

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/280-acces-aux-soins-et-lieux-de-soins-usuels-des-personnes-sans-titre-de-sejour-couvertes-par-l-ame.pdf>


Accès aux soins et lieux de soins usuels des personnes sans titre de séjour couvertes par l'Aide médicale de l'État

Antoine Marsaudon¹, Florence Jusot^{1,2}, Jérôme Wittwer³ et Paul Dourgnon¹

L'Aide médicale de l'État (AME) est une assurance santé publique et gratuite destinée aux personnes étrangères en situation irrégulière. L'AME permet notamment d'accéder sans reste à charge aux cabinets du généraliste ou du spécialiste.

Dans quelle mesure l'AME améliore-t-elle l'accès et l'usage des services de santé des personnes qui en bénéficient ? Dans ce *Questions d'économie de la santé*, nous étudions si les personnes étrangères en situation irrégulière couvertes par l'AME ont un recours aux soins différent de celles qui seraient éligibles mais non couvertes, tant en termes de services de santé visités que de lieux de soins usuels.

Issus des données de l'enquête Premiers pas, réalisée en 2019 à Paris et dans l'agglomération de Bordeaux, les résultats montrent que la couverture par l'AME est associée à un non-recours aux services de santé moins fréquent. Quand la durée de la couverture par l'AME augmente, la probabilité de consulter en cabinet médical ou en centre de santé s'accroît, alors que celle de recourir aux urgences ou dans une association diminue. De plus, les personnes couvertes ont une plus grande probabilité de déclarer comme lieu de soin usuel un cabinet médical ou un centre de santé. L'AME apparaît donc favoriser une meilleure intégration dans le système de santé, ses bénéficiaires substituant aux lieux de soins dédiés aux populations vulnérables des cabinets médicaux et centres de santé. Ces modes de recours sont susceptibles d'améliorer la prise en charge des personnes dont l'état de santé nécessite un suivi régulier.

 n France, l'accès à la protection sociale repose historiquement sur un principe constitutionnel d'égalité entre les résidents étrangers et les ressortissants français. Jusqu'en 1993,

il n'existait aucune condition de régularité de séjour pour accéder à la protection sociale en santé. En 1993, la loi relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des

¹ Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes).

² Université Paris-Dauphine, PSL, Leda-Legos.

³ Université de Bordeaux, Bordeaux Population Health (Inserm U 1219).

étrangers en France – « Loi Pasqua » – en introduisant une condition de régularité de séjour pour bénéficier de l'assurance maladie avait pour un temps supprimé le droit à une couverture santé des personnes sans titre de séjour. Ceci a conduit, au moment de l'instauration des dispositifs de la Couverture maladie universelle (CMU) et Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en 2000, à la création d'une couverture spécifique pour ces dernières. Financée par l'État, l'Aide médicale de l'État (AME) est un dispositif exclusivement destiné aux étrangers en situation irrégulière. L'AME vise à donner accès à des soins gratuits, sous conditions de ressources, aux personnes en situation irrégulière (André et Azzedine, 2016 ; Wittwer *et al.*, 2019). Pour être éligible, il faut démontrer avoir résidé de manière continue sur le territoire français pendant au moins trois mois et avoir des ressources financières faibles, soit 798 euros par mois pour une personne seule depuis juillet 2022. Les réfugiés et les demandeurs d'asile ne sont pas éligibles à l'AME mais le sont à l'assurance maladie publique [encadré 1]. Seules 51 % des personnes éligibles sont effectivement couvertes. De plus, l'accès à cette couverture apparaît peu corrélé aux besoins de soins. Ainsi, de nombreuses personnes souffrant de problèmes de santé nécessitant

des traitements et un suivi régulier restent non couvertes (Dourgnon *et al.*, 2022).

