



HAL
open science

Précarité aux urgences : étude descriptive des patients sans assurance maladie consultants aux urgences du CHU de Nantes et du CH de Saint-Nazaire

Gwendal Bloch

► **To cite this version:**

Gwendal Bloch. Précarité aux urgences : étude descriptive des patients sans assurance maladie consultants aux urgences du CHU de Nantes et du CH de Saint-Nazaire. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03854228

HAL Id: dumas-03854228

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03854228v1>

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°

T H È S E

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de Médecine d'Urgences

Par

Gwendal BLOCH

Né le 20 Décembre 1994 à Orsay

Présentée et soutenue publiquement le 22 Septembre 2022

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

Président : Monsieur le Professeur Eric Batard

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Florian VIVREL

Remerciements

À **Monsieur le Professeur Éric Batard**, chef de service des urgences du CHU de Nantes. Je vous remercie de vos enseignements aux urgences ainsi que de me faire l'honneur d'être le président du jury de cette thèse.

À **Monsieur le Professeur Philippe Le Conte**, coordinateur du DES de médecine d'urgences à Nantes. Vous m'avez conseillé lors de mon droit au remord, accueilli puis accompagné avec bienveillance aux urgences. Je vous remercie de siéger au jury de cette thèse.

À **Monsieur le Professeur Emmanuel Montassier**, je vous remercie d'être membre de mon jury.

À **Monsieur le Docteur François Javaudin**, d'accepter de siéger au jury de cette thèse et d'avoir apporté votre expérience afin d'améliorer la qualité de notre étude.

À **Madame le Docteur Adeline Scanvion**, cheffe de service de la PASS de Nantes. Je vous remercie de votre disponibilité face à mes sollicitations concernant la PASS ainsi que d'être membre du jury de cette thèse.

À **Madame le Docteur Sylvie Morel**, pour avoir partagé votre travail et être membre du jury de cette thèse.

À **Monsieur le Docteur Florian Vivrel**, directeur de cette thèse. Je te remercie pour ton accompagnement avec bienveillance et rigueur tout au long de ces mois de travail. Réaliser cette étude avec ton expérience fut un enrichissement personnel.

À **Mme 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.

À toutes les personnes aux urgences ayant contribué à cette thèse.

À ma mère, toujours de bon conseil, merci de m'avoir soutenu tout au long de mes études et bien plus encore.

À mon père qui a toujours été un exemple pour moi. Peut-être trop au niveau du sens de l'humour.

À Gaël, Elodie, Anaëlle, Anouk ainsi que mes nièces qui m'apportent toujours de la joie et du bonheur. A Diana, Cédric, Stéphane et Théo qui subliment nos réunions familiales.

À Philou, Martin, Arthur, Corysande, Hélène, Aurélie, Alex, Margot et François, les copains du lycée qui m'ont fait grandir, pour le meilleur et pour le pire.

À Foucault, mon confrère de P1.

À Vinh, Bastien, Camille, Manon, Anaëlle, Anne-Lyse, Estelle, et tous les copains du KB qui ont embellis mes années d'externat.

À Mél(issa(ndre)), Thomas dit Professeur, Vivien, Sarah, Zoé, Will, Alizée, Marie C et N, Inès, Greg, aux copains de Saint-Nazaire, aux actuels et anciens colocs du Château pour avoir endiablées mes années nantaises.

À Mathilde, ma co-thésarde, je suis heureux d'avoir accompli ce travail avec toi.

À Nico, mon acolyte depuis sept ans, je te remercie d'avoir toujours été là pour moi. Je te prédis un grand avenir.

À Karen, à la façon que tu as d'être toi, de m'avoir apporté ton soutien avec patience et tendresse. J'ai hâte de nos projets futurs. Merci de partager ma vie.

Listes des abréviations

ACS	Aide pour une Complémentaire Santé
AME	Aide Médicale d'état
ARS	Agence Régionale de Santé
CASO	Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation
CCMU	Classification clinique des malades aux urgences
CES	Centres d'Examens de Santé
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMU / CMUc	Couverture Maladie Universelle / complémentaire
CNDA	Cour Nationale du Droit d'Asile
COMEDE	Comité pour la santé des exilés
CSS	Complémentaire Santé Solidaire
DIM	Département d'Information Médicale
EPICES	Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé
GEMSA	Groupes d'étude multicentrique des services d'accueil
GUDA	Guichets Uniques pour Demandeurs d'Asile
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
InVS	Institut de Veille Sanitaire
OFII	Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OFPRA	Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ORU	Observatoire Régional des Urgences
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PUMa	Protection Universelle Maladie
MDM	Médecins Du Monde
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgent
SPADA	Structure du Premier Accueil des Demandeurs d'Asile

Table des matières

Remerciements	2
Listes des abréviations	4
Table des matières	5
Introduction	6
1. La population en situation de précarité	8
2. Le parcours de santé en situation de précarité.	10
3. Prise en charge des personnes en situation de précarité à Nantes et Saint-Nazaire	14
Matériels et Méthodes	16
1. Type d'étude	16
2. Objectifs de l'étude	16
3. Critères d'inclusion et d'exclusion	16
4. Déroulement de l'étude	16
5. Données recueillies	17
6. Aspects réglementaires	17
7. Analyses statistiques	17
Résultats	18
1. Nombre de patients inclus	18
2. Données démographiques	19
3. Situations sociales	20
4. Situations médicales	22
5. Recours médical	23
Discussion	26
1. Limites et Biais	26
2. Données socio-démographiques	27
3. Données médicales	29
4. Axes d'amélioration	31
Conclusion	32
Annexes	33
Annexe 1 : Parcours des demandeurs d'asile en Loire Atlantique	33
Annexe 2 : Score Epices	36
Annexe 3 : Questionnaire	37
Annexe 4 : Classification GEMSA et CCMU et Annexe 5 Illustrations	39
Liste des Figures et Tableaux	40
Bibliographie	41
Résumé	44

Introduction

Le rapport sur la grande pauvreté et la précarité économique et sociale, écrit par Joseph Wresinski et 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, en particulier dans le domaine de la santé » (1). Trente années plus tard, l'Académie Nationale de Médecine en France utilise cette définition dans un rapport intitulé « Précarité, pauvreté et santé » et met en lien précarité et pauvreté (2).

Les statistiques de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) font état de 9,24 millions de personnes vivant sous le seuil de pauvreté en France en 2019 (3). La même année, la Fondation Abbé Pierre estime le nombre de personnes sans domicile fixe à 300 000, soit deux fois le nombre de personnes recensées en 2012 (4).

