



Erétudes et Résultats

N° 645 • juillet 2008

Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins

L'enquête effectuée au premier trimestre 2007 en Île-de-France fournit des éléments de connaissance sur les conditions d'existence, l'état de santé et le recours aux soins des bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME) en contact avec le système de soins. Il s'agit d'une population composée à 70 % de jeunes adultes âgés de 20 à 39 ans, ayant un niveau scolaire élevé et dont la majorité réside en France depuis moins de cinq ans. Soumis à des conditions d'existence précaires, les bénéficiaires de l'AME sont nombreux à percevoir leur état de santé comme dégradé. Leur renoncement à des soins de base pour des raisons financières et le refus des professionnels de santé témoignent des obstacles qu'ils ont dû affronter avant d'accéder aux soins.

Ces difficultés surmontées, les bénéficiaires de l'AME entrés dans le dispositif semblent bénéficier d'une continuité de suivi. Toutefois, 15 % des patients vus en consultation et la moitié des patients hospitalisés avaient, selon les médecins, un besoin de soins urgents.

Bénédicte BOISGUÉRIN et Brigitte HAURY

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité
Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique

DÉPUIS 2000, l'aide médicale de l'état (AME) permet, sous conditions de ressources, un accès aux soins à des personnes en situation irrégulière, résidant en France (encadré 1). Si le nombre de bénéficiaires (190 000 au 31 décembre 2006), leur sexe et âge, ainsi que leur consommation médicale sont connus, on ne sait rien en revanche de leurs conditions d'existence, de leur état de santé et des modalités de leur recours aux soins. C'est pourquoi, la DREES a réalisé en 2007 une enquête auprès de bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins en Île-de-France, région qui concentre les trois quarts des bénéficiaires. Les difficultés à entrer en contact avec cette population ont justifié un protocole particulier (encadré 2). De ce fait, les résultats de cette enquête ne sont pas représentatifs de la population bénéficiaire de l'AME dans son ensemble, mais des bénéficiaires ayant recours aux soins dans les structures enquêtées et ayant

accepté de répondre. De plus, en raison de modalités de collecte simplifiées pour les bénéficiaires de l'AME consultant un médecin généraliste libéral, une partie des résultats présentés se limite aux bénéficiaires consultant dans une structure de soins. L'encadré 3 présente des résultats synthétiques sur les bénéficiaires potentiels.

Une population enquêtée jeune et plutôt éduquée

Compte tenu du protocole retenu pour cette enquête, les femmes sont surreprésentées (66 % des enquêtés contre 50 % des bénéficiaires de l'AME¹) car elles consultent majoritairement pour un suivi de grossesse ou un accouchement. En revanche, la population en contact avec le système de soins a les mêmes caractéristiques en termes d'âge que l'ensemble des bénéficiaires de l'AME, et se compose à 70 % de jeunes adultes âgés de 20 à 39 ans (tableau 1).

Un bénéficiaire de l'AME enquêté sur deux est originaire d'Afrique, hors Maghreb, un sur

ENCADRÉ 1

Conditions d'admission et accès à l'AME

L'AME est accordée pour un an renouvelable.

Trois conditions sont nécessaires pour en bénéficier :

- justifier de son identité ;
- résider en France de façon stable depuis plus de trois mois¹, mais en situation irrégulière ;
- avoir des ressources inférieures à un plafond fixé selon la composition du foyer.

Le plafond de ressources requis est identique à celui permettant de bénéficier de la CMU complémentaire : un revenu mensuel de 598 euros pour une personne seule au cours des douze derniers mois. Il comprend l'ensemble des ressources perçues en France ou à l'étranger pour chaque membre du foyer.

Pour bénéficier de l'AME, il est nécessaire de déposer une demande auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie comportant un formulaire et des justificatifs.

L'accès à l'AME d'après l'enquête

Plus de la moitié des bénéficiaires de l'AME interrogés ont été informés de son existence par des proches (amis ou famille) et 30 % dans un lieu de soins.