Quels sont les besoins de soins des personnes sans titre de séjour ? Même si elles restent incomplètes, les connaissances sur l'état de santé des personnes sans titre de séjour font apparaître des problèmes de santé spécifiques et souvent importants. Ainsi, les personnes originaires d'Afrique du Nord ou d'Afrique subsaharienne ont des prévalences de maladies infectieuses (*i.e.*, HIV/Sida, tuberculose ou hépatite B) et des troubles de la santé mentale (Marsaudon *et al.*, 2020 ; Vignier *et al.*, 2022). L'accès aux services de santé des personnes sans titre de séjour est de plus souvent problématique (Winters *et al.*, 2018).

Confrontée à un problème de santé, une personne étrangère en situation irrégulière peut accéder aux soins médicaux de deux façons. Sans couverture AME, elle peut consulter un professionnel de santé dans un lieu de soins dédié aux populations vulnérables, comme une association (par exemple, un centre de soins de l'association Médecins du monde), un service d'urgences hospitalières, ou encore une Permanence d'accès aux soins de santé (Pass). Couverte par l'AME, elle peut accéder aux lieux de soins évoqués ci-dessus si

elle le souhaite, mais également et surtout à tous les lieux de soins accessibles aux personnes couvertes par l'assurance maladie publique (cabinet médical, centre de santé...), autrement très coûteux (Sargent, 2017). A besoins de soins identiques, les parcours de soins des personnes sans titre de séjour couvertes par l'AME devraient donc converger ou, à tout le moins, se rapprocher de ceux du reste de la population résidente. Par ailleurs, une prise en charge en cabinet médical ou en centre de santé peut permettre un meilleur suivi des patients, ce qui peut représenter un bénéfice pour la santé des patients, mais aussi un moindre coût de prise en charge.

L'objectif de cette étude est d'analyser si les personnes couvertes par l'AME ont un recours aux soins différent de celui des personnes non couvertes, tant en termes d'accès, de type de professionnels que de point d'entrée privilégié dans le système de soins. A besoins de soins équivalents, les personnes couvertes recourent-elles davantage aux services de santé ? Ont-elles substitué aux lieux de soins dédiés aux populations vulnérables des lieux de soins usuels comme les cabinets médicaux ou les centres de santé ?

Un échantillon issu de l'enquête Premiers pas de 2019

L'enquête Premiers pas a interrogé un échantillon de 1 223 personnes étrangères en situation irrégulière en 2019 (Dourgnon *et al.*, 2019) [Repères et encadré 2]. Pour cette étude sont retenues les 754 personnes enquêtées depuis plus d'un an sur le sol français. D'une part, parce qu'elles sont toutes éligibles à l'AME. D'autre part, parce que la consommation de soins étant recueillie sur les douze derniers mois, on ne peut comparer que les personnes présentes sur le sol français depuis plus d'un an. En gardant des individus en France depuis moins d'un an, un biais aurait été introduit puisqu'ils n'auraient pas pu avoir le même laps de temps pour consulter que des personnes en France depuis plus longtemps.

Le recours aux soins est décrit au travers de questions sur le recours par type de service de santé puis sur le lieu de soins habituel. Le recours est mesuré à partir de la question : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous consulté un médecin dans les lieux suivants ? », pour laquelle plusieurs modalités non exclusives pouvaient être

E1

L'Aide médicale de l'État

L'Aide médicale de l'État (AME) de droit commun est une prestation sociale destinée aux personnes étrangères en situation irrégulière résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois. Elle est octroyée selon des conditions de ressources comparables à celles permettant de bénéficier de la complémentaire santé solidaire, anciennement Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). La demande d'AME est instruite par les Caisses primaires d'assurance maladie (Cpam) du régime général, qui ont la charge du contrôle du dispositif et du respect des conditions d'éligibilité. Une fois acquise, l'AME ouvre droit pour une année à un panier de soins pris en charge entièrement, légèrement plus restreint que le panier du régime général de l'Assurance maladie. Ainsi, par période d'un an, le bénéficiaire de l'AME peut recevoir certains soins gratuitement : les soins de maladie et de maternité sont pris en charge à 100 %, de même que le forfait hospitalier. En revanche, sont exclus de cette prise en charge les frais relatifs aux cures thermales, à l'aide médicale à la procréation et les médicaments à service médical rendu