En 2018, 1 347 500 personnes ont été accueillies par le Secours Catholique-Caritas France. Cette association publie chaque année un rapport intitulé « État de la pauvreté en France » (5). Les analyses socio-démographiques principales issues du rapport de cette même année montrent une pauvreté persistante des hommes seuls, une grande vulnérabilité des familles monoparentales, le vieillissement progressif d'une partie des personnes rencontrées et la précarisation croissante des jeunes adultes. Le nombre de personnes étrangères accueillies par le Secours Catholique augmente chaque année. En 2018, ils représentent 47.1 % des personnes prises en charge.

La proportion de la population immigrée vivant en France, en constante évolution, est passée de 4% à 10% de la population générale en un siècle (6). Ces dernières années, suite à une baisse du nombre de personnes migrantes en 2020 du fait de la pandémie COVID, on observe en 2021 une forte augmentation; l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA ; agence chargée de la reconnaissance de la qualité de réfugié, assurant une mission de protection juridique et administrative) a cette année enregistré 103 011 demandes d'asile, soit une augmentation inédite de 6.8 % par rapport à l'année précédente (7). En 2017, dans un rapport intitulé « Santé des migrants et exigence éthique », le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) estime entre 200 000 et 400 000 personnes présentes en France de manière irrégulière sur un plan administratif (8).

L'Institut de veille Sanitaire (InVS) a publié en 2017 un bulletin épidémiologique consacré à la santé et l'accès aux soins des personnes migrantes (9). Ce bulletin fait état d'une « très grande précarité des migrants, [...] avec des difficultés importantes d'accès aux soins ». Ce document décrit également une importante vulnérabilité de la population migrante face aux pathologies infectieuses et aux violences subies, qu'elles soient physiques ou psychologiques. Ces descriptions s'appuient sur une étude de la santé de personnes migrantes réalisée dans les différents camps de réfugiés (Calais, Grande-Synthe) ainsi que des Permanences d'accès aux soins (PASS) (10).

L'état de santé de la population migrante reste toutefois peu connu. Dans un rapport publié en 2020 intitulé « L'immigration en France : situation sanitaire et sociale » (11), Dominique Kereoudan montre que la plupart des données sanitaires concernant cette population sont ponctuelles et collectées à partir de l'utilisation de structure comme le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) social, Médecins du Monde (MDM) ainsi que le Comité médicale pour les exilés (COMEDE).

Les demandeurs d'asile et les personnes en situation irrégulière n'ont pas de numéro d'assurance maladie, ne bénéficient ni de la PUMa (Protection Universelle Maladie), ni de l'AME (Aide Médicale d'Etat). L'absence d'assurance maladie associée à une forte précarité induit pour ces personnes des problèmes de santé et complexifie le travail des professionnels de santé (12). En effet, les parcours de vie des patients en situation de précarité sont instables et fragmentés, avec une errance importante, ne permettant pas aux soignants de mettre en place un suivi médical stable. Ainsi, l'ensemble de ces difficultés, rencontrées par les acteurs du soin, interrogent sur l'efficacité de notre système de santé pour prendre en charge ces patients.

1. La population en situation de précarité

1.1. Définitions

Plusieurs termes doivent être au préalable définis :

- Immigrés : selon la définition adoptée par le Haut Conseil à l'Intégration, un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit l'origine géographique d'un immigré.

- Demandeur d'asile : un demandeur d'asile est une personne demandant la reconnaissance de la qualité de réfugié ou le bénéfice de la protection subsidiaire. Elle bénéficie du droit de se maintenir provisoirement sur le territoire dans l'attente d'une décision de l'OFPRA et/ou de la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA) sur sa demande de protection. En cas d'octroi, un titre de séjour lui est délivré. En cas de rejet, le demandeur a l'obligation de quitter le territoire à moins qu'il ne soit admis à y séjourner à un autre titre.

- Réfugié : ce terme relève d'une définition juridique inscrite dans l'article 1er A2 de la Convention de Genève du 28 juillet 1951. Selon cet article : « *le terme de réfugié s'applique à toute personne craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouvant hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner* » (13). Les personnes reconnues réfugiées sont placées sous la protection juridique et administrative de l'OFPRA. Elles doivent bénéficier d'une carte de résident valable dix ans, dite « carte de séjour », en application de l'article L.424-1 du Ceseda.

- Migrant : ce terme désigne toute personne ayant quitté son pays natal pour aller vivre dans un pays étranger. Il n'existe pas de définition juridique de ce terme.

1.2. Données migratoires de 2021 en France

Les flux migratoires varient selon le contexte géo-politique : jusqu'à la fin des années 80, les phénomènes migratoires sont freinés. Pour cause, l'immigration du travail née du besoin de main d'œuvre lors de la reconstruction d'après-guerre est stoppée en 1974 en raison d'une crise économique mondiale qui durera plus de vingt ans. À partir des années 1990, les écarts entre les

niveaux de développement, les crises politiques, environnementales et les conflits armés conduisent à une hausse des migrations internationales. Les conflits en Afghanistan, au Soudan, et dernièrement la guerre en Ukraine constituent des exemples récents de situation à l'origine de migration de population. Très prochainement, le réchauffement climatique aura également pour conséquence d'importants mouvements de population (6).

En France, 6,9 millions de personnes immigrées ont été recensées en 2021, dont 2,5 millions sont naturalisés français. La population immigrée progresse en effectif et en pourcentage de la population totale depuis 1946. Elle correspond à 10.3 % de la population vivant en France en 2021, contre 7.4 % en 1975 et 5.0 % en 1946 (14). Parmi les immigrés arrivés en France en 2020, 41% sont nés en Afrique, 32 % sont nés en Europe, 16.1 % en Asie et 10.9% en Amérique et Occitanie (14). En 2021, 104 577 premières demandes (mineurs inclus) ont été enregistrées en Guichets Uniques de Demande d'Asile (GUDA), en hausse de 28,3 % sans pour autant atteindre le niveau record de 2019 (138 420). Cette même année, 54 094 personnes ont bénéficié du statut de réfugié (OFPRA et CNDA) contre 33 201 en 2020, soit une augmentation de 62.9 % sur un an (7).

2. Le parcours de santé en situation de précarité.

2.1. Les systèmes d'assurance maladie pour les personnes en situation de précarité

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

- La 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 pour les personnes à faible revenus des dispositifs complémentaires, se substituant aux mutuelles :

- La loi du 27 juillet 1999 crée la CMU dite de base et la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C). Elle est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000 et permet aux personnes ayant un salaire en dessous d'un certain plafond d'avoir une protection complémentaire de santé gratuite.

- L'Aide à la Complémentaire santé (ACS) correspond à la même protection, pour des personnes se trouvant juste au-dessus du plafond de la CMU-C.

