



HAL
open science

Précarité aux urgences : étude des dépenses de santé des patients sans assurance maladie consultant aux urgences du CHU de Nantes et du CH de Saint-Nazaire

Mathilde Holtz

► To cite this version:

Mathilde Holtz. Précarité aux urgences : étude des dépenses de santé des patients sans assurance maladie consultant aux urgences du CHU de Nantes et du CH de Saint-Nazaire. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03853296

HAL Id: dumas-03853296

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03853296>

Submitted on 15 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2022

N°

THÈSE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de Médecine d'Urgence)

Par

Mathilde HOLTZ

Née le 30 septembre 1995 à Saint-Avoid

Présentée et soutenue publiquement le 22 Septembre 2022

**Précarité aux urgences : étude des dépenses de santé des patients sans assurance
maladie consultant aux urgences du CHU de Nantes et du CH de Saint-Nazaire**

Président : Monsieur le Professeur Éric BATARD

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Florian VIVREL

Remerciements

Ce travail est le fruit d'une collaboration. J'adresse tous mes remerciements aux personnes qui ont apporté leur aide à la réalisation de cette thèse et à tous ceux qui m'ont permis d'alimenter ma réflexion.

Mes remerciements vont tout particulièrement:

Au Professeur Éric Batard, Professeur Philippe Le Conte, Professeur Emmanuel Montassier, Docteur François Javaudin, pour avoir accepté d'être membre de notre jury. Merci pour tous les enseignements dispensés depuis le début de notre formation.

Au Docteur Sylvie Morel et Docteur Adeline Scavion, pour faire partie de notre jury. Merci pour votre accompagnement tout au long du travail.

Au Docteur Florian Vivrel, notre directeur de thèse. Merci pour ton encadrement, ton écoute et ta bienveillance.

À Madame Zeineb Lamoureux responsable de la cellule des Recherches Non Interventionnelles à la Direction de la Recherche et de l'Innovation au CHU de Nantes, qui par sa patience et sa rigueur nous a permis, après deux années de démarches, d'obtenir l'autorisation de la CNIL, et ainsi de réaliser ce travail.

Au Docteur Chan Nghou. Merci pour votre disponibilité et votre précieuse aide.

À Madame Mevel, Madame Dolley, Madame Villette, Monsieur Desvaux, pour nous avoir aidé à l'obtention des données de cette thèse.

Au Docteur Matthieu Thibault, pour sa collaboration à Saint-Nazaire.

À l'ensemble de l'équipe des admissionnistes et des secrétaires du CHU de Nantes et du CH de Saint-Nazaire.

À ma famille et à mes amis, mosellans, nancéiens, nantais... Merci pour votre soutien indéfectible.

Listes des abréviations

AME	Aide Médicale d'État
ARS	Agence Régionale de Santé
CASO	Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CCNE	Comité Consultatif National d'Éthique
CES	Centre d'Examen de Santé
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMU	Couverture Médicale Universelle
CMU-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNDA	Cour Nationale du Droit d'Asile
COMEDE	Comité pour la santé des exilés
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSS	Complémentaire Santé Solidaire
DGEF	Direction Générale des Étrangers en France
GUDA	Guichet Unique pour Demandeurs d'Asile
IEP	Identifiant Externe du Patient
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
InVS	Institut de Veille Sanitaire
MIG	Mission d'Intérêt Général
MDM	Médecins du Monde
NABM	Nomenclature des Actes de Biologie Médicale
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
OFPRA	Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
ONDAM	Objectif National de Dépense de l'Assurance Maladie
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ORU	Observatoire Régional des Urgences
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PUMA	Protection Universelle Maladie
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SIM	Service d'Information Médicale
SMUR	Structures Mobiles d'Urgences et de Réanimation
SPADA	Structure de Premier Accueil des Demandeurs d'Asile
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UHTCD	Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée
UNHCR	Agence des Nations Unies pour les Réfugiés

Table des matières

Remerciements	2
Listes des abréviations	3
Table des matières	4
Introduction	5
La population en situation de précarité	5
Différents dispositifs d'accès aux soins	7
Historique	7
Un enjeu de santé publique	10
Matériels et Méthodes	12
Type d'étude	12
Objectifs de l'étude	12
Critères d'inclusion et d'exclusion	12
Déroulement de l'étude	13
Données recueillies	13
Aspects réglementaires et éthiques	14
Analyses statistiques	14
Résultats	15
Nombre de patients inclus	15
Étude des coûts principaux	16
Détails des coûts	17
Organismes payeurs	21
Hospitalisations au CHU de Nantes	24
Etude en sous-groupe des patients CCMU 1 et GEMSA 2	25
Discussion	26
Forces et limites	26
Réflexions et axes d'amélioration	26
Conclusion	30
Annexes	31
Annexe 1 : Le score EPICES	31
Annexe 2 : Parcours des demandeurs d'asile et parcours des étrangers malades par l'association COREVIH Pays de la Loire	32
Annexe 3 : Financement des structures d'urgence	35
Annexe 4 : Questionnaire de l'étude	38
Annexe 5 : Classification des Groupes d'Études Multicentrique des Services d'Accueil (GEMSA) et Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU)	40
Liste des Figures et Tableaux	41
Bibliographie	42
RÉSUMÉ	45

Introduction

1. La population en situation de précarité

1.1. Définition

Le rapport sur la grande pauvreté et la précarité économique et sociale écrit par Joseph Wresinski, publié dans le journal officiel de 1987, définit la précarité comme « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux* » (1). L'Académie Nationale de Médecine reprend cette définition trente années plus tard et publie un rapport mettant en lien précarité et pauvreté. En 2015, 9 millions de personnes vivent sous le seuil de pauvreté en France et 140 000 personnes sont sans domicile fixe (2).

La précarité peut être la conséquence de situations médicales, sociales ou économiques complexes.

Le Secours Catholique-Caritas France publie chaque année un rapport statistique intitulé « État de la pauvreté » en France. Les données socio-démographiques des 38 800 ménages accueillis en 2020 montrent une grande vulnérabilité des familles monoparentales avec une augmentation du nombre de mères isolées, le vieillissement progressif d'une partie de la population prise en charge, et la précarisation croissante des jeunes adultes. Le nombre de personnes étrangères accueillies est en augmentation (53% en 2020 contre 32.5% en 2010) et 60% des étrangers rencontrés sont sans statut légal stable en 2020. Il s'agit d'une population principalement masculine, jeune, dont l'âge médian est de 38 ans (3). La précarisation de leur statut légal conduit à une grande vulnérabilité socio-économique par l'absence de reconnaissance de leurs droits notamment en santé.

Dominique Kerouedan, dans le rapport intitulé « La santé des migrants » publié en 2019, montre que l'état de santé de la population migrante est peu connu et que la plupart des données sanitaires sont ponctuelles et collectées à partir de l'utilisation d'Organisations Non Gouvernementales (ONG) comme le SAMU-Social de Paris, Médecins du Monde et le Comité pour la santé des exilés (COMEDE) (4).

1.2. Données migratoires

Depuis 1946 en France, la population immigrée progresse en effectif et en pourcentage de la population totale. En 2021, selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), sept millions d'immigrés vivent en France, soit 10.3 % de la population, contre 7.4 % en 1975 et 5.0 % en 1946. Il s'agit de personnes nées étrangères, à l'étranger, et résidant en France. La nationalité française a été acquise pour 36% d'entre eux. Enfin, 47.5 % des immigrés vivant en France sont nés en Afrique et 32.2 % sont nés en Europe (5).

La population étrangère vivant en France s'élève à 5,2 millions de personnes, soit 7.7 % de la population totale. Elle se compose de 4,5 millions d'immigrés n'ayant pas acquis la nationalité française et de 0,8 millions de personnes nées en France de nationalité étrangère.

Les personnes demandeuses d'asile réalisent la demande de protection pour obtenir le statut de réfugiées dans des Guichets Unique de Demande d'Asile (GUDA). Les GUDA sont des lieux où sont réunis les services de la préfecture et de l'Office Français de l'Immigration et l'Intégration (OFII). Les demandes sont ensuite étudiées par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) et en cas de recours par la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA).

Le rapport publié en juin 2021 par la Direction Générale des Étrangers en France (DGEF) montre une baisse de 38,4% des demandes d'asile formulées en 2020, en lien avec l'épidémie Covid-19, alors que le nombre de demandes d'asile était en augmentation constante jusqu'en 2019 (6). Le flux croissant reprend en 2021.

Selon le Ministère de l'Intérieur, 104 577 premières demandes (mineurs inclus) ont été enregistrées en 2021 en Guichets Uniques de Demande d'Asile (GUDA), soit une hausse de 28.3 % par rapport à l'année précédente sans pour autant atteindre le niveau record de 2019 — 138 420 demandes. En 2021, 54 094 accords d'une mesure de protection accordant le statut de réfugié ont été octroyés à des demandeurs d'asile par l'OFPRA et CNDA, contre 33 201 en 2020, soit une augmentation de 62.9 % sur un an. L'Afghanistan, la Côte d'Ivoire, le Bangladesh, la Guinée et la Turquie sont les premiers pays d'origine des demandeurs d'asile en France (7).

Enfin, précisons que le nombre d'étrangers en situation irrégulière en France est actuellement estimé entre 200 et 400 000 (8).

2. Différents dispositifs d'accès aux soins

2.1. Historique

Dès 1945 sont créés les Centres d'Examens de Santé (CES) ayant pour vocation la prévention et l'observation des personnes éloignées du système de santé ou fragilisées. Les données obtenues via les CES ont permis de construire en 1998 un score individuel de précarité : le score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) basé sur un questionnaire de onze questions, disponible en annexe 1 (9).

Ce score a ensuite été validé par plusieurs études et a permis d'objectiver d'une part que les populations les plus précaires sont associées à un profil de santé plus dégradé et d'autre part qu'elles sont plus susceptibles de ne pas recourir aux soins (10).

En 1986, les Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) sont créés par l'ONG Médecin du Monde. Il s'agit de structures médico-sociales où sont dispensés des soins médicaux, paramédicaux ainsi qu'un accompagnement vis-à-vis des démarches administratives.

Dans la décennie suivante est promulguée la loi du 29 juillet 1998, soutenue par Médecins du Monde, relative à la lutte contre les exclusions qui aboutit à la création des PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé). L'Article L-6111 du Code de la Santé Publique indique que « *les établissements de santé mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, [...] adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits. À cet effet, ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes* » (11).

Pour les demandeurs d'asile, l'arrivée sur le territoire français implique de lourdes démarches administratives. Le dépôt de demande d'asile nécessite un pré-enregistrement au sein d'une Structure de Premier Accueil des Demandeurs d'Asile (SPADA), puis une convocation dans un Guichet Unique pour Demandeurs d'Asile (GUDA) dans un délai de dix jours. La demande d'adhésion à une protection sociale est réalisée lors de la demande d'asile, et sera potentiellement accordée après trois mois de résidence en France.

Ce délai est minimal et chaque étape de la procédure de la demande d'asile, détaillée en annexe 2, peut augmenter et retarder la mise en place d'une protection sociale. S'ajoutent à ces difficultés administratives de nombreux facteurs freinant l'accès aux soins tels que la moindre connaissance du système de soin et la moins bonne pratique de la langue française.

