

DOSSIERS solidarité et *santé*



Insertion socio-professionnelle, état de santé et recours aux soins des bénéficiaires de l'AME : le rôle des réseaux d'entraide

N° 19
2011



Fin 2010, 230 000 personnes bénéficient de l'aide médicale d'État (AME), un dispositif permettant de prendre en charge les dépenses de santé des étrangers en situation irrégulière. À partir d'une enquête réalisée en 2007 par la DREES, cette étude se penche sur le soutien éventuellement mobilisable par cette population, selon la provenance de l'aide (familiale, amicale, associative, sociale) et sa nature (matérielle ou financière, pour trouver un logement, du travail, effectuer des démarches). Il s'agit également d'observer si ce réseau d'entraide a une influence sur les conditions de logement, l'insertion professionnelle et l'état de santé perçu.

Le réseau d'entraide sur lequel peuvent s'appuyer les bénéficiaires de l'AME conditionne directement leurs modalités d'existence : en particulier, l'insertion dans un réseau familial et amical améliore les conditions de logement et facilite l'accès à l'emploi.

L'état de santé des bénéficiaires de l'AME apparaît également lié à leur capacité à mobiliser un soutien : deux personnes sur dix se déclarent en mauvaise santé et quatre sur dix indiquent souffrir d'une ou plusieurs maladies chroniques. Ce sentiment est renforcé chez les personnes qui ne peuvent s'appuyer sur la famille ou les amis. Enfin, les bénéficiaires de l'AME recourent davantage aux soins quand ils peuvent être épaulés à la fois par l'entourage familial et le milieu associatif pour effectuer des démarches et formalités.

Bénédicte BOISGUÉRIN

L'ACCÈS À LA PROTECTION MÉDICALE pour les étrangers en situation irrégulière est garanti par le préambule de la Constitution de 1958. L'aide médicale de l'état (AME), qui permet de prendre en charge les dépenses de soins des étrangers en situation irrégulière, répond ainsi à un objectif humanitaire, auquel s'ajoute une finalité de santé publique (encadré 1). Ce dispositif, qui concernait 230 000 personnes au 30 septembre 2010, se caractérise par une forte concentration géographique puisque près de la moitié de ses bénéficiaires résident à Paris ou dans le département de Seine-Saint-Denis et 70 % en Île-de-France. Si la surveillance de l'état de santé des bénéficiaires de l'AME répond à des préoccupations de santé publique, peu d'éléments étaient pourtant disponibles jusqu'alors. En effet, les travaux menés en France sur la santé des étrangers concernent, pour l'essentiel, les étrangers en situation régulière (encadré 2). Ils mettent en évidence que l'état de santé des immigrés est moins favorable que celui de l'ensemble de la population et que cette situation est liée à différents facteurs. Alors que la migration opère une sélection sur les personnes en bonne santé, les conditions de vie dans la société d'installation ainsi que les difficultés d'accès aux soins des migrants peuvent expliquer cette dégradation (Dourgnon *et al.*, 2009 ; Attias-Donfut et Tesier, 2005 ; Kern et Wluczka, 2008).

Des associations à but humanitaire comme Médecins du monde ou le Comède (comité médical des exilés), qui établissent chaque année un rapport d'activité sur les personnes accueillies dans leurs centres de santé, fournissent des éléments d'information sur la santé des étrangers en situation irrégulière. Mais dans la majorité des cas, ces personnes ne bénéficient pas de l'AME : soit elles sont

potentiellement éligibles à ce dispositif mais la procédure d'admission est en cours, soit elles ne peuvent fournir les pièces justificatives demandées, soit elles ne remplissent pas les conditions pour en bénéficier parce que leur durée de résidence en France est inférieure à trois mois. Si l'on manque de connaissances sur les bénéficiaires de l'AME, c'est parce qu'ils constituent une population difficile à atteindre, sont peu nombreux et peu susceptibles de répondre aux enquêtes en population générale. Afin de pallier ce manque, la DREES a effectué en 2007 une enquête spécifique auprès des bénéficiaires de l'AME en contact avec une structure de soins (encadré 3).

Les premiers résultats de cette enquête ont été publiés et décrivent les caractéristiques socio-démographiques de la population enquêtée, son état de santé perçu et ses motifs de recours aux soins (Boisguérin et Haury 2008) (encadré 4).

Bien que l'AME facilite l'accès aux soins, d'autres facteurs interviennent pour que ce droit aboutisse à un recours effectif aux soins, parmi lesquels le réseau d'entraide joue un rôle important. Dans la lignée des travaux sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins qui ont mis en évidence le rôle de l'insertion sociale (Chauvin et Parizot, 2005)¹, cet article étudie les liens entre les réseaux sur lesquels peuvent s'appuyer les bénéficiaires de l'AME, leur état de santé et leur recours aux soins. Il permet de répondre à plusieurs questions. Comment se caractérise le réseau d'entraide des bénéficiaires de l'AME ? Quelles sont ses répercussions en matière de logement et de travail ? Au-delà des conditions d'existence, existe-t-il un lien entre ce réseau d'aide et la perception que les bénéficiaires de l'AME ont de leur état de santé d'une part et leur recours aux soins d'autre part ?

1. Le lien entre soutien social et recours aux soins a été souligné dans l'enquête sur la santé et le recours aux soins dans les quartiers de la politique de la ville de Paris 20^e effectuée en 2003. La probabilité d'un recours aux soins au cours de l'année écoulée est plus élevée pour les personnes bénéficiant d'un fort réseau d'aide que pour celles disposant d'un faible réseau, après ajustement sur le sexe, l'âge, la couverture maladie et le nombre de maladies chroniques déclarées.

ENCADRÉ 1

Les dispositifs de prise en charge des soins pour les étrangers en situation irrégulière**L'aide médicale d'État (AME)**

À côté de la couverture maladie universelle (CMU) qui s'adresse aux Français et aux étrangers en situation régulière, la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 a instauré l'aide médicale de l'état (AME), un dispositif de prise en charge des soins pour les étrangers en situation irrégulière. Pour cette population, l'AME se substitue à l'aide médicale générale (AMG) financée par les conseils généraux dans le cadre de l'aide sociale.

L'AME répond à un double objectif humanitaire et de santé publique (éviter la propagation de maladies contagieuses), partant du constat que certains étrangers se trouvent en infraction au regard du droit du séjour, pour des durées plus ou moins longues (Gissler *et al.*, 2007).

