.atd-quartmonde.fr/these-de-la-pass-au-systeme-de-sante-de-droit-commun/>
12. Collin T. Le parcours de soins des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Chambéry : évaluation du retour au droit commun. 10 mars 2011;176.
13. Le Goff S. L'accès des patients précaires au parcours de soins de droit commun - Etude qualitative d'une population de consultants de la Permanence d'Accès aux Soins

de Santé de BOBIGNY. 2014.

14. Boche C. Prise en charge médico-sociale à la consultation Jean Guillon (PASS du CHU de Nantes) ; analyse de 159 patients réorientés auprès d'un médecin traitant sur une période de 2 ans. [Internet]. [Université de Nantes. Nantes. FRA / com.]; 2005. Disponible à: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=7c58374f-7100-4251-9116-a27368d260f3>
15. Lordier N. De la PASS au droit commun : Etat des lieux des difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients réorientés de la PASS du CHU de Nantes en 2010 et 2011. [Nantes]; 2013.
16. Marron-Delabre A, Rivollier E, Bois C. Relation médecin-patient en situation de précarité économique : point de vue des patients. *Santé Publique*. 2015;27(6):837–840.
17. UNICEF. Convention internationale des droits de l'enfant.
18. L3 Emergencies and High Priority Countries [Internet]. Education Cluster. [cité 22 sept 2016]. Disponible à: <http://educationcluster.net/country-coordination/high-priority-countries/>
19. Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale [Internet]. 2002-305 mars 4, 2002. Disponible à: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000776352&dateTexte=&categorieLien=id>
20. Plazy J-M. Droits de l'enfant et incapacité juridique de l'enfant. *Inf Soc*. 1 mai 2008;(140):28-37.
21. Tableau récapitulatif de la représentation légale des mineurs isolés étrangers - InfoMIE.net [Internet]. [cité 5 oct 2016]. Disponible à: <http://infomie.net/spip.php?article1653>
22. Taubira C. Circulaire du 31 mai 2013 relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers : dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation.
23. Loi n° 2013-403 du 17 mai 2013 relative à l'élection des conseillers départementaux, des conseillers municipaux et des conseillers communautaires, et modifiant le calendrier électoral [Internet]. 2013-403 mai 17, 2013. Disponible à: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027414225&dateTexte=&categorieLien=id>
24. Mineurs isolés étrangers / mineurs en danger - InfoMIE.net [Internet]. [cité 22 sept 2016]. Disponible à: <http://infomie.net/spip.php?article652>
25. Les grands enjeux du parcours des MIE. Disponible à: http://www.france-terre-asile.org/images/stories/mineurs-isoles-etrangeurs/MIE_web.compressed1.pdf
26. Avis sur la situation des mineurs isolés étrangers présents sur le territoire national. Etat des lieux un an après la circulaire du 31 mai 2013 relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers (dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation).
27. Debré Isabelle. Les mineurs isolés étrangers en France [Internet]. [cité 2 sept 2016].