faible (remboursés à 15 % pour les autres assurés sociaux) et aux médicaments princeps, si un générique existe. Enfin, l'optique et les soins dentaires sont pris en charge sur la base du tarif conventionnel. L'État rembourse les dépenses qui sont avancées par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam). L'AME est donc financée sur le budget de l'État et non sur celui de la Sécurité sociale. On compte, en 2022, environ 415 000 personnes couvertes par l'AME, pour un coût d'environ 968 millions d'euros. A cela s'ajoutent environ 86 millions d'euros destinés aux soins urgents et vitaux pour les patients étrangers en situation irrégulière, mais non éligibles à l'AME de droit commun, car résidant en France depuis moins de trois mois. Enfin, 0,5 million d'euros sont dépensés pour les soins hospitaliers en France de patients français ou étrangers ne résidant pas habituellement en France, attribués sur décision du ministre de la Santé (Wittwer *et al.*, 2019). Ainsi, les coûts de l'AME représentent, en 2022, 0,5 % de la consommation de soins et de biens médicaux.

sélectionnées : dans un cabinet médical ou dans un centre de santé, aux urgences, dans une Pass, à l'hôpital, ou encore dans une association.

Le lieu de soins usuel est recueilli à partir de la question : « En France, lorsque vous avez un problème de santé, où allez-vous consulter généralement ? ». La même question recueille le lieu de soins habituel dans le pays d'origine. Avoir un lieu de soins habituel améliore la qualité des soins, réduit la dépense de soins et améliore l'accès aux soins préventifs (Vargas Bustamante *et al.*, 2012).

La durée de couverture, soit la durée écoulée depuis la première fois où la personne a été couverte par l'AME, est calculée pour étudier si l'entrée dans l'AME donne lieu à une consommation plus importante (par exemple, la personne est orientée vers l'AME à la suite d'un recours aux urgences au cours duquel est diagnostiqué un problème de santé chronique), et pour observer si le patient emprunte davantage les points d'entrée conventionnels dans le système de soins à mesure qu'il se familiarise avec le système de soins, dont l'accès lui est rendu possible par l'AME.

L'échantillon retenu pour l'analyse est composé aux deux tiers d'hommes (67,7 %), jeunes (55,3 % ont moins de 40 ans), et originaires dans leur grande majorité d'Afrique subsaharienne (50 %) et d'Afrique du Nord (29 %). Ils sont 25 % à être arrivés il y a moins de deux ans, 36 % depuis deux à cinq ans et 39 % résident en France depuis plus de cinq ans. 26 % vivent à la rue, 67,8 % déclarent au moins une maladie et 16,3 % au moins une limitation fonctionnelle.

Moins de non-recours et un passage plus fréquent par le cabinet médical pour les personnes couvertes par l'AME

Les personnes sans titre de séjour présentes depuis plus d'un an sur le sol français sont 79,5 % à avoir recouru au moins une fois à des soins en France au cours des douze derniers mois. Cette part atteint 89 % parmi les personnes couvertes par l'AME, contre 67 % parmi les personnes non couvertes. De même, 71 % des personnes couvertes ont recouru au moins une fois dans un cabinet médical, contre 34 % des personnes non couvertes. 58 % des personnes couvertes déclarent le cabinet médical ou le

E2

L'enquête Premiers pas

L'enquête Premiers pas vise à mieux connaître la population des personnes éligibles à l'Aide médicale de l'État (AME), en particulier leur accès à l'AME et aux services de santé. Elle recueille des informations sur le parcours de migration, l'état de santé, l'accès à l'assurance et le recours aux soins auprès d'un échantillon de personnes en situation irrégulière, c'est-à-dire sans titre de séjour et n'ayant pas engagé de demande d'asile. Elle a été réalisée dans la métropole de Bordeaux et à Paris de février à avril 2019, auprès de 1 223 personnes, dans 63 lieux et structures pouvant apporter un soutien ou une aide aux personnes précaires. Les questionnaires ont été proposés en 14 langues (Dourgnon *et al.*, 2019).