Pour près de huit personnes sur dix le délai d'obtention de l'attestation AME a été inférieur à trois mois ; 15 % des bénéficiaires ont été retardés pour l'obtenir en raison d'un justificatif à fournir concernant généralement les trois mois de résidence en France ou celui de domicile (respectivement dans 5 % des cas). Le défaut de justificatif de l'identité de la personne est plus rarement cité (2 % des cas). La moitié des personnes ayant dû attendre six mois ou plus pour obtenir leur attestation d'AME ont été retardées en raison d'un justificatif à fournir.

1. La condition d'une résidence ininterrompue d'au moins trois mois a été introduite fin 2003, par la loi de finances rectificative.

À noter :

Dans le texte, le sigle (#) indique que certains résultats ne concernent pas les bénéficiaires de l'AME consultant un médecin généraliste libéral.

1. Au 31 décembre 2006 (sources : CNAMTS).

■ TABLEAU 1

Caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires de l'AME en contact avec une structure de soins ou un médecin généraliste libéral

	En %		
	Homme	Femme	Ensemble(*)
Âge			
18 à 19 ans	1	1	1
20 à 29	23	37	32
30 à 39	38	36	37
40 à 49	25	17	20
50 et plus	14	9	10
Nationalité			
Maghreb	21	20	21
Afrique subsaharienne	44	43	43
Autres nationalités d'Afrique	9	7	8
Europe	5	6	5
Turquie	1	1	1
Sud-Est asiatique	0	0	0
Autres nationalités d'Asie	18	17	17
Natio. d'Amérique et d'Océanie	2	7	5
Durée de résidence en France			
Moins de 1 an	7	13	11
1 an	11	10	11
2 ans	12	16	14
3-4 ans	22	25	24
5-9 ans	36	31	32
10 ans ou plus	11	5	7
Mode de vie			
Seul	44	17	26
Seul avec enfants	1	8	6
En couple avec ou sans enfant	22	45	37
Avec famille, amis, avec ou sans enfants	32	29	30
A au moins un enfant en France	19	44	36
A au moins un enfant dans le pays d'origine	39	30	33
Type de logement (**)			
Logement à son nom	13	25	21
Logement amis, famille	61	62	62
Centre, foyer, hôtel	22	10	14
Autre	5	3	3
Emploi (**)			
Travaille actuellement	41	25	30
A travaillé antérieurement	42	33	36
N'a jamais travaillé en France	18	42	34
Âge de fin d'études (**)			
Non réponse	4	2	3
Non scolarisé	11	11	11
5-11 ans	9	5	7
12-19 ans	45	54	51
20 ans et plus	32	28	29

(*) La proportion d'hommes est de 34 %.

(**) Résultats non disponibles pour les patients ayant consulté un médecin généraliste libéral.

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

cinq d'un pays du Maghreb et 17 % d'un pays d'Asie². Cette répartition est évidemment influencée par la probabilité d'avoir recours à des soins, mais encore de répondre à une enquête, probabilités qui peuvent varier d'une nationalité à l'autre. La faible représentation des personnes originaires de pays d'Asie dans l'échantillon enquêté est à cet égard sans doute liée en partie à ce biais de collecte.

Six personnes interrogées sur dix résident en France depuis moins de cinq ans. Toutefois, un tiers déclarent une durée de séjour comprise entre 5 et 9 ans et 7 % d'au moins 10 ans³. Les hommes résident en France depuis plus longtemps que les femmes (tableau 1).

Le niveau scolaire des bénéficiaires de l'AME approché à partir de l'âge de fin d'études apparaît relativement élevé pour les hommes, comme pour les femmes (#). L'âge de fin d'études déclaré correspond à un niveau scolaire du secondaire pour une personne sur deux, et à des études supérieures pour trois personnes sur dix. Seulement 17 % de personnes n'ont jamais été scolarisées ou seulement jusqu'à 12 ans, et 30 % ont suivi des études au-delà de 20 ans. Les personnes enquêtées sont par ailleurs généralement insérées sur le marché du travail, et ce d'autant plus que leur durée de résidence en France est importante : près de huit hommes et six femmes sur dix travaillent ou ont travaillé en France (#). Les domaines d'emploi sont principalement 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.