2.2. Les systèmes d'assurance maladie

Deux dispositifs permettent de proposer une assurance maladie aux personnes en situation de précarité :

- La Protection Universelle Maladie (PUMa) remplace depuis 2016 la CMU (Couverture Maladie Universelle) datant de juillet 1999. Ce dispositif permet le remboursement par l'assurance maladie des soins, prestations et médicaments pour toute personne de nationalité française ou étrangère, résidant en France depuis plus de trois mois de manière stable et régulière, avec ou sans domicile fixe.

- L'AME (Aide Médicale d'Etat) est attribuée sous conditions de résidence : les personnes étrangères présentes en France depuis plus de trois mois et en situation irrégulière peuvent en bénéficier. Elle est accordée pour une durée de un an, qui si nécessaire peut être renouvelée. Elle permet aux étrangers en situation irrégulière (sans titre de séjour) et précaire résidant en France (métropole et DOM – hors Mayotte), de bénéficier gratuitement d'une prise en charge jusqu'à 100 % de leurs soins de santé médicaux et hospitaliers, en cas de maladie et maternité (prothèses et soins dentaires, équipements d'optique, frais médicaux liés à la grossesse, transport sanitaire).

Pour couvrir la part complémentaire des dépenses de santé non prises en charge par la PUMa, il existe des dispositifs complémentaires, se substituant aux mutuelles. Depuis 2019, la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) est remplacée par la Complémentaire Santé Solidaire (CSS ou C2S). Ce dispositif complémentaire s'adresse aux personnes de nationalité française prises en charge par la sécurité sociale, ou aux personnes étrangères ayant un titre de séjour valide et séjournant depuis plus de trois mois en France. En 2022, le montant du plafond de ressources ouvrant droit à la protection complémentaire de santé solidaire est de 9 203 € par an pour une personne seule, soit 767 € de revenus par mois (12).

Enfin, la circulaire « soins urgents », figure depuis 2003 à l'article L.254-1 du code de l'action sociale et des familles. Il s'adresse aux étrangers résidant en France ne pouvant prétendre ni à la CMU ni à l'AME. Dans la plupart des cas, ces personnes ne peuvent satisfaire aux conditions de

résidence. La loi limite les prestations prises en charge par ce dispositif aux « *soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître* » (13).

2.3. Les PASS en Loire-Atlantique

Le département de Loire Atlantique est doté de deux PASS : l'une intégrée au CHU de Nantes, l'autre au CH de Saint-Nazaire. Le personnel inclut médecin, infirmier, assistant social et secrétaire.

À Nantes, vingt-cinq consultations sont quotidiennement réalisées, du lundi au vendredi. Le délai de consultation est, en 2021, estimé à plus d'un mois. Le Centre Hospitalier (CH) de Saint-Nazaire dispose également d'une consultation PASS. Des consultations médicales sont proposées deux jours par semaine, en plus des consultations par des infirmiers et assistants sociaux. Le délai de consultation est d'une à deux semaines. Il n'y a pas de plages horaires dédiées aux consultations d'urgence.

La dernière étude démographique, sociale et médicale des patients sans assurance maladie au sein de la PASS du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes a été réalisée en 2001. Dans cette étude, 1 134 patients immigrés ont été inclus, parmi 2 400 patients ayant consulté durant les sept mois de la durée d'inclusion de l'étude. Les résultats ont montré que 67 % des patients n'avaient aucune couverture sociale, 15% bénéficiaient de la CMU et 14% de l'AME. Leur pathologie était directement liée à leur situation de précarité dans un cas sur deux (14).

En 2021, les informations concernant la PASS de Nantes transmises par la coordinatrice régionale, le Docteur Adeline Scanvion, indiquent que 94% des patients accueillis n'ont pas la nationalité française. Le taux de patients sans assurance maladie à l'entrée dans le dispositif PASS est estimé à 91% ; en effet, dans certains cas, les patients obtiennent une protection maladie entre la prise de rendez-vous et la consultation. De plus, la PASS continue de recevoir les patients en situation de grande précarité ou d'exclusion même après l'obtention par ces derniers d'une assurance maladie.

De mai 2021 à mai 2022, la PASS de Nantes a programmé 3 032 consultations, auxquelles 2 013 patients se sont rendus. Il a été réalisé 1998 consultations sans rendez-vous, à la suite desquelles

quarante-cinq patients ont été redirigées aux urgences générales et vingt-trois patientes aux urgences gynécologiques.

Le budget alloué à la PASS de Nantes par l'Agence Régionale de Santé (ARS) était de 601 844 € en 2020. Il s'agit d'une dotation de Mission d'intérêt Général (MIG). Il existe une seule cotation pour la consultation, dont le coût est de 23 €, s'intégrant dans le budget de l'ARS.

La PASS de Saint-Nazaire a organisé 682 consultations médicales en 2021, avec un budget estimé de 300 000 €.

3. Un enjeu de santé publique

L'Institut de Veille Sanitaire (InVS) a publié en 2017 un bulletin épidémiologique consacré à la santé et l'accès aux soins des migrants, faisant état d'une « *très grande précarité des migrants, [...] avec des difficultés importantes d'accès aux soins* » (15). La précarité engendre des problèmes de santé et complique le travail des professionnels de santé. Cette adaptation constante pose la question de l'efficacité de notre système de santé dans de telles situations de précarité, avec des patients dont les trajectoires de vie sont instables et fragmentées (16).

Les évolutions géopolitiques sont responsables d'un accroissement des flux migratoires. En 2021, l'Agence des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR) estime dans le Monde que 89 millions de personnes ont été déplacées en raison de conflits, persécutions et violences (17). En conséquence, les délais de consultation pour les patients demandeurs d'asile au sein des PASS dans les métropoles où les démarches administratives sont réalisées augmentent. Dans l'attente d'une prise en charge médicale et d'une assurance maladie, le recours au service d'urgence représente alors l'unique possibilité d'accéder à des soins.

L'Observatoire régional des Urgences (ORU) des Pays de la Loire recense 76 684 passages en 2020 aux urgences du CHU de Nantes (soit 210 passages quotidiens) et 53 727 passages à Saint-Nazaire (soit 147 passages quotidiens) (18). Le nombre de patients sans assurance maladie consultant aux urgences demeure inconnu. Hors, une meilleure connaissance de la population précaire permettrait d'appréhender les éventuelles carences dans l'offre de soins actuelle.

L'absence de toute protection sociale n'est évidemment pas un motif pour lequel un patient se verrait refuser l'accès aux urgences. Toutefois, l'affiliation à une assurance maladie est

systématiquement recherchée et nécessaire à l'établissement hospitalier, afin de générer pour celui-ci une recette en facturant la consultation à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Le système de financement des structures d'urgences est détaillé en annexe 3.

Le travail réalisé propose d'étudier les personnes sans assurance maladie se présentant aux urgences du CHU de Nantes et du CH de Saint-Nazaire. Les données collectées ont permis d'effectuer un travail conjoint avec Gwendal Bloch; tandis qu'il étudie la population sur les plans social, démographique et médical, le travail proposé ici a pour objectif de décrire les dépenses de santé des patients sans assurance maladie dans ces deux services d'urgences.

Matériels et Méthodes

1. Type d'étude

Cette étude est observationnelle prospective multicentrique. Elle a été réalisée du 1er mai 2021 au 30 avril 2022, dans les services d'urgence du CHU de Nantes et du CH de Saint-Nazaire.

2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal est de déterminer le coût moyen de passage aux urgences des patients sans assurance maladie.

Les objectifs secondaires sont d'étudier les différents actes avec leurs coûts, de réaliser une étude en sous-groupe de la population ne présentant pas de critères d'urgence, désignée comme CCMU 1 et GEMSA 2 (classifications détaillées en annexe 5), en définissant notamment le coût moyen de la consultation. Enfin, il s'agit de déterminer le débiteur afin d'établir le taux de recouvrement de soins facturés au patients.

3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Tout patient majeur se présentant aux urgences sans assurance maladie, c'est-à-dire sans numéro de sécurité sociale (y compris, absence d'ouverture de droits pour l'AME et la PUMA) était inclus dans l'étude.

Les patients mineurs ont été exclus.

4. Déroulement de l'étude

Lorsqu'aucun numéro de sécurité sociale n'était identifié par l'admissionniste lors de la création du dossier administratif à l'accueil des urgences, un questionnaire au format papier était joint au dossier médical du patient. Le questionnaire est disponible en annexe 4. Les médecins complétaient ensuite les questionnaires lors de la consultation, après un accord oral requis auprès du patient et la remise d'une note d'information. Enfin, les secrétaires récupéraient le formulaire à la sortie du patient.

Dans le cas où le patient se présentant aux urgences était directement réorienté vers la PASS, le médecin notifiait cette réorientation dans la première rubrique du questionnaire, sans compléter l'ensemble des items.

5. Données recueillies

Un numéro d'inclusion a été associé à chaque Identifiant Externe du Patient (IEP) présent sur le questionnaire. L'IEP est un code utilisé par les admissionnistes lors du recours aux urgences pour identifier le patient dans la base de données du CHU).

Les données sur les actes réalisés ont été fournies par le Docteur Ngohou, médecin au Service d'Information Médicale (SIM) à Nantes et par Madame Mevel, statisticienne au CH de Saint-Nazaire. À Nantes, les différentes majorations et actes délivrés ont pu être listés en interrogeant le logiciel Clinicom®, selon les trois nomenclatures : la classification commune des actes médicaux (CCAM), la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM).

Du fait de la réforme de financement des urgences, deux systèmes de tarification des soins ont été analysés. Du 1er mai au 31 janvier 2021, il s'agissait de montants de facturation associées aux actes, puis du 1er janvier au 30 avril 2022, de différents suppléments ajoutés au forfait de base. La réforme de financement est détaillée en annexe 3.

Le débiteur, auquel incombe de régler le montant des soins, était également transmis lors de l'interrogation du logiciel Clinicom®. La direction des recettes du CHU de Nantes (Madame Dolley et Madame Villette) a ensuite, après un délai de plus de trois mois, interrogé le statut de la facturation afin de déterminer si cette dernière était recouvrée, et si oui, par quel organisme.

6. Aspects réglementaires et éthiques

Cette étude est non interventionnelle et n'a pas modifié la prise en charge habituelle du patient.

Les données médicales de chaque patient n'ont été transmises qu'au promoteur et aux personnes dûment habilitées par celui-ci dans les conditions garantissant leur confidentialité.

Le protocole a été approuvé par le CEREES (Comité d'Expertise pour les Recherches, les Études et les Évaluations dans le domaine de la Santé), le GNEDS (Groupe Nantais d'Éthique dans le Domaine de la Santé) et par la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés). Suite à l'important travail réalisé par Mme Zeineb LAMOUREUX responsable de la cellule des Recherches Non Interventionnelles, l'ensemble des autorisations nécessaires ont été obtenues.

Pour chaque inclusion réalisée, l'investigateur a informé le patient de façon claire et juste de la réalisation d'une étude à l'aide d'une note d'information traduite en anglais et en arabe qui lui était remise.

7. Analyses statistiques

L'analyse statistique ainsi que les représentations graphiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Excel®. Seules des données quantitatives ont été recueillies, exprimées sous forme de moyenne et de médiane en fonction des données étudiées.

Résultats

1. Nombre de patients inclus

Entre mai 2021 et mai 2022, 169 questionnaires ont été recueillis à Nantes et vingt-et-un questionnaires ont été recueillis à Saint-Nazaire. Certains patients, malgré des questionnaires complétés, n'ont pas pu être identifiés par le SIM du fait de l'absence de numéro d'IEP joint au questionnaire (Figure 1). La proportion de patients inclus dans notre étude représente 0.21% des patients admis aux urgences adultes du CHU de Nantes et 0.04% des patients du CH de Saint-Nazaire.