- Le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C et l'ACS ont été remplacées par la Complémentaire Santé Solidaire (CSS ou C2S) qui regroupe les deux entités. 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 (15). En 2022, le montant de ressources en dessous duquel est ouvert le droit à la protection

complémentaire de santé solidaire est de 9 203 € de revenus par an pour une personne seule, soit 767 € par mois.

Il existe un ultime dispositif : la circulaire « soins urgents », figurant 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* » (16).

Récemment, en mars 2022, le Conseil Européen a publié un décret dans le journal officiel sur la mise en place d'une protection temporaire des personnes fuyant l'Ukraine (17). Cela permet en France l'obtention d'une autorisation provisoire de séjour immédiate, associée à une prise en charge des soins médicaux par la PUMa et la CSS sans aucun délai.

2.2. Démarches administratives et obtention d'une assurance maladie pour une personne demandeuse d'asile

L'arrivée sur le territoire français implique d'importantes démarches administratives pour les personnes prétendant au statut de réfugiés. Le dépôt de demande d'asile nécessite un pré-enregistrement au sein d'une Structure du Premier Accueil des Demandeurs d'Asile (SPADA). La personne est ensuite convoquée à un Guichet Unique pour Demandeurs d'Asile (GUDA), lieux où sont réunis les services de la préfecture et de l'Office Français de l'Immigration et l'Intégration (OFII), dans un délai théorique maximum de dix jours. Avant ce rendez-vous, la personne demandeuse d'asile n'a aucun droit, elle ne bénéficie d'aucun statut juridique et social. L'examen de la demande d'asile par l'OFPRA conduit soit à la reconnaissance du statut de réfugié, soit à son refus.

La personne demandeuse d'asile réalise la demande de protection sociale par l'assurance maladie lors du dépôt de la demande d'asile. L'AME sera potentiellement accordée après un délai incompressible de trois mois de résidence en France, sous réserve pour le demandeur d'asile de présenter une preuve écrite datée du jour de son arrivée en France. Ce délai peut parfois être plus important entre les différentes étapes de la procédure, détaillées en annexe 1.

2.3. Historique des dispositifs de soins pour les personnes en situation de précarité, mise en place des PASS

En 1945 sont créés les Centres d'examen de santé (CES). Ces centres assurent des missions de prévention et d'observation des personnes fragilisées ou éloignées du système de santé. En 1998, les données obtenues *via* les CES sont utilisées pour construire 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 (18) disponible en annexe 2. Le travail d'analyse réalisé à l'aide de ce score a permis d'objectiver d'une part que les populations les plus précaires ont un profil de santé plus dégradé et d'autre part qu'elles sont plus susceptibles de ne pas recourir aux soins (19).

Face à ce constat, plusieurs dispositifs de santé ont été mis en place. En 1986, les Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) sont créés par Médecin du Monde (MDM), organisation non gouvernementale de solidarité internationale, qui à cette occasion organise alors pour la première fois en France une mission humanitaire. Les CASO sont des structures médico-sociales où sont proposés 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 MDM, relative à la lutte contre les exclusions qui aboutit à la création des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). 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 »*.

Les patients pouvant bénéficier du dispositif PASS sont des personnes ne bénéficiant pas d'assurance maladie. Lorsqu'il s'agit de personnes migrantes, elles ne bénéficient ni de la circulaire « soins urgents », ni de l'AME, car elles sont arrivées sur le territoire français dans un délai inférieur à trois mois ou bien ont été déboutées du droit d'asile, comme illustrée dans l'annexe 1. Les capacités d'accueil des PASS dépendent du budget alloué annuellement par l'Agence régionale de Santé (ARS).

2.4. Accès aux soins des personnes migrantes

L'accès aux soins des demandeurs d'asile est retardé par le délai de trois mois de séjour sans interruption imposé avant de pouvoir bénéficier de l'AME. La prise en charge médicale est alors entravée par l'impossibilité d'avoir un médecin traitant, un faible accès aux dépistages et aux soins de prévention (vaccinations, soins dentaires), un renoncement aux soins en lien avec des difficultés financières, et les difficultés de compréhension pour des personnes non francophones (20).

Le recours à l'AME a été étudié par l'enquête « Premiers pas », réalisée en 2019 auprès d'un échantillon de personnes en situation irrégulière résidant en France depuis plus de trois mois. L'équipe de F. Jusot a interrogé 1 083 personnes, dans soixante-trois lieux et structures apportant une aide aux personnes en situation de précarité. Il a été constaté que malgré leur éligibilité, 49% d'entre elles ne sont pas prises en charge par l'AME. Les raisons évoquées sont une absence de connaissance sur le dispositif, sur le lieu où se rendre pour l'obtenir ou encore l'absence de justificatifs de revenus, de résidence ou d'identité (21).

3. Prise en charge médicale des personnes en situation de précarité à Nantes et Saint-Nazaire

3.1. Recensement des demandeurs d'asile en Loire-Atlantique

En 2016, l'INSEE recensait en Loire-Atlantique 62 586 personnes immigrées soit 4,5% de la population totale, contre 48 100 en 2011, 3,7% de la population totale. La même année, la région Pays de la Loire fait partie des trois régions de France accueillant la quantité la plus élevée de personnes immigrées arrivées récemment en France : deux immigrés sur dix présents dans cette région sont arrivés depuis moins de cinq ans (22). En 2020, 3 115 demandes d'asile sont recensées dans le département, contre 4 051 en 2019 et 3 157 en 2018. Lors de la rédaction de cette thèse, les données sur l'année 2021 ne sont pas encore disponibles (23).

3.2. Les PASS en Loire-Atlantique

Le département de Loire Atlantique est doté de deux PASS, l'une à Nantes et l'autre à Saint-Nazaire.

Les dernières descriptions démographique, sociale et médicale des patients de la PASS du CHU de Nantes ont été réalisées en 2001(20) (24). Le Docteur Adeline Scanvion, responsable de la PASS à Nantes, a réalisé un rapport annuel du service du 1er Mai 2021 au 31 Avril 2022. À la PASS du CHU de Nantes, vingt-cinq consultations sont quotidiennement réalisées, du lundi au vendredi. Le délai pour obtenir un rendez-vous en 2021 est de six semaines. Des évaluations sans rendez-vous ont été réalisées, à hauteur de 1998 patients, parmi lesquels quarante-cinq ont été redirigés aux urgences générales et vingt-trois aux urgences gynécologiques.

De mai 2021 à mai 2022, la PASS de Nantes a programmé 3 032 consultations au total. Les patients se sont rendus à 2 013 consultations et 1 013 rendez-vous n'ont pas été honorés. Les personnes d'origine étrangère prises en charge par la PASS représentent 94% des patients, parmi lesquelles le taux de demandeurs d'asiles n'est pas disponible. L'assistante sociale a vu 1 341 patients en entretien sur cette période et a réalisé 725 évaluations sans rendez-vous.

