

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

www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/245-le-recours-a-l-aide-medicale-de-l-etat-des-personnes-en-situation-irreguliere-en-france-enquete-premiers-pas.pdf

Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas

Florence Jusot (Université Paris Dauphine, PSL, Leda-Legos, Irdes), Paul Dourgnon (Irdes),
Jérôme Wittwer (Université de Bordeaux, Bordeaux Population Health (Inserm U1219),
Équipe Emos), Jawhar Sarhiri (Irdes)

La France a choisi de longue date de garantir l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière avec l'Aide médicale gratuite puis, depuis 2000, l'Aide médicale de l'Etat (AME). L'existence d'un tel dispositif ne garantit pas, à elle seule, que l'ensemble des personnes éligibles y accèdent ni en fassent usage. Nous étudions ici le recours à l'AME et ses déterminants à partir des données de l'enquête Premiers pas, réalisée en 2019 auprès d'un échantillon de personnes étrangères sans titre de séjour.

Seules 51 % des personnes qui y sont éligibles bénéficient de l'AME. Près de la moitié des personnes sans titre de séjour déclarant souffrir de pathologies nécessitant des soins, comme le diabète ou les maladies infectieuses, ne sont dans les faits pas assurées pour la santé, ni par l'AME, ni par l'assurance maladie de droit commun. Le recours à l'AME est un peu plus important chez les 10 % ayant cité la santé parmi leurs motifs de migration. Il est cependant assez peu corrélé aux problèmes de santé, en dehors des troubles musculo-squelettiques. Le recours à l'AME augmente avant tout avec la durée de séjour sur le territoire. Ces résultats suggèrent que la plupart des migrants ont peu de connaissances de l'AME et n'ont pas tous la capacité à se saisir d'un dispositif complexe. Même après cinq années ou plus de résidence en France, 35 % des personnes sans titre de séjour n'ont pas l'AME.

Ce troisième *Questions d'économie de la santé* sur l'accès à l'Aide médicale de l'Etat des personnes étrangères en situation irrégulière s'inscrit dans une série. Le premier rappelle l'histoire des droits de cette population en France et dresse un état des lieux des connaissances sur le dispositif de l'AME. Le deuxième présente l'enquête Premiers pas.

 La prise en charge publique de l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière est une tradition ancienne en France (Wittwer *et al.*, 2019). Dès 1893, la France s'est dotée d'un dispositif – l'Aide médicale gratuite – pour fournir des soins aux malades privés de ressources, et ce indépendamment de leur statut sur le territoire. Un siècle après,

en 1993, les lois Pasqua ont introduit une condition de régularité du séjour sur le territoire pour accéder à l'assurance maladie, et cette condition a été maintenue en 2000 lors de la création de Couverture maladie universelle (CMU). Il a alors été choisi de créer un nouveau dispositif – l'Aide médicale de l'État de droit commun (AME) – afin de permettre aux personnes étrangères

en situation irrégulière et à faible niveau de ressources d'accéder aux soins (encadré 1 et Wittwer *et al.*, 2019 pour une description plus précise de ce dispositif). Ce dispositif est donc aujourd'hui exclusivement destiné aux étrangers en situation irrégulière résidant continuellement en France depuis plus de trois mois et sous conditions de ressources. Les étrangers ayant un titre de séjour, les



Le projet Premiers pas*

L'enquête Premiers pas est intégré 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 étrangers en situation irrégulière présents sur le territoire français (Bordeaux et Paris) à partir d'approches pluridisciplinaires. Le projet comprend un volet qualitatif, une enquête auprès des personnes sans titre de séjour – l'enquête Premiers pas – et un panel de données administratives issues de l'AME. Premiers pas est mené par un consortium de recherche regroupant des chercheurs et des étudiants en anthropologie, sociologie et économie de la santé ainsi qu'un médecin généraliste. Les équipes participant au projet 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 (2016-2019) et l'Agence nationale de la recherche au titre des appels à projets 2016. L'enquête est réalisée sous le contrôle de la Cnil, norme MR004, numéro d'enregistrement 2203002 v 0. <https://anr.fr/Projet-ANR-16-CE36-0008>.

* <https://premierspas.hypotheses.org/recherche-action-premiers-pas-2>
www.irdes.fr/recherche/enquetes/premiers-pas/actualites.html

demandeurs d'asile et les réfugiés relèvent eux de la Protection universelle maladie (Puma). Les objectifs de ce dispositif sont multiples, relevant de motivations de santé publique et de motivations éthiques, mais aussi liés à la recherche d'efficacité au sein du système de santé. L'AME vise ainsi non seulement à garantir une prise en charge des soins urgents aux personnes qui en ont besoin pour d'évidentes raisons éthiques de respect de la dignité humaine, mais aussi plus largement à garantir un « droit à la santé à tous » comme le préconise l'Organisation mondiale de la santé. Garantir un accès courant au système de soins vise en outre à éviter que les soins des personnes en situation irrégulière ne se reportent sur les urgences, et par là désorganisent le système de soins, en particulier hospitalier. Il permet également de réduire le fardeau pesant sur les associations offrant des soins à ces populations. Offrir un accès aux diagnostics et aux soins pertinents, sans délais, a par ailleurs pour objectif d'éviter une prise en charge tardive d'états de santé plus dégradés conduisant à des soins plus onéreux (*European Union Agency for Fundamental Rights*, 2015). Ce dispositif vise enfin, par le contrôle de certaines épidémies, à protéger la santé de l'ensemble de la population.