Sentiment d'isolement et conditions de vie précaires, plus encore pour les hommes que pour les femmes

Les conditions de la migration sont très différentes pour les hommes et les femmes. Les femmes migrent plus souvent avec un

2. Par comparaison, les nouveaux bénéficiaires d'un titre de séjour, hors ressortissants de l'Union européenne, sont majoritairement originaires du Maghreb (44 %) et, dans une moindre mesure, du reste de l'Afrique (27 %) [Bègue, 2007].

3. Cette durée peut correspondre à la somme de durées de séjours en situation régulière puis irrégulière. En cas d'allers-retours répétés de la personne entre son pays d'origine et la France, cette durée correspond à la durée de résidence en France depuis sa dernière arrivée.

conjoint ou pour le rejoindre. Leurs conditions de vie en France s'en ressentent⁴. Les femmes interrogées vivent rarement seules (17 % versus 44 % des hommes) et sont le plus souvent en couple avec ou sans enfant (45 % versus 22 % des hommes). Elles ont également plus souvent des enfants. Au total, 50 % des hommes et 62 % des femmes ont des enfants qui vivent en France ou dans leur pays d'origine. La part des personnes ayant des enfants présents en France augmente également avec la durée de résidence, notamment pour les femmes.

Pour les hommes comme pour les femmes, le logement chez des amis ou de la famille prédomine (plus de six personnes sur dix) et rares sont ceux qui disposent d'un logement personnel (#). Les hommes sont plus souvent que les femmes logés en centre d'accueil, foyer ou hôtel (près de deux sur dix). Le logement chez des amis ou de la famille étant répandu, la cohabitation avec un nombre important de personnes est fréquente : 29 % des bénéficiaires de l'AME interrogés cohabitent avec au moins quatre personnes. De plus, les trois quarts des personnes vivent dans un logement ne comportant qu'une ou deux pièces pour dormir (chambre ou pièce utilisée à dormir)⁵.

55 % des hommes et 43 % des femmes déclarent se sentir très ou plutôt seuls (#). Le sentiment d'isolement est évidemment étroitement lié au mode de vie : un quart des personnes vivant en couple avec des enfants se sentent isolées contre deux tiers pour celles qui vivent seules. Les personnes ayant des enfants résidant en France sont aussi moins nombreuses à ressentir cet isolement (30 % des femmes et 39 % des hommes). Lorsqu'elles ont des enfants dans leur pays d'origine, elles sont au contraire plus nombreuses à se sentir très seules ou plutôt seules (51 % des femmes et 57 % des hommes). Ce sentiment d'isolement affecte 75 % des personnes, au demeurant peu nombreuses, ne pouvant compter sur aucun soutien familial ou amical.

Seules 10 % des personnes interrogées déclarent ne pouvoir compter sur aucun soutien familial ou amical (#). La possibilité de recevoir une aide de la part d'un réseau familial, amical, social ou associatif apparaît assez importante. Les trois quarts des personnes l'indiquent pour une aide matérielle ou financière et pour

des démarches, 60 % pour la recherche d'un travail ou d'un logement (tableau 2). Dans la majorité des cas, le réseau de soutien se limite à la famille ou aux amis. L'aide est complétée, de façon moins fréquente, par un appui social ou associatif pour les démarches notamment.

ENCADRÉ 2

Méthodologie et limites de l'enquête

L'enquête effectuée par la DREES 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 enquêtées 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 enquêtées 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.

Bilan de collecte

	Nombre de structures participant	Nombre de questionnaires		
		Patients	Médecins	Médecins avec un diagnostic codé selon l'ICPC(*)
Hôpitaux	17	632	421	341
• consultations externes		504	319	252
• hospitalisation		128	102	89
Centres conventionnés assurance	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		1 236	910	697

(*) International Classification of Primary Care (Classification internationale de soins primaires), version II.