L'organisation de la PASS de Nantes, du fait des ressources humaines et matérielles, ne permet actuellement pas de recevoir les patients sans rendez-vous. Les consultations non prévues de

patients réorientés à la PASS par les urgences sont de ce fait réalisées dans des conditions non optimales pour les patients et les professionnels de santé.

Le CH de Saint-Nazaire dispose également d'une consultation PASS, avec une présence médicale permettant deux journées de consultations par semaine, dont les délais de consultation sont plus courts qu'à la PASS du CHU de Nantes. La PASS étant à proximité du service des urgences, certains patients sont dès leur admission orientés vers la consultation dédiée ou convoqués dans les cinq jours suivants leur passage aux urgences. À la PASS de Saint-Nazaire, une infirmière exerce à hauteur d'un 0.8 équivalent temps plein et une assistante sociale pratique à temps plein.

3.3. Les services d'urgence de Nantes et de Saint-Nazaire

L'observatoire régional des urgences (ORU) des Pays de la Loire publie annuellement un rapport d'activité des services d'urgences. En 2020, 76 684 passages ont été recensés aux urgences du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Nantes et 53 727 passages aux urgences du Centre Hospitalier (CH) de Saint-Nazaire (25). Le temps moyen de passage aux urgences était de 6h34 en 2020 contre 4h11 en 2015 (25). Cette hausse du temps de passage traduit en partie l'augmentation d'activité des structures d'urgences. Il est décrit sur le plan national une augmentation du nombre de passages aux urgences (de 10 millions par an en 1996 à 21 millions en 2016), se heurtant à une stagnation des capacités d'accueil et des ressources humaines, également nommé « offre de soins » (26).

Les médecins d'accueil des urgences de Nantes et de Saint-Nazaire réorientent parfois des patients sans assurance maladie directement vers la PASS, lorsqu'ils estiment que le motif de recours ne nécessite pas de consultation aux urgences. *A contrario*, certains patients sans assurance maladie se présentent aux urgences du CHU de Nantes car leur situation médicale ne leur permet pas d'attendre le délai de six semaines pour consulter à la PASS de Nantes.

À notre connaissance, la littérature ne compte aucune étude concernant la description de la population sans assurance maladie dans un service d'urgence. Il semble nécessaire de préciser les caractéristiques de cette population afin de mieux appréhender les éventuelles carences dans notre système de soins.

Matériels et Méthodes

1. Type d'étude

L'étude « Précarité aux urgences : étude des patients sans assurance maladie consultants aux urgences du CHU de Nantes et du CH de Saint-Nazaire » est une étude observationnelle, prospective et multicentrique.

2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal est de décrire la population sans assurance maladie consultant aux urgences du CHU de Nantes et du CH de Saint Nazaire sur le plan social, démographique et médical des patients.

L'objectif secondaire est de déterminer la proportion des patients sans assurance maladie reçus en consultation aux urgences qui, du fait de leur situation médicale, auraient pu être reçus en consultation dans un cabinet de médecine générale ou à la PASS.

3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion : Tout patient majeur se présentant aux urgences adultes, ne bénéficiant pas d'assurance maladie, pouvait être inclus.

Critères d'exclusion : Les patients mineurs ne pouvaient pas être inclus.

4. Déroulement de l'étude

L'étude a été menée entre le 1er mai 2021 et le 30 Avril 2022. Nous avons recueilli les données des patients sans assurance maladie, c'est-à-dire sans numéro de sécurité sociale, parmi les patients se présentant aux urgences adultes.

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire présenté en annexe 3. Lors de l'admission aux urgences, le questionnaire était inséré par l'admissionniste des urgences dans le dossier papier du patient lorsque ce dernier n'avait pas de numéro de sécurité sociale. Pendant la consultation, les médecins complétaient le questionnaire en présence du patient. Les secrétaires

responsables de la sortie administrative du patient le récupéraient à la sortie du patient. En cas d'hospitalisation, le questionnaire devait être déposé par le médecin l'ayant rempli au secrétariat des sorties.

Dans le cas où le patient se présentant aux urgences était directement réorienté vers la PASS par le MAO, le médecin réinsérait le questionnaire dans le dossier sans en compléter l'ensemble des items.

L'absence de numéro de sécurité sociale, donc d'assurance maladie, fut vérifiée par le médecin du Département d'Information Médicale (DIM), auquel nous avons transmis notre base de données.

5. Données recueillies

Le questionnaire des données recueillies est disponible en annexe 3. Il est constitué de quatre parties : données démographiques, situation sociale, situation médicale et recours aux urgences. Les données ont été enregistrées et anonymisées au sein d'un tableau Excel®.

6. Aspects réglementaires

Un accord oral du patient était requis avant de l'inclure dans l'étude, et une note d'information traduite en anglais et en arabe lui était remise.

Le protocole de réalisation de ce travail a été soumis par la Direction de la Recherche et de l'Innovation du CHU de Nantes au CEREEES (Comité d'Expertise pour les Recherches, les Études et les Évaluations dans le domaine de la Santé) du GNEDS (Groupe Nantais d'Éthique dans le Domaine de la Santé), ainsi qu'à 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.

7. Analyses statistiques

Les statistiques ainsi que les représentations graphiques ont été réalisées sur Excel®. Les analyses des données qualitatives ordinales et nominales ont été exprimées en fréquence. Il existe une seule variable quantitative (âge) pour laquelle l'analyse rendue est une médiane.

Résultats

1. Nombre de patients inclus

Des questionnaires ont été distribués pour 450 patients n'ayant pas de numéro d'assurance maladie lors de leur l'admission aux urgences du CHU de Nantes et du CH de Saint-Nazaire. Nous avons récupéré les questionnaires de 169 patients du CHU de Nantes dont sept mineurs et vingt-et-un du CH de Saint-Nazaire (Figure 1).