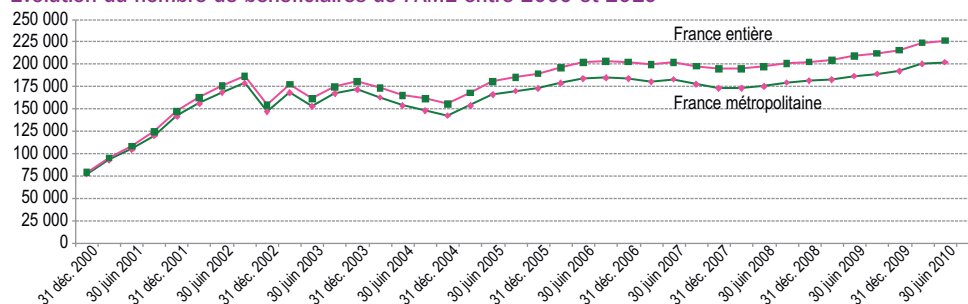
Depuis la création de l'AME, le nombre de ses bénéficiaires a progressé de 70 000 à 230 000 entre 2000 et fin 2010 (tableau). Cette évolution a été marquée par la montée en charge du dispositif mais apparaît également liée aux fluctuations du nombre d'étrangers en situation irrégulière. Elle reflète par ailleurs les modifications législatives et réglementaires qui ont restreint les conditions d'admission à l'AME. Depuis fin 2003, une condition de résidence ininterrompue sur le territoire d'au moins trois mois est nécessaire pour bénéficier de l'AME, et en application des décrets de fin juillet 2005, il faut fournir des justificatifs d'identité et de domicile (et pas seulement des déclarations sur l'honneur). À compter du 1^{er} mars 2011, chaque bénéficiaire majeur devra s'acquitter d'un droit annuel de 30 euros pour bénéficier des prestations de l'AME en vertu de l'article 188 de la loi de Finances pour 2011.

Les autres dispositifs pour les étrangers ne pouvant bénéficier de l'AME

Depuis 2003, un dispositif spécifique permet de prendre en charge des soins urgents (« dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître ») pour les personnes qui ne remplissent pas les conditions de résidence requises pour bénéficier de l'AME.

L'état participe également, par le biais de subventions, au financement d'associations humanitaires dont les centres de santé accueillent des personnes qui ne bénéficient pas ou pas encore de l'AME.

Enfin, les étrangers atteints d'affections graves qui ne pourraient recevoir de traitement approprié dans leur pays d'origine peuvent obtenir un titre de séjour en vertu du droit au séjour pour raison médicale institué en 1998 et avoir accès à une couverture maladie de droit commun.

Évolution du nombre de bénéficiaires de l'AME entre 2000 et 2010

Sources • CNAMTS

Une aide qui provient surtout de la famille ou des amis

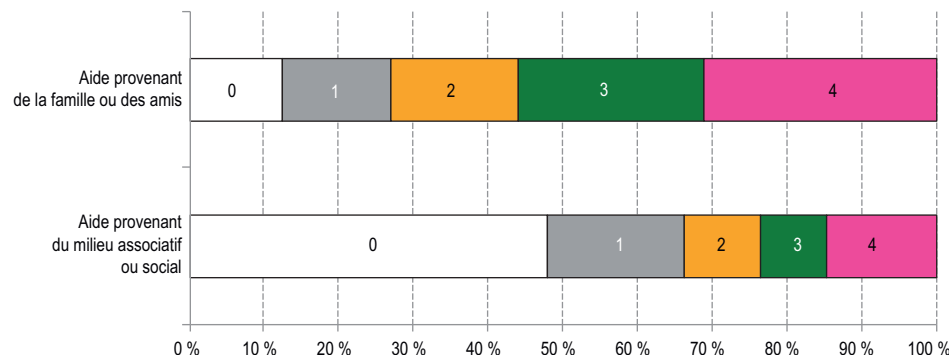
Le réseau d'aide des bénéficiaires de l'AME est appréhendé dans l'enquête au moyen de questions concernant l'aide sur laquelle ils peuvent compter pour trouver un logement, un travail, pour les démarches et pour l'aide matérielle ou financière. Pour chacun de ces domaines, la personne interrogée doit indiquer

si l'aide provient soit de la famille ou des amis², soit du milieu associatif ou des travailleurs sociaux. Neuf bénéficiaires de l'AME sur dix déclarent pouvoir compter, pour au moins l'un des quatre domaines, sur la famille ou les amis, la moitié seulement sur un réseau associatif ou social (graphique 1). L'aide d'origine associative ou sociale se limite le plus souvent à un ou deux domaines. Huit bénéficiaires sur dix reçoivent une aide matérielle ou financière ou pour effectuer des démarches (tableau 1). Dans ces cas, l'aide

2. Si l'aide provenait de la famille, des amis ou des deux, un seul aidant était comptabilisé. La qualification de famille ou d'amis peut être très liée à la culture d'origine.

GRAPHIQUE 1

Répartition des bénéficiaires de l'AME selon le nombre de domaines pour lesquels ils peuvent compter sur une aide



Lecture • 12% des bénéficiaires de l'AME ne peuvent compter sur l'aide de la famille ou des amis dans aucun domaine, 15% dans un des quatre domaines.

Champ • Bénéficiaires de l'AME, enquêtés dans un service de consultation externe, un centre conventionné assurance maladie, un centre de soins associatif, ou hospitalisés hors patients ayant consulté un médecin généraliste libéral.

Sources • Enquête sur les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins, DREES, 2007.

TABLEAU 1

Répartition des bénéficiaires de l'AME selon le domaine et la provenance de l'aide

Domaines dans lesquels les bénéficiaires peuvent être aidés	Provenance de l'aide			Aucune aide	Total
	Famille ou amis	Associations ou travailleurs sociaux	Les deux		
Aide matérielle ou financière	49	8	24	20	100
Démarches	32	12	33	22	100
Pour trouver un travail	41	6	17	36	100
Trouver un logement	36	9	18	37	100

Champ • Bénéficiaires de l'AME, enquêtés dans un service de consultation externe, un centre conventionné assurance maladie, un centre de soins associatif, ou hospitalisés, hors patients ayant consulté un médecin généraliste libéral.