Pour cette étude ne sont retenues que les 754 personnes enquêtées présentes depuis plus de douze mois sur le sol français, donc éligibles à l'AME, et pour lesquelles l'information sur le recours aux soins était disponible.

centre de santé comme lieu de soins habituel, alors qu'il n'est cité que par 25 % des personnes non couvertes.

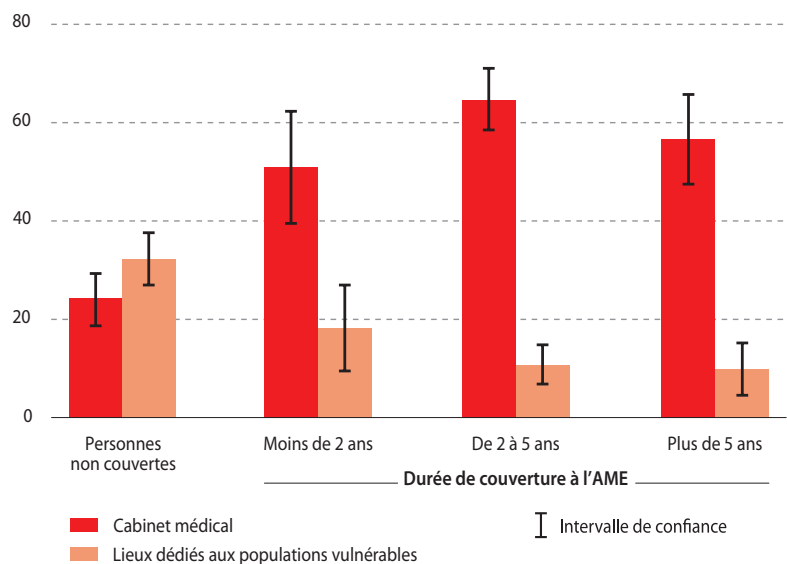
Le fait d'être couvert mais aussi la durée de couverture influencent le lieu de soins habituel. Les personnes non couvertes par l'AME s'orientent plus souvent vers les lieux de soins utilisés par les populations vulnérables, c'est-à-dire les services d'urgence, Pass et associations, et moins souvent vers le cabinet du médecin, qu'il s'agisse d'un cabinet privé, de groupe ou un centre médical. Les personnes couvertes par l'AME pri-

vilégient davantage le cabinet du médecin. De plus, à mesure que la durée de couverture augmente, le cabinet médical est également plus souvent privilégié, alors que les Pass, services d'urgence et associations non gouvernementales sont de moins en moins considérés comme des points d'entrée dans le système de santé (graphique). Ainsi, si parmi les personnes couvertes depuis moins de deux ans, une sur cinq privilégie ces lieux de soins orientés vers les populations vulnérables, elles ne sont seulement qu'une sur dix parmi les personnes couvertes depuis plus de cinq ans.

G

Recours aux soins et durée de couverture à l'Aide médicale de l'Etat (AME) selon le lieu de consultation

Pourcentage de personnes



Note : Les lieux de soins dédiés aux populations vulnérables comprennent les associations, les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) et les services des urgences.

Lecture : Plus de la moitié des personnes couvertes par l'Aide médicale de l'Etat (AME) depuis plus de deux ans consultent en cabinet médical.

Source : Enquête Premiers pas 2019.

[Télécharger les données](#)

La durée de couverture influence le lieu de recours...

Plusieurs modèles ont été estimés afin de mesurer la corrélation entre la couverture par l'AME et le recours aux soins. La variable expliquée des modèles utilisés est le recours aux soins, mesuré successivement par le fait d'avoir eu recours aux services de santé au cours des douze derniers mois (variable indicatrice de recours *vs* non-recours), le recours aux soins par lieu de soins (variable indicatrice de recours *vs* non-recours par lieu de soins), et le lieu de soins habituel (variable indicatrice par lieu de soins habituel *vs* autre lieu de soins ou absence de lieu de soins habituel).