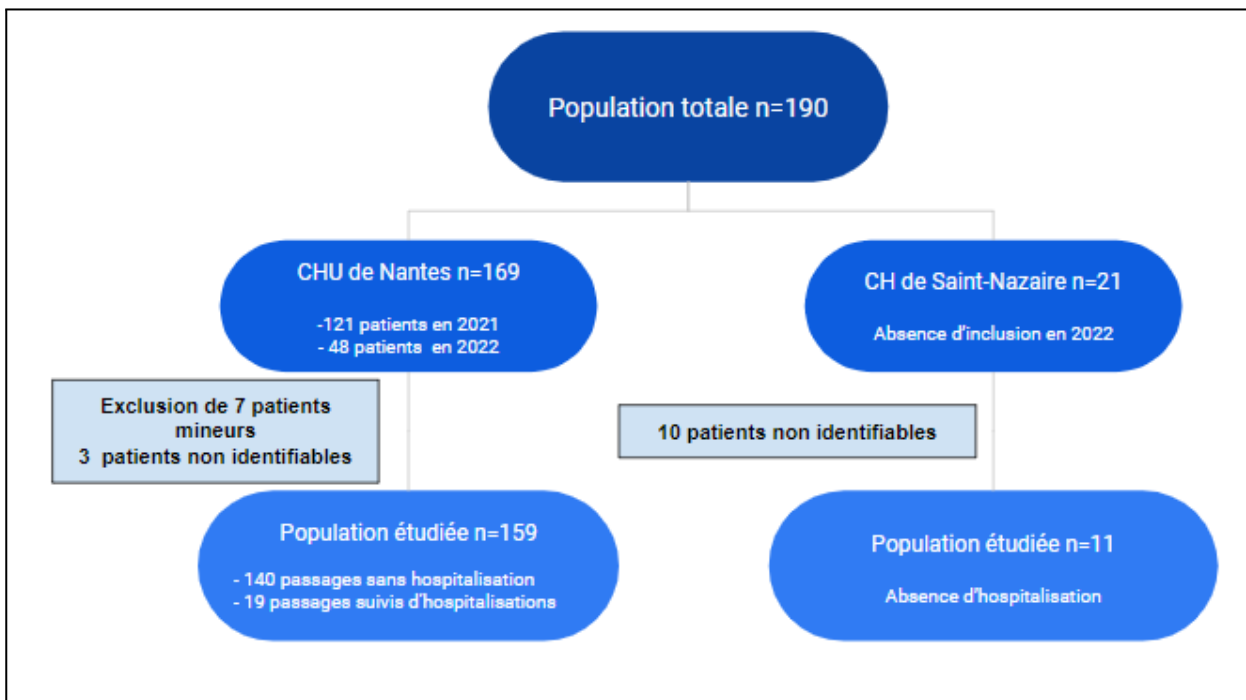


Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude

2. Étude des coûts principaux

Les données transmises par le SIM ont permis de définir le coût moyen du passage aux urgences d'un patient sans assurance maladie. Les résultats sont présentés dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Coûts des passages aux urgences et des hospitalisations à Nantes et à Saint-Nazaire

	Consultation aux urgences de Nantes N=140 patients	Consultation aux urgences de Saint-Nazaire N=11 patients
Coût total	13 439,98 €	1 228,56 €
Coût moyen	96,00 €	111,69 €
Coût médian	79,64 €	92, 10 €
	Hospitalisation à Nantes N=19 patients	Hospitalisation à Saint-Nazaire N=0
Coût total	20 273,73€	
Coût moyen	1 067, 04 €	
Coût médian	655, 34 €	

3. Détails des coûts

3.1. Coûts des actes médicaux, biologiques et examens d'imagerie réalisés aux urgences du CHU de Nantes

La cotation des différents actes biologiques, techniques et d'imagerie a permis des études de coût en sous-groupes (Figure 2). Parmi les 140 patients étudiés, quatre-vingt-huit ont eu des examens complémentaires, soit 63% des patients. Au total, 139 actes ont été facturés, dont le coût total s'élève à 5 337, 20 €. L'association d'un examen biologique et d'un acte d'imagerie a été pratiquée chez quinze patients. Au moins un examen biologique et un ECG ont été réalisés chez treize patients. De même, onze patients ont eu au moins une radiographie thoracique et un ECG. Les coûts sont détaillés dans le Tableau 2.

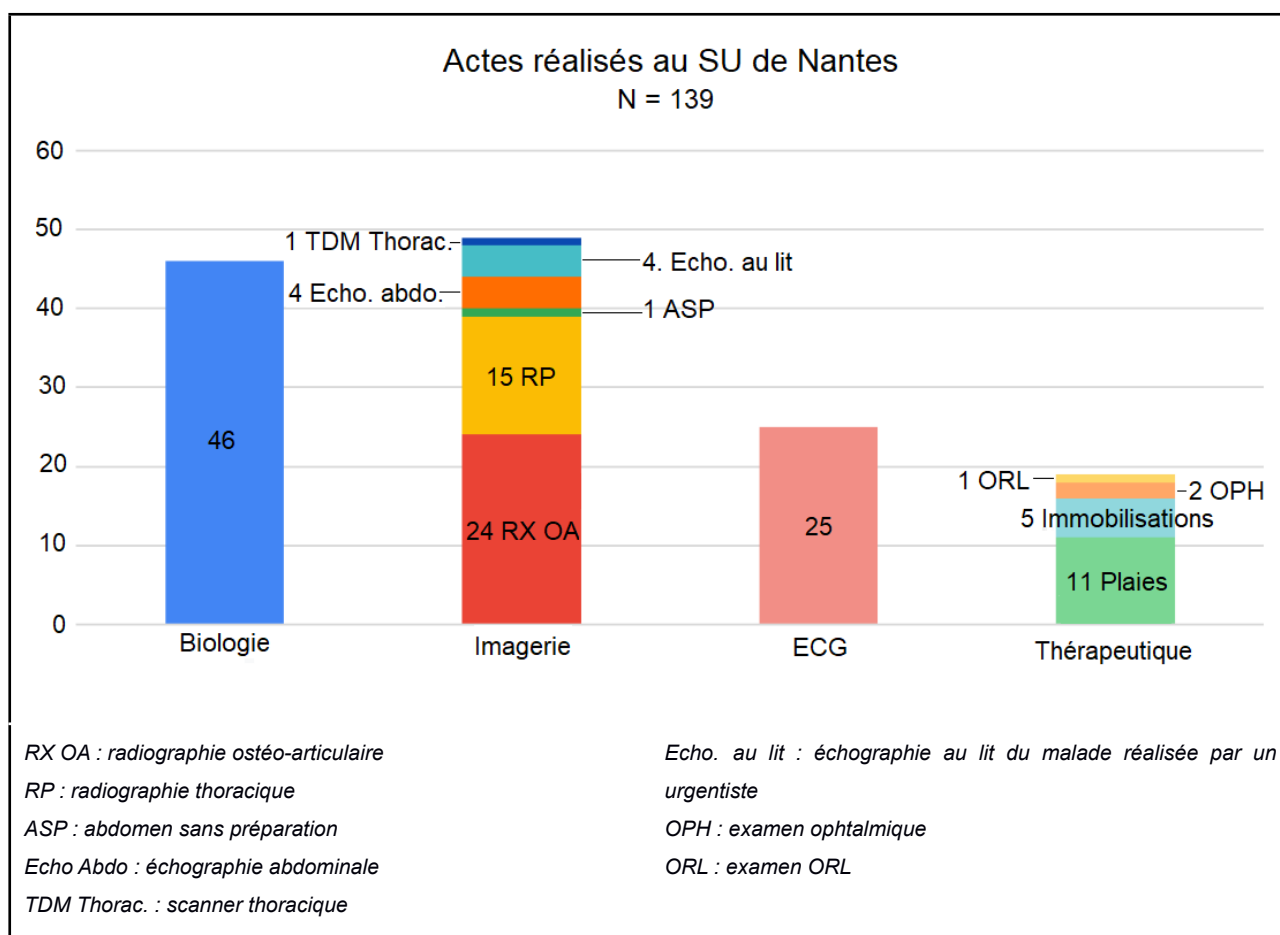


Figure 2 : Ensemble des actes diagnostics et thérapeutiques réalisés au SU du CHU de Nantes

Tableau 2 : Coûts des différents actes diagnostics et thérapeutiques au CHU de Nantes

Actes	Biologie, N = 46	Imagerie, N = 49	ECG, N = 25	Autres, N = 19
Coût total	2 586,87€	1 960,25 €	479,45 €	310,63 €
Coût moyen de l'acte	56,24 €	40,01 €	19,18 €	16,35 €

Les actes d'imagerie, ainsi que leur coût, sont détaillés dans la Figure 3, où sont différenciés les examens d'imageries facturés selon la nomenclature CCAM et les examens d'imagerie facturés selon le supplément SIM.

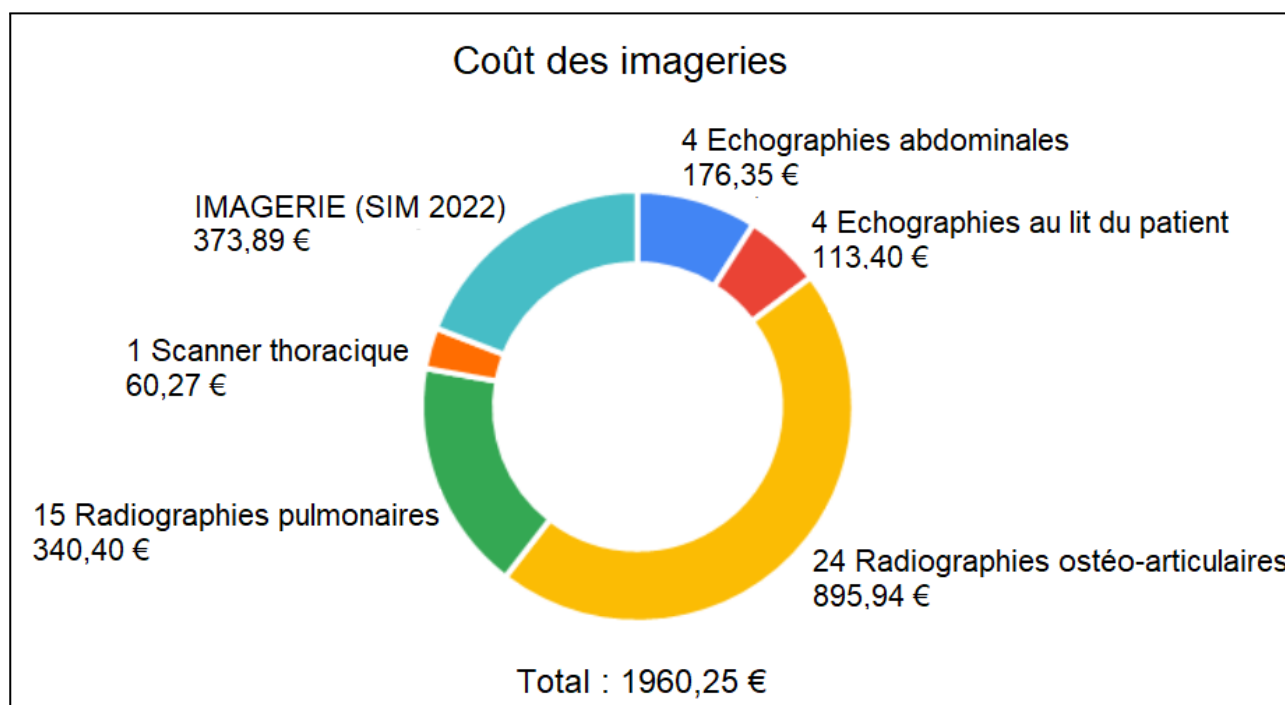


Figure 3 : Répartition et détails des coûts des imageries au CHU de Nantes

3.2. Coûts des actes médicaux, biologiques et examens d'imagerie réalisés aux urgences du CH de Saint-Nazaire

Parmi les onze patients étudiés, huit ont reçu des examens complémentaires soit 73% des patients (Figure 4). Les coûts sont détaillés dans le Tableau 3.