Sources • Enquête sur les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins, DREES, 2007.

relève de la solidarité de proximité, elle est plus facilement mobilisable et peut présenter un caractère ponctuel. C'est pour l'accompagnement des personnes dans leurs démarches que l'appui sur le milieu associatif ou des travailleurs sociaux est plus fréquent : 45% des bénéficiaires peuvent y avoir recours. Pour la recherche d'un travail ou d'un logement, seuls 60% des bénéficiaires sont aidés. L'aide à la recherche d'un logement ou d'un travail comporte des difficultés spécifiques parce qu'elle concerne des personnes en situation irrégulière sur le territoire et peut conduire à une condamnation de justice. L'aide déclarée provient dans ce cas principalement de la famille ou des amis.

L'aide associative ou sociale est complémentaire de l'aide familiale ou amicale

L'aide associative ou sociale semble s'adresser en priorité aux bénéficiaires les plus vulnérables : jeunes, les personnes vivant seules et plus encore celles qui vivent seules avec enfants (tableau 2). Toutefois, cette aide semble plus accessible aux bénéficiaires disposant déjà d'un solide réseau familial ou amical. En effet, les bénéficiaires pouvant compter sur un réseau familial ou amical pour les quatre domaines d'aide cités (matérielle ou financière, démarches, trouver un logement et un travail) ont deux fois plus de chances de mobiliser une aide d'origine associative ou sociale. Il est probable qu'un puissant réseau d'aide familial ou amical favorise la connaissance du milieu associatif ou social, informe sur sa capacité d'aide et incite à y recourir. Dans cette hypothèse, le réseau familial et amical agirait comme médiateur en facilitant l'accès à ce réseau.

Par ailleurs, la probabilité de recourir à une aide associative ou sociale est plus élevée pour les bénéficiaires originaires d'Afrique subsaharienne que pour ceux originaires du Maghreb, et moins élevée pour ceux originaires d'Amérique latine ou d'Asie. En revanche, le sexe de la personne, sa durée de résidence en France ou son niveau d'études n'ont pas d'influence significative.

Des conditions de logement précaires pour les bénéficiaires qui ne peuvent compter sur l'aide familiale

La plupart des hommes et des femmes logent chez des amis ou la famille : cela concerne plus de six personnes sur dix, alors que rares sont ceux qui disposent d'un logement personnel (tableau 3). Les hommes sont plus souvent que les femmes logés en centre d'accueil, foyer ou hôtel : c'est le cas de près de deux sur dix.

Les conditions de logement apparaissent fortement liées à l'aide que les bénéficiaires peuvent mobiliser dans ce domaine (tableau 4). Les bénéficiaires qui déclarent pouvoir être aidés par la famille ou des amis pour trouver un logement sont de fait hébergés par la famille ou les amis. *A contrario*, les bénéficiaires qui ne peuvent s'appuyer que sur des associations ou des travailleurs sociaux pour trouver un logement sont hébergés en centre d'accueil, foyer d'hébergement ou à l'hôtel plutôt que chez la famille ou les amis. Ce type de logement précaire concerne davantage les hommes, les personnes vivant seules, originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne. Les conditions de logement s'améliorent avec l'accès à un logement personnel pour les bénéficiaires vivant en couple, résidant en France depuis plus longtemps.

L'aide de la famille ou des amis apparaît déterminante pour trouver un travail

Les personnes interrogées sont généralement bien insérées sur le marché du travail, et ce d'autant plus qu'elles habitent depuis longtemps en France : près de huit hommes et six femmes sur dix travaillent ou ont travaillé en France. Ils travaillent principalement dans le bâtiment, la restauration et la manutention pour les hommes, le ménage et la garde d'enfants pour les femmes, y compris pour les personnes scolarisées au-delà de 20 ans.

TABLEAU 2

Probabilité de pouvoir compter sur une aide provenant du milieu associatif ou social

Caractéristiques des bénéficiaires	Odds ratio
Âge	
Moins de 30 ans	1,6***
30 ans et plus	référence
Origine	
Afrique	1,4**
Asie	0,6**
Europe y.c. Turquie	0,7
Amérique latine	0,4***
Maghreb	référence
Vie en couple	
Vit seul	1,7***
Vit seul avec enfant(s)	2,4***
Vit en couple	1,3
Vit avec famille	référence
Durée de résidence en France	
Réside en France depuis moins de un an	1,4
Réside en France depuis un an et plus	référence
Aide familiale ou amicale	
Aucune aide	1,5
Aide dans 1 domaine	référence
Aide dans 2 domaines	0,9
Aide dans 3 domaines	0,9
Aide dans 4 domaines	2,2***
Sexe	
Homme	1,0
Femme	référence
Scolarisation	
Non scolarisé	1,2
Scolarisé 5-11 ans	1,1
Scolarisé 12-19 ans	0,9
Scolarisé 20 ans et plus	référence

Note • *** significativité à 99 %, ** significativité à 95 %, * significativité à 90 %.

Champ • Bénéficiaires de l'AME, enquêtés dans un service de consultation externe, un centre conventionné assurance maladie, un centre de soins associatif, ou hospitalisés, hors patients ayant consulté un médecin généraliste libéral.

Sources • Enquête sur les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins, DREES, 2007.

TABLEAU 3

Conditions de logement et d'emploi (%)

	Homme	Femme	Ensemble
Type de logement			
Logement personnel	13	25	21
Logement chez la famille ou les amis	61	62	62
Centre d'accueil, foyer, hôtel	22	10	14
Autre*	5	3	3
Emploi			
Travaille actuellement	41	25	30
A travaillé antérieurement	42	33	36
N'a jamais travaillé en France	18	42	34

* Autres : squat aménagé, logement de fortune ou dans un espace public.

Champ • Bénéficiaires de l'AME, enquêtés dans un service de consultation externe, un centre conventionné assurance maladie, un centre de soins associatif, ou hospitalisés, hors patients ayant consulté un médecin généraliste libéral.

Sources • Enquête sur les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins, DREES, 2007.

TABLEAU 4

Probabilités d'avoir un logement personnel ou d'être logé en centre d'accueil, foyer, hôtel ou autres* plutôt que d'être logé chez la famille ou les amis

	Avoir un logement personnel plutôt qu'être logé chez la famille ou les amis	Être logé en centre d'accueil, foyer, hôtel ou autres* plutôt qu'être logé chez la famille ou les amis
Sexe		
Homme	0,9	2,5***
Femme	référence	référence
Vit en couple		
Vit en couple	7,8***	0,9
Ne vit pas en couple	référence	référence
Origine géographique		
Afrique	0,6***	1,4**
Asie	1,2	0,6**
Amérique Europe Maghreb	référence	référence
Durée de résidence en France		
Réside en France depuis moins d'1 an	1,0	1,1
Réside en France depuis 1-4 ans	référence	référence
Réside en France depuis 5 ans et +	2,0***	0,9
Aide pour trouver un logement		
Aucune aide	1,4 *	3,9***
Aide d'une association ou d'un travailleur social	1,7	10,7***
Aide de la famille ou des amis	référence	référence
Deux aides pour trouver un logement	1,5**	3,1***
Non concerné	1,8**	1,3

Note • *** significativité à 99% ; ** significativité à 95% ; * significativité à 90%.