Disponible à: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000220/>

28. Justice / Portail / Mineurs non accompagnés [Internet]. [cité 8 avr 2016]. Disponible à: <http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/mineurs-non-accompagnes-12824/>
29. Résolution du Conseil du 26 juin 1997 concernant les mineurs non accompagnés ressortissants de pays tiers [Internet]. [cité 22 sept 2016]. Disponible à: http://admi.net/eur/loi/leg_euro/fr_397Y0719_02.html
30. Justice / Portail / Mineurs isolés étrangers : le protocole de protection [Internet]. [cité 25 mars 2015]. Disponible à: <http://www.justice.gouv.fr/justice-civile-11861/mineurs-isoles-etrangeurs-12720/mineurs-isoles-etrangeurs-le-protocole-de-protection-27315.html>
31. Rapport d'activité Dispositif MIE.pub - ra_dispositif_mie.pdf [Internet]. [cité 22 sept 2016]. Disponible à: http://www.justice.gouv.fr/publication/mna/ra_dispositif_mie.pdf
32. Rapport d'activité - 2014 - mna_ra_juin_dec_2014.pdf [Internet]. [cité 21 juin 2016]. Disponible à: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mna_ra_juin_dec_2014.pdf
33. Circulaire interministérielle du 25 janvier 2016 relative à la mobilisation des services de l'Etat auprès des conseils départementaux concernant les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et les personnes se présentant comme tels NOR : JUSF1602101C [Internet]. [cité 22 sept 2016]. Disponible à: http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSF1602101C.pdf
34. Effectif MNA au 10/10/2016 [Internet]. [cité 22 sept 2016]. Disponible à: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/tableau_mna.pdf
35. Les mineurs isolés | OFPRA [Internet]. [cité 16 juin 2016]. Disponible à: <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-mineurs-isoles>
36. Code de l'action sociale et des familles - Article L111-2 [Internet]. Code de l'action sociale et des familles. Disponible à: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796413&dateTexte=&categorieLien=cid>
37. Ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France - Article 35 quater [Internet]. Disponible à: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=FA2A38E3D0E8B11F352D2627B6609927.tpdila20v_1?cidTexte=JORFTEXT000000699737&idArticle=LEGIARTI000006336505&dateTexte=20160923&categorieLien=id#LEGIARTI000006336505
38. Dispositifs spécifiques aux mineurs isolés étrangers - InfoMIE.net [Internet]. [cité 19 juin 2016]. Disponible à: <http://infomie.net/spip.php?rubrique272>
39. Décret n° 2016-840 du 24 juin 2016 pris en application de l'article L. 221-2-2 du code de l'action sociale et des familles et relatif à l'accueil et aux conditions d'évaluation de la situation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille [Internet]. [cité 23 sept 2016]. Disponible à: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/6/24/JUSF1606788D/jo/texte>
40. Code civil - Article 47 [Internet]. Code civil. Disponible à:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006420801>

41. Haut conseil de la santé publique Commission spécialisée maladie chronique. Evaluation de la minorité d'un jeune étranger isolé. 23 janv 2014;
42. Code civil - Article 21-12 [Internet]. Code civil. Disponible à: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006419872>
43. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Article L313-11 [Internet]. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Disponible à: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070158&idArticle=LEGIARTI000024197223>
44. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Article L313-15 [Internet]. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Disponible à: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000024195427&cidTexte=LEGITEXT000006070158>
45. Décision d'obligation de quitter la France l service-public.fr [Internet]. [cité 20 juin 2016]. Disponible à: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F18362>
46. OFPRA_Guide_de_lasile_MIE_en_France.pdf [Internet]. [cité 25 mars 2015]. Disponible à: http://www.ofpra.gouv.fr/documents/OFPRA_Guide_de_lasile_MIE_en_France.pdf
47. réfugiés L des NU pour les. La Convention de 1951 relative au statut des réfugiés [Internet]. UNHCR. [cité 23 sept 2016]. Disponible à: <http://www.unhcr.org/fr/convention-1951-relative-statut-refugies.html>
48. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Article L712-1 [Internet]. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Disponible à: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070158&idArticle=LEGIARTI000030954142>
49. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions [Internet]. 98-657 juill 29, 1998. Disponible à: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000206894&dateTexte=&categorieLien=id>
50. Code de la santé publique - Article L6112-6 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible à: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000021939874&dateTexte=20120430>
51. Aubry M, Kouchner B. Circulaire DH/AF 1/DGS/SP 2/DAS/RV 3 n° 98-736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies [Internet]. [cité 21 juin 2016]. Disponible à: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-01/a0010045.htm>
52. Fabre C, Baudot V, Toulemonde S, Santé GM. Évaluation des permanences d'accès aux soins de santé. Commande Dir Hôp L'Organisation Soins Gres Médiation Santé