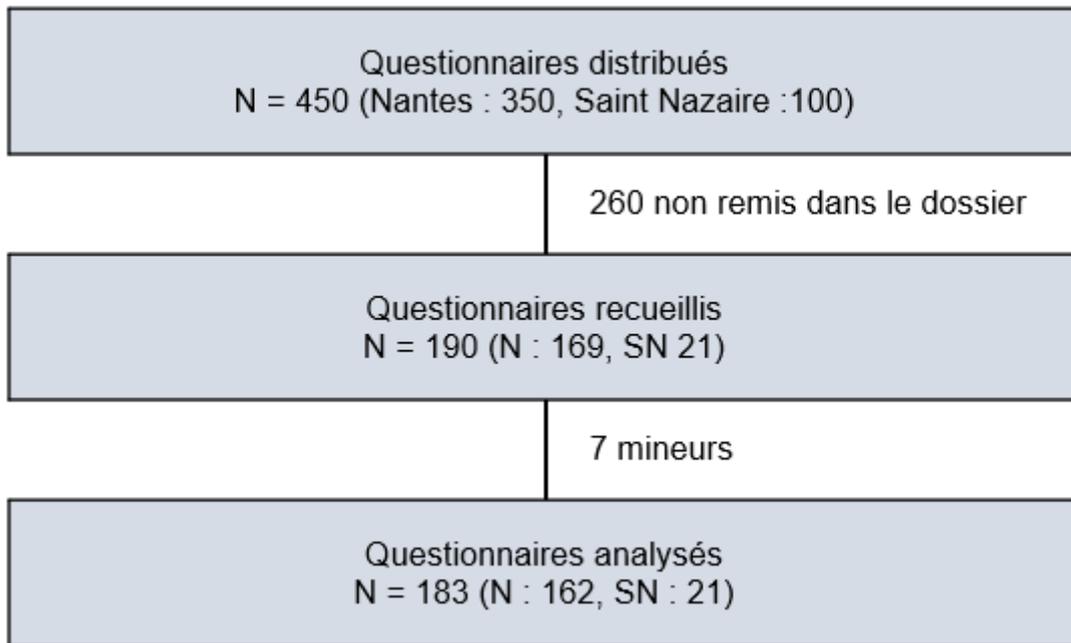


Figure 1. Flow chart de l'étude.

Parmi les 183 patients inclus dans l'étude, 176 ont été reçus aux urgences, soit 96% de l'échantillon et sept ont été orientés à la PASS, soit 4% de l'échantillon. À Saint-Nazaire, la totalité des patients ont été reçus aux urgences.

Les patients représentaient 0.14% de la population ayant consulté aux urgences sur l'année 2021 rapporté par l'ORU.

2. Données démographiques

Les patients ressortissants extra-européens représentent 59.9% des patients étudiés : 53.6% sont originaires d'Afrique, 6.0 % d'Asie et 1.6% d'Amérique. L'origine est inconnue pour 16.4% d'entre eux, et 22.4% vient d'Europe. Les patients sont pour 74% d'entre eux des hommes, dont l'âge médian est de 28 ans. Plus de 90% des patients ont quitté leur pays d'origine après l'âge de 18 ans. Ils sont 65% à être arrivés depuis moins de six mois, 72% depuis moins d'un an et 59% d'entre eux ne parlent pas ou faiblement français. Ces données sont présentées dans leur intégralité dans le tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques démographiques des patients.

Âge médiane [Q1 ; Q3]	28 [24 ; 38]
Sexe masculin	135 (74%)
Âge de départ	D (données collectées) = 136
< 5 ans	3 (2%)
5– 10 ans	1 (1%)
10 – 15 ans et 3 mois	0 (0%)
15 ans et 3 mois – 18 ans	5 (4%)
18 – 24 ans	43 (32%)
25 – 34 ans	46 (34%)
> 35 ans	37 (27%)
Niveau d'étude	D = 59
Ecole < 10 ans	10 (17%)
Collège 10 – 14 ans	14 (24%)
Lycée 15 – 18 ans	20 (34%)
Université > 18 ans	15 (25%)
Niveau de français	D = 161
Ne parle pas français	73 (45%)
Niveau faible	22 (14%)
Niveau intermédiaire	21 (13%)
Bilingue	45 (28%)
Arrivée en France	D = 130
< 7 jours	9 (7%)
7 – 30 jours	26 (20%)
1 – 2 mois	23 (18%)
2 – 6 mois	26 (20%)
6 – 1 an	10 (7%)
1 – 2 ans	5 (4%)
2 – 4 ans	13 (10%)
> 4 ans	18 (14%)

3. Situations sociales

Sur les quatre-vingt-deux données recueillies concernant l'assurance maladie, cinquante-neuf patients soit 72% d'entre eux n'ont réalisé aucune démarche en vue de l'obtention de l'AME. Ils sont quinze à l'avoir demandé et cinq en attente de la PUMa.

Aucun patient n'est de nationalité française, quatre sur dix sont demandeurs d'asile et un tiers ne bénéficie pas de droit au séjour, comme illustré dans la figure 2.

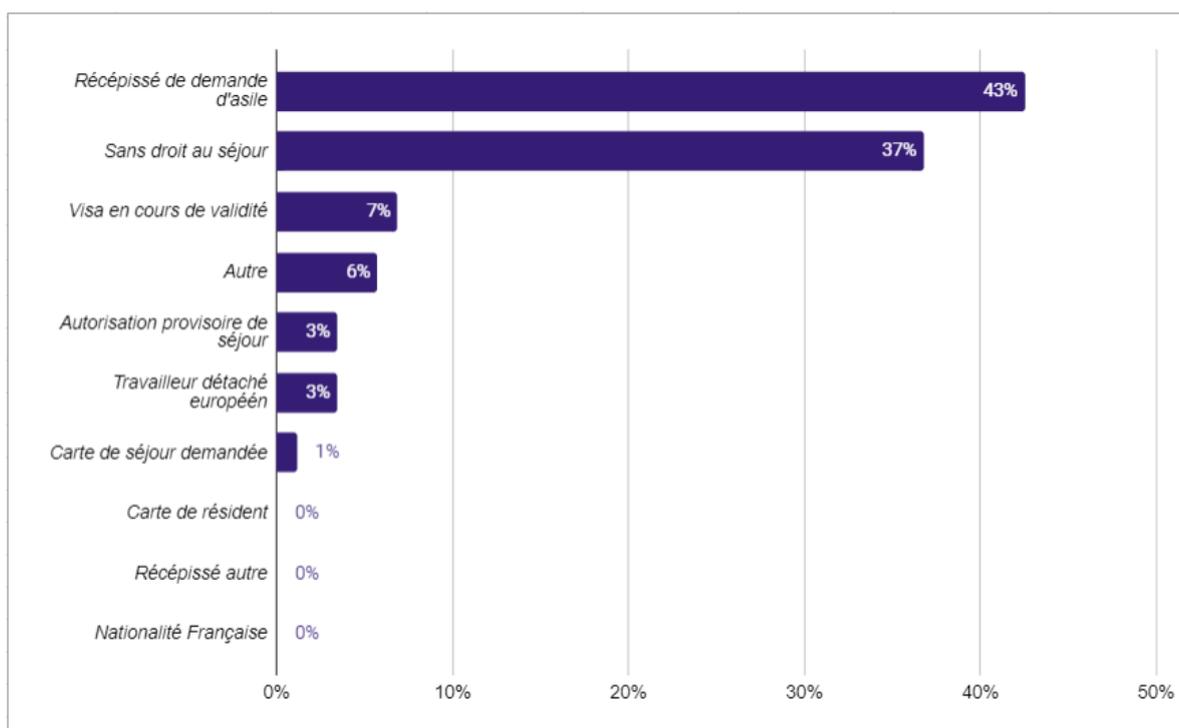


Figure 2. Droit au séjour.