* Autres : squat aménagé, logement de fortune ou dans un espace public.

Lecture • Comparativement aux personnes originaires d'un pays du Maghreb, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne ont une probabilité plus faible d'avoir un logement personnel plutôt que d'être logé chez la famille ou les amis, et une probabilité plus élevée d'être logées en centre d'accueil, foyer d'hébergement ou à l'hôtel, plutôt que d'être logé chez la famille ou les amis.

Champ • Bénéficiaires de l'AME, enquêtés dans un service de consultation externe, un centre conventionné assurance maladie, un centre de soins associatifs, ou hospitalisés, hors patients ayant consulté un médecin généraliste libéral.

Sources • Enquête sur les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins, DREES, 2007.

ENCADRÉ 2

La santé des migrants**État de santé et recours aux soins des migrants en situation régulière**

Une enquête en population générale. Une étude effectuée par l'IRDES à partir des données de l'Enquête décennale santé 2002-2003 de l'INSEE indique que les personnes d'origine étrangère vivant en France se déclarent en moins bonne santé que les Français nés en France (Dourgnon et al., 2008). Si l'influence des conditions de vie explique en partie cette mauvaise santé perçue, on observe en outre des différences d'état de santé selon les pays d'origine : les personnes originaires des pays les plus riches et celles originaires des pays les plus pauvres déclarent un meilleur état de santé que celles originaires de pays de développement moyen. Ces populations recourent moins à la médecine de ville (médecins généralistes ou spécialistes) que le reste de la population française (Dourgnon et al., 2009). Ce constat s'explique davantage par la situation sociale défavorisée des immigrés que par des différences d'âge, de sexe ou d'état de santé.

Une enquête spécifique. L'exploitation de l'enquête sur le passage à la retraite des immigrés, réalisée en 2003 par la CNAV et l'INSEE auprès de 6 000 personnes immigrées âgées de 45 à 70 ans, aboutit à des résultats proches : « Globalement, la comparaison avec l'ensemble de la population indique un état de santé moins favorable pour les immigrés » (Attias-Donfut et Tesier, 2005). Toutefois, cette différence est attribuée principalement aux conséquences du travail professionnel sur la santé des hommes et des femmes. « Accidents du travail, maladies professionnelles, usure au travail touchent surtout les ouvriers et les femmes employées dans les services aux particuliers. Le poids déterminant du niveau d'éducation et du niveau de vie sur la santé, bien établi dans les recherches sur la santé, se confirme ici et explique en grande partie la variabilité observée. » L'étude souligne également « une légère influence du pays d'origine, après contrôle des facteurs socio-économiques, les ressortissants d'Europe du Nord et d'Afrique subsaharienne (les hommes plus que les femmes) se distinguant par une meilleure santé, objective et subjective ». Concernant le recours aux soins, la consommation médicale et l'accès aux soins des immigrés n'apparaissent pas inférieurs à la moyenne, mais le recours aux médecins spécialistes est plus faible.

Les pathologies des migrants en situation régulière relevées lors de visite médicale de prévention

Chaque personne qui arrive pour la première fois sur le territoire (« primo-migrante ») passe obligatoirement un bilan de santé organisé par l'Office français de l'intégration et de l'immigration (OFII). Ce bilan englobe une visite médicale et des examens de dépistages ciblés (cliché thoracique, Tubertest pour les moins de 15 ans, mesure de l'IMC, glycémie capillaire).

Des travaux sont effectués chaque année, à partir d'un échantillon de près de 9 000 visites une semaine donnée en mai et novembre, sur un volume annuel de 200 000 primo-migrants.

Pour 2008, 16,4 % de ces primo-migrants sont malades et les résultats indiquent « un état de santé globalement médiocre, avec principalement des maladies cardiovasculaires et surtout des découvertes d'intolérance au sucre (diabète et pré-diabète méconnu dans 80 % des cas dépistés) » (Kern et Wluczka, 2008). La mesure de l'indice de masse

ENCADRÉ 2 (SUITE)

La santé des migrants

corporelle révèle une prévalence du surpoids inquiétante, notamment chez les femmes. Selon l'origine du pays de naissance, les personnes souffrent de pathologies en plus ou moins grande proportion, les Africains étant les plus touchés à ce niveau, quelle que soit la maladie.

Sur l'ensemble des dossiers correctement renseignés, le paludisme est la pathologie la plus fréquente (7,5%), suivie des maladies cardiovasculaires y compris l'hypertension (4,3%) et des problèmes dermatologiques (4%).

Les motifs de recours aux soins observés sur les personnes accueillies dans les centres de santé des associations humanitaires Médecins du monde et le Comède

Parmi les exilés reçus au centre de santé du Comité médical pour les exilés (Comède, 2009), les trois grands groupes pathologiques observés tiennent à la fois aux persécutions et à l'épidémiologie des pays d'origine : pathologies traumatiques graves (25 %, essentiellement des psychotraumatismes), maladies infectieuses et parasitaires (29 %), autres affections chroniques et risques médicaux graves (46 %).

33 000 consultations médicales ont été dispensées dans les 21 centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de médecins du monde en 2008. Les motifs de recours aux soins sont dominés par les troubles respiratoires, ostéoarticulaires, digestifs et psychologiques (Médecins du monde, 2009).

ENCADRÉ 3

Méthodologie et limites de l'enquête

La conception de l'enquête a été réalisée grâce à la collaboration d'un groupe de travail réunissant :

- une coordonnatrice nationale des missions France de Médecins du monde, un médecin et un travailleur social du Comède (Comité médical pour les exilés) ;
- un médecin exerçant dans un centre de soins conventionné avec l'assurance maladie ;
- un médecin et une assistante de service social de la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) de l'hôpital Saint-Louis ;
- des chercheurs de l'INSERM (Pierre Chauvin et Isabelle Parizot) et de l'INED (Emmanuelle Cambois).