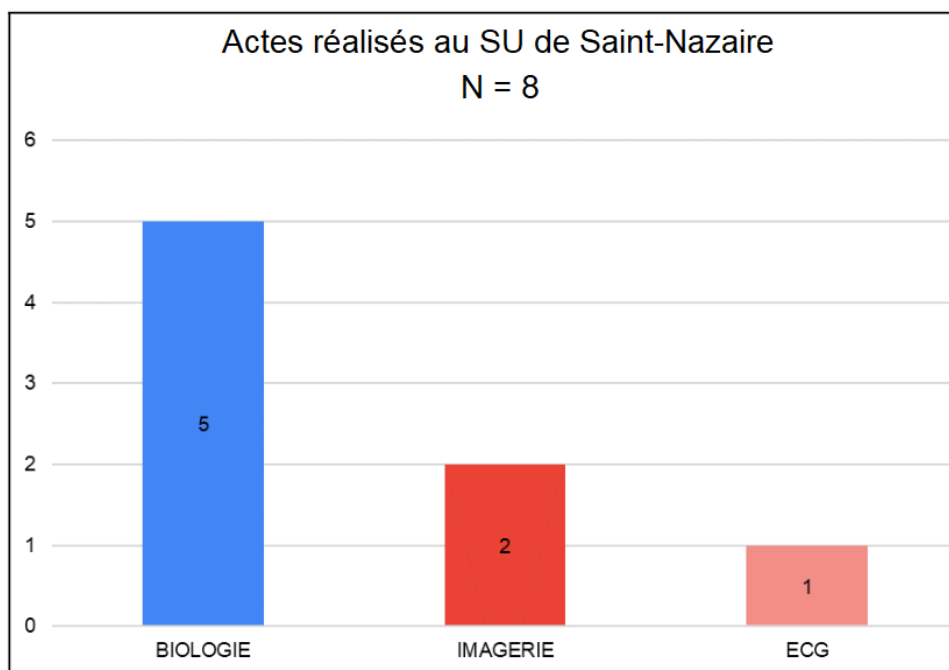


Figure 4: Ensemble des actes médicaux techniques, biologiques et examen d'imagerie au CH de Saint-Nazaire

Tableau 3: Coût des différents actes au CH de Saint-Nazaire

Actes	Biologie, N=5	Imagerie, N=2	ECG, N=1
Coût total	395,82 €	57,85 €	14,26 €
Coût moyen de l'acte	79,16 €	28,93 €	14,26 €

3.3. Majorations appliquées à Nantes

L'ensemble des majorations applicables à une consultation de médecine est détaillé en annexe 3. Précisons que ces majorations ont été modifiées au 1er janvier 2022. Quatre type de majorations, appartenant à la nomenclature NGAP, ont été utilisées aux urgences jusqu'au 31 décembre 2021:

- CD: consultation par un urgentiste le dimanche ou jour férié ;
- MN : majoration de nuit ;
- CNP: consultation par un psychiatre,
- CS; consultation par un spécialiste.

Depuis le 1er janvier 2022, quatre majorations ont été utilisées aux urgences :

- SSF : supplément férié pour les avis spécialistes ou imageries ;

- SUF : supplément pour une consultation par un urgentiste en soirée, un samedi après-midi entre 14 et 20 heures, un dimanche ou un jour férié ;
- SSN : supplément pour avis spécialiste ou une imagerie la nuit ;
- SU2; supplément pour un patient classé CCMU 2 avec réalisation d'un acte référencé.

Les majorations au CHU de Nantes selon la nomenclature NGAP en 2021 et les suppléments selon le nouveau financement depuis 2022 ont été rassemblées sur un même graphique (Figure 5).

Au sein de notre échantillon, les tarifs de trente-deux patients nantais, soit 23% des patients étudiés, ont bénéficié d'une majoration. Le total de ces majorations sur l'année est de 829,98 €.

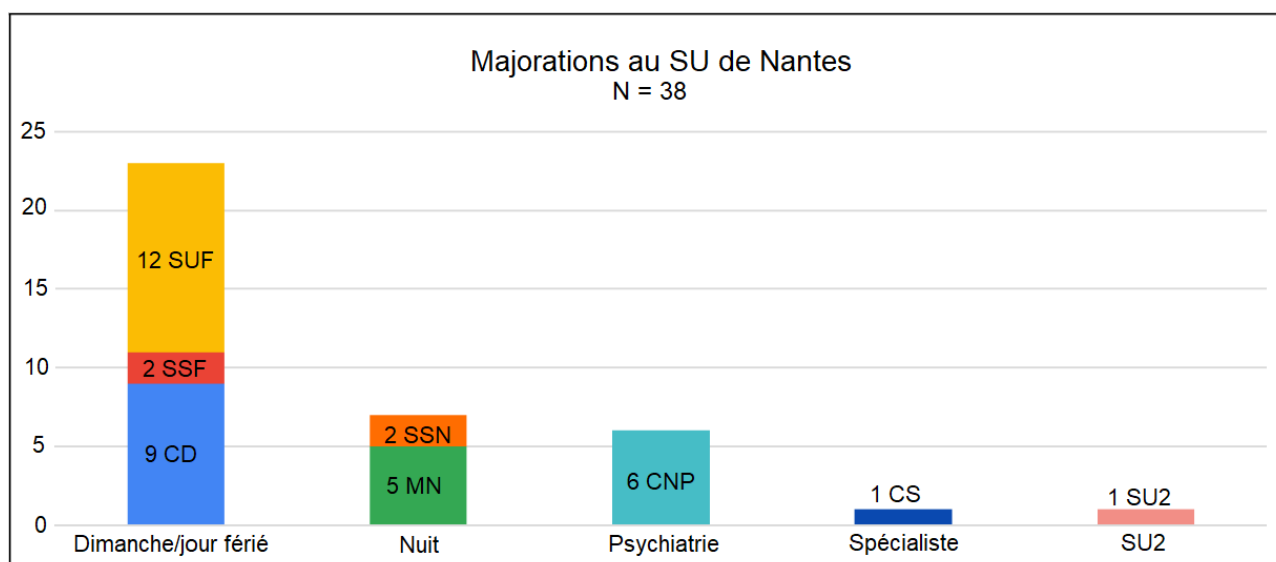


Figure 5 : Majorations appliquées au CHU de Nantes

Tableau 4 : Coût total des majorations au CHU de Nantes

Majorations	Dimanche/jour férié, N= 23	Nuit, N=7	Avis psychiatrique, N=6	Avis spécialiste, N=1	Soin complexe, N=1
Coût total	334,04 €	224,42 €	234,00 €	23,00 €	14,53 €

3.4. Majorations appliquées à Saint-Nazaire

Les cinq majorations facturées au CH de Saint-Nazaire, 45% des patients étudiés, concernaient des majorations de nuit et représentaient un coût de 185 €.

4. Organismes payeurs

4.1. Aux urgences du CHU de Nantes

Les différents organismes chargés de payer les différents actes facturés suite au passage des urgences ont pu être transmis par le SIM. Il pouvait s'agir du patient lui-même, de la CPAM, de la PASS via le budget dédié alloué par l'ARS, ainsi que de deux débiteurs non facturables du CHU nommés SDF et DIVERS, représentant les cas où l'absence d'adresse ou d'informations sur le patient rendent impossible la facturation. Ces entités sont regroupées sous le terme de débiteurs et présentées dans la Figure 6. Le montant de la facturation par organisme est présenté dans le Tableau 5.

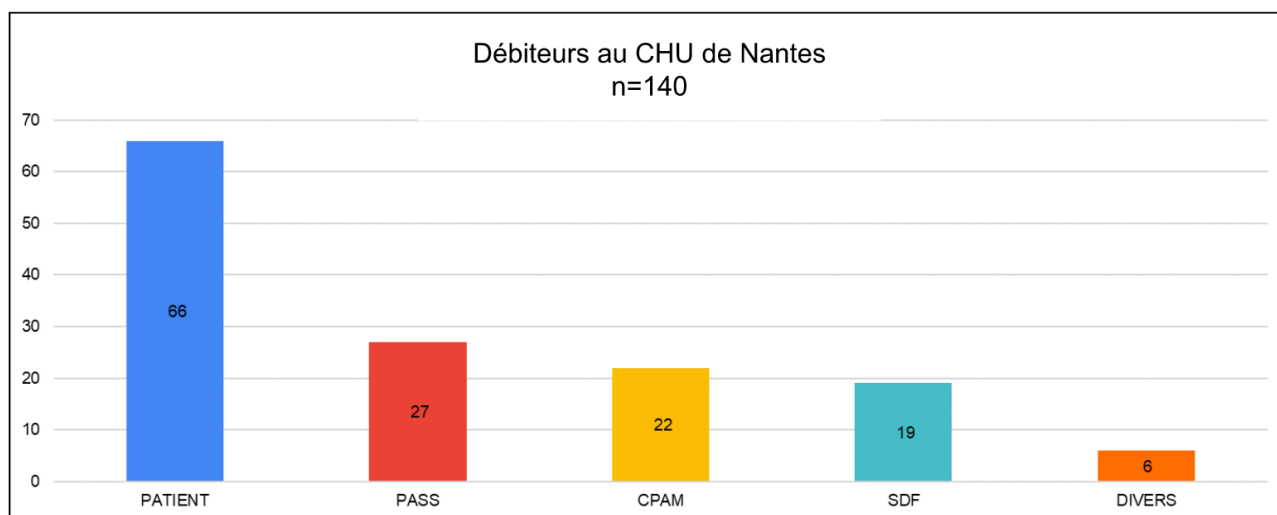


Figure 6 : Répartition des différents débiteurs des patients sans assurance maladie pris en charge aux urgences du CHU de Nantes

Tableau 5 : Montant de la facturation selon les débiteurs au CHU de Nantes

Débiteurs	Patient, N=66	PASS, N=27	CPAM, N=22	SDF, N=19	DIVERS, N=6
Montant de la facturation	5 716, 11 €	2 813,32 €	2 070, 44 €	2 293,89 €	546,22 €
Montant moyen par patient d'un passage aux urgences	86,61 €	104,20 €	94,11 €	127,45 €	91,04 €

Parmi les soixante-six patients débiteurs sans assurance maladie, la direction des recettes du CHU de Nantes a ensuite vérifié le statut du paiement après un délai de plus de trois mois. Un seul recouvrement a été effectué au titre des soins urgents et trois factures ont partiellement été réglées par le patient. Pour deux patients initialement débiteurs, la facturation a finalement été mise sur le compte du débiteur non facturable DIVERS. Après un délai supérieur à trois mois, cinquante-trois facturations restent non recouvrées, soit 4 729,68 €. Le statut de la facturation reste inconnu pour sept patients.

