

# Accès aux soins des migrants malades

## Conditions d'accès à l'Aide Médicale d'Etat en France et impact sur le recours au dispositif « Soins Urgents et Vitaux ». The POPUP Study

### Health policies

#### Research team

Anne-Laure  
FERAL-PIERSENS



Emergency physician at SAMU 93 and Avicenne hospital, researcher at LEPS (Université Sorbonne Paris Nord) and at the hospital-university federation IMPEC.

Her work focuses on social inequalities in health and on the use of emergency care by vulnerable populations.

Isabelle DURAND-ZALESKI



Professor in Public Health, she carried out her PhD research in economics and management (Paris IX University) and holds a Masters in Public Health (Harvard University) and

(a diploma from the Political Study Institute of Paris (Institut d'Etudes Politiques de Paris). She has been the head of the Evaluation Department in the National Health Authority and is currently the head of the Paris Health Economics and Health Services Research Unit.

Kevin ZARCA



Public Health Physician with a master degree in Biostatistics and Clinical Research and in Medical Informatics. He is

working at Paris Health Economics and Health Services Research Unit as a methodologist.

Thomas RAPP



Associate professor at Paris University, his works focuses on health economics, health policies analysis and is specialised on aging economy.

He has achieved the Harkness fellowship at Harvard university and has been working in the OECD.

#### Research assistant :

Zakaria BEKKAR

Machine learning engineer master's student in applied mathematics, computer and data science, quantitative finance and economics from Institut Polytechnique de Paris and Ecole Normale Supérieure Paris-Saclay.

Ce projet évalue l'impact des politiques publiques encadrant l'accès aux soins des populations migrantes. Il s'agit de réaliser une évaluation socio-sanitaire et économique du recours au dispositif « Soins Urgents et Vitaux » (SUV) dévolu aux patients migrants sans prise en charge sociale et d'analyser l'impact de certaines réformes de l'accès aux soins sur ce dispositif.

### Contexte

Parmi les populations précaires, les populations migrantes et a fortiori celles en situation irrégulière en France sont particulièrement vulnérables. Elles sont confrontées à davantage de barrières à l'accès aux soins. Même s'il existe certains dispositifs qui permettent la prise en charge par l'assurance maladie des soins de santé (Aide Médicale d'Etat-AME, Protection Universelle Maladie-PUMa), la complexité des démarches administratives et l'existence de délais de carence avant de pouvoir en bénéficier influent sur les parcours de soins, les amenant à renoncer ou à se tourner en dernier recours vers les services d'urgences.

Un dispositif spécifique "Soins Urgents et Vitaux" (SUV) permet aux patients ne pouvant relever d'aucune autre aide ou assurance d'être soignés pour toute pathologie urgente et vitale.

Alors que l'entrée des patients migrants et précaires dans le système de santé français se fait le plus souvent par le biais des urgences par défaut d'accès à la médecine de ville, il n'existe que peu de travaux décrivant et comparant les parcours de soins des patients pris en charge au titre du dispositif SUV par rapport à l'AME et à la PUMa.

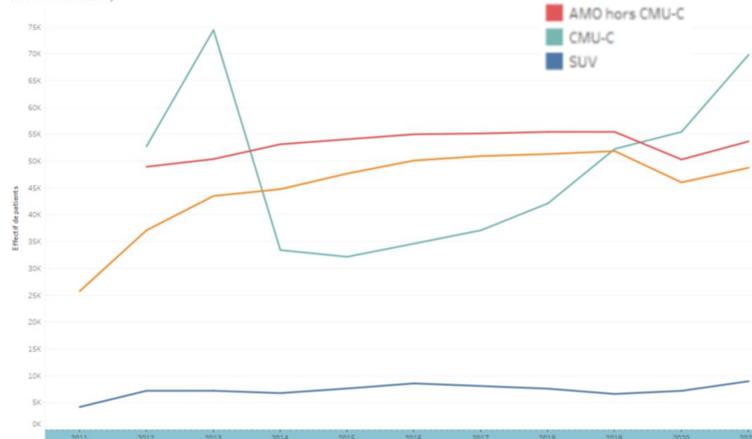
Par ailleurs, des modifications importantes entourant les conditions de prise en charge médicale des populations migrantes ont été introduites depuis 2010 (introduction d'un timbre d'affiliation à l'AME, introduction d'un délai de carence pour les demandeurs d'asile en 2020).

Ces modifications d'accès aux dispositifs peuvent ainsi avoir modifié les parcours de soins des populations migrantes et ont pu avoir pour effet de restreindre et retarder leur accès à des soins nécessaires.

#### Nombre de séjours par dispositif (toutes années confondues)

AMO hors CMU-C	1 231 510
AME	1 080 732
CMU-C	786 533
SUV	131 449

Effet de patients selon le dispositif (évolution annuelle)



### Objectifs

Ce travail a deux objectifs complémentaires. Il s'agit d'évaluer l'impact des politiques publiques encadrant l'accès aux soins des populations migrantes en analysant :

1. Les séjours hospitaliers des patients pris en charge au titre du dispositif SUV et de les comparer en termes de consommation de soins à ceux des patients pris en charge au titre de l'AME et de la PUMa.
2. Les effets des modifications des conditions d'accès à l'AME et à la PUMa sur les hospitalisations au titre des dispositifs SUV, AME et PUMa.

### Méthode

Nous réalisons une étude multicentrique rétrospective observationnelle exploitant les bases de données nationales du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) de 2011 à 2021. Les informations médicales et médico-économiques anonymisées, quantifiées et standardisées portent sur tous les séjours hospitaliers réalisés au sein des établissements du territoire national associé à chaque dispositif permettant sa prise en charge financière: Aide Médicale d'Etat (AME), dispositif Soins Urgents et Vitaux (SUV), échantillon aléatoire (1%) de l'Assurance Maladie Obligatoire-AMO (actuelle PUMa).

Répartition du coût total des séjours des grands groupes (selon le dispositif, toutes années confondues)



Les séjours successifs sont chaînés sur l'identifiant des patients dans la base PMSI. Ce chaînage permet de suivre l'évaluation des séjours hospitaliers au cours du temps et d'analyser des séries chronologiques des séjours d'un patient. Les effets des réformes de l'accès aux soins seront évalués en analysant les effets des modifications des conditions d'accès à l'AME et à l'AMO sur les hospitalisations au titre des dispositifs SUV tant sur le plan quantitatif (évolution en nombre et en coût) que sur le plan qualitatif (quelles pathologies, durées, sévérité).

Les analyses statistiques mettront en regard les résultats issus des méthodologies de l'épidémiologie d'une part et de l'analyse économique en expérience quasi-naturelle d'autre part. Les stratégies en double différence compareront les deux types de prises en charge testées (SUV et AME) à des groupes de contrôle, construits à partir de l'analyse des types de prise en charge pré-réforme. On régressera le coût des séjours sur l'appartenance au dispositif contrôlée par des variables telles que l'âge, le sexe, le CMD, la sévérité des GHM associés, la distance avec la mort, la région de l'établissement et l'année d'hospitalisation. L'objectif à terme étant de construire un panel à partir de la base de données PMSI afin de pouvoir y adosser un modèle à effet fixe et estimer plus rigoureusement encore la contribution du dispositif sur le coût du séjour.