Les bénéficiaires de l'AME constituent une population peu nombreuse et concentrée géographiquement. Elle est difficile à atteindre en raison de la précarité de son logement et de l'irrégularité de son séjour, ce qui exclut une collecte à domicile. Le choix a été fait d'effectuer l'enquête auprès des bénéficiaires de l'AME lors d'un contact avec le dispositif de soins et dans les structures de soins les plus fréquentées par cette population.

L'enquête concerne les bénéficiaires effectifs et potentiels de l'AME, en contact avec le système de soins dans trois départements d'Île-de-France : Paris, la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne. Ces trois départements concentrent en effet 60 % des bénéficiaires de l'AME métropolitains. La collecte s'est déroulée sur deux semaines entre janvier et mars 2007 dans chacune des structures de soins enquêtées (services de consultations externes et d'hospitalisation, centres conventionnés avec l'assurance maladie, centres de soins associatifs) et durant un mois auprès des médecins généralistes libéraux ayant effectué au moins 500 consultations pour des bénéficiaires de l'AME dans l'année.

Cette enquête a recueilli des données concernant 1 236 personnes, dont 92 % sont couvertes par l'AME.

En raison du protocole utilisé, qui introduit des biais de sélection, cette enquête n'est pas représentative de l'ensemble des bénéficiaires de l'AME, mais de ceux d'Île-de-France en contact avec une structure de soins ou un généraliste libéral. Parmi les biais de sélection, figurent en particulier la désignation des services de consultations les plus fréquentés et la probabilité plus élevée d'être enquêtée pour les personnes dont le recours est plus fréquent. Enfin, la probabilité d'accepter de participer à l'enquête peut varier selon les caractéristiques de la personne et notamment l'origine géographique.

41 % des personnes ont été interrogées lors d'une consultation à l'hôpital, 26 % dans un centre conventionné avec l'assurance maladie, 12 % dans un centre de soins associatif et 10 % ont été interrogées au moment d'une hospitalisation.

Dans ces structures de soins, l'enquête comportait deux volets :

- un questionnaire posé à la personne par un enquêteur et concernant ses caractéristiques sociodémographiques, son état de santé, son recours aux soins ;
- un questionnaire concernant la consultation ou l'hospitalisation, transmis par la personne enquêtée elle-même au médecin et rempli par lui.

Pour les 11 % de patients consultant un médecin généraliste libéral, le médecin remplissait également la partie du questionnaire concernant le patient. En conséquence, la collecte s'est limitée aux grandes caractéristiques sociodémographiques à partir d'informations que le médecin connaissait. En revanche, les questions plus détaillées sur les conditions d'existence, l'état de santé perçu et le renoncement aux soins n'ont pu être posées.

Tous les médecins n'ont pas rempli le volet médical : les trois quarts des questionnaires patients ont un volet médical complet (910 sur 1 236). Enfin, il était demandé aux médecins d'indiquer le motif de consultation ou d'hospitalisation en le codant selon une classification. Ce motif n'a été fourni que pour six questionnaires patients sur dix.

ENCADRÉ 3 (SUITE)

Méthodologie et limites de l'enquête

Bilan de la collecte

	Nombre de structures participant	Nombre de questionnaires		
		Patients	Médecins	Avec diagnostic
Hôpitaux	17	632	421	341
Consultations externes		504	319	252
Hospitalisation		128	102	89
Centres conventionnés assurance maladie	10	318	212	117
Centres de soins associatifs	3	144	135	115
Bénéficiaires		35	28	26
Bénéficiaires potentiels		109	107	89
Médecins généralistes libéraux	15	142	142	124
Ensemble		1236	910	697

Les questions utilisées pour mesurer le réseau d'aide

Ces questions n'ont pas été posées aux bénéficiaires de l'AME ayant consulté un médecin généraliste libéral, qui n'ont pas été interrogés directement lors de l'enquête.

Pour vous aider à trouver du travail, pouvez-vous avoir de l'aide...

	OUI	NON	(Non concerné)	(NSP/Ne veut pas dire)
des membres de votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des amis, des voisins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des assistantes sociales, le centre social de la mairie ou des associations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour vous aider à trouver un logement, pouvez-vous avoir de l'aide...

	OUI	NON	(Non concerné)	(NSP/Ne veut pas dire)
des membres de votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des amis, des collègues, des voisins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des assistantes sociales, un centre social de la mairie ou des associations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour vous aider financièrement ou matériellement en vous donnant de la nourriture, des vêtements ou autre chose, pouvez-vous avoir de l'aide...

	OUI	NON	(Non concerné)	(NSP/Ne veut pas dire)
des membres de votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des amis, des collègues, des voisins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des assistantes sociales, un centre social de la mairie ou des associations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour vous aider dans vos démarches administratives ou de soins que ce soit pour vous accompagner, vous traduire des choses, vous conseiller ou vous orienter, pouvez-vous avoir de l'aide...

	OUI	NON	(Non concerné)	(NSP/Ne veut pas dire)
des membres de votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des amis, des collègues, des voisins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des assistantes sociales, un centre social de la mairie ou des associations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La probabilité de travailler (au moment de l'enquête ou antérieurement) est cinq fois plus élevée pour les personnes qui peuvent compter sur la famille ou des amis pour trouver un travail, que pour celles qui ne peuvent compter sur personne (tableau 5). Cette probabilité augmente avec la durée de résidence en France. Par rapport aux personnes originaires du Maghreb, la probabilité de travailler ou d'avoir travaillé est plus élevée pour les personnes originaires d'Asie, mais moins élevée pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne. Avoir été scolarisé au-delà de l'école primaire (12 ans et plus) augmente la probabilité d'occuper un emploi, mais cette probabilité ne s'élève pas davantage quand cette scolarité s'est poursuivie au-delà de 20 ans, en raison sans doute du faible niveau de qualification des emplois occupés. La probabilité de travailler est plus élevée pour les bénéficiaires de l'AME qui ont laissé des enfants dans leur pays d'origine, certains ayant probablement migré pour subvenir aux besoins de leur famille restée dans leur pays d'origine. Les personnes interrogées sont aussi plus proches du marché du travail quand elles vivent seules avec enfants, contrairement à ce que l'on observe en population générale où les familles monoparentales sont plus souvent inactives. Pour leur travail, plus encore que pour leurs conditions de logement, l'aide que les bénéficiaires de l'AME peuvent recevoir en provenance du réseau familial ou amical apparaît déterminante. L'enquête ne permet pas en revanche d'appréhender les contreparties éventuelles de cette aide : l'insertion dans un réseau familial et social peut être un soutien mais aussi une contrainte pour le bénéficiaire.