L'existence du dispositif AME ne garantit pas pour autant que l'ensemble des personnes en situation irrégulière éligibles soient effectivement couvertes par celui-ci. Il n'est donc ainsi pas garanti que l'AME permette à tous les éligibles d'accéder à des soins satisfaisants, de recourir au système de soins courants et non aux urgences ou aux associations, et de ne pas mettre en

péril par des problèmes de santé des conditions de vie déjà très précaires. On observe du non-recours dans l'ensemble des politiques sociales, et en particulier pour les dispositifs d'assurance santé gratuite ou subventionnée (Aizer, 2003 ; Aizer, 2007 ; Baicker *et al.*, 2012 ; Bhargava et Manoli, 2015 ; Chernew *et al.*, 1997 ; Currie, 2006 ; Finkelstein *et al.*, 2019 ; Guthmuller *et al.*, 2014a ; Jusot *et al.*, 2019 ; Wright *et al.*, 2017). Ce phénomène « renvoie à toute personne qui ne reçoit pas celle qu'en soit la raison une prestation ou un service auquel elle pourrait prétendre » (Warin, 2016). Dans le champ de l'assurance santé en France, environ 34 % à 45 % des personnes ayant droit à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) n'en bénéficient pas et 41 à 59 % des personnes éligibles à l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ne bénéficient effectivement pas de cette subvention pour payer leur assurance complémentaire, selon les dernières estimations de 2017 (Fonds CMU, 2018). On peut donc raisonnablement supposer que le dispositif de l'AME souffre également de non-recours.

Il est nécessaire d'étudier le recours effectif à l'AME afin de juger de l'efficacité de ce dispositif. En effet, si l'AME est effectivement sous-utilisée, elle ne pourra pas répondre aux objectifs éthiques, de santé publique, et d'efficacité auxquelles elle était supposée répondre. L'AME est en outre un droit, il est donc indispensable pour le législateur de connaître le nombre de personnes ne disposant pas de la prestation à laquelle elles auraient droit et, le cas échéant, de comprendre les motifs de ce non-recours. Il est en particulier impor-

tant de comprendre si ce non-recours est un choix éclairé ou s'il est expliqué par des barrières informationnelles ou par la complexité du dispositif, ce qui pourrait alors justifier de le réformer.

E1

L'Aide médicale de l'Etat

L'Aide médicale de l'Etat de droit commun (AME) est une assurance publique gratuite destinée aux personnes en situation irrégulière résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois. Elle est octroyée selon des conditions de ressources identiques à celles permettant de bénéficier gratuitement de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). La demande d'AME est instruite par les Caisses primaires d'assurance maladie (Cpam) du régime général, qui sont en 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, légèrement plus restreint que le panier du régime général de l'assurance maladie, mais sans les participations financières prévues pour les assurés sociaux ne bénéficiant pas de la CMU-C. Ainsi, par période d'un an, l'allocataire peut bénéficier de 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 (SMR) faible, remboursés à 15 % pour les autres assurés sociaux. L'Etat 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'Etat et non sur le budget de la Sécurité sociale. On compte aujourd'hui environ 311 000 bénéficiaires de l'AME, pour un coût prévisionnel d'environ 900 millions d'euros pour 2019, soit 0,5 % du montant des dépenses publiques de santé (Dourgnon *et al.*, 2019). A cela s'ajoutent environ 40 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, et 1,5 million d'euros pour les soins hospitaliers en France de patients français ou étrangers ne résidant pas habituellement en France, sur décision du ministre de la Santé.

E2

Afin de pouvoir étudier l'effectivité du dispositif de l'AME, et ainsi étudier le recours à l'AME et analyser les déterminants et modes de recours au système de santé des personnes en situation irrégulière, l'enquête Premiers pas a été réalisée début 2019 auprès d'un échantillon de personnes étrangères sans titre de séjour et éligibles à l'Aide médicale de l'Etat (AME), c'est-à-dire pauvres et vivant sur le territoire depuis au moins trois mois. Nous présentons ici les premiers résultats de cette enquête, qui viennent compléter les travaux sur l'accès aux soins et l'état de santé des migrants en France (Dourgnon *et al.*, 2009 ; Berchet et Jusot, 2009 ; Berchet et Jusot, 2010 ; Berchet et Jusot, 2012 ; Berchet, 2013 ; Dourgnon et Kassab, 2014 ; Hamel et Moissy, 2012 ; Kassab et Dourgnon, 2014 ; Moullan et Jusot, 2014).

Données et Méthode

Les difficultés d'étudier l'accès aux droits des personnes en situation irrégulière

Faire l'analyse de l'AME tant du point de vue de son efficacité que de l'équité reste difficile car peu de travaux et de sources de données sur le sujet sont disponibles. Si peu d'études portent sur la situation des personnes d'origine étrangère, par manque d'information sur la nationalité et le pays de naissance dans la plupart des enquêtes sur la santé, le problème est encore plus marqué pour l'étude des personnes en situation irrégulière. Une partie des personnes du champ ne vit pas en « logement ordinaire » et est ainsi exclue du champ de la plupart des enquêtes. De plus, elles peuvent avoir des réticences ou des difficultés linguistiques à participer.

Les rapports annuels de Médecins du monde sont une source d'information précieuse mais ils concernent une population qui, pour partie, ne relève pas de l'AME de droit commun (migrants arrivés depuis moins de trois mois en France, demandeurs d'asile,...) et ne sont par nature représentatifs que des usagers des centres de l'organisation.