- [Internet]. 2003 [cité 2 sept 2016]; Disponible à: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/evaluation_des_pass_rapport_complet.pdf
53. Debeaupuis J. Circulaire N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) [Internet]. [cité 21 juin 2016]. Disponible à: <http://circulaires.legifrance.gouv.fr/?action=afficherCirculaire&hit=1&r=37144>
 54. Protection universelle maladie : quelles conséquences pour les assurés ? [Internet]. [cité 25 juin 2016]. Disponible à: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A10282>
 55. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle [Internet]. Disponible à: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000198392>
 56. Présentation de la CMU-C [Internet]. [cité 25 juin 2016]. Disponible à: <https://www.cmu.fr/cmu-complementaire.php>
 57. Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) | service-public.fr [Internet]. [cité 25 juin 2016]. Disponible à: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10027>
 58. Aide médicale de l'État (AME) | service-public.fr [Internet]. [cité 14 sept 2016]. Disponible à: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>
 59. 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'aide médicale de l'Etat, notamment la situation familiale et la composition du foyer (statut des mineurs). Disponible à: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/09/cir_33805.pdf
 60. Conseil d'Etat, 1ère et 6ème sous-sections réunies, du 7 juin 2006, 285576, publié au recueil Lebon [Internet]. [cité 11 oct 2016]. Disponible à: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000008257562>
 61. Accès aux soins - InfoMIE.net [Internet]. [cité 11 oct 2016]. Disponible à: <http://infomie.net/spip.php?rubrique204>
 62. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Article L311-1 [Internet]. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Disponible à: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070158&idArticle=LEGIARTI000006335030>
 63. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Article L511-4 [Internet]. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Disponible à: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070158&idArticle=LEGIARTI000006335180&dateTexte=&categorieLien=cid>
 64. Baudis D. Le Défenseur des droits [Internet]. Paris; 2012 déc. Disponible à: http://www.gisti.org/IMG/pdf/jur_ddd_2012-12-19.pdf
 65. Chaussain Jean-Louis, Chapuis Yves. Sur la fiabilité des examens médicaux visant à déterminer l'âge à des fins judiciaires et la possibilité d'amélioration en la matière pour les mineurs étrangers isolés [Internet]. Académie nationale de Médecine; 2007 janv [cité

- 8 mars 2016] p. 139-42. Disponible à: <http://www.academie-medecine.fr/publication100035629/>
66. Mansourvar M, Ismail MA, Raj RG, Kareem SA, Aik S, Gunalan R, et al. The applicability of Greulich and Pyle atlas to assess skeletal age for four ethnic groups. *J Forensic Leg Med.* févr 2014;22:26-9.
 67. Chaumoitre K, Lamtali S, Baali A, Saliba-Serre B, Lahmam A, Aboussad A, et al. Influence of Socioeconomic Status and Body Mass Index on Bone Age. *Horm Res Paediatr.* 2010;74(2):129-35.
 68. Chaumoitre K, Lamtali S, Baali A, Dutour O, Boetsch G, Garel L, et al. Estimation de l'âge osseux par l'atlas de Greulich et Pyle: comparaison de 3 échantillons contemporains d'origine géographique différente. *J Radiol.* oct 2007;88(10):1376.
 69. Legmann M. Communiqué - Ordre national des Médecin [Internet]. 2010. Disponible à: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/ame.pdf>
 70. Définitions: représentation - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 10 oct 2016]. Disponible à: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/repr%C3%A9sentation/68483>
 71. Définitions: ressentir - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 10 oct 2016]. Disponible à: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ressentir/68722>
 72. Définitions: vécu - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 10 oct 2016]. Disponible à: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/v%C3%A9cu/81239>
 73. Admin F. Communiqué - Recensement des mineurs à Calais: toujours plus de jeunes en danger [Internet]. France terre d'asile. [cité 17 oct 2016]. Disponible à: <http://www.france-terre-asile.org/rss-actualites/ftda-actu/communiqu%C3%A9-recensement-des-mineurs-a-calais-toujours-plus-de-jeunes-en-danger>
 74. Mouret-Bonzi M. « L'ordonnance médicamenteuse en France et en Europe: les attentes de prescription des patients. Une revue systématique de la littérature de 2005 à 2014 » - c18c5111-ecee-41b8-8fe4-43144ac5ad4e [Internet]. 2015 [cité 2 sept 2016]. Disponible à: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/c18c5111-ecee-41b8-8fe4-43144ac5ad4e>
 75. von Ferber L, Köster I, Prüss U. Patient variables associated with expectations for prescriptions and general practitioners' prescribing behaviour: an observational study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 1 juin 2002;11(4):291-9.
 76. Code de la santé publique - Article L1111-5 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible à: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685769>
 77. Corty J-F, Derosier C, Douay C. Mineurs isolés: état de santé. *J Droit Jeunes.* 2014;(8):92-94.
 78. Jacquemot P. Les systèmes de santé en Afrique et l'inégalité face aux soins. *Afr Contemp.* 7 janv 2013;(243):95-7.