En additionnant les facturations des deux débiteurs non facturables (DIVERS et SDF) ainsi que les facturations impayées, la perte sèche pour le CHU de Nantes est estimée sur cet échantillon de 140 patients à 7 755,99 € (Figure 7).

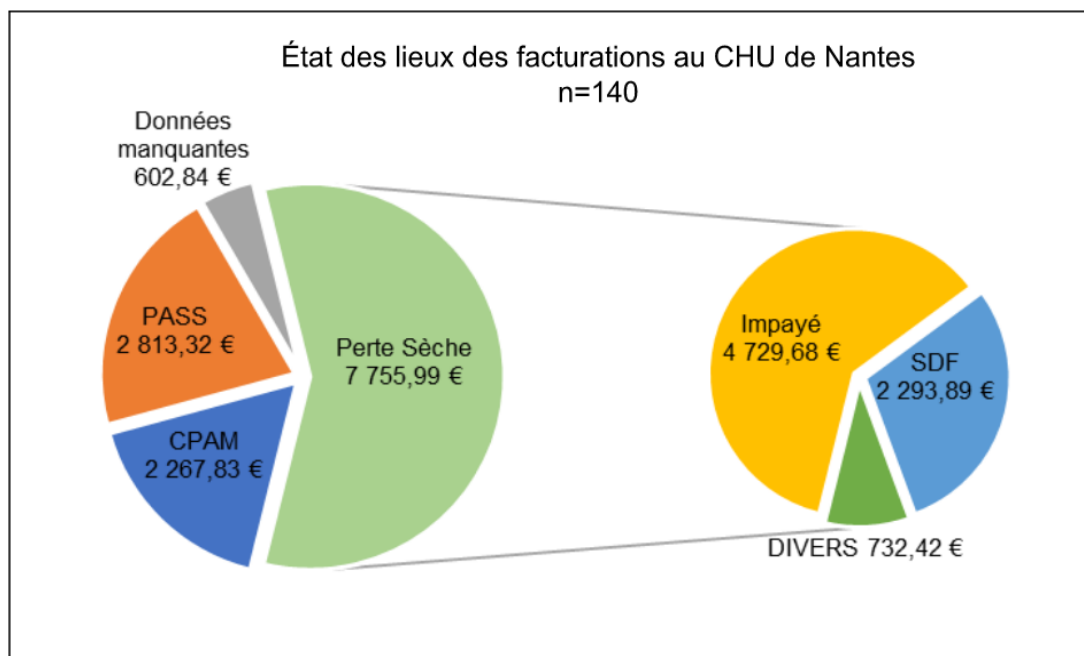


Figure 7 : État des lieux des facturations des patients initialement débiteurs à Nantes

4.2. Aux urgences du CH de Saint-Nazaire

Les différents débiteurs associés à la facturation des onze passages aux urgences de Saint-Nazaire sont présentés dans la Figure 8. Le montant de la facturation par organisme est présenté dans le Tableau 6.

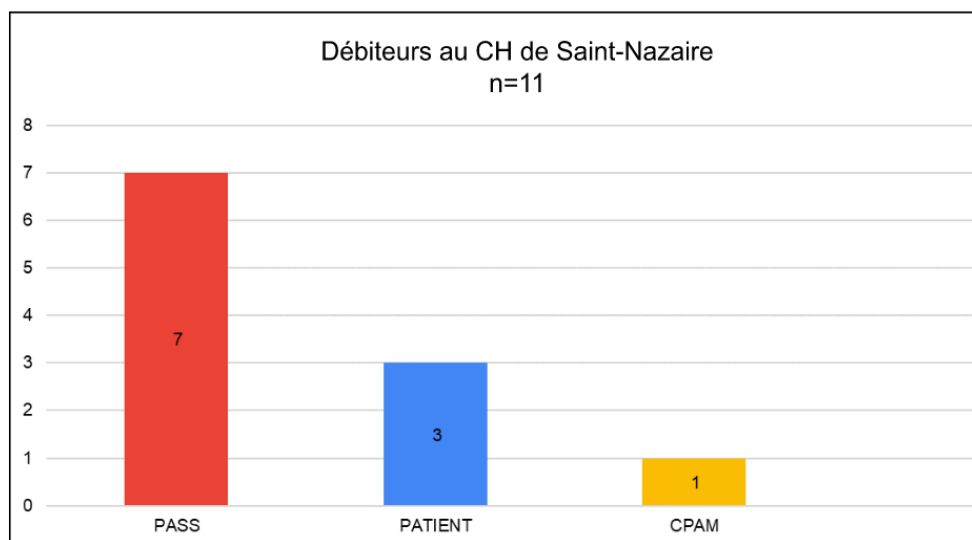


Figure 8 : Répartition des différents débiteurs des patients sans assurance maladie pris en charge aux urgences du CH de Saint-Nazaire

Tableau 6 : Montant de la facturation selon les débiteurs au CH de Saint-Nazaire

Débiteurs	PASS, N=7	Patient, N=3	CPAM, N=1
Montant de la facturation	776,97 €	266,13 €	185,46 €
Montant moyen de la facturation pour un passage aux urgences	111 €	88,71 €	185,46 €

5. Hospitalisations au CHU de Nantes

5.1. Taux d'hospitalisation et services

À Nantes, dix-neuf patients ont été hospitalisés au décours du passage aux urgences, soit 12% de la population étudiée (Figure 9). Le coût total représenté par les hospitalisations est décrit dans le Tableau 1.

La durée moyenne de séjour est de 0,85 jours avec une durée médiane de 0,5 jours. Les services dans lesquels les patients ont été hospitalisés sont décrits dans le Tableau 7. Un patient a été hospitalisé en Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (UHTCD) puis en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD).

Tableau 7 : Lieu de séjour des 19 patients hospitalisés

Service d'hospitalisation	UHTCD (Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée)	UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée)	MPU (Médecine Polyvalente d'Urgence)	CCDE (Chirurgie Cancérologique Digestive et Endocrinienne)	UMP (Unité Médico-Psychologique)
Nombre de patients hospitalisés	15	2	1	1	1

5.2. Financement des hospitalisations

Le financement des séjours des patients sans assurance maladie hospitalisés au CHU de Nantes est présenté dans le tableau 8.

Tableau 8 : Financement des hospitalisations au CHU de Nantes

Débiteurs	CPAM	Soins urgents (en attente)	AME (en attente)	PASS	DIVERS	SDF	Absence de recouvrement	Données manquantes
Nombre de dossiers	6	3	1	1	1	1	3	3

6. Etude en sous-groupe des patients CCMU 1 et GEMSA 2

Au CHU de Nantes, trente patients, n'ont pas eu d'examens complémentaires et ont été identifiés comme CCMU1 et GEMSA2, soit 21,4% des 140 patients étudiés. Le coût total de ces trente consultations s'élève à 1 587,94 €, avec un coût moyen de 52,93 €.

Discussion

1. Forces et limites

Le principal biais de l'étude est un biais de sélection. Parmi les 350 questionnaires distribués à Nantes et les 100 questionnaires distribués à Saint-Nazaire, moins de la moitié a pu être analysée. Il est impossible de déterminer *a posteriori* si le questionnaire n'a pas été distribué par erreur de recrutement, s'il n'a pas été complété, ou encore s'il a bien été complété mais non joint au dossier. De plus, bien qu'il existe des alternatives de traduction, les difficultés de communication entravent le recueil des données. Ainsi, les données ne sont pas exhaustives et ne peuvent que représenter un échantillon des patients sans assurance maladie.

La réalisation d'une étude prospective demeure cependant la solution la plus adéquate pour l'obtention des données en temps réel et la plus adaptée à la problématique d'un échange éphémère chez des patients en situation de précarité, parfois sans statut légal et sans domicile fixe.

Cette étude est originale et s'intéresse à un problème peu étudié. Il n'existe pas à notre connaissance d'étude descriptive des coûts concernant la population de patients sans assurance maladie consultant aux urgences. Sans prétendre à une étude économique poussée, le travail donne une évaluation du montant des coûts de ces patients, et ainsi des besoins nécessaires.

2. Réflexions et axes d'amélioration

2.1. Augmenter les capacités de consultations de la PASS

L'analyse du recours aux urgences des patients sans assurance maladie nous incite à considérer qu'il s'agit d'une population de patients dont la situation médicale ne semble ni grave, ni urgente.

En effet, il s'agit d'une population jeune, avec des pathologies aiguës et ne présentant pas de critères de gravité. Cette hypothèse est corroborée par la fréquence plus importante de classifications GEMSA 2 et CCMU 1, un coût de l'épisode plus faible et un plus faible taux d'hospitalisation.

Dans notre échantillon, 21,4 % des passages ont été désignés CCMU 1 GEMSA 2. Il s'agit des patients n'ayant pas eu d'examens complémentaires aux urgences, qui auraient pu être reçus en consultation à la PASS ou chez un médecin généraliste en ville. Selon la direction des services numériques du CHU de Nantes, le taux de patients CCMU 1 GEMSA 2 parmi l'ensemble des patients ayant consulté aux urgences du CHU de Nantes entre le 1er mai 2021 et le 30 avril 2022 est de 7.6%. Par ailleurs, le taux de patients hospitalisés après passage aux urgences est de 12% dans notre échantillon contre 37% de l'ensemble des patients aux urgences du CHU de Nantes en 2020 selon l'ORU des Pays de la Loire (18). Enfin, au CHU de Nantes, un passage aux urgences non suivi d'hospitalisation engendre un coût moyen de 102,65 € en 2021. Le coût moyen par patient retrouvé dans notre étude est de 96€, légèrement inférieur.

La situation médicale des patients sans assurance maladie semble ainsi moins grave et moins coûteuse que celle de la globalité des patients des urgences. Il apparaît alors souhaitable de les orienter dans une structure adaptée à leur situation. Toutefois, il n'est actuellement pas possible d'orienter les patients sans assurance maladie vers la PASS dans un délai inférieur à quatre semaines. Le recours aux urgences demeure alors la seule option possible.

Dès lors, une augmentation des capacités d'accueil pour les consultations médicales, infirmières et sociales de la PASS, structure multidisciplinaire de référence, rompu à l'exercice du soin dans une relation d'interculturalité, est à considérer, afin que le recours urgences ne soit pas l'unique possibilité.

2.2. Supprimer le délai d'obtention de l'AME

Les demandeurs d'asile constituent une population plus susceptible de ne pas recourir aux soins. En effet, les personnes migrantes, parfois en situation irrégulière, tendent à se rendre invisibles par crainte d'une mesure d'éloignement. Leurs difficultés en matière de santé passe alors au second plan par rapport à leur projet migratoire (17).

Les pathologies présentées par la population de notre étude peuvent être pré-existantes à la migration mais peuvent également être des maladies d'adaptation : logements insalubres, perturbations familiales, travail, mode de vie, insécurité. À ces difficultés, s'ajoutent leur vulnérabilité sociale et administrative (4).

Si 21.4 % des patients sont CCMU 1 et GEMSA 2, 78.6% ont nécessité la réalisation d'examens complémentaires et d'actes thérapeutiques. L'accueil aux urgences de ces patients constitue, du fait de l'absence d'assurance maladie, le seul recours possible.