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a conduit une enquête en 2007 auprès des bénéficiaires et bénéficiaires potentiels de

L'enquête Premiers pas

L'enquête Premiers pas vise à mieux connaître la population des personnes éligibles à l'Aide médicale de l'Etat (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 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 ou migrantes (Dourgnon *et al.*, 2019). Les questionnaires ont été proposés en 14 langues. Pour cette étude de l'accès à l'AME, nous retenons les 1 083 personnes enquêtées présentes depuis plus de trois mois sur le sol français et donc éligibles à l'AME de ce point de vue.

l'AME interrogés dans des lieux de soins (Boisguerin, 2008, 2011). Bien que les données soient anciennes, elles permettent d'apporter un éclairage sur les conditions de vie, d'accès aux droits et aux soins des personnes enquêtées. Les constats réalisés à partir de cette enquête font écho à ceux, plus récents, formulés par le Défenseur des droits, ce qui laisse supposer que les principaux résultats de l'enquête gardent une certaine validité dix ans plus tard. Cependant, cette enquête, tout comme les enquêtes de Médecins du monde, n'interrogent des personnes que dans des lieux de soins, surreprésentant les personnes ayant les besoins de soins plus importants et la meilleure connaissance de ces services.

Les rapports administratifs (Inspection générale des affaires sociales-Inspection générale des finances, Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale, Commission des finances, Défenseur des droits) apportent des éléments concernant le cadrage budgétaire, la mise en œuvre du dispositif, ses éventuelles dérives (coût, fraude, refus de soins...) mais ne permettent pas d'apprécier dans sa globalité l'efficacité du dispositif. Tous ces rapports soulignent tant le manque de données pertinentes que les défis statistiques que représente la production de telles données. C'est la raison pour laquelle nous avons construit, dans le cadre d'un projet pluridisciplinaire plus large, une enquête spécifique, l'enquête Premiers pas, collectée en 2019 auprès de 1 223 personnes en situation irrégulière, dans 63 lieux et structures de Paris et de l'agglomération de Bordeaux (Dourgnon *et al.*, 2019 et encadré 2).

Pour cette étude, nous excluons 11 % des personnes interrogées dans l'enquête Premiers pas qui résident en France depuis

moins de trois mois. En effet, elles ne sont pas encore éligibles à l'AME, qui ne s'adresse qu'aux personnes résidant sur le territoire depuis au moins 3 mois. Les résultats ci-dessous portent ainsi sur 1 083 personnes. Ils sont pondérés pour tenir compte du plan d'échantillonnage.

Résultats

Une population plutôt masculine, jeune et précaire, mais qui reste hétérogène

Sept personnes sur dix sont des hommes. 32 % des personnes interrogées ont moins de 30 ans, 36 % ont de 30 à 40 ans, 21 % de 40 à 50 ans, enfin 11 % ont 50 ans et plus (tableau 1). 60 % sont originaires d'Afrique subsaharienne, 25 % d'Afrique du nord, 7 % d'Amérique latine, 5 % d'Asie et 3 % d'Europe. L'enquête représente probablement assez mal les personnes d'origine asiatique, soit que celles-ci fréquentent moins les structures enquêtées, soit qu'elles refusent plus fréquemment de participer.

Si 41 % sont arrivées en France avec un visa qui a depuis expiré et 3 % sont venues d'un autre pays européen, 56 % sont arrivées de façon clandestine. Parmi les personnes interrogées vivant en France depuis plus de trois mois, 27 % ont une durée de séjour allant de trois mois à un an, 33 % de un à deux ans, 14 % de trois à cinq ans. Enfin, pas moins de 26 % sont en France depuis cinq ans et plus. Ainsi cette population n'est composée que minoritairement de personnes récemment arrivées.

Les raisons de la venue en France sont recueillies à partir d'une question ouverte, permettant aux répondants de décrire plus

T1

Caractéristiques de la population étudiée et accès à l'Aide médicale de l'État (AME)

	Distribution	Taux de personnes couvertes par l'AME		Distribution	Taux de personnes couvertes par l'AME
Âge			Type de logement		
[18 et 30 ans[	32 %	40 %	Logement à votre nom	7 %	72 %
[30 et 40 ans[	36 %	55 %	Logement chez des proches	25 %	51 %
[40 et 50 ans[	21 %	62 %	Colocation	10 %	70 %
[50 et 60 ans[	8 %	44 %	Centre d'accueil (CHRS...)	11 %	65 %
60 ans et plus	3 %	69 %	Foyer	9 %	56 %
Sexe			À l'hôtel	12 %	57 %
Femme	31 %	60 %	Logement de fortune, dans la rue...	26 %	30 %
Homme	69 %	47 %	Précarité alimentaire¹		
Durée de séjour en France			Souvent	28 %	43 %
3 mois à un an	27 %	24 %	Parfois	38 %	51 %
1 à 3 ans	33 %	54 %	Jamais	34 %	59 %
3 à 5 ans	14 %	70 %	Isolement²		
Plus de 5 ans	26 %	65 %	Oui	40 %	43 %
Motifs cités de la venue en France			Maîtrise du français		
Raison liée à la santé	10 %	66 %	Très bonne	26 %	58 %
Raison économique	47 %	47 %	Plutôt bonne	32 %	55 %
Raison politique	22 %	60 %	Pas très bonne	20 %	50 %
Raison familiale	8 %	62 %	Mauvaise ou très mauvaise	2 %	17 %
Raison privée	14 %	57 %	Questionnaire répondu en langue étrangère	20 %	42 %
Raison de scolarité	5 %	47 %	Santé perçue		
Mode d'entrée en France			Très bonne	19 %	62 %
Entrée avec un visa	42 %	62 %	Bonne	36 %	53 %
Entrée illégale	56 %	43 %	Assez bonne	23 %	46 %
Citoyen européen	3 %	33 %	Mauvaise	18 %	42 %
Région de naissance			Très mauvaise	4 %	56 %
Afrique sub-saharienne	60 %	54 %	Limitations fonctionnelles³		
Afrique du Nord	25 %	44 %	Oui, sans difficulté	72 %	50 %
Amérique latine	7 %	62 %	Oui, avec quelques difficultés	15 %	60 %
Asie	5 %	39 %	Oui, avec beaucoup de difficultés	5 %	54 %
Europe	3 %	42 %	Non, vous ne pouvez pas du tout	8 %	47 %
Situation vis-à-vis du travail			Problèmes de santé déclarés		
Déclare travailler actuellement	25 %	61 %	Troubles musculosquelettiques	30 %	61 %
Niveau d'études (âge de fin d'études)			Anxiété et troubles du sommeil	20 %	53 %
Non scolarisé	12 %	54 %	Maladie respiratoire	9 %	52 %
Moins de 12 ans	9 %	52 %	Hypertension	8 %	60 %
12 à 19 ans	39 %	51 %	Psychose, psychotraumatisme, dépression	8 %	59 %
19 ans et plus	39 %	53 %	Maladie infectieuse	8 %	59 %
Études en cours	1 %	59 %	Diabète	5 %	36 %