Les estimations sont corrigées des effets de l'âge, du sexe, de l'état de santé et de variables caractérisant la migration (le pays d'origine, le motif de migration, le mode d'entrée en France, la durée de séjour sur le territoire français, et le niveau de maîtrise du français). Enfin, la modélisation du lieu de soins habituel en France est corrigée du lieu de soins habituel dans le pays d'origine. Ces estimations sont réalisées dans des modèles probit distincts (encadré Méthodologie).

Dans une première série de modèles, nous étudions le recours aux services de santé. Nous analysons la corrélation entre la cou-

verture par l'AME et le recours aux soins, puis si la durée de couverture à l'AME a, toutes choses égales par ailleurs, une influence sur les lieux de soins fréquentés. Les résultats de cette analyse, estimés en points de pourcentage (pp), sont présentés dans le tableau 1.

La couverture par l'AME est associée à un recours aux soins au cours des douze derniers mois plus fréquent (+8,9 pp consultent au moins une fois) et à un nombre de recours également plus élevé que celui des personnes non couvertes par l'AME.

La durée de couverture est corrélée avec le recours aux services de santé. Parmi les personnes couvertes, la probabilité d'avoir consulté un médecin est plus élevée de 17,3 pp quand la durée de couverture est inférieure à deux ans, puis cet écart passe à 8,5 pp quand la durée de couverture est comprise entre deux et cinq ans. L'écart devient non significatif au-delà.

Les personnes couvertes ont une plus grande probabilité de consulter un médecin en cabinet médical ou en centre de santé. Cet écart décroît légèrement avec la durée de couverture, passant de 29,7 pp parmi les personnes couvertes depuis moins de deux ans, à 22,1 pp à partir de cinq ans.

Les personnes couvertes depuis moins de deux ans ont une plus grande probabilité

que les personnes non couvertes de recourir aux soins dans les services d'urgences (+16,2 pp) ou de consulter un médecin à l'hôpital (+15,7 pp). Au-delà de deux ans de durée de couverture, on n'observe plus de différence significative.

Au-delà de deux années de couverture, le recours aux soins diminue dans les structures associatives et dans les Pass.

REPÈRES

L'enquête Premiers pas est intégrée à un projet pluridisciplinaire. Le projet Premiers pas, « Accès aux droits, trajectoires de soins et appropriation de l'Aide médicale de l'État (AME) en France », vise à étudier les parcours d'accès aux droits et de recours aux soins des personnes étrangères en situation irrégulière présentes sur le territoire français. Ce projet comprend un volet qualitatif, une enquête auprès de personnes sans titre de séjour – l'enquête Premiers pas – et un panel de données administratives issues de l'AME. Premiers pas a été mené par un consortium de recherche regroupant des chercheurs en anthropologie, sociologie et en économie ainsi qu'un médecin généraliste. Les équipes participantes appartiennent à l'Université de Bordeaux (UMR 5319 Passages-CNRS et U1219 Bordeaux Population Health, Emos-Inserm), l'Université Paris-Dauphine (EA 4404 Leda-Legos) et l'Irdes. Cette recherche a été soutenue par l'Agence régionale de santé (ARS) Nouvelle Aquitaine, la Fondation des amis de Médecins du monde et l'Agence nationale de la recherche (ANR) au titre de l'appel à projets générique 2015.

T1

Recours aux soins et durée de couverture de l'AME Probit

	Consultation médicale quel que soit le lieu de soins		Lieu de la consultation				
			Cabinet	Permanence d'accès aux soins de santé (Pass)	Hôpital	Urgences	Association
Éligible mais non couvert par l'AME	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Couvert depuis moins de deux ans		0,173*** (0,037) 0,000	0,297*** (0,061) 0,000	-0,009 (0,055) 0,871	0,157*** (0,061) 0,010	0,162*** (0,063) 0,010	-0,032 (0,040) 0,431
Couvert de deux à cinq ans		0,085** (0,036) 0,019	0,276*** (0,045) 0,000	-0,097*** (0,036) 0,006	0,027 (0,039) 0,483	0,061 (0,043) 0,161	-0,065** (0,030) 0,028
Couvert plus de cinq ans		0,039 (0,053) 0,460	0,221*** (0,062) 0,000	-0,132*** (0,041) 0,001	0,064 (0,051) 0,211	-0,052 (0,048) 0,282	-0,069** (0,035) 0,050
Aide médicale de l'État (AME)	0,089*** (0,031) 0,004						
Observations	752	754	754	747	752	754	747