Les prises en charge de tels patients sont complexes et peuvent toutefois s'avérer difficiles à appréhender pour les professionnels de santé des urgences. De plus, la prise en charge sociale n'apparaît pas comme une priorité. Sur l'ensemble des passages aux urgences de la population étudiée, 57.7% des coûts totaux demeurent des facturations impayées et représentent une perte sèche pour l'établissement. Un passage aux urgences ne semble donc pas être une bonne impulsion dans le système de soins et dans l'ouverture des droits.

Dépendant de la politique migratoire, un accès immédiat à une assurance maladie pour les personnes demandeuses d'asile permettrait d'éviter un recours aux urgences injustifié, par défaut d'accès aux soins, et permettrait à l'hôpital de ne pas avoir de pertes financières lorsqu'il accueille ces patients.

Précisons qu'un dispositif exceptionnel a été autorisé par le Conseil de l'Union Européenne en mars 2022 pour les patients victimes du conflit en Ukraine. Une protection temporaire est accordée aux victimes et donne accès à la PUMA et à la CSS dès l'arrivée sur le sol français, de manière immédiate et pour une durée de 12 mois (19).

Rappelons que la santé est une interaction complexe entre caractéristiques personnelles des individus, facteurs sociaux, économiques, comportementaux et environnementaux. Alfred Spira, Professeur de santé publique et d'épidémiologie insiste sur la nécessité d'offrir, dans une perspective de santé publique, un cadre protecteur aux personnes demandeuses d'asile (4).

L'avis du Comité National Consultatif d'Éthique (CCNE) intitulé « Santé des migrants et exigence éthique », souligne que « *les étrangers résidant sur le territoire français en situation irrégulière ne constituent nullement, aujourd'hui, une « menace », ni sur l'organisation du système de soins ou son financement ni, a fortiori, sur notre organisation sociale* » (8). La mission est grande, mais il est du devoir de l'hôpital public de proposer une offre de soins à la mesure de la situation, de s'adapter aux nouveaux enjeux et comme indiqué dans le même avis du CCNE « *savoir inspirer confiance et appréhender les personnes qui font passer la nécessité de se dissimuler avant celle de se soigner* ».

Dans cette perspective, citant à nouveau le sociologue Joseph Wresinski « *il importe de renforcer les liens entre solidarité et assistance en veillant surtout à ce que cette dernière, loin de créer une manière de vivre irresponsable, soit essentiellement conçue comme une étape vers une intégration sociale des plus défavorisés recherchant leur promotion et préservant leur dignité. Une telle conception correspond d'ailleurs à la représentation que nous avons aujourd'hui d'une société fondée sur les Droits de l'Homme* » (1).

Conclusion

Les patients sans assurance maladie analysés dans notre étude représentent 0.21 % des patients ayant consulté aux urgences du CHU de Nantes et 0.04 % aux urgences du CH de Saint-Nazaire.

Il s'agit de patients jeunes, souvent isolés et sans domicile fixe. Ils consultent aux urgences rapidement après l'arrivée sur le territoire, leur situation médicale semble moins grave que celle de la population globale des urgences et ils nécessitent moins d'être hospitalisés que l'ensemble des patients des urgences. Le coût moyen de passage de ces patients aux urgences est de 96 € à Nantes et 111,69 € à Saint-Nazaire. Un tiers des factures restent à la charge du patient et plus de la moitié des factures n'engendrent pas de recettes pour le CHU de Nantes, par l'absence d'ouverture de droits à la CPAM.

Le fonctionnement actuel des urgences, dont l'activité déjà intense connaît actuellement une forte augmentation, ne semble pas idéal pour accueillir et prendre en charge convenablement des patients en situation de précarité dont la situation médicale ne nécessite pas de soins urgents. Cependant, les ressources matérielles et humaines de la PASS du CHU de Nantes ne permettent actuellement pas de recevoir ces patients dans un délai inférieur à quatre semaines.

À l'issue de notre travail, il semble nécessaire pour la PASS de disposer des ressources nécessaires afin de répondre aux besoins de santé des patients en situation de précarité. Enfin et surtout, il nous apparaît nécessaire de supprimer le délai d'obtention de l'AME, actuellement de trois mois, afin de lutter contre les difficultés d'accès aux soins des personnes demandeuses d'asile et ainsi apporter le meilleur soin aux patients, avec le moindre coût pour la collectivité.

Annexes

Annexe 1 : Le score EPICES

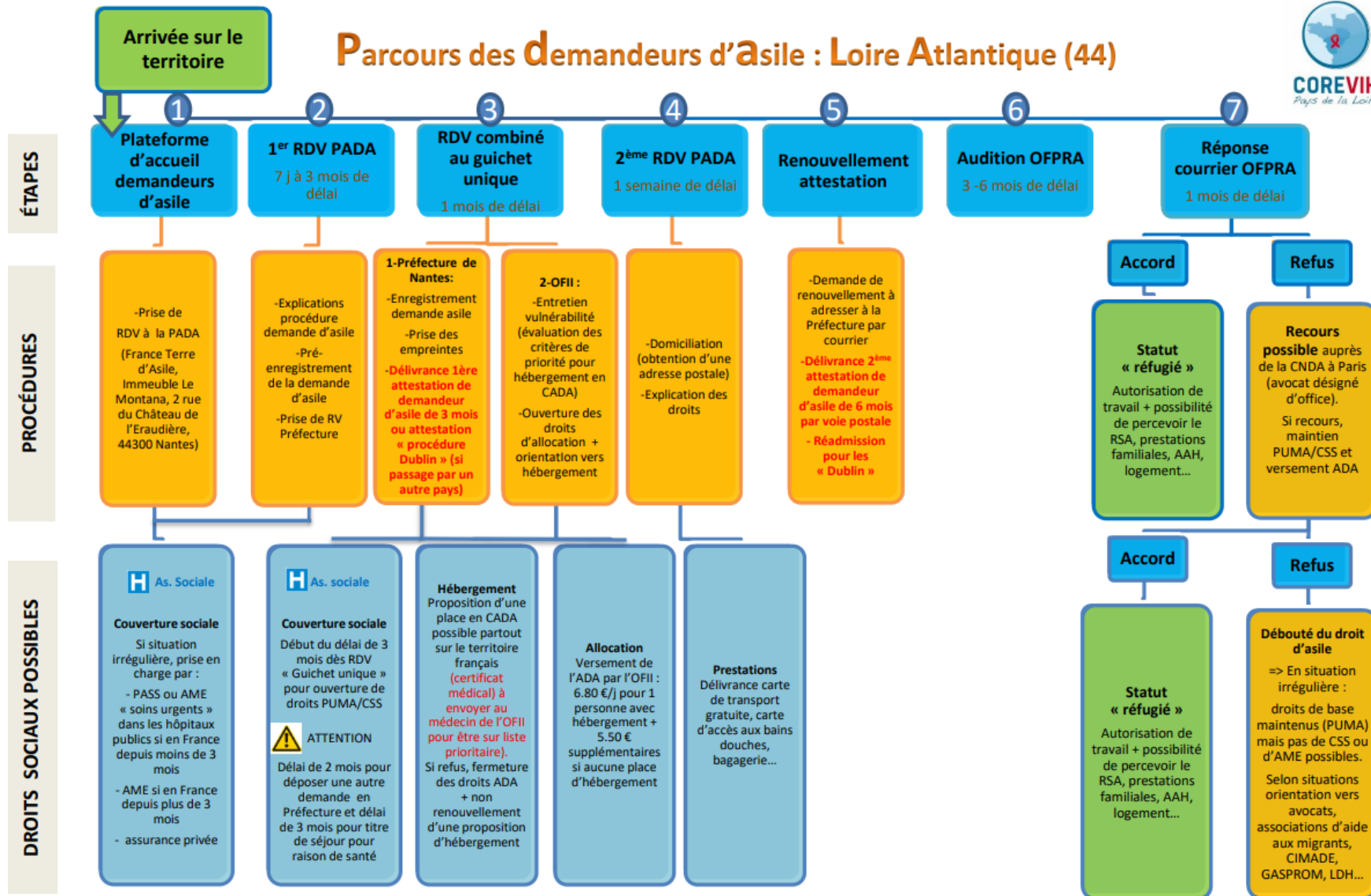
La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient. La somme des 11 réponses donne le score EPICES. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité). L'évaluation du score EPICES a montré la pertinence du score EPICES pour détecter et quantifier la précarité. Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité.

N°	Question	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47	0
10	En cas de difficultés, il y a t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, il y a t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
Constante		75,14	
Total			

Annexe 2 : Parcours des demandeurs d'asile et parcours des étrangers malades par l'association COREVIH Pays de la Loire



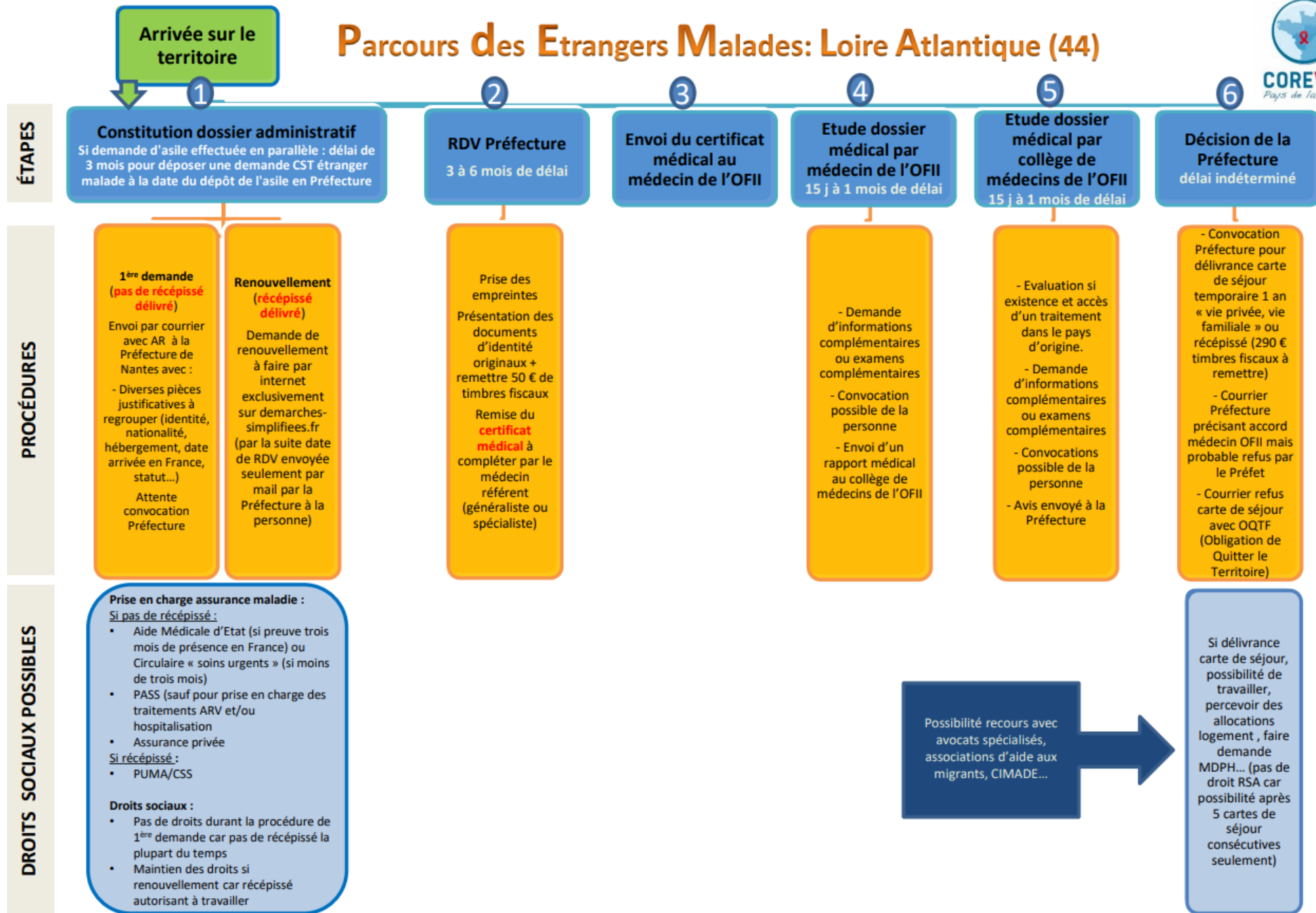
Parcours des demandeurs d'asile : Loire Atlantique (44)



Parcours des Etrangers Malades: Loire Atlantique (44)



COREVIH
Pays de la Loire



MIGRANTS non demandeurs d'asile ou de titre de séjour pour soins région Pays de la Loire (44, 49, 53, 72, 85)



Arrivée sur le territoire français

SITUATIONS

Personnes sous visa court-séjour
(visa c - touristique)

Personne sans statut administratif
(en situation irrégulière)

Personne de nationalité européenne ou relevant d'un autre pays européen

Personnes en visa long séjour (visa D)
(conjoint de français ou regroupement familial)

QUELLE PROTECTION SOCIALE POSSIBLE ?