¹ À un moment donné au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous trouvé(e) dans une situation où vous n'avez pas eu assez à manger ?

² Avez-vous quelqu'un à qui parler de vos problèmes personnels ?

³ Pouvez-vous porter un sac à provisions de 5 kg sur une distance de 200 mètres ?

Source : Enquête Premiers pas (statistiques pondérées).

[Télécharger les données](#)

précisément leurs motifs. 47 % citent un motif économique ou social (« pour travailler en France », « peur de la misère »). 22 % citent un motif politique (« pour fuir la guerre », « risque la prison en raison de ses idées politiques », « problèmes avec les Talibans »). Les problèmes de conflictualité privée (« protéger ma fille de l'excision », « fuir un mariage forcé », « orientation sexuelle ») sont cités par 14 %, le plus souvent par des femmes. 10 % citent un motif lié à la santé. Le motif de santé peut correspondre au fait de déclarer être venu en France « pour se soigner », mais plus géné-

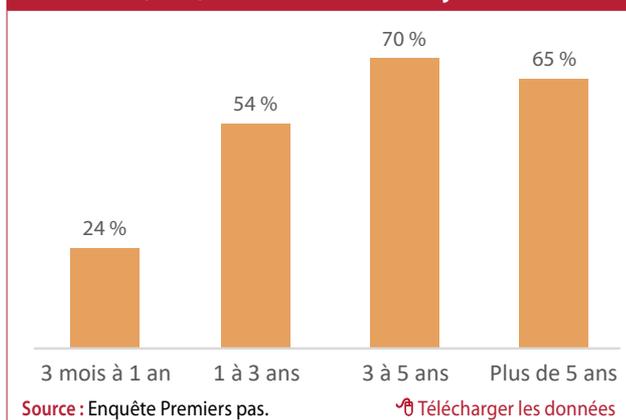
ralement « pour la santé ». Ce motif de santé peut être combiné à d'autres motifs. Pour dix personnes citant un motif de santé, quatre y associent un motif économique ou social. Les problèmes privés et politiques sont également combinés avec le motif de santé. Enfin, 8 % des personnes enquêtées déclarent être venues en France pour retrouver un conjoint ou un membre de leur famille et 4 % être venues pour étudier.

Deux personnes sur dix ont quitté l'école avant 12 ans, alors que quatre sur dix déclarent avoir arrêté leurs études après

l'âge de 18 ans. Un quart des personnes interrogées déclarent avoir un travail au moment de l'enquête. Parmi elles, quatre personnes sur dix occupent un logement ordinaire, qu'il s'agisse d'un logement à leur nom, d'une co-location ou d'un hébergement par des proches. Trois sur dix dorment en foyer, en centre d'accueil, ou à l'hôtel. Une personne sur quatre déclare loger dans un logement de fortune ou dans la rue. La précarité alimentaire est extrêmement répandue. Seule une personne sur trois déclare ne pas avoir connu de situation de précarité alimentaire au cours des

G1

Part des personnes bénéficiant de l'Aide médicale de l'État (AME) selon leur durée de séjour en France



douze derniers mois. Enfin, la précarité affective est également fréquente. Quatre personnes sur dix déclarent n'avoir personne à qui parler de leurs problèmes personnels, que ce soit en France ou dans un autre pays. La maîtrise du français est aussi un facteur d'isolement. Parmi les 80 % des personnes ayant répondu en français à l'enquête, un quart déclarent lire et parler très bien le français, quand 27 % le parlent mal ou très mal et 37 % le lisent mal ou très mal.

L'état de santé est recueilli à travers des questions générales et des questionnaires présentant une liste de pathologies et symptômes et offrant la possibilité de déclarer d'autres pathologies dans un registre de maladies. Alors que dans la population française générale, 31 % déclarent avoir un état de santé général dégradé (assez bon, mauvais ou très mauvais) [Pisarik *et al.*, 2017], cela concerne 45 % de la population que nous étudions, 22 % des personnes interrogées reportant même un état de santé mauvais ou très mauvais. 28 % d'entre elles déclarent des limitations fonctionnelles motrices, mesurées par le fait de déclarer avoir des difficultés ou être dans l'incapacité à porter un sac de 5 kg sur une distance de 200 mètres. De manière cohérente, 30 % déclarent également des troubles musculo-squelettiques (rhumatismes, douleurs articulaires, douleurs musculaires, lombalgie). Parmi les autres pathologies et symptômes déclarés, 12 % déclarent des problèmes respiratoires (asthme, bronchite chronique, emphysème, insuffisance respiratoire ou pneumonie). 8 % déclarent avoir au moins une maladie infectieuse (tuberculose, VIH/Sida, hépatite B ou

meil. 31 % des personnes interrogées ne déclarent aucune maladie.