Note : Les coefficients sont les effets marginaux (interprétables comme des points de pourcentage) obtenus après un modèle Probit, les écarts-types sont entre parenthèses. *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

Lecture : Les personnes sans titre de séjour, quand elles sont couvertes par l'AME depuis cinq ans ou plus ont une probabilité augmentée de 22,1 points de pourcentage (pp) de consulter un médecin en cabinet médical par rapport aux personnes non couvertes.

Source : Enquête Premiers pas 2019.

[Télécharger les données](#)

... Ainsi que le lieu de soins usuel

Une seconde série de modèles porte sur le lieu de soins habituel. Si 45 % des enquêtés déclarent un cabinet médical ou un centre de santé comme lieu de soins habituel, ils ne sont que 24 % parmi les personnes non couvertes, contre 58 % parmi les personnes couvertes par l'AME. Si le choix du cabinet médical comme lieu de soins habituel apparaît peu influencé par la durée de couverture, la probabilité de déclarer une association, le service

des urgences ou la Pass diminue avec la durée de couverture (tableau 2). Après deux années de couverture, les personnes couvertes par l'AME les privilégient plus rarement.

Une amélioration de l'accès et une modification des lieux de soins usuels

La couverture par l'AME réduit drastiquement le coût financier du recours aux soins. Aussi, la corrélation entre couverture et

accès aux soins est-elle attendue. Toutefois, elle ne nous permet pas d'identifier avec certitude le ou les mécanismes à l'œuvre. L'accès à la couverture peut advenir à la suite d'un besoin de soins aigu et d'un premier recours à un service de santé comme un service d'urgence, puis une orientation vers une Cpm ou une Pass ou l'accès à une information sur l'AME. A l'inverse, une personne déjà couverte peut recourir à un soin parce qu'il est devenu accessible. Les personnes couvertes par l'AME sont sans doute également mieux informées sur les services de santé disponibles.

T2

Lieu de soin usuel et durée de couverture de l'AME

	Cabinet médical	Urgences	Permanence d'accès aux soins de santé (Pass)	Hôpital	Association non gouvernementale	Pas de lieu de soins habituel
Éligible mais non couvert par l'AME	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Couvert depuis moins de deux ans	0,246*** (0,062) 0,000	-0,014 (0,043) 0,749	-0,015 (0,042) 0,718	0,033 (0,054) 0,535	-0,029 (0,032) 0,360	
Couvert de deux à cinq ans	0,288*** (0,045) 0,000	-0,012 (0,032) 0,692	-0,062** (0,028) 0,027	-0,004 (0,037) 0,918	-0,070*** (0,020) 0,000	-0,087*** (0,017) 0,000
Couvert depuis plus de cinq ans	0,251*** (0,060) 0,000	-0,070** (0,029) 0,017	-0,086*** (0,030) 0,004	0,135** (0,058) 0,020		-0,072*** (0,025) 0,004
Observations	745	715	726	742	557	652

Note : Les coefficients sont les effets marginaux (interprétables comme des points de pourcentage) obtenus après un modèle Probit, les écarts-types sont entre parenthèses. *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

Lecture : Les personnes couvertes par l'AME depuis cinq ans ou plus ont une probabilité augmentée de 25,1 points de pourcentage (pp) de déclarer le cabinet médical comme lieu de soin habituel.

Source : Enquête Premiers pas 2019.