.Pas de droits sécurité sociale (ni AME, ni dispositif PASS...)

.Seulement prise en charge par assurance privée liée au visa (selon contrat et souvent si soins liés à un accident...)

.AME à titre humanitaire : dossier important à constituer pour situation exceptionnelle - décision prise par le ministère de la santé (peu d'accord)

.Aide Médicale Etat si preuve trois mois de présence en France + conditions de ressources et justificatifs d'identité (pas de condition de trois mois pour les mineurs)

.Circulaire «soins urgents» sous conditions médicales et administratives, si résidence de moins de 3 mois en France

.Dispositif PASS

.Personne déboutée du droit d'asile (maintien sécu de base, pas de droits CSS ni d'AME possibles)

.Si personne de nationalité européenne ou bénéficiaire d'un titre de séjour d'un autre pays européens : nécessité d'un document de fin de prise en charge de ce pays pour droits assurance maladie en France.

.Si carte de sécurité sociale européenne et pas d'emploi en France : prise en charge des soins à hauteur de 70% par l'assurance maladie du pays d'origine (possibilité de bénéficier du 100% au titre d'une ALD)

.Si pas de droit dans le pays européen : dossier étudié par la CREIC à Nîmes pour voir si droits AME ou PUMA selon situation en France (moyens de subsistance ou non...)

.Personne considérée en situation régulière (visa dans l'attente d'une régularisation à la Préfecture et à l'OFII)

.PUMA/CSS si trois mois de présence en France (rétroactivité des droits possibles en cas d'hospitalisation), à la condition d'avoir fait valider le VISA D à l'OFII

Annexe 3 : Financement des structures d'urgence

1. Financement hospitalier

La tarification liée à l'acte est en vigueur depuis 2004 et représente l'outil d'allocation budgétaire hospitalier. Une régulation constante pour garantir le respect de l'Objectif Nationale de Dépense d'Assurance Maladie, ONDAM, votée chaque année par le parlement, est nécessaire. En 2021, l'ONDAM a un budget estimé à 237,1 milliards d'euros (20).

2. Réforme du financement des urgences

Les urgences et les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) reposaient sur un système de tarification largement forfaitaire et dépendant principalement du volume de passage de patients. Le pacte de refondation des urgences proposé par Agnès Buzyn le 11 septembre 2019 propose un financement mixte, avec une enveloppe budgétaire combinant dotation populationnelle (53% des dépenses), recettes liées à l'activité (45% des dépenses) et prise en compte de la qualité de la prise en charge (2% des dépenses). Ce financement mixte est paramétré à coût constant, afin de maintenir une même enveloppe globale. Les dotations sont annuelles et financées par l'ARS. La dotation populationnelle prend en compte les caractéristiques de la population et l'offre de soin sur les territoires. La dotation qualité est établie sur la base d'indicateurs liés à l'accueil, au suivi et à l'orientation du patient (21).

3. Nouveau financement lié à l'activité

À partir du 1er janvier 2022, le financement lié à l'activité est modifié. En effet, le forfait Accueil et Traitement aux Urgences (ATU) ainsi que la facturation des différents actes CCAM, NGAP et NABM sont abandonnés. Les majorations selon la nomenclature NGAP rencontrées dans notre étude jusqu'en 2021 sont décrites dans le Tableau 9.

Tableau 9 : Différents type de majorations et tarifs selon la nomenclature NGAP, appliquée jusqu'au 31 décembre 2021

Type de majoration	Tarif
Consultation par un urgentiste un dimanche ou jour férié (CD)	19,06 €
Majoration de nuit (MN)	35 €
Consultation par un psychiatre (CNP)	39 €
Consultation par un spécialiste (CS)	23 €

Le financement de chaque passage (sans hospitalisation) repose dès janvier 2022 sur une part forfaitaire de l'assuré (le Forfait Patient Urgences dit FPU) et une part facturée par l'établissement à l'assurance maladie, avec un forfait âge et des suppléments. Le FPU est fixé à 19,61 € et se substitue à l'ensemble des tickets modérateurs. Le Forfait âge urgences FU complète ensuite le FPU fixe puis quatre suppléments sont facturables selon la réalisation d'actes biologiques, la réalisation d'imagerie, la complexité des soins (la « complexité du patient »), et la permanence des soins. Le Tableau 10 détaille les différents forfaits et suppléments (22).

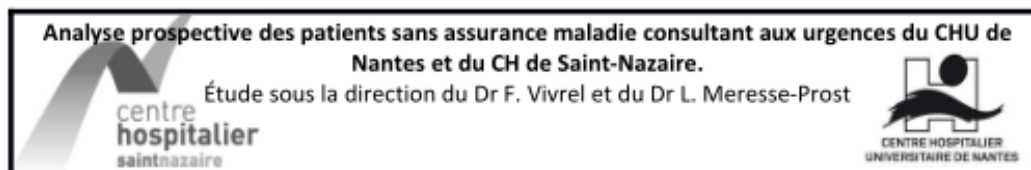
*Tableau 10 : Forfaits et suppléments avec leur tarifs en vigueur depuis le 1er janvier 2022
 Tarif et descriptif fournis par la Direction des recettes, du contrôle de gestion et par le SIM du CHU de Nantes*

Forfaits et suppléments	Description	Tarif
Forfait âge	FU1 : De 0 à 16 ans	27,53 €
	FU2 : De 16 à 44 ans	35,21 €
	FU3 : De 45 à 75 ans	41,11 €
	FU4 : 75 ans et plus	49,27 €
Suppléments pour la complexité des soins (cumulables entre eux)	SUM : Ambulance et assimilés	12,66 €
	SU 2 : CCMU 2 + CCAM	14,53 €
	SU 3 : CCMU 3-4-5	19,38€
	SAS : Avis spécialiste	24,56 €
Suppléments pour les examens biologiques	SUB : De 0 à 15 ans	43,20 €
	SB 2 : De 16 à 44 ans	52,11 €
	SB 3 : 45 ans et plus	54,27 €
Suppléments pour les examens d'imagerie	SIM : Imagerie standard ou échographie	33,99 €
	SIC : Scanner ou IRM	53,48 €
Suppléments pour la permanence de soins	SUN : Consultation par un urgentiste de nuit (entre 22h et 8h)	39,30 €
	SUF : Consultation par un urgentiste de 20h à 22h, le samedi entre 14h et 20h, dimanche, jour férié	10,42 €
	SSN : Avis spécialiste et/ou imagerie entre 20h et 8h	24,71 €
	SSF : Avis spécialiste et/ou imagerie dimanche ou jour férié	18,73 €

4. Au CHU de Nantes

En cas de non règlement de la facturation des soins par une assurance maladie, le CHU dispose de deux dispositifs correspondant à des débiteurs non facturables. Il s'agit d'une enveloppe nommée SDF, la facturation étant empêchée par l'absence d'adresse du patient. La seconde enveloppe est intitulée DIVERS, et concerne les situations où manquent des informations de facturations.

Annexe 4 : Questionnaire de l'étude



- Patient reçu en consultation aux urgences Patient orienté vers la PASS, non examiné aux urgences
(Ne pas remplir le questionnaire si patient orienté vers la PASS)

I. Données démographiques

Origine géographique

- Patient né en France
 Patient ressortissant Européen. Pays :
 Patient extra Européen. Pays :

Sexe : Masculin Féminin

Age lors du départ du pays d'origine :

- 0-2 ans 2-5ans 5-10ans 10-15ans et 3 mois 15ans et 3 mois-17ans
 18-24ans 25-34 ans >35ans

Niveau d'étude : École (<10ans) Collège (10-14ans) Lycée (15-18ans) Université (>18ans)

Niveau de français : Ne parle pas français Faible Intermédiaire Bilingue

Patient arrivé en France depuis : <7 jours 7 à 30 jours 1 à 2 mois 2 à 6 mois
 6 mois à 1 an 1 à 2 ans 2 à 4 ans > 4 ans

II. Situation sociale

Démarches administratives entreprises en vu d'obtenir une assurance maladie

- Aucune démarche réalisée pour le moment Demande d'AME en cours
 Demande de PUMA en cours Autre :

Droit au séjour

- Sans droit au séjour Visa en cours de validité Récépissé de demande d'asile
 Carte de résident Récépissé autre Autorisation provisoire de séjour
 Nationalité française Travailleur détaché européen Carte séjour santé demandée (en attente de réponse)
 Autre, préciser :

Soutien social

- Suivi par un travailleur social : Ass. Social de la PASS
 CCAS (centre communal d'action sociale)
 Autre :
 Aidé par des associations : Médecins du monde Les Restos du cœur
 La Croix Rouge française France Terre d'Asile
 Autre :

Hébergement

- Sans domicile fixe Réside dans un squat Logement personnel
 Hébergé par le 115 Hébergé par des proches Hôtel social
 Hébergé en foyer ; nom du foyer :
 Autres :

Situation familiale en France

- Isolé(e) En couple En couple avec enfants Isolé(e) avec enfant(s)
 Entourage proche (famille, amis) sur Nantes Autre :

Si patient non francophone :

- Présence d'un traducteur Utilisation d'ISM interprétariat Pas de traduction possible

Étude – Précarité aux urgences

Informations déclaratives

III. Situation médicale

Suivi médical : Absence de tout suivi médical Suivi antérieur par médecin traitant
 Patient ayant déjà consulté à la PASS RV déjà programmé à la PASS
 Autre :

Antécédents gynécologiques : G...P...