51 % sont couverts par l'AME

Parmi l'échantillon de personnes sans titre de séjour et résidant en France depuis plus de trois mois, et donc a priori éligibles à l'AME, seules 51 % sont effectivement couvertes par l'AME (60 % des femmes et 47 % des hommes). Le taux de non-recours à l'AME, de 49 %, est donc supérieur à celui estimé pour la CMU-C et comparable à celui estimé pour l'ACS (environ 50 %).

L'accès à l'AME est fortement corrélé avec la durée de séjour. Le taux de personnes couvertes passe de 24 % parmi les personnes vivant en France depuis plus de trois mois mais moins d'un an, à 65 % parmi celles résidant en France depuis plus de cinq ans (graphique 1). Il est important de noter que bien que ce taux soit croissant, une part importante des personnes sans titre de séjour établies durablement en France reste non couverte.

Les conditions d'entrée et de vie en France sont assez fortement corrélées avec la couverture par l'AME. Ainsi, les personnes entrées initialement avec un visa sont 62 % à être couvertes, contre 43 %

C, méningite, bilharziose ou paludisme), 8 % de l'hypertension et 5 % un diabète. 8 % déclarent souffrir de psychose, de psychotraumatisme ou de dépression, la dépression concernant en France 7 % de la population générale (Pisarik *et al.*, 2017) et 20 % des personnes interrogées reportent en outre de l'anxiété ou des troubles du som-

meil. 31 % des personnes interrogées ne déclarent aucune maladie.

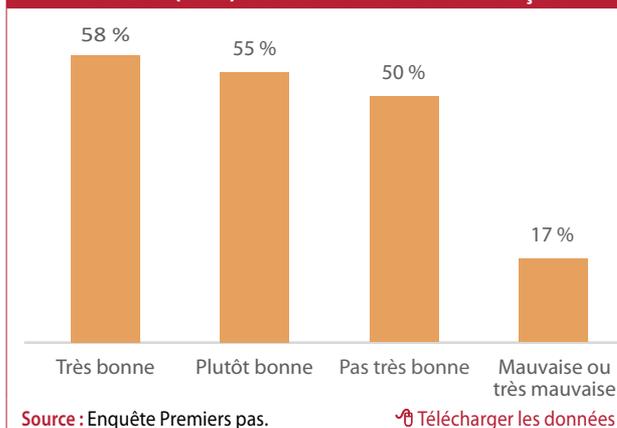
meil. 31 % des personnes interrogées ne déclarent aucune maladie.

meil. 31 % des personnes interrogées ne déclarent aucune maladie.

meil. 31 % des personnes interrogées ne déclarent aucune maladie.

G2

Part des personnes bénéficiant de l'Aide médicale de l'État (AME) selon leur maîtrise du français



même pour les personnes déclarant avoir au moins une maladie infectieuse, de l'hypertension, ou des problèmes de santé mentale. Le non-recours est encore plus important pour les personnes déclarant des maladies respiratoires (48 %), de l'anxiété (47 %), ou du diabète (64 %). Le dispositif AME ne couvre donc pas aujourd'hui de nombreux besoins de soins de la population éligible.

La durée de séjour et la maîtrise du français sont les principaux déterminants de l'accès à l'AME

Une analyse multivariée a été réalisée afin d'estimer si l'influence des différentes dimensions décrites ci-dessus sur le fait d'être couvert par l'AME persiste quand elles sont prises en compte simultanément. La taille de l'échantillon impose la prise en compte d'un nombre raisonné de variables. Les variables conservées couvrent l'âge et le genre, le type de migration (mode d'entrée en France, durée de séjour, motif de migration pour raison de santé), le statut socio-économique (niveau d'éducation et situation actuelle vis-à-vis de l'emploi), la précarité en France (seule la précarité du logement a été retenue), l'état de santé (santé perçue et limitations fonctionnelles) et la maîtrise du français, mesurée par la capacité à parler le français et la langue utilisée pour répondre au questionnaire (tableau 2).

Les femmes ont, toutes choses égales par ailleurs, une probabilité plus élevée (+6 points de pourcentage par rapport à la probabilité de recours de référence, ici les hommes) d'être couvertes. Si l'âge n'a pas d'influence, la durée de séjour apparaît être la variable la plus déterminante de l'accès à la couverture. Les personnes en France depuis moins d'un an ont une propension bien moindre à être couvertes (-31 points par rapport aux personnes présentes depuis un à trois ans) et le gradient est régulier. Alors que le niveau d'éducation et le fait de déclarer travailler actuellement ne sont pas corrélés au recours à l'AME, la précarité réduit la probabilité d'être couvert (-11 points pour les personnes vivant en logement de fortune ou dans la rue, par rapport aux personnes vivant en logements ordinaires). Les personnes entrées illégalement sont également moins souvent couvertes (-11 points). Enfin, les personnes déclarant parler mal ou très mal le

français sont nettement moins couvertes (-21 points). Les personnes ayant répondu au questionnaire dans une langue étrangère sont également moins couvertes.