[Télécharger les données](#)

MÉTHODOLOGIE

Les modèles multivariés utilisés ici visent à estimer la corrélation entre couverture AME et recours aux services de santé. Celui-ci est mesuré à travers trois groupes de variables dichotomiques. Le fait d'avoir recouru au cours des douze derniers mois ; le recours par type de service de santé (cabinet, hôpital, urgences, Permanence d'accès aux soins de santé (Pass), association non gouvernementale ; le lieu de soins auquel la personne a recours habituellement en cas de problème de santé (cabinet, hôpital, urgences, association non gouvernementale, Pass, aucun lieu de soins usuel).

La corrélation entre couverture AME et recours aux soins est estimée par des modèles probit simples, soit un modèle pour chaque variable indicatrice ci-dessus. Des modélisations alternatives, en particulier des modèles polytomiques non ordonnés, ont été testées. Les résultats présentés ici sont robustes au choix du modèle.

Nous mesurons la corrélation entre AME et recours, puis nous modifions l'effet de l'AME en introduisant la durée dans l'AME, c'est-à-dire la durée écoulée depuis la première fois que la personne a été assurée, de façon à distinguer les effets initiaux (effet de rattrapage, effet d'un choc de santé initial et donc de recours sur le fait de se faire orienter vers l'AME, via une Pass par exemple).

La petite taille de l'échantillon de travail impose la parcimonie dans le choix des variables de contrôle. L'âge, le sexe, le revenu mensuel en tranche, et le fait d'être sans domicile permettent d'appréhender la situation sociale des individus. L'état de santé est pris en compte par le fait d'avoir au moins une maladie diagnostiquée en France ou dans le pays d'origine (ces deux informations sont recueillies à partir d'une liste de problèmes de santé cités par les enquêtés), les limitations fonctionnelles et la santé mentale (le fait de souffrir d'une dépression sévère). La région du pays d'origine, le motif de migration, le mode d'entrée en France, la durée de séjour sur le territoire français, et le niveau de maîtrise du français visent à étudier les caractéristiques propres à la migration.

La durée de séjour en France est également introduite comme variable de contrôle. Ainsi, l'effet de la durée de couverture sur le recours aux soins est dissociable de celui de la durée de séjour en France. En effet, nous comparons des personnes ayant des durées de couverture à l'AME différentes, mais ayant la même ancienneté en France.

Enfin, les modèles sur le lieu de soins habituel en France tiennent compte du lieu de soins habituel dans le pays d'origine. La corrélation entre AME et lieu de soins habituel pourrait sinon refléter l'usage des services de santé dans le pays d'origine, elle-même potentiellement corrélée avec la demande d'assurance.

Le temps joue un rôle significatif dans l'accès à la couverture et aux soins. Si la couverture par l'AME est corrélée avec la durée de séjour en France (Dourgnon *et al.*, 2022), le recours aux services de santé dépend de l'ancienneté dans l'AME. Durant la première année où la personne est couverte, le recours aux services de santé est plus élevé. Cet effet initial de la couverture sur le recours aux soins concerne aussi bien les consultations en cabinet médical ou à l'hôpital que le recours aux services d'urgence. Après cinq ans de couverture, c'est davantage une substitution qui apparaît, au profit du cabinet médical et au détriment des Pass.

Enfin les usages des services de santé des personnes couvertes évoluent également dans le temps. En particulier, les Pass et les services d'urgence deviennent des points d'entrée de moins en moins privilégiés par les assurés. Ces résultats montrent que le recours n'est pas uniquement lié à un besoin de soins ou un recours initial, mais que l'assurance modifie le recours à plus long terme. L'AME est donc suscep-

tible d'améliorer la prise en charge des personnes dont l'état de santé nécessite un suivi régulier.

Nos résultats s'appuient sur des études portant sur les effets de l'assurance santé sur l'accès aux soins de populations précaires. Ainsi, aux États-Unis, les personnes couvertes par *Medicaid* pour une maladie chronique, comme le diabète ou les problèmes de santé mentale, recourent davantage aux services de santé. Les personnes couvertes réduisent leur risque d'être exposées à un reste à charge catastrophique ou d'utiliser les ordonnances d'une autre personne pour accéder à un traitement (Baicker *et al.*, 2017). En France, les programmes d'aide aux recours aux soins pour les personnes vulnérables en situation régulière, comme la CSS, se sont montrés efficaces pour améliorer l'accès au médecin généraliste (Grignon *et al.*, 2008), notamment parmi les jeunes adultes (Guthmuller et Wittwer, 2017).