Le service social a été appelé pour cinq patients soit 3% de l'effectif. Trente-deux patients bénéficient d'un accompagnement par un travailleur social et dix-sept autres patients sont suivis par l'équipe sociale de la PASS. Par ailleurs, 128 déclarent ne pas avoir de suivi sur le plan social. Un quart n'a pas d'hébergement, un cinquième ont un logement personnel et trois sur dix sont hébergés par des proches. La majorité a un entourage proche ou de la famille alors que 42% sont seuls. Pour cinquante-six patients non francophones, trente-quatre ont pu bénéficier d'une traduction par un proche ou *via* l'association ISM interprétariat. Pour vingt-deux d'entre eux aucune traduction n'a été possible (Tableau 2.).

Tableau 2. Caractéristiques sociales des patients.

Soutien social	D = 183
Suivi par un travailleur social	32 (17%)
PASS	17 (9%)
CCAS	5 (3%)
Autre	1 (1%)
Absence de soutien social	128 (70%)
Aidé par des associations	23 (13%)
Médecins du monde / Les Restos du cœur	0 (0%)
La Croix Rouge française	2 (1%)
France Terre d'Asile	10 (12%)
Autre	11 (6%)
Hébergement	D = 134
Sans domicile fixe	34 (25%)
Réside dans un squat	3 (2%)
Logement personnel	28 (21%)
Hébergé par le 115	8 (6%)
Hébergé par des proches	38 (28%)
Hôtel social	4 (3%)
Hébergé en foyer	12 (9%)
Autre	8 (6%)
Situation familiale en France	D = 119
Isolé(e)	50 (42%)
En couple	23 (19%)
En couple avec enfants	17 (14%)
Isolé(e) avec enfant(s)	2 (2%)
Entourage proche à Nantes	27 (23%)
Autre	0 (0%)
Si patient non francophone	D = 56
Présence d'un traducteur	20 (36%)
Utilisation d'ISM interprétariat	14 (25%)
Pas de traduction possible	22 (39%)

4. Situations médicales

Parmi les 153 données recueillies concernant la situation médicale, six patients sur dix n'ont aucun suivi. Vingt-deux patients sont déjà suivis à la PASS ou ont un rendez-vous de prévu dans cette structure. Aucun antécédent n'est déclaré pour 65% d'entre eux (Tableau 3.).

Tableau 3. Caractéristiques médicales des patients.

Situation médicale		D = 153
Absence de suivi médical		90 (59%)
Suivi antérieur par médecin traitant		21 (14%)
Patient ayant déjà consulté à la PASS		15 (10%)
RDV programmé à la PASS		7 (5%)
Autre		18 (12%)
Antécédents gynécologiques		27 (15%)
Antécédents de pathologie chroniques		D = 157
Diabète		7 (4%)
HTA		6 (4%)
VIH / Drépanocytose		0 (0%)
Autre		43 (27%)
Absence		101 (65%)
Traitement en cours		22 (15%)

5. Recours médical

5.1. Données cliniques et paracliniques

Les patients se présentent spontanément aux urgences dans 85% des cas. Ils sont 40% à se rendre aux urgences avec une pathologie aiguë évoluant depuis moins de trois jours. Aucun examen n'est réalisé pour un tiers d'entre eux. À l'issue de la consultation, un tiers des patients est adressé à la PASS et un autre tiers retourne au domicile sans orientation spécifique (Tableau 4). Enfin, concernant la réalisation des examens complémentaires, il a été estimé par les médecins des urgences que quatre-vingt-huit examens complémentaires sur 183 réalisés (48%), auraient pu être réalisés en ambulatoire et non aux urgences.

Tableau 4. Caractéristiques du recours médical.

Orientation vers les urgences	D = 167
Adressé par la PASS	12 (7%)
Adressé par médecin de ville	8 (5%)
Recours spontané	141 (85%)
Adressé par une association	2 (1%)
Autre	4 (2%)
Recours pour pathologies évoluant depuis	D = 165
< 3 jours	66 (40%)
3-30 jours	64 (39%)
> 30 jours	35 (21%)
Examens complémentaires aux urgences	D = 183
Aucun	61 (33%)
Biologie	46 (25%)
Imagerie	56 (30%)
Radiographie	40 (21%)
Echographie	8 (4%)
Scanner	1 (5%)
IRM	0 (0.5%)
ECG	25 (14%)
Orientation au décours de la consultation	D = 164
PASS	55 (34%)
Hospitalisation	19 (12%)
Orienté vers un spécialiste	26 (16%)
CLAT / CeGIDD	0 (0%)
Orienté vers un médecin généraliste	14 (8%)
Retour au domicile	58 (35%)
Examens complémentaires possibles en ambulatoire	D = 183
Oui	88 (48%)
Non	95 (52%)

Le diagnostic au décours du passage aux urgences retenu pour les statistiques a été uniquement le diagnostic principal. Les pathologies cutanées, digestives, traumatiques, musculo-squelettiques et psychiatriques sont les diagnostics retenus principalement. Ils concernent à eux seuls 67% des patients. (Tableau 5.)

Tableau 5. Catégories diagnostiques aux urgences.

Diagnostic aux urgences		D = 168	
Cutanée	21 (13%)	Vasculaire	1 (1%)
Digestive	26 (15%)	Neurologique	10 (5%)
Traumatique	32 (19%)	Ophtalmologique	5 (3%)
Génito-urinaire	3 (2%)	Dentaire	1 (1%)
Respiratoire	6 (3%)	Hématologique	0 (0%)
ORL	7 (4%)	Psychiatrique	12 (7%)
Cardiaque	6 (3%)	Gynécologique	3 (2%)
Musculo-squelettique	15 (9%)	Accès palustre	1 (1%)
Maladie infectieuse	0 (0%)	Grossesse	1 (1%)
Néphro-urologique	12 (7%)	Renouvellement	0 (0%)
Endocrinienne	3 (2%)	Autre	4 (2%)

5.2. Classification CCMU et GEMSA

Les définitions des classifications CCMU et GEMSA sont détaillées en annexe 4. La majorité sont classés CCMU 2 et GEMSA 2, respectivement 64% et 92% (Figure 3).