La relation entre état de santé et recours à l'AME confirme les résultats des statistiques descriptives. Les personnes déclarant un mauvais état de santé général apparaissent moins souvent couvertes (-8 points), alors que les personnes affichant des limitations fonctionnelles le sont davantage (+7 % pour les personnes ayant beaucoup de difficultés à porter un sac de 5 kg sur une distance de 200 m). La déclaration d'un motif de santé parmi les motifs de venue en France a une

influence significative (+11 points) sur la probabilité d'être couvert.

Au final, l'analyse multivariée fait apparaître que deux dimensions ont une influence déterminante sur le fait d'être couvert : la durée de séjour en France et la maîtrise du français.

Un non-recours à l'AME expliqué par le manque d'information et la complexité du dispositif

Parmi les 49 % de personnes ne disposant pas de l'AME au moment de l'enquête, 33 % déclarent ne jamais avoir entendu

T2 Modélisation probit de la probabilité d'être couvert par l'Aide médicale de l'État (AME) - Estimation en effets marginaux		
	AME	
	Effets marginaux	Écarts-types
Sexe (Réf. : Femme)		
Homme	-0,0635 **	0,0314
Catégories d'âge (Réf. : [18 à 30 ans])		
[30 à 40 ans]	-0,0034	0,0359
[40 à 50 ans]	-0,0002	0,0411
[50 à 60 ans]	-0,0561	0,0542
60 ans et plus	0,0203	0,0724
Durée de séjour (Réf. : 3 mois à 1 an)		
1 à 3 ans	0,3114 ***	0,0352
3 à 5 ans	0,3964 ***	0,0458
5 ans et plus	0,4563 ***	0,0380
Niveau d'éducation (âge de fin d'études) [Réf. : Sans éducation]		
Moins de 12 ans	0,0994	0,0633
12 à 19 ans	-0,0050	0,0525
19 ans et plus	-0,0149	0,0546
En cours	0,1300	0,1254
Type de logement (Réf. : Logement ordinaire)		
Dans un foyer, dans un centre d'accueil, à l'hôtel	0,1116 ***	0,0353
Rue	-0,1121 ***	0,0373
Autre logement	-0,0551	0,0764
Mode d'entrée en France (Réf. : Entré avec un visa)		
Entré illégalement	-0,1100 ***	0,0315
N'a pas besoin de visa (ressortissant de l'union européenne)	-0,1136 *	0,0644
Motif de migration (Réf. : N'a pas migré pour raisons de santé)		
Migration pour raisons de santé	0,1144 ***	0,0419
Santé perçue (Réf. : État de santé déclaré bon ou très bon)		
État de santé déclaré assez bon, mauvais ou très mauvais	-0,0805 ***	0,0305
Limitations fonctionnelles¹ (Réf. : Oui, sans difficulté)		
Oui, avec quelques difficultés	0,0679	0,0414
Oui, avec beaucoup de difficultés ou incapacités	0,0709 *	0,0407
Situation vis-à-vis de l'emploi (Réf. : Ne travaille pas)		
Travaille actuellement	0,0301	0,0328
Maîtrise du français (Réf. : Très bonne)		
Plutôt bonne	0,0040	0,0379
Pas très bonne	-0,0523	0,0449
Mauvaise ou très mauvaise	-0,2189 **	0,0870
A répondu dans une autre langue	-0,0691 *	0,0413
Observations	1 074	
¹ Pouvez-vous porter un sac à provisions de 5 kg sur une distance de 200 mètres ?		
*** p < 0,01 ; ** p < 0,05 ; * p < 0,1. R ² = 0,1854.		
Source : Enquête Premiers pas.		

 Télécharger les données

parler de l'AME. Parmi les 67 % ayant entendu parler de l'AME mais n'en disposant pas, 24 % l'ont eue par le passé. La plupart d'entre elles ne l'ont pas redemandé le plus souvent en raison de la complexité des démarches, ou de l'incapacité à fournir un justificatif de résidence ou de revenu. La majorité des personnes n'ayant pas recouru à l'AME ne l'ont donc jamais eue, bien qu'elles en aient entendu parler. Parmi elles, 47 % sont en attente de réponse, 1 % ont essuyé un refus, 8 % ont abandonné les démarches et 41 % ne les ont jamais entreprises. L'absence et l'abandon des démarches sont alors le plus souvent expliqués par l'absence de connaissance sur le dispositif, le lieu où se rendre pour l'obtenir, l'absence de justificatifs de revenus, de résidence ou d'identité. Le fait d'être en bonne santé, d'avoir d'autres pré-occupations ou la peur d'être dénoncé ne sont que des justifications marginales.

Parmi les 51 % de personnes disposant de l'AME au moment de l'enquête, 19 % l'ont obtenue en moins d'un mois, 25 % entre un à deux mois, 49 % entre deux à six mois, et 7 % ne l'ont obtenue qu'après plus de six mois.

Discussion

Bien que l'AME ait été créée il y a près de vingt ans, peu de connaissances sont à ce jour disponibles tant sur le nombre de personnes éligibles, leur état de santé, leur accès effectif à l'AME, leur accès aux soins, leurs besoins de soins restés non satisfaits, ou l'existence d'utilisations jugées abusives du dispositif.

Les résultats de l'enquête Premiers pas viennent contribuer à combler ce manque en fournissant pour la première fois des informations sur un échantillon représentatif de personnes en situation irrégulière usagères de services d'aides. Ils montrent que seules 51 % des personnes éligibles interrogées bénéficient de l'AME, en dépit d'un état de santé dégradé pour nombre d'entre elles. Près de la moitié des personnes sans titre de séjour souffrant de pathologies nécessitant des soins, comme le diabète ou les maladies infectieuses, ne sont dans les faits pas assurées pour la santé, ni par l'AME ni par l'assurance maladie de droit commun. Par ailleurs, si

une personne sur dix a cité la santé parmi les raisons de sa migration en France, ce motif n'est que faiblement corrélé à l'acquisition d'une couverture.