79. Comprendre l'organisation des systèmes de santé en Afrique L'Afrique des idées [Internet]. Terangaweb | L'Afrique des idées. 2013 [cité 11 oct 2016]. Disponible à: <http://terangaweb.com/comprendre-lorganisation-des-systemes-de-sante-en-afrique/>
80. Euillet S, Halifax J, Moisset P, Séverac N. L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin. 2016 [cité 7 sept 2016]; Disponible à: http://www.infomie.net/IMG/pdf/rapport_ddd.pdf
81. Europe W. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Coord Rédactionnelle Trad En Fr Prof Pestiaux Cent Univ Médecine Générale UCL Brux Belg [Internet]. 2002 [cité 2 sept 2016]; Disponible à: http://dmgp13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf
82. Lacotte Marly E. Les jeunes et leur médecin traitant : pour une meilleure prise en charge des conduites à risque. [Internet]. Université de Paris 5 René Descartes. Faculté de médecine Necker Enfants malades. Paris. FRA; 2004. Disponible à: www.medecin-ado.org/docs/these_marly.doc
83. Forin CJ-H. Pratique de la médecine générale : perceptions et attentes des patients de l'Île de La Réunion [Internet]. 2014 [cité 7 sept 2016]. Disponible à: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01096492/document>
84. L'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. Etude sur les attentes et les représentations de la population vis-à-vis de la médecine générale : enquête auprès de la patientèle des médecins généralistes de Rhône-Alpes. [Internet]. 2015 juill [cité 7 sept 2016]. Disponible à: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Fulltext/334797/>
85. Anne Y. Guillou. Expérience migratoire et pratiques thérapeutiques des migrants à Rennes [Internet]. 2005 nov. Disponible à: http://www.odris.fr/documents/etudes/Pratiques_Therapeutiques_2005.pdf
86. Petitclerc-Roche Solenne, Capron Vanessa. Influence de la précarité sur la prise en charge médicale - exercer, La Revue Française de Médecine Générale. Exerc Rev Fr Médecine Générale. (114):196-7.
87. Collet M, Gouyon M. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles - Études et résultats - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. févr 2008 [cité 7 sept 2016];(625). Disponible à: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/recours-urgents-et-non-programmes-a-la-medecine-generale-de-ville-satisfaction>
88. Martin G. Patients en situation de précarité : Quel parcours de soins en médecine générale ? 2015.
89. Références La lettre du fonds de financement de la CMU. Janvier 2016 [Internet]. [cité 27 sept 2016]. Disponible à: <https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/ReferencesCMU62.pdf>
90. Tudrej BV, Heintz A-L, Ingrand P, Gicquel L, Binder P. What do troubled adolescents expect from their GPs? Eur J Gen Pract. 3 sept 2016;1-8.
91. Booth ML, Bernard D, Quine S, Kang MS, Usherwood T, Alperstein G, et al. Access to