Un fort soutien familial est associé à un meilleur état de santé

Le réseau d'entraide sur lequel peuvent s'appuyer les bénéficiaires de l'AME conditionne directement leurs modalités d'existence et a des répercussions sur la manière dont ils perçoivent leur état de santé. Par ailleurs, l'accès aux soins nécessite d'avoir des connaissances minimales sur le système de santé, ses structures et leurs règles de fonctionnement. Là encore, le réseau

TABLEAU 5

Probabilité de travailler ou d'avoir travaillé en France (odds ratio)

Sexe	
Femme	0,3***
Homme	référence
Scolarisation	
Non scolarisé	
Scolarisé 5-11 ans	1,2
Scolarisé 12-19 ans	2,1**
Scolarisé 20 ans et plus	2,5***
Durée de résidence en France	
Réside en France depuis moins de un an	0,4***
Réside en France depuis 1-4 ans	
Réside en France depuis 5 ans et plus	3,1***
Enfant(s) dans pays d'origine	
Pas d'enfants dans pays d'origine ou pas d'enfants	1,5*
Aide pour trouver un travail	
Aucune aide	
Aide associative ou sociale	1,9*
Aide famille ou amis	4,8***
Deux aides	1,4
Vie en couple	
Vit seul	1,5*
Vit seul avec enfant(s)	1,8*
Vit en couple	0,9
Vit avec famille	
	référence
Origine géographique	
Afrique	0,6**
Asie	3,4***
Europe (y compris Turquie)	1,5
Amérique latine	1,4
Maghreb	référence

Note • *** significativité à 99% ; ** significativité à 95% ; * significativité à 90%.

Champ • Bénéficiaires de l'AME, enquêtés dans un service de consultation externe, un centre conventionné assurance maladie, un centre de soins associatifs, ou hospitalisés, hors patients ayant consulté un médecin généraliste libéral.

Sources • Enquête sur les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins, DREES, 2007.

d'aide, en particulier pour effectuer des démarches, peut faciliter le recours aux soins en fournissant un certain nombre d'informations.

La situation irrégulière dans laquelle se trouvent les bénéficiaires de l'AME est constitutive d'un sentiment d'isolement, qui influe négativement sur la perception de l'état de santé. Même si l'on tient compte du fait que les personnes sont interrogées au moment d'un recours aux soins, elles sont nombreuses à se percevoir en mauvaise santé. Deux personnes sur dix qualifient leur état de santé de mauvais ou très mau-

ENCADRÉ 4

État de santé des bénéficiaires de l'AME en contact avec le dispositif de soins

Les résultats présentés sur l'état de santé perçu comme sur les pathologies concernent des bénéficiaires de l'AME en contact avec le dispositif de soins. Ils ne doivent pas être comparés à ceux d'une enquête en population générale.

Malgré leur jeunesse, les patients relevant de l'AME sont nombreux à se percevoir en mauvaise santé. Deux personnes sur dix qualifient leur état de santé de mauvais ou très mauvais³. Quatre sur dix déclarent souffrir d'une ou plusieurs maladies chroniques ou être limitées depuis au moins six mois en raison d'un problème de santé. Cela s'explique en grande partie par le fait qu'elles sont interrogées au moment d'un recours aux soins. Toutefois, la proportion de bénéficiaires qui se perçoivent en mauvaise santé demeure élevée, notamment en ce qui concerne les limitations depuis au moins six mois, dans la mesure où cette population est généralement en bonne santé au moment de la migration (Shaw et al., 1999) : ces résultats suggèrent les effets néfastes des conditions précaires d'existence en France en matière de logement et d'emploi et des difficultés d'accès aux soins (Dourgnon et al., 2008).

	Hommes bénéficiant de l'AME	Femmes bénéficiant de l'AME (hors suivi de grossesse simple)	Femmes bénéficiant de l'AME (suivi de grossesse simple)
État de santé mauvais ou très mauvais	18	20	1
Une ou plusieurs maladies chroniques	43	41	8
Limité depuis au moins 6 mois	42	34	9

Données standardisées sur l'âge.

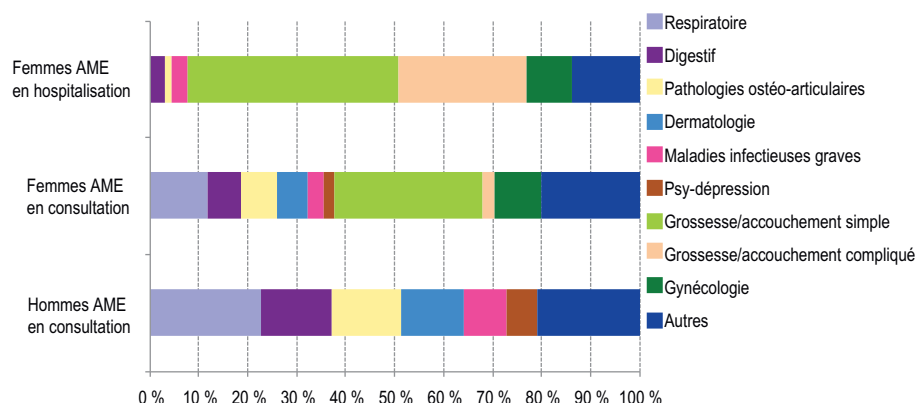
Champ • Bénéficiaires de l'AME, enquêtés dans un service de consultation externe, un centre conventionné assurance maladie, un centre de soins associatif, hors patients hospitalisés et patients ayant consulté un médecin généraliste libéral. Ces données concernent seulement les patients dont le médecin a fourni un diagnostic codé.

Sources • Enquête sur les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins, DREES, 2007.

Lors des consultations, les maladies des voies aériennes ou de la sphère ORL (nez, gorge, oreilles), les troubles du système digestif et les pathologies ostéo-articulaires rassemblent plus de la moitié des diagnostics posés chez les hommes. Les maladies infectieuses graves (hépatites virales, infection au VIH, tuberculose) constituent 9 % des diagnostics, alors que l'incidence de ces pathologies est très faible en population générale⁴. La fréquence des troubles dépressifs ou anxieux (6 % des diagnostics) est à rapprocher des conditions de vie précaires de cette population étrangère : l'isolement est en effet un facteur de risque avéré⁵ (Leroux et Morin, 2006).