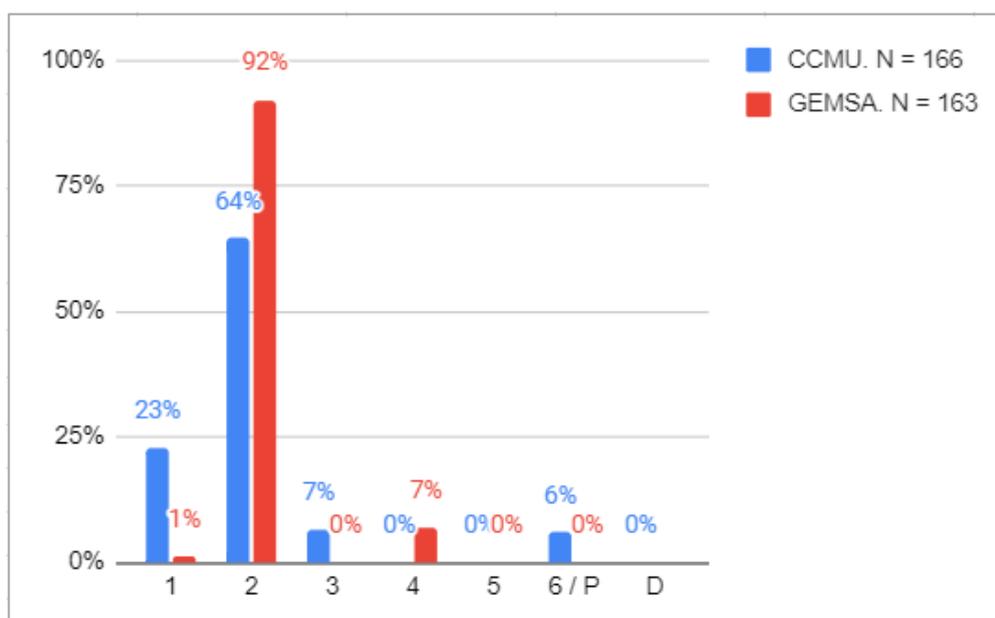


Figure 3. Graphique de la classification des patients à l'issue de la consultation aux urgences.

Les patients reçus aux urgences dont les consultations ont été classés CCMU 1 (pour lesquels aucun examen complémentaire n'a été réalisé) et GEMSA 2 (non hospitalisé) auraient pu être reçus dans un cabinet de médecine générale ou la PASS. Les consultations de trente-deux patients ont été codifiées comme telles, soit 17% des patients.

Afin de déterminer l'ensemble des patients dont la situation médicale n'est pas une urgence médicale, il peut-être ajouté à ce résultat le nombre de patients dont les examens complémentaires réalisés aux urgences auraient pu l'être en ambulatoire, quatre-vingt-huit, soit un total de 120 patients, 66% de notre échantillon.

5.3. Durée de passage et temps médical

Ils sont 82% à nécessiter moins d'une heure de temps médical et 52% d'entre eux ont passé plus de quatre heures aux urgences (Figure 4.)

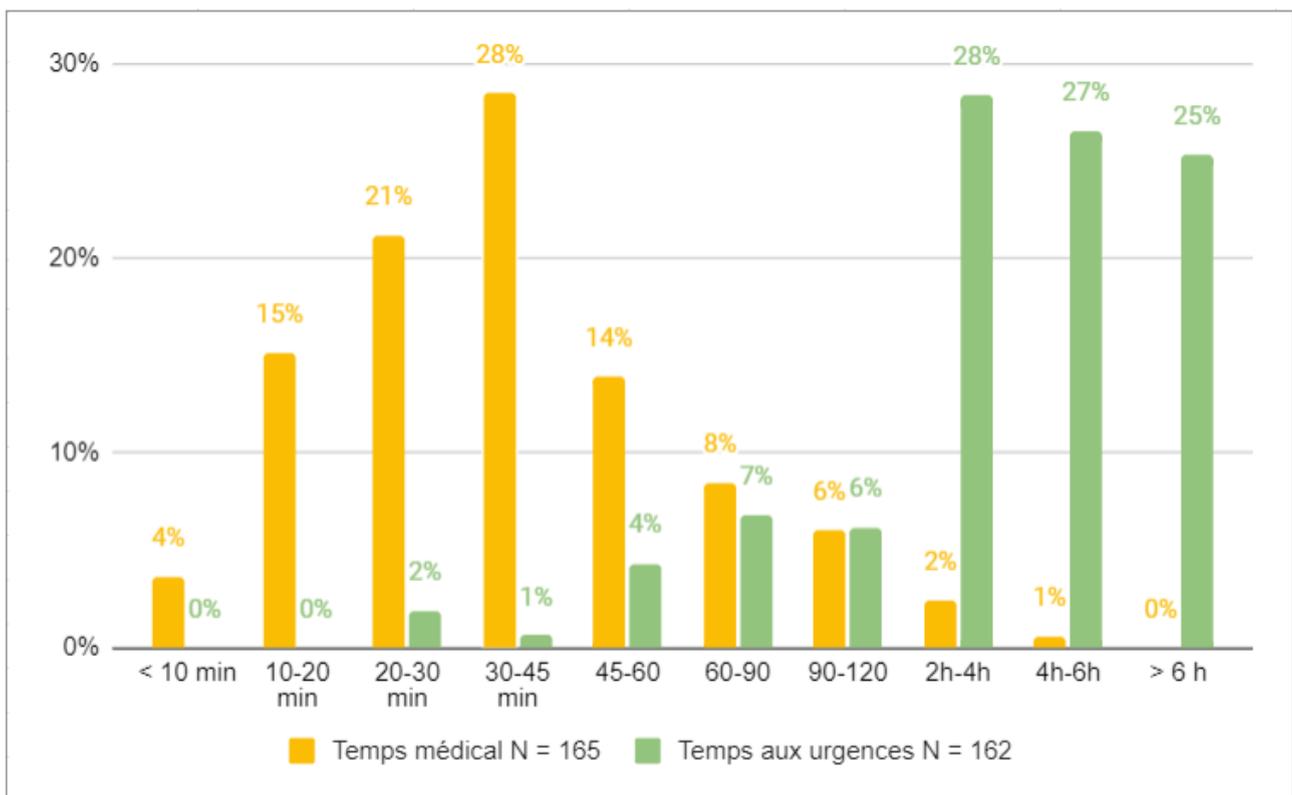


Figure 4. Graphique du temps médical et passé aux urgences par patient.