4. Voir par exemple Marilynne Bègue, 2007.

5. Ne concerne pas les personnes vivant dans un logement de fortune ou dans un espace public.

En consultation, un patient sur cinq se considère en mauvaise ou très mauvaise santé

L'état de santé des personnes interrogées est mesuré par les trois questions du mini-module européen utilisé dans de nombreuses enquêtes. Elles concernent l'état de santé perçu par la personne, l'existence de mala-

dies chroniques et la limitation d'activité en raison d'un problème de santé. Ces dimensions de l'état de santé étant fortement influencées par l'âge, les données ont été standardisées sur l'âge⁶. Hors suivi de grossesse et à tranche d'âge équivalente, les écarts entre hommes et femmes sont faibles. Deux personnes sur dix qua-

lifient leur état de santé de mauvais ou très mauvais⁷ (tableau 3). 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. Ainsi, malgré leur jeunesse, les patients relevant de l'AME sont nombreux à percevoir leur état de santé comme dégradé. Cela s'explique certes en grande partie par le fait qu'ils sont enquêtés au moment d'un recours aux soins. Toutefois, les niveaux élevés d'une mauvaise perception de leur état de santé, notamment en ce qui concerne les limitations depuis au moins six mois, s'agissant d'une population généralement en bonne santé au moment de la migration⁸, suggèrent également une influence des effets néfastes de la migration liés aux conditions précaires d'existence en France en matière de logement et d'emploi et des difficultés d'accès aux soins [Dourgnon *et al.*, 2007].

Un renoncement aux soins de base souvent pour des raisons financières...

Un bénéficiaire de l'AME sur quatre déclare avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois (#). C'est moins souvent le cas pour les femmes que pour les hommes interrogés (21 % versus 38 %). Le renoncement est avant tout motivé par des raisons financières⁹ ou lié au fait que les personnes ont d'autres priorités, comme le logement ou l'alimentation. 4 % des personnes n'ont pas eu recours à des soins par peur des contrôles de police et méconnaissance du système de soins (elles ne savaient pas à qui s'adresser).

Le renoncement pour raison financière au cours des 12 derniers mois est plus fréquent pour les hommes que pour les femmes, à tranche d'âge équivalente. Il concerne essentiellement des soins de premier recours : médecin, médicaments et examens médicaux, alors qu'en population générale, il concerne majoritairement les soins dentaires et l'optique, les médicaments représentant à peine 5 % des renoncements (tableau 4) [Allonier *et al.*, 2008].

6. Les données standardisées résultent de calculs effectués avec la même structure d'âge pour les différents groupes à comparer.

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

8. Cf. Shaw *et al.*, 1999, pour une analyse de l'effet de sélection des migrants sur l'état de santé.

9. Le renoncement aux soins pour raisons financières dans les 12 derniers mois pour les bénéficiaires de l'AME intervient probablement, en grande partie, pendant la période précédant l'accès à l'AME, qui est accordée pour un an.

■ TABLEAU 2

Personnes pouvant compter sur au moins une aide

En %

	Au moins une aide	Provenance de l'aide	
		Famille et amis seulement	Famille, amis et travailleurs sociaux ou associations
Pour trouver un travail	61	40	16
Pour trouver un logement	60	35	17
Aide financière ou matérielle	77	47	22
Démarches	75	32	31

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

■ TABLEAU 3

État de santé perçu

En %

	Hommes bénéficiant de l'AME	Femmes bénéficiant de l'AME	
		hors suivi de grossesse simple	avec 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

Note • 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 associatifs, **hors patients ayant consulté un médecin généraliste libéral** et personnes hospitalisées. Ces données concernent seulement les patients dont le médecin a fourni un diagnostic codé.

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

■ TABLEAU 4

Renoncement aux soins dans les 12 derniers mois pour raisons financières

En %

	Bénéficiaires de l'AME		Population générale avec CMU		Population générale avec couverture complémentaire privée	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Renoncement total	32	19	14	19	12	16
Renoncement aux consultations médicales	22	12	3	4	2	4
Renoncement aux médicaments	7	4	0	1	0	0
Renoncement aux examens médicaux	12	7	1	1	0	1

Note • Données standardisées sur l'âge

Champ • Bénéficiaires de l'AME, consultant 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 DREES bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins, 2007.

... et des refus de soins fréquents

Plus d'un bénéficiaire de l'AME sur trois a expérimenté un refus de la part d'un professionnel de santé, le plus souvent un médecin ou un pharmacien (#). À titre de comparaison, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire sont 15 % à déclarer être dans ce cas¹⁰. Ces refus de soins déclarés apparaissent cependant de nature différente puisqu'ils émanent essentiellement de médecins et pharmaciens, alors que les refus signalés par les bénéficiaires de la CMU proviennent majoritairement de dentistes et médecins spécialistes (tableau 5).