- health care among Australian adolescents young people's perspectives and their sociodemographic distribution. *J Adolesc Health*. 1 janv 2004;34(1):97-103.
92. Denny S, Farrant B, Cosgriff J, Harte M, Cameron T, Johnson R, et al. Forgone health care among secondary school students in New Zealand. *J Prim Health Care*. mars 2013;5(1):11-8.
 93. Mathieu Alice. Prise en charge des patients migrants en medecine generale (étude réalisée dans deux centres d'accueil et de soins pour migrants). [Lille II]; 2011.
 94. La migration traumatique, une pathologie du lien : Souffrance psychique et souffrance corporelle chez les mineurs isolés étrangers. [Internet]. [cité 12 oct 2016]. Disponible à: http://www.horslarue.org/files/Mmoire_Christel_Silvestro-Teissonnere-1.pdf
 95. La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance. CREA Rhône-Alpes, ORS Rhône-Alpes, IREPS Rhône-Alpes, Département de la Haute-Savoie; 2012 oct.
 96. Jensen TK, Skåralsmo EMB, Fjermestad KW. Development of mental health problems - a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. 17 nov 2014 [cité 7 sept 2016];8. Disponible à: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4361195/>
 97. Bernard Michallet. Autour de la résilience... 4ème congrès biennal du CQJDC; 2012 mai 2.
 98. Anaut M. Trauma, vulnérabilité et résilience en protection de l'enfance. *Connexions*. 1 déc 2005;no77(1):101-18.
 99. Tereno S, Soares I, Martins E, Sampaio D, Carlson E. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*. 1 juin 2007;19(2):151-88.
 100. Weeelearn. Boris Cyrulnik - Surmonter les obstacles avec la Résilience [Internet]. 2011 [cité 12 oct 2016]. Disponible à: <https://www.youtube.com/watch?v=oV3T55KmGE4>
 101. Care F. Trauma-Informed Practice with Young People in Foster Care. [cité 2 sept 2016]; Disponible à: http://ittakesanohana.org/wp-content/uploads/2012/08/Issue_Brief_-_Trauma_Informed_Practice.pdf

VII. ANNEXES

A. ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Caractéristiques :

Et vous, d'où venez-vous ? Dans quel pays êtes-vous né ?

Dans quel pays avez-vous vécu avant d'arriver en France ?

Quel âge avez-vous ?

Ça fait combien de temps que vous êtes en France ?

PASS :

Est-ce que vous vous souvenez d'avoir été à la permanence d'accès aux soins de santé à l'hôpital de saint Etienne / de Chambéry ?

Comment y êtes-vous allé la première fois ? (Qui vous a dit d'aller là-bas ?)

Vous étiez accompagné ?

D'après vous à quoi ça sert la PASS ?

Comment ça se passait à la PASS ? (24.12.16)

Assurance maladie :

Est-ce que vous savez l'assurance que vous avez ? A quoi ça sert ? Comment ça marche /fonctionne d'après vous ?

Médecine générale :

Si vous devez voir un médecin maintenant où allez vous ?

Il est où ce médecin ?

Comment l'avez-vous connu ?

Comment ça se passe avec ce médecin ?

Pour le rendez-vous comment ça se passe ? Qui prend le rendez-vous ? Vous y allez seul ?

Accompagné ? Est-ce que vous êtes content comme ça ?

Pour vous ça sert à quoi un médecin généraliste ?

Quand allez-vous le voir ?

Qu'attendez-vous de votre médecin ?

Vécu du système de soins français :

On s'occupe bien de vous ?

Vous vous sentez à l'aise dans le système de soins français ?

Vous trouvez que pour se faire soigner c'est facile ou non ?

Relais :

Comment s'est fini le suivi à la PASS ?

Comment l'avez-vous vécu ? (Qu'est ce que ça vous a fait d'arrêter la PASS ?)

Santé :

Est-ce important pour vous la santé ?

Quels problèmes peuvent vous faire choisir de ne pas vous occuper de votre santé ?

Avez-vous des maladies particulières ?

B. ANNEXE 2 : EXEMPLE D'AUTORISATION LEGALE NOMINATIVE



Votre interlocuteur :
M. PEYRARD
Inspecteur Protection des
Personnes
Nos Réf. : MP/SL
Tél. : 04 77 46 35 50
Fax : 04 77 46 35 58

Pôle Vie sociale

**Dispositif Mineurs Isolés
Etrangers**

Pour nous rencontrer :
19 rue de la Convention
42000 Saint-Etienne

Pour nous écrire :

**DÉPARTEMENT
DE LA LOIRE**

Hôtel du Département
2 rue Charles de Gaulle
42022 Saint-Étienne cedex 1
Tél. : 04 77 48 42 42

Saint-Etienne, le 17 mai 2016

AUTORISATION

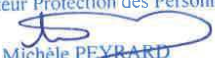
Le Président du Département de la Loire agissant en qualité de représentant légal de :

██████████ née le ██████████

Autorise Madame Marion GUEGAN à la rencontrer dans le cadre d'un travail de
recherche pour une thèse en médecine, avec l'accord de ██████████

Pour le Président,

Pour le Président et par délégation,
l'Inspecteur Protection des Personnes


Michèle PEYRARD

Autorisation d'entretien

Je, soussigné , Dr Philippe BUCHAIN

Service protection prévention

autorise : Madame Marion GUEGAN

à rencontrer : _____

dans le cadre d'un travail de recherche pour une thèse en médecine.