Plusieurs facteurs ont été identifiés dans la littérature pour expliquer le non-recours aux aides publiques, et en particulier l'assurance gratuite ou subventionnée (Aizer, 2003 ; Aizer, 2007 ; Baicker *et al.*, 2012 ; Bhargava et Manoli, 2015 ; Chernew *et al.*, 1997 ; Currie, 2006 ; Daponte *et al.*, 1998 ; Finkelstein *et al.*, 2019 ; Garcia-Alexander, Weller, & Baicker, 2017 ; Guthmuller *et al.*, 2014a ; Guthmuller *et al.*, 2014b ; Hahn, 2013 ; Iyengar & Lepper, 2000 ; Lo Sasso and Buchmueller, 2004, Odenore, 2012 ; Remler *et al.*, 2001 ; Wright *et al.*, 2017). Le premier relève du manque d'information, que ce soit sur l'existence du dispositif, les conditions d'éligibilité, ou sur les démarches à entreprendre pour l'obtenir. Le non-recours peut ensuite être expliqué par un choix, le bénéfice de l'aide étant jugé trop faible par rapport aux coûts à subir pour obtenir l'aide. Le bénéfice peut ainsi être jugé faible au regard des coûts par les personnes anticipant des difficultés d'accès aux soins malgré l'aide ou percevant leurs problèmes de santé comme mineurs, au regard des autres besoins essentiels qu'ils ont à satisfaire comme celui d'un logement, de nourriture ou de sécurité. Les personnes éligibles, qu'elles perçoivent ou non des besoins de soins élevés, peuvent ensuite renoncer à leur droit par découragement devant la complexité des démarches ou par impossibilité à obtenir les justificatifs nécessaires pour faire valoir leurs droits, comme les preuves de leur durée de séjour en France ou leur niveau de revenu. Elles peuvent également renoncer par crainte de stigmatisation, ou par crainte d'être dénoncées. Ces facteurs dépendent en outre de l'environnement culturel et social qui peut affecter la capacité de l'individu à recueillir des informations, à s'en saisir, et à demander une prestation. Il peut exister des « facteurs déclencheurs », comme une baisse soudaine du revenu ou un choc de santé, ou l'entrée en contact avec des proches, des associations, ou des professionnels de santé. Enfin, le non-recours peut être transitoire, les personnes ayant fait la demande pour obtenir l'aide mais ne l'ayant pas encore reçue, ou se retrouvant en rupture récente de droit.

Nos résultats suggèrent que le non-recours à l'AME est avant tout expliqué par la méconnaissance du dispositif, des démarches à entreprendre et la capacité à se saisir d'un dispositif complexe. Elle est ainsi fortement corrélée avec la durée de séjour sur le territoire et la maîtrise de la langue française. La faible corrélation du recours à l'AME avec les problèmes de santé ne vient pas à l'appui ni de l'hypothèse d'un non-recours par choix ni d'un effet d'attraction fort de l'AME sur la migration en France. Même après cinq années ou plus de résidence en France, 35 % des personnes sans titre de séjour n'ont pas l'AME. Seuls les troubles musculo-squelettiques, expliqués ou aggravés par les conditions de vie et de travail des migrants en France, et pouvant remettre en cause leur capacité à travailler ou à être en sécurité, augmentent le recours à l'AME. Au final, l'acquisition de l'AME semble procéder d'un phénomène assez lent, ralenti par les situations de précarité, au fil duquel l'individu peut être amené, en fonction de l'évolution de son état de santé, en particulier fonctionnel, à interagir avec le système de soins, pour finalement être couvert.