Des motifs de recours aux soins différents entre hommes et femmes...

En consultation, les maladies des voies aériennes ou de la sphère ORL, les troubles du système digestif et les pathologies ostéo-articulaires rassemblent plus de la moitié des diagnostics posés chez les hommes (graphique 1). Les maladies infectieuses graves (hépatites virales, infection au VIH, tuberculose) constituent 9 % des diagnostics, alors même que l'incidence de ces pathologies est très faible en population générale¹¹. 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 avéré¹² [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 recours sur dix à la consultation et de sept sur dix à l'hospitalisation. En hospitalisation, la fréquence des grossesses à risque et des accouchements complexes est en outre élevée (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.

... et un besoin de soins urgents

En consultation, 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 (tableau 6). En hospitalisation, le besoin de soins urgents est relevé pour un patient sur deux. 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 essentiel-

lement 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, relevé par les médecins.

Des patients souvent connus de la structure de soins

En consultation, sept personnes sur dix étaient déjà connues de la structure de soins, et plus encore parmi les consultants de médecins généralistes libéraux. En hospitalisation, six patients sur dix étaient

■ TABLEAU 5

Expérience d'un refus de soin de la part d'un professionnel de santé

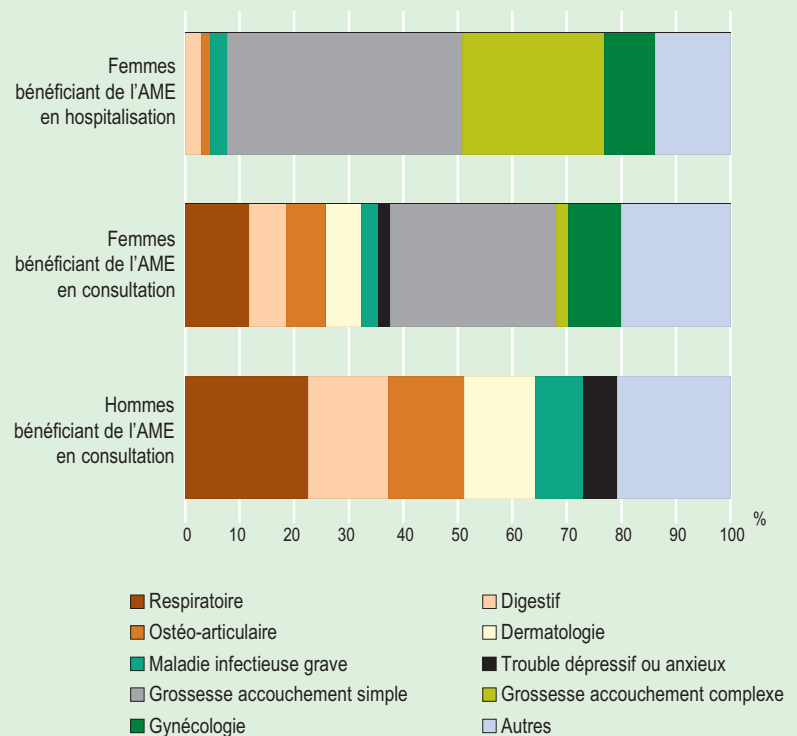
	En %				
	Refus par un professionnel de santé	Médecin	Pharmacien	Dentiste	Autre
Consultants	38	18	17	12	2
Hospitalisés	36	16	16	12	10

Champ • Bénéficiaires de l'AME, consultant 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 DREES bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins, 2007.

■ GRAPHIQUE 1

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



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

10. En 2003, 15 % des bénéficiaires de la CMU interrogés déclaraient qu'il leur était arrivé dans les 12 derniers mois qu'un médecin ou un autre professionnel de santé refuse de les revoir ou de les recevoir, parce qu'ils étaient bénéficiaires de la CMU [Boisguérin, 2004].

11. En population générale, le pourcentage de porteurs chroniques d'antigènes HBs a été estimé à 0,65 % en 2004, le nombre de nouveaux cas par an est très faible, estimé à 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 Île-de-France. L'incidence de la tuberculose en Île-de-France atteint 17,3 pour 100 000 (sources : InVS).