Antécédents de pathologies chroniques :

Diabète HTA Drépanocytose VIH Autre :

Traitement(s) en cours :

IV. Recours aux urgences :

Orientation vers les urgences :

Adressé par la PASS Adressé par médecin de ville Recours spontané
 Adressé par association ; Nom de l'association : Autre :

Recours aux urgences pour pathologie évoluant depuis : < 3 jours 3 à 30 jours > 30 jours

Examens complémentaires réalisés aux urgences :

Aucun examen complémentaire Bilan biologie
 Imagerie : Radiographie Échographie Scanner IRM Autre :

Les examens complémentaires réalisés auraient-ils pu être faits en ambulatoire : OUI NON

Diagnostic aux urgences (plusieurs réponses possibles), pathologies :

Cutanée Digestives Traumatique Génito-urinaire
 Respiratoire ORL Cardiaque Musculo-squelettique
 Maladie infectieuse Néphro-urologique Endocrinienne Vasculaire
 Neurologique Ophtalmologique Dentaire Hématologique
 Psychologique et/ou psychiatrique Gynécologique Accès palustre
 Situation médicale en lien avec une grossesse Renouvellement d'ordonnance
 Autre :

Orientation au décours de la consultation :

PASS Hospitalisation Orienté vers un spécialiste
 CLAT : Centre de lutte anti tuberculose CeGIDD : Centre gratuit, de dépistage et de diag. des IST
 Orienté vers un médecin généraliste Autre :

Classification CCMU du patient à l'issue de la consultation :

CCMU1 CCMU2 CCMU3 CCMU4 CCMU5 CCMUP CCMU D

Classification GEMSA du patient à l'issue de la consultation :

GEMSA 1 GEMSA 2 GEMSA 3 GEMSA 4 GEMSA 5 GEMSA 6

Temps médical consacré au patient par l'interne et le senior cumulé :

< 10 min 10-20 min 20-30 min 30-45 min 45 – 60 min 60 – 90 min
 90 – 120 min 2h – 4h 4h – 6h > 6h

Temps passé aux urgences par le patient :

< 10 min 10-20 min 20-30 min 30-45 min 45 – 60 min 60 – 90 min
 90 – 120 min 2h – 4h 4h – 6h > 6h

Lorsque le questionnaire est rempli :

- Si le patient est sortant, merci de glisser la feuille de recueil dans le dossier du patient
- Si le patient est hospitalisé, merci de remettre cette feuille au secrétariat des sorties

Annexe 5 : Classification des Groupes d'Études Multicentrique des Services d'Accueil (GEMSA) et Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU)

GEMSA	Définition
1	Patients décédés à l'arrivée ou avant toute réanimation
2	Patient non convoqué sortant après consultations ou soins
3	Patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale
4	Patient non attendu et hospitalisé après passage aux urgences
5	Patient passant pour des raisons organisationnelles
6	Prise thérapeutique immédiate importante ou prolongée

CCMU	Définition
1	Etat clinique stable. Aucun acte diagnostic ou thérapeutique
2	Etat clinique stable. Acte diagnostic ou thérapeutique complémentaire
3	Etat clinique instable sans mise en jeu du pronostic vital
4	Mise en jeu du pronostic vital, pas de manœuvre de réanimation immédiate
5	Mise en jeu du pronostic vital, manœuvre de réanimation immédiate
6	Prise thérapeutique immédiate importante ou prolongée
D	Patient décédé, pas de réanimation entreprise
P	Patient présentant une pathologie psychiatrique en l'absence de pathologie somatique instable

Liste des Figures et Tableaux

Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude

Figure 2 : Ensemble des actes diagnostics et thérapeutiques réalisés au SU du CHU de Nantes

Figure 3 : Répartition et détails des coûts des imageries au CHU de Nantes

Figure 4 : Ensemble des actes médicaux techniques, biologiques et examen d'imagerie au CH de Saint-Nazaire

Figure 5 : Majorations appliquées au CHU de Nantes

Figure 6 : Répartition des différents débiteurs des patients sans assurance maladie pris en charge aux urgences du CHU de Nantes

Figure 7 : Etat des lieux des facturations des patients initialement débiteurs à Nantes

Figure 8 : Répartition des différents débiteurs des patients sans assurance maladie pris en charge aux urgences du CH de Saint-Nazaire

Tableau 1 : Coûts des passages aux urgences et des hospitalisations à Nantes et à Saint-Nazaire.

Tableau 2 : Coûts des différents actes diagnostics et thérapeutiques au CHU de Nantes

Tableau 3 : Coût des différents actes au CH de Saint-Nazaire

Tableau 4 : Coût total des majorations au CHU de Nantes

Tableau 5 : Montant de la facturation selon les débiteurs au CHU de Nantes

Tableau 6 : Montant de la facturation selon les débiteurs au CH de Saint-Nazaire

Tableau 7 : Lieu de séjour des 19 patients hospitalisés

Tableau 8 : Financement des hospitalisations au CHU de Nantes

Tableau 9 : Différents type de majorations et tarifs selon la nomenclature NGAP, appliquée jusqu'au 31 décembre 2021

Tableau 10 : Forfaits et suppléments avec leur tarifs en vigueur depuis le 1er janvier 2022

Tarif et descriptif fournis par la Direction des recettes, du contrôle de gestion et par le SIM du CHU de Nantes

Bibliographie

1. Rapport-WRESINSKI.pdf [Internet]. [cité 24 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>
2. Rapport 17-05. Précarité, pauvreté et santé – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 23 août 2022]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/precarite-pauvrete-et-sante/>
3. Notre « État de la pauvreté en France 2021 » [Internet]. Secours Catholique. 2021 [cité 23 août 2022]. Disponible sur: <https://www.secours-catholique.org/actualites/etat-de-la-pauvrete-en-france-2021>
4. Séance du 15 janvier 2019 : « La santé des migrants » – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 23 août 2022]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/seance-du-15-janvier-2019-la-sante-des-migrants/>
5. L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers | Insee [Internet]. [cité 23 août 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
6. l'Intérieur M de. Publication : les chiffres clefs de l'immigration 2020 en 28 fiches [Internet]. <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Chiffres-cles-sejour-visas-eloignements-asile-acces-a-la-nationalite/Publication-les-chiffres-clefs-de-l-immigration-2020-en-28-fiches>. [cité 26 août 2022]. Disponible sur: <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Chiffres-cles-sejour-visas-eloignements-asile-acces-a-la-nationalite/Publication-les-chiffres-clefs-de-l-immigration-2020-en-28-fiches>
7. l'Intérieur M de. Les chiffres 2021 (publication annuelle parue le 20 juin 2022) [Internet]. <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Chiffres-cles-sejour-visas-eloignements-asile-acces-a-la-nationalite/Les-chiffres-2021-publication-annuelle-parue-le-20-juin-2022>. [cité 26 août 2022]. Disponible sur: <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Chiffres-cles-sejour-visas-eloignements-asile-acces-a-la-nationalite/Les-chiffres-2021-publication-annuelle-parue-le-20-juin-2022>
8. Avis 127 du CCNE santé des migrants et exigence éthique | Comité Consultatif National d'Éthique [Internet]. [cité 26 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/node/176>
9. Labbé É, Moulin JJ, Guéguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. Rev Ires. 2007;n° 53(1):3-49.
10. Lot F, Quelet S. La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique / Migrants health and access to care: A public health challenge. :66.
11. Bulletin Officiel n°2000-25 [Internet]. [cité 26 août 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-25/a0251816.htm>
12. Barbier JC, Zemmour M, Théret B. Le système français de protection sociale. 3e éd. Paris: la Découverte; 2021. (Repères).

13. Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. [cité 17 août 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006074069/2008-04-03/
14. Agard C, Fillaudeau S, Coutant A, Plaçais C, Saupin C, Arnould M, et al. État de santé des populations immigrées: Enquête à la consultation Jean Guillon (PASS) au CHU de Nantes. Rev Médecine Interne. 1 juin 2003;24:127s.
15. SPF. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 5 septembre 2017, n°19-20La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique [Internet]. [cité 26 août 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-5-septembre-2017-n-19-20la-sante-et-l-acces-aux-soins-des-migrants-un-enjeu-de-sante-publique>
16. Hoyez AC, Bergeon C, Gasquet C. Health systems and immigrants - a focus on urban France. 2019 [cité 25 août 2022]; Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02110145>
17. réfugiés L des NU pour les. Aperçu statistique [Internet]. UNHCR. [cité 26 août 2022]. Disponible sur: <https://www.unhcr.org/fr-fr/aperçu-statistique.html>
18. Buyck DJF, Galland C, Metten DMA, Lelièvre F, Goument DM. Groupe technique ORU Pays de la Loire. 2020;168.
19. Information à destination des personnes déplacées d'Ukraine et souhaitant demander une protection temporaire en France [Internet]. Ministère de l'Intérieur. [cité 26 août 2022]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/actualites/dossiers/situation-en-ukraine/information-a-destination-des-personnes-deplacees-dukraïne>
20. Nationale A. Projet de loi de financement de la sécurité sociale n° 4523 pour 2022 [Internet]. Assemblée nationale. [cité 26 août 2022]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b4523_projet-loi
21. 2021 Septembre - La réforme de financement des structures de médecine d'urgence.pdf [Internet]. [cité 22 août 2022]. Disponible sur: <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2021/FICHES%20ECLAIRAGE%20SEPTEMBRE%202021/2021%20Septembre%20-%20La%20r%C3%A9forme%20de%20financement%20des%20structures%20de%20m%C3%A9decine%20d%E2%80%99urgence.pdf>
22. JO 29 décembre 2021: Arrêté du 17 décembre 2021 relatif aux montants du forfait patient urgences prévu à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale NOR: SSAH2138152A ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2021/12/17/SSAH2138152A/jo/texte> JORF n°0302 du 29 décembre 2021 Texte n° 60.

Titre de Thèse : Précarité aux urgences : étude des dépenses de santé des patients sans assurance maladie consultant aux urgences du CHU de Nantes et du CH de Saint-Nazaire

RÉSUMÉ

Introduction: La précarité peut être la conséquence de situations médicales, sociales ou économiques complexes. La population migrante et les demandeurs d'asile sont particulièrement vulnérables. Ce travail propose une étude de description des coûts des patients sans assurance maladie consultant aux urgences, afin d'appréhender au mieux les éventuelles carences dans l'offre de soins actuelle.

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle prospective multicentrique ayant été menée au sein des urgences de Nantes et de Saint-Nazaire du 1er mai 2021 au 30 avril 2022. Lors de l'admission aux urgences, un questionnaire était joint à tous les dossiers des patients ne bénéficiant pas d'assurance maladie. Le coût du passage a été déterminé grâce aux données du service d'informatique médicale (SIM), puis la direction des recettes a interrogé le statut de la facturation.

Résultats : 162 patients ont été inclus à Nantes et 21 patients ont été inclus à Saint-Nazaire. Le coût moyen de passage aux urgences est de 96 € à Nantes et 111,69 € à Saint-Nazaire. Pour 12% des patients étudiés, une hospitalisation a fait suite au passage aux urgences. 21,4% des patients de notre échantillon n'ont pas eu d'examens complémentaires et ont été désignés CCMU 1 GEMSA 2. Après analyse des débiteurs, 53 factures restent à la charge du patient et 57% des coûts totaux n'engendre pas de recettes pour le CHU de Nantes, par l'absence d'ouverture de droits à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

Conclusion : Ces données renforcent l'idée de la nécessité d'une augmentation des capacités d'accueil de la PASS ainsi que d'une obtention de l'AME sans délai pour les patients demandeurs d'asile.

MOTS-CLES

Précarité ; PASS ; Assurance Maladie ; Migration ; Asile ; Financement ; Urgences