Les résultats des modèles multivariés utilisés montrent que les personnes étrangères en situation irrégulière, lorsqu'elles sont bénéficiaires de l'AME, consultent préférentiellement un médecin en cabinet médical ou en centre de santé pour un nouveau problème de santé. Le cabinet et le centre de santé permettent un meilleur suivi, en particulier des pathologies chroniques. L'AME semble donc permettre une meilleure intégration dans le système de santé, ses bénéficiaires substituant les lieux dédiés aux populations vulnérables au profit des cabinets médicaux et des centres de santé. Néanmoins, alors que l'AME existe depuis plus de vingt ans, le non-recours à ce dispositif demeure important, y compris parmi les personnes en France depuis de nombreuses années. 49 % des personnes éligibles ne sont pas couvertes, et ce taux reste de 35 % parmi les personnes résidant en France depuis cinq ans et plus. Enfin, les personnes ayant des besoins de soins réguliers, comme les personnes souffrant de maladies chroniques, apparaissent fréquemment non couvertes. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- André J. M., Azzedine F. (2016). "Access to Healthcare for Undocumented Migrants in France: A Critical Examination of State Medical Assistance". *Public Health Reviews*, 37(1), 1-16.
- Baicker K., Allen H. L., Wright B. J., Finkelstein A. N. (2017). "The Effect of Medicaid on Medication Use among Poor Adults: Evidence from Oregon". *Health Affairs*, 36(12), 2110-2114.
- Dourgnon P., Guillaume S., Jusot F., Wittwer J. (2019). « Etudier l'accès à l'Aide médicale de l'État des personnes sans titre de séjour ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 244, novembre.
- Dourgnon P., Jusot F., Marsaudon A., Sarhiri J., Wittwer J. (2021). "Just a Question of Time? Explaining Non-take-up of a Public Health Insurance Program Designed for Undocumented Immigrants Living in France". *Health Economics, Policy and Law*, 1-17.
- Grignon M., Perronnin M., Lavis J. N. (2008). "Does Free Complementary Health Insurance Help the Poor to Access Health Care? Evidence from France". *Health Economics*, 17(2), 203-219.
- Guthmuller S., Wittwer J. (2017). "The Impact of the Eligibility Threshold of a French Means-tested Health Insurance Program on Doctor Visits: A Regression Discontinuity Analysis". *Health economics*, 26(12), e17-e34.
- Jusot F., Dourgnon P., Wittwer J., Sarhiri J. (2019). « Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 245, novembre.
- Marsaudon A., Dourgnon P., Jusot F., Wittwer J. (2020). « Anticiper les conséquences de l'épidémie de la Covid-19 et des politiques de confinement pour les personnes sans titre de séjour ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 253, décembre.
- Sargent C., Kotobi, L. (2017). "Austerity and its Implications for Immigrant Health in France". *Social Science & Medicine*, 187, 259-267.
- Vargas Bustamante A., Fang H., Garza J., Carter-Pokras O., Wallace S. P., Rizzo J. A., Ortega A. N. (2012). "Variations in Healthcare Access and Utilization among Mexican Immigrants: The Role of Documentation Status". *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14(1), 146-155.
- Vignier N., Moussaoui S., Marsaudon A., Wittwer J., Jusot F., Dourgnon P. (2022). "Burden of Infectious Diseases among Undocumented Migrants in France: Results of the Premiers Pas Survey". *Frontiers in Public Health*, 10.
- Winters M., Rechel B., de Jong L., Pavlova M. (2018). "A Systematic Review on the Use of Healthcare Services by Undocumented Migrants in Europe". *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-10.
- Wittwer J., Raynaud D., Dourgnon P., Jusot F. (2019). « Protéger la santé des personnes en situation irrégulière en France. L'Aide médicale de l'État, une politique d'accès aux soins mal connue ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 243, novembre.