Les motifs de consultation et d'hospitalisation sont très différents chez les femmes. En effet, le suivi de grossesse et l'accouchement sont à l'origine de trois consultations sur dix et de sept hospitalisations sur dix. Concernant les hospitalisations, les grossesses à risque et les accouchements complexes sont en outre fréquents (28 % des motifs d'hospitalisation), en lien avec un moins bon suivi de grossesse des populations d'origine étrangère, en particulier africaine (Scheidegger et Vilain, 2007), mais également avec les conditions précaires d'existence.

Répartition des patients en fonction du diagnostic ayant motivé la consultation/l'hospitalisation



Sources • Enquête DREES bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins, 2007.

Lors des consultations, les médecins estiment que 15 % des patients avaient un besoin de soins urgents. Par ailleurs, ils indiquent un retard dans l'accès aux soins pour 5 % des consultants. En hospitalisation, ils indiquent que un patient sur deux a un besoin de soins urgents. Près de la moitié concerne des accouchements ou des suivis de grossesses simples ou compliqués. Un retard dans l'accès aux soins est signalé par le médecin pour 10 % des patients. Il concerne essentiellement les hommes. Les retards engendrés par les obstacles financiers et les refus de soins expliquent sans doute la proportion élevée de besoin de soins urgents, relevée par les médecins. Mais une fois les obstacles d'accès aux soins surmontés, les bénéficiaires de l'AME entrés dans le dispositif de soins semblent bénéficier d'une continuité de suivi. Il apparaît en effet que les patients sont souvent déjà connus de la structure de soins, et qu'un nouveau rendez-vous est prévu à l'issue de la consultation ou de l'hospitalisation.

3. Ces résultats ne concernent ni les personnes consultant un médecin généraliste libéral, ni les personnes hospitalisées, pour lesquelles l'information n'est pas disponible.

4. En population générale, le pourcentage de porteurs chroniques d'antigènes HBs a été estimée à 0,65 % en 2004, le nombre de nouveaux cas par an est très faible (1 pour 100 000 en 2005). Le taux d'incidence des découvertes de séropositivité au VIH en 2006 est de 213 par million d'habitants en Ile-de-France. L'incidence de la tuberculose en Ile-de-France atteint 17,3 pour 100 000 (Source : InVS).

5. En population générale, la prévalence de l'épisode dépressif est supérieure à la moyenne pour les 18-29 ans, mais la plus forte dépressivité s'expliquerait par une situation conjugale moins stable et une situation professionnelle plus précaire.

vais, quatre sur dix déclarent souffrir d'une ou plusieurs maladies chroniques ou être limitées depuis au moins six mois en raison d'un problème de santé (encadré 4). Plusieurs facteurs semblent toutefois atténuer ou, *a contrario*, accentuer ce sentiment. Ainsi, vivre en couple et pouvoir compter sur l'aide de la famille ou les amis dans trois domaines ou plus vont de pair avec une meilleure perception de la santé (tableau 6). À l'inverse, avoir des enfants restés dans le pays d'origine plutôt que des enfants vivant en France ou pas d'enfants est associé à une perception négative de la santé. Par ailleurs, les bénéficiaires de l'AME qui viennent d'Amérique latine ou d'Asie ont plus de chances de se percevoir en bonne ou très bonne santé que ceux originaires du Maghreb.

Le type de service de soins fréquenté par la personne enquêtée constitue une variable de contrôle de l'état de santé perçu. La consultation de gynécologie obstétrique concerne majoritairement des jeunes femmes en bonne santé pour suivi de grossesse. Aussi la probabi-

lité de déclarer un état de santé bon ou très bon est plus élevée dans ces services que dans les services de médecine générale ou dans les spécialités hors gynécologie, dermatologie ou ophtalmologie. De même, déclarer souffrir d'une maladie chronique va de pair avec le sentiment d'être en mauvaise santé. En revanche, l'âge ou le type de logement ne semblent pas avoir d'effet significatif.

Un faible soutien familial est associé à une déclaration plus fréquente de maladie chronique

TABLEAU 6

Probabilité de se déclarer en bonne ou très bonne santé

Vie en couple	
Vit en couple	1,6**
Ne vit pas en couple	référence
Enfant(s) dans pays d'origine	
Pas d'enfant(s) ou pas d'enfant(s) dans pays d'origine	0,6**
	référence
Aide	
Aucune aide ou famille amis	0,7
Aide famille ou amis dans 1 ou 2 domaines	référence
Aide famille ou amis dans 3 ou 4 domaines	1,6**
Situation d'emploi	
Travaille actuellement	1,2
A travaillé antérieurement	référence
N'a jamais travaillé	1,5**
Services de consultation	
Gynécologie-obstétrique	1,8***
Dermatologie ou ophtalmologie	1,4
Autre spécialité	0,6**
Médecine générale	référence
Maladie chronique	
Maladie chronique déclarée	0,2***
Pas de maladie chronique déclarée	référence
Origine géographique	
Afrique	0,9
Europe (y compris Turquie)	0,6
Amérique latine	1,9*
Asie	1,6*
Maghreb	référence

Note • *** significativité à 99% ; ** significativité à 95% ; * significativité à 90%.

Champ • Bénéficiaires de l'AME, enquêtés dans un service de consultation externe, un centre conventionné assurance maladie, un centre de soins associatifs, hors patients hospitalisés et patients ayant consulté un médecin généraliste libéral.

Sources • Enquête sur les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins, DREES, 2007.

TABLEAU 7

Probabilité de déclarer une maladie chronique ou plus (odds ratio)

Service de consultation	
Médecine générale	référence
Gynécologie-obstétrique	0,6***
Dermatologie ou ophtalmologie	1,0
Autre spécialité	2,1***
Âge	
Moins de 30 ans	0,5***
30 ans et plus	référence
Origine géographique	
Afrique	1,9***
Europe y compris Turquie	1,1
Amérique latine	1,0
Asie	0,5**
Maghreb	référence
Durée de résidence en France	
Réside en France depuis moins de un an	2,0***
Réside en France depuis 1-4 ans	1,0
Réside en France depuis 5 ans et plus	référence
Conditions de logement	
Logement personnel	1,00
Logement en centre d'accueil, foyer à l'hôtel ou autres*	0,9
Logé chez la famille, les amis	référence
Aide de la famille ou des amis	
Aucune aide ou dans un seul domaine	1,6***
Aide dans 2 domaines ou 3	référence
Aide dans 4 domaines	0,9

Note • *** significativité à 99% ; ** significativité à 95% ; * significativité à 90%.