12. 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.

■ TABLEAU 6

Avis médical, prescriptions et orientation des patients suivis en consultation et hospitalisés

	Patients suivis en consultation		Patients hospitalisés	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Patients connus de la structure ou du service	72	80	48	68
Suivi antérieur à l'hospitalisation				
Consultation externe			43	57
Médecine de ville			18	22
Aucun			29	25
Non réponse			18	15
Pour lesquels le médecin a indiqué un besoin de soins urgent (*)	18	14	75	44
Accouchements				48
Hors accouchements			75	39
Ayant un autre problème de santé que celui ayant motivé la consultation ou l'hospitalisation	27	19	22	18
Pour lesquels le médecin a indiqué un retard dans l'accès aux soins	7	4	29	3
Prescriptions				
Examens complémentaires	41	54		
<i>dont examens biologiques</i>	28	43		
Médicaments	72	64		
Orientation à l'issue de la consultation ou de l'hospitalisation				
Nouvelle consultation dans cette structure	52	67		
Nouvelle consultation à l'hôpital			82	57
Nouvelle consultation dans une autre structure	13	11		
Hospitalisation	4	3		
Orientation vers une autre structure			21	26
Aucune orientation			4	14
Non réponse			7	9

(*) non compris les bénéficiaires de l'AME consultant un médecin généraliste libéral

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

■ ENCADRÉ 3

Les bénéficiaires potentiels de l'AME

Les bénéficiaires potentiels de l'AME dans l'enquête devaient remplir trois critères pour y participer :

- être de nationalité étrangère en dehors de l'espace économique européen ;
- ne pas avoir de titre de séjour permettant de bénéficier de la CMU complémentaire ;
- résider en France depuis trois mois au moins.

Ils ont uniquement été enquêtés dans les trois centres de soins associatifs pour des raisons de faisabilité. Les bénéficiaires potentiels constituent 8 % de l'échantillon enquêté, soit une centaine de personnes.

Près de quatre bénéficiaires potentiels sur dix ont effectué des démarches pour obtenir l'AME et sont en attente de réponse et cinq sur dix n'en ont faites aucune. Un quart seulement des bénéficiaires potentiels résidant en France depuis moins de deux ans ont effectué des démarches, alors que c'est le cas des deux tiers au bout de deux ans de résidence. Les trois quarts des personnes pouvant recevoir une aide pour effectuer des démarches de la part d'un service social ou d'une association les ont engagées.

Le principal motif invoqué par les personnes qui n'ont pas fait de démarches est le manque d'information sur l'AME elle-même ou sur les moyens de l'obtenir. Le deuxième motif concerne plutôt des personnes qui connaissent le dispositif, mais qui ne disposent pas de justificatif de domicile ou d'identité (25 %) ou encore de revenu (14 %). La peur d'être dénoncé à la police décourage 15 % des bénéficiaires potentiels.

Les bénéficiaires potentiels enquêtés se distinguent des bénéficiaires effectifs sur de nombreux points.

La proportion d'hommes est plus importante (72 %). Ils résident en France depuis moins longtemps que les bénéficiaires de l'AME : seul un sur quatre réside en France depuis cinq ans ou plus. Leurs

conditions d'existence sont plus précaires encore que celles des bénéficiaires de l'AME. Plus d'un tiers déclare cohabiter avec quatre personnes ou plus dans un logement ne comportant qu'une ou deux pièces pour dormir et un sur cinq ne dispose ni de douche, ni de toilette à l'intérieur de son logement. Par ailleurs, ils habitent plus souvent dans un squat, un logement de fortune ou un espace public.

48 % indiquent ne recevoir aucune aide financière, que ce soit de la part de leur famille ou d'amis, d'une association, de services sociaux ou autres. Ils peuvent moins s'appuyer sur un réseau de soutien pour trouver du travail, un logement, une aide matérielle ou financière ou encore pour des démarches. Les deux tiers se sentent seuls ou très seuls.