Les entretiens seront anonymisés.

Fait le : 4 Avril 2016

À : Chambery

Philippe BUCHAIN
Chef du service protection-prévention

Dr Philippe BUCHAIN
Service de Protection prévention
Délégation Départementale Enfance Jeunesse Famille
Protection Maternelle et infantile (DD EJF/PMI)
Direction Générale Adjointe de la Vie Sociale (DGA VS)
Conseil départemental de la Savoie

Marion GUEGAN : Représentations, vécus et ressentis par les Mineurs Isolés Étrangers du système de soins français.

RESUME :

Contexte : Les différentes crises humanitaires dans le monde entraînent une augmentation du nombre de Mineurs Isolés Étrangers (MIE) sur le sol français. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) sont des dispositifs médicaux-sociaux susceptibles de recevoir les MIE s'ils en ont besoin, en attendant qu'ils aient accès à l'assurance maladie, une fois pris en charge au titre de la Protection de l'Enfance. Quand leurs droits sont ouverts, les MIE relèvent du droit commun. Le but de ce travail est d'étudier les représentations, vécus et ressentis par les MIE, du système de soins français.

Méthode : Étude qualitative sur 21 entretiens individuels, semi-dirigés, de MIE ayant consulté à la PASS et relevant, au moment des entretiens, du système de droit commun. Enregistrement à la CNIL et accord du comité éthique sur la méthodologie. Double analyse des données et triangulation des résultats avec un deuxième chercheur. Entretiens réalisés jusqu'à la saturation des données.

Résultats : L'assurance maladie est partiellement, voire totalement, inconnue des MIE bien qu'ils en bénéficient. L'AME majore l'incompréhension du système de soins. La PASS est souvent assimilée à l'hôpital et ses missions sont mal identifiées. Les dépistages proposés ne sont pas compris par les jeunes. Le médecin généraliste n'est pas toujours repéré et son rôle est peu compris des MIE. L'obtention des médicaments semble vécue comme le but en soi des soins, l'ordonnance en est la clé. La pharmacie est le seul lieu considéré comme facile d'accès. Enfin, le relais de la PASS au droit commun est bien vécu du fait de l'accompagnement par des éducateurs, considérés par les MIE comme de véritables piliers à l'accès aux soins.

Conclusion : Les MIE expriment tous leur satisfaction quant à leur prise en charge, même si le système de soins leur semble complexe. Comprendre l'organisation du système médical français assujéti à l'assurance maladie est difficile et source de nombreuses incompréhensions. Pour eux, l'ordonnance est la clé de voûte de l'obtention des médicaments, but ultime de leur accès aux soins.

Une formation spécifique des éducateurs sur les droits et sur l'accompagnement des MIE dans leur prise en charge en santé paraît indispensable. Les PASS ne sont pas perçues pour ce qu'elles sont, c'est à dire des services-recours notamment en l'absence de couverture maladie ; elles doivent mieux communiquer sur leurs missions afin de jouer pleinement leur rôle. Enfin, les médecins généralistes « plaques-tournantes » de la prise en charge médicale, doivent mieux expliquer leurs rôles et leurs compétences afin que les MIE puissent s'appuyer sur leurs différentes aptitudes.

Mots clés : Mineurs Isolés Étrangers, Permanence d'Accès aux Soins de Santé, médecine générale, système de soins français

Jury :

Président :	Monsieur le Professeur Jean-Pierre DUBOIS
Membres :	Madame le Professeur Liliane DALIGAND
	Monsieur le Professeur Yves ZERBIB
	Madame le Docteur Elisabeth RIVOLLIER

Date de la soutenance : Jeudi 10 Novembre 2016

Email : marionguegan@hotmail.fr