Autres : squat, logement de fortune ou dans un espace public.

Champ • Bénéficiaires de l'AME, enquêtés dans un service de consultation externe, un centre conventionné assurance maladie, un centre de soins associatifs, hors patients hospitalisés et patients ayant consulté un médecin généraliste libéral.

Sources • Enquête sur les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins, DREES, 2007.

La probabilité de déclarer une maladie chronique est plus élevée pour les bénéficiaires qui ne peuvent compter sur un soutien familial ou des amis, même dans un seul domaine (tableau 7). Les personnes résidant en France depuis moins de un an sont aussi plus susceptibles de déclarer une maladie chronique. Ce résultat pourrait s'expliquer par un biais de sélection : l'enquête se déroulant dans les lieux de soins, il est possible que les nouveaux arrivants ne consultent qu'en cas de problème de santé sérieux. Enfin, les bénéficiaires originaires d'Afrique déclarent plus fréquemment une maladie chronique que ceux du Maghreb.

L'aide conjuguée de la famille et des associations favorise le recours aux soins

60% des bénéficiaires interrogés dans les services de consultation externes, les centres de soins conventionnés avec l'assurance maladie et les centres de soins associatifs avaient consulté un médecin au cours du dernier mois précédant la consultation du jour de l'enquête. La combinaison du réseau familial et associatif pour l'accompagnement dans les démarches ou les formalités augmente significativement la probabilité d'avoir consulté un médecin au cours du dernier mois. Isolée, chacune de ces aides ne suffit pas à favoriser le recours au médecin (tableau 8). Par ailleurs, la probabilité d'avoir consulté un médecin est plus élevée pour les bénéficiaires originaires d'un pays d'Amérique latine et les personnes qui ont laissé des enfants dans leur pays d'origine et elle est plus faible pour les hommes que pour les femmes. En revanche, l'âge, le mode de vie, ou l'ancienneté de la migration ne semblent pas avoir d'effet significatif.

Conclusion

Les conditions de logement ou de travail des bénéficiaires de l'AME apparaissent fortement déterminées par l'existence d'un réseau d'aide familial ou amical. Celui-ci favorise l'accès à un réseau d'une autre nature, en provenance du milieu associatif ou social. Si ce

TABLEAU 8

Probabilité d'avoir consulté un médecin au cours des 30 derniers jours précédant la consultation du jour de l'enquête

Sexe	
Homme	0,6**
Femme	référence
Pas d'enfant ou pas d'enfants(s) dans pays d'origine	
Enfant(s) dans pays d'origine	1,8***
Pas d'enfant ou pas d'enfants(s) dans pays d'origine	référence
Aide pour effectuer des démarches	
Aucune aide pour les démarches	référence
Aide associative ou sociale pour les démarches	1,0
Aide famille amis pour les démarches	1,3
Aide associative ou sociale et famille ou amis pour les démarches	2,2***
Origine géographique	
Afrique	0,9
Europe y compris Turquie	0,8
Amérique latine	2,0*
Asie	0,9
Maghreb	référence
Type de consultations	
Consultation externe hospitalière	référence
Centre conventionné avec l'assurance maladie	0,5***
Centre de soins associatif	1,2
Service de consultation	
Gynéco obstétrique	3,6***
Dermatologie ou ophtalmologie	1,5
Autre spécialité	1,5*
Médecine générale	référence
Maladie chronique	
Sans maladie chronique déclarée	référence
Avec maladie chronique déclarée	2,0***

Note • *** significativité à 99% ; ** significativité à 95% ; * significativité à 90%.

Champ • Bénéficiaires de l'AME, enquêtés dans un service de consultation externe, un centre conventionné assurance maladie, un centre de soins associatifs, hors patients hospitalisés et patients ayant consulté un médecin généraliste libéral.

Sources • Enquête sur les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins, DREES, 2007.

dernier s'adresse davantage aux personnes isolées, il apporte également un soutien à ceux qui sont déjà pourvus d'un solide réseau familial. Le réseau associatif apparaît ainsi complémentaire du réseau familial ou amical. Les personnes qui disposent d'un solide réseau d'aide familial ou amical se déclarent plus souvent en bonne ou très bonne santé. Cependant, l'aide apportée par la famille ou les amis pour effectuer des démarches ne suffit pas pour favoriser le recours au soin, elle doit être complétée par l'aide d'origine associative ou sociale.

Bibliographie

- Attias-Donfut C. et Tessier P., 2005, « Santé et vieillissement des immigrés », *Retraites et société*, n° 46, p 89-129.
- Boisguérin B. et Haury B., 2008, « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », *Études et Résultats*, DREES, n° 645, juillet.
- Chauvin P. et Parizot I., 2005, « Introduction. Les déterminants sociaux de la santé : une approche pluridisciplinaire », in Chauvin P., Parizot I., *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, INSERM.
- Comité médical pour les exilés (Comede), 2009, *La santé des exilés, rapport d'activité et d'observation 2008*.
- Dourgnon P., Jusot F., Sermet C. et Silva J., 2009, « Le recours aux soins des immigrés en France », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 146, septembre.
- Dourgnon P., Jusot F., Sermet C. et Silva J., 2008, « La santé perçue des immigrés en France », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 133, juillet.
- Gissler E., Azoulay J., Havard H., Sourlas P., Chambaud L., Corlay D., 2007, *La gestion de l'aide médicale d'État : mission d'audit de modernisation*, La Documentation française.
- Kern T. et Wluczka M., 2008, « La santé des primo-migrants en 2008. Étude réalisée à partir des enquêtes semaine données », Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations (http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Organismes/ANAEM/Publications/2008/Sante_Primo-migrants_2007.pdf).
- Leroux I. et Morin Th., 2006, « Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale », *Études et Résultats*, DREES, n° 545, décembre.
- Médecins du monde, 2009, *Rapport 2008 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de médecins du monde*, octobre.
- Shaw M., Dorling D. et Smith G.D., 1999, « Poverty, social exclusion and minorities », in Marmot M. and Wilkinson R.G., *Social Determinants of Health*, second edition 2006, Oxford University Press.
- Scheidegger S. et Vilain A., 2007, « Disparités sociales et surveillance de grossesse », *Études et Résultats*, DREES, n° 552, janvier.

DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ

Directrice de publication : Anne-Marie Brocas

Secrétariat de rédaction : Carmela Riposa

Mise en page : La Souris

ISSN : 1958-587X