Ils sont moins nombreux à déclarer un problème de santé depuis qu'ils résident en France, mais plus nombreux à se déclarer en mauvaise ou très mauvaise santé. Dans ce cas, les consultants ont eu un moindre recours au médecin au cours des 30 derniers jours que les bénéficiaires effectifs de l'AME (22 % versus 65 %), mais un recours équivalent à l'hospitalisation.

Le renoncement à des soins au cours des 12 mois dû à des raisons financières ou à d'autres priorités, comme le logement ou l'alimentation, concerne 48 % des hommes et 37 % des femmes, celui dû à la peur des contrôles de police 13 %.

Les types de troubles motivant la consultation des bénéficiaires potentiels masculins diffèrent peu de ceux des bénéficiaires effectifs : les maladies des voies aériennes ou de la sphère ORL, les troubles du système digestif et les pathologies ostéo-articulaires rassemblent 45 % des diagnostics, les maladies infectieuses graves (hépatites virales, infection au VIH, tuberculose) 7 %. Leur besoin de soins urgent, évalué par le médecin, est plus fréquent (un bénéficiaire potentiel sur cinq), ainsi que le retard dans l'accès aux soins qui en touche un sur six.

aussi connus du service et cinq sur dix ont été suivis antérieurement en consultation externe à l'hôpital pour le problème de santé motivant l'hospitalisation. Ces résultats suggèrent l'existence de filières de soins, qui diffèrent selon l'ancienneté de l'installation en France et l'expérience que les migrants ont pu acquérir du fonctionnement du système de santé. Ainsi, les consultants des centres conventionnés avec l'assurance maladie ou des cabinets de médecins généralistes libéraux résident en France depuis plus longtemps que les autres patients couverts par l'AME : 43 % à 48 % d'entre eux vivent en France depuis plus de cinq ans. L'accès aux soins nécessite en effet un apprentissage du système de santé rarement acquis durant les premières années de résidence.

En consultation, des examens complémentaires sont prescrits à un patient sur deux, des médicaments à deux patients sur trois

La prescription d'examen complémentaires concerne près d'un patient sur deux en consultation. Ce taux est proche de celui observé dans les services de consultation externe pour des patients de tranches d'âge voisines¹³. Il s'agit d'examen biologiques pour un patient sur trois, et d'imagerie médicale pour un sur cinq. Des médicaments sont prescrits aux deux tiers des patients, dans une proportion plus élevée que celle observée dans les services de consultation externe pour des patients de tranches d'âge voisines¹⁴. À l'issue de la consultation, un nouveau rendez-vous dans la

même structure est prévu pour six patients sur dix, en hospitalisation, pour sept patients sur dix.

Ainsi, 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, d'autant plus nécessaire qu'un certain nombre d'entre eux souffrent de pathologies chroniques. ■

13. Pour les tranches d'âge des 15-24 ans, 25-34 ans et 25-44 ans, ce taux se situe entre 40 et 50 % [Tellier, 2002].

14. Entre 15 et 44 ans, la proportion de patients auxquels sont prescrits des médicaments se situe entre 35 et 45 % [Tellier, 2002].

Pour en savoir plus

- Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T., 2008, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2006 », *Rapport n° 1701*, IRDES, avril.
- Bègue M., 2007, « Qui sont les nouveaux bénéficiaires d'un titre de séjour en France », *Études et Résultats*, DREES, n° 612, décembre.
- Boisguérin B., 2004, « État de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU », *Études et Résultats*, DREES, n° 294, mars.
- Dourgnon P., Jusot F., Sermet C., Silva J., 2007, « État de santé des populations immigrées en France : une approche multiniveaux », Communication lors des 20^e journées des économistes de la santé Français, décembre.
- Leroux I., Morin Th., 2006, « Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale », *Études et Résultats*, DREES, n° 545, décembre.
- Scheidegger S., Vilain A., 2007, « Disparités sociales et surveillance de grossesse », *Études et Résultats*, DREES, n° 552, janvier.
- Shaw M., Dorling D., Smith GD., 1999, « Poverty, social exclusion and minorities », in Marmot M. and Wilkinson RG., *Social Determinants of Health*, second edition 2006, Oxford University Press.
- Tellier S., 2002, « Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ? », *Études et Résultats*, DREES, n° 167, avril.