L'AME est souvent l'objet de débats politiques et sociétaux intenses et les propositions de réforme reviennent inmanquablement à l'occasion des principales échéances électorales nationales et des votes des lois de finance. Nos travaux suggèrent que toute mesure qui viserait à limiter les droits offerts par l'AME de droit commun afin de lutter contre l'immigration clandestine ou de réduire fortement les dépenses de santé couvertes de l'AME raterait certainement sa cible. Le risque serait en revanche de mettre en danger l'état de santé d'une population, pour partie très précaire, et avec des besoins de soins largement non couverts et de laisser le poids de leur prise en charge aux services d'urgence et aux associations. Des marges de progrès existent pour garantir l'effectivité de l'AME, en agissant sur les principales explications du non-recours que sont le manque d'information sur le dispositif, sa complexité, et les difficultés que rencontrent les personnes concernées à réunir les pièces justificatives pour faire valoir leurs droits. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Aizer A. (2003). "Low Take-up in Medicaid: Does Outreach Matter and for Whom?". *The American Economic Review*, 93(2), 238-241.
- Aizer A. (2007). "Public Health Insurance, Program Take-up, and Child Health". *The Review of Economics and Statistics*, 89(3), 400-415.
- Baicker K., Congdon W. J., Mullainathan S. (2012). "Health Insurance Coverage and Take-up: Lessons from Behavioral Economics". *The Milbank Quarterly*, 90(1), 107-134.
- Berchet C. (2013). "Health Care Utilisation in France: An analysis of the Main Drivers of Health Care Use Inequalities Related to Migration". *Rev Epidemiol Sante Publ* 2013; 61 (suppl 2): S69-79. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2013.03.001>
- Berchet C., Jusot F. (2010). « L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France. Une analyse selon le genre et l'origine ». *Revue économique* 61(6): 1075-1098.
- Berchet C., Jusot F. (2012). « Etat de santé et recours aux soins des immigrés en France : une synthèse des travaux français ». *Questions d'économie de la santé*, n° 172, janvier.
- Berchet C., Jusot F. (2009). « Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition ». *Economie publique* (24-25): 73-100.
- Bhargava S., Manoli, D. (2015). "Psychological Frictions and the Incomplete Take-up of Social Benefits: Evidence from an IRS Field Experiment". *The American Economic Review*, 105(11), 3489-3529.
- Boisguérin B. (2008). « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins ». Drees, *Etudes et Résultats* n° 645, juillet.
- Boisguérin B. (2011). « Insertion professionnelle, état de santé et recours aux soins des bénéficiaires de l'AME : le rôle des réseaux d'entraide ». Drees, *Dossier solidarités et santé* n° 19.
- Chernew M., Frick, K., & McLaughlin, C. G. (1997). "The Demand for Health Insurance Coverage by Low-income Workers: Can Reduced Premiums Achieve Full Coverage?". *Health Services Research*, 32(4), 453-470.
- Currie, J. (2006). "The Take-up of Social Benefits". In A. J. Auerbach, D. Card, & J. M. Quigley (Eds.), *Public Policy and the Income Distribution* (pp. 80-148). New York: Russel Sage.
- Daponte B.O., Sanders S., Taylor L. (1998). "Why Do Low-income Households not Use Food Stamps? Evidence from an Experiment". *Journal of Human Resources* 34(3): 612-28.
- Dourgnon P., Guillaume S., Jusot F., Wittwer J. (2019). « Etudier l'accès à l'Aide médicale de l'Etat des personnes sans titre de séjour ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 244, novembre.
- Dourgnon P., Jusot F., Sermet C., Silva J. (2009). « Le recours aux soins de ville des immigrés en France ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 146, septembre.
- Dourgnon P., Kassari H. (2014). "Refugees in and out North Africa: A Study of the Choucha Refugee Camp in Tunisia". *European Journal of Public Health*, vol. 24, suppl. 1. 2014/08, 6-10.
- European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) [2015]. "Cost of Exclusion from Healthcare – The Case of Migrants in an Irregular Situation". Report.
- Finkelstein A., Hendren N., Shepard M. (2019). "Subsidizing Health Insurance for Low-income Adults: Evidence from Massachusetts". *American Economic Review*, 109, 4, 1530-67.
- Fonds CMU-C (2018). *Rapport annuel d'activité 2018*.
- Guthmuller S., Jusot F., Wittwer J. (2014a). "Improving Take-up of Health Insurance Program: A Social Experiment in France". *Journal of Human Resources*, vol. XLIX, n°1, pp. 167-94.
- Guthmuller S., Jusot F., Renaud T., Wittwer J. (2014b). « Comment expliquer le non-recours à l'Aide pour une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès de bénéficiaires potentiels à Lille en 2009 ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 195, février.
- Hahn Y. (2013). "The Effect of Medicaid Physician Fees on Take-up of Public Health Insurance among Children in Poverty". *Journal of Health Economics*, 32(2), 452-462.
- Hamel C., Moisy M. (2012). « Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et origines, 2008 ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (2-3-4): 21-24.
- Handel B. R., Kolstad J. T., Spinnewijn J. (forthcoming). "Information Frictions and Adverse Selection: Policy Interventions in Health Insurance Markets". *Review of Economics and Statistics*.
- Iyengar S. S., Lepper M. R. (2000). "When Choice Is Demotivating: Can One Desire Too Much of a Good Thing?". *Journal of personality and social psychology*, 79(6), 995-1006.
- Jusot F., Carré B., Wittwer J. (2019). « Réduire les barrières financières à l'accès aux soins ». *Revue française d'économie*, 34, 1 : 133-181 [rang B de l'Hcéres ; catégorie 3 du CNRS].
- Kassar H., Dourgnon P. (2014). "The Big Crossing: Illegal Boat migrants in the Mediterranean". *European Journal of Public Health*, vol. 24, suppl 1. 2014/08, 11-15.
- Lo Sasso A.T., Buchmueller T.C. (2004). "The Effect of the State Children's Health Insurance Program on Health Insurance Coverage". *Journal of Health Economics* 23(5): 1059-1082.
- Moullan Y., Jusot F., (2014). "Why Is the Healthy Migrant Effect Different between European Countries?". *European Journal of Public Health*, 24, supplement 1: 80-86.
- Odenore (2012). *Lenvers de la « fraude sociale »*. *Scandale du non recours aux droits sociaux*. Paris, ed. La Découverte, (Collection Repères).
- Pisarik J., Rochereau T., Célant N. (2017). « État de santé des Français et facteurs de risque - Premiers résultats de l'Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale 2014 ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 223, mars.
- Remler D.K., Rachlin J.E., Glied S.A. (2001). "What Can the Take-up of other Programs Teach Us about How to Improve Take-up of Health Insurance Programs?". *NBER Working Paper* 8185.
- Warin P. (2016). *Le non-recours aux politiques sociales*. Presses universitaires de Grenoble, collection « Libres cours – politique », 2016, 242 p.
- Wittwer J., Raynaud D., Dourgnon P., Jusot F. (2019). « Protéger la santé des personnes en situation irrégulière en France. L'Aide médicale de l'Etat, une politique d'accès aux soins mal connue ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 243, novembre.
- Wright B. J., Garcia-Alexander G., Weller M. A., Baicker K. (2017). "Low-cost Behavioral Nudges Increase Medicaid Take-up among Eligible Residents of Oregon". *Health Affairs* 36(5), 838-845.