Discussion

1. Limites et biais

Les patients sans assurance maladie ayant consulté aux urgences du CHU de Nantes et du CH de Saint-Nazaire inclus dans notre étude représentent un faible pourcentage de la population totale des patients se présentant dans ces deux services. Notre travail n'est pas exhaustif, probablement du fait des difficultés de recueil des informations : à l'aide d'un questionnaire papier, concernant une population précaire, dans un service d'urgences où la charge et l'intensité de travail peut expliquer la perte des 259 questionnaires. De plus, il est probable que la plupart des patients orientés vers la PASS n'ont pas été inclus car ils n'étaient pas admis aux urgences administrativement.

Bien que l'étude soit multicentrique, les patients inclus au CH de Saint Nazaires ont été considérablement moins nombreux qu'au CHU de Nantes. Cela peut s'expliquer pour différentes raisons :

- La densité de l'activité clinique n'a probablement pas permis à l'équipe médicale d'avoir la disponibilité suffisante pour saisir l'intégralité des données de notre questionnaire;
- La nuit, les admissions des patients sont réalisées par les infirmières d'accueil. Contrairement aux admissionnistes, les infirmières n'ont alors pas pour mission de saisir le numéro de sécurité sociale du patient. Il n'était donc pas possible de réaliser des inclusions sur les horaires de nuit.
- Les délais pour être reçus à la PASS du CH de Saint-Nazaire sont sensiblement moins longs qu'au CHU de Nantes, le patient peut parfois même être reçu immédiatement.

En l'absence de population comparable, nous avons dû confronter les données de notre étude à celles présentes dans la littérature ayant une population et des données analysées similaires.

2. Données socio-démographiques.

Les données socio-démographiques des patients de notre étude se rapprochent de celles de l'étude de C. Agard (2001) réalisée à la PASS de Nantes en 2001 (20) : sur 224 immigrés résidant depuis plus d'un an en France et la majorité était des hommes. L'âge moyen est de 28 ans dans les deux études, inférieur à celui de la population générale aux urgences de Loire Atlantique, 44 ans (25). Toutefois, le travail réalisé en 2001 retrouve que les trois quarts des patients venaient d'Afrique, contre 53.6% dans la population de notre échantillon.

Dans l'enquête « Premier Pas » réalisée en 2019, F. Jusot interroge en 2019 dans soixante-trois structures d'accueil de personnes migrantes de Bordeaux et Paris 1 083 personnes en situation irrégulière résidant depuis plus de trois mois sur le territoire français (21). Leur étude retrouve un même profil sur les données sociales des patients de notre étude. Dans leurs résultats, quatre patients sur dix sont isolés, un quart d'entre eux n'ont pas de domicile et 64% ne parlent pas ou peu français.

Notre travail retrouve ainsi des résultats comparables et proches des travaux antérieurement réalisés à Nantes en 2001 et à Paris et Bordeaux en 2019. Les patients sont isolés, présentent des difficultés linguistiques et ont une demande de soins rapide après l'entrée sur le territoire français. Ces caractéristiques semblent peu compatibles avec des démarches administratives compliquées et longues, ne permettant pas une prise en charge des soins immédiate.

Dans notre étude, les patients n'ayant pas entamé de démarches en vue d'obtenir l'AME sont deux fois plus nombreux que dans l'étude « Premier Pas ». Cela s'explique par le fait que nous avons inclus des patients présents sur le territoire français depuis moins de trois mois alors qu'ils étaient exclus de l'enquête « Premier Pas ». En effet, F. Jusot montre que l'obtention de l'AME est corrélée à la durée de séjour (21). Notre résultat confirme cette démonstration.

Le service social du CHU n'a été appelé que pour six patients (3 % des cas) alors que 128 ne déclarent aucun soutien social. Bien qu'à l'issue de leur passage aux urgences, 34% d'entre eux ont été adressés à la PASS, il reste une grande proportion de patients sans accompagnement social pour les démarches administratives. Les PASS, prévues notamment à cet effet, sont des structures performantes à cet égard : en 2001, C. Agard a décrit que dès leur première venue, 57% des patients avaient vu l'assistante sociale (24). Le Dr Scavion rapporte 2 066 entretiens

programmés ou sans rendez-vous avec le service social de la PASS du CHU de Nantes l'année 2021.

Ainsi, lors de la consultation aux urgences, il serait intéressant de solliciter plus fréquemment le service social du CHU de Nantes afin d'orienter si nécessaire et d'accompagner au mieux les patients demandeurs d'asile dans leurs démarches administratives, notamment pour l'obtention d'une assurance maladie. De plus, le temps d'attente aux urgences — deux heures pour trois quarts des patients — bien supérieur au temps médical — moins d'une heure pour la même proportion — laisse la possibilité à un travailleur social de réaliser un entretien pendant le passage aux urgences.

3. Données médicales

Parmi les patients de notre étude, huit sur dix déclaraient n'avoir aucun antécédent médical, résultat superposable à celui obtenu lors de l'étude des patients de la PASS réalisée en 2001. Les diagnostics de pathologies cutanées, digestives et musculo-squelettiques représentent un total de 37% des patients de notre étude, un taux identique à celui retrouvé par l'étude réalisée à la PASS (38%). Ce résultat nous invite à penser qu'il s'agit de deux populations similaires, dont les patients consultent pour les mêmes motifs. On pourrait dès lors considérer qu'une prise en charge à la PASS serait préférable, à condition que cette structure bénéficie des ressources nécessaires pour recevoir les patients dans un délai raisonnable. Notons toutefois une incidence plus importante pour les patient consultant suite à un traumatisme physique, 19% contre 11%, en lien avec une orientation à privilégier vers les urgences pour ces situations (20,24).

Nos résultats montrent que 65% des patients consultent aux urgences durant les six mois de leur arrivée en France alors qu'ils étaient 60 % à consulter à la PASS durant les trois premiers mois de leur arrivée en France dans l'enquête de la PASS (20). Ces deux travaux indiquent que les patients consultent rapidement un médecin dans les mois suivant leur arrivée sur le territoire.

Les patients de notre étude ont principalement consulté aux urgences sans avoir été adressé par un travailleur de soin (85%) et pour la majorité n'ont auparavant pas de suivi médical (65%). Cela souligne les difficultés, voir l'impossibilité pour ces personnes de recourir aux soins en médecine de ville, déjà démontrée par D. Kerouedan en 2019. L'absence d'assurance maladie constitue de toute évidence une entrave pour accéder aux soins et Mme Kerouedan estime que les patients renoncent alors aux soins. Elle associe ce renoncement aux manques d'informations sur les droits des patients demandeurs d'asile, aux barrières de langue et parfois même au refus de soins par des acteurs de la santé (27). Ces éléments, hormis le refus de soins par des soignants, ont été retrouvés dans notre étude.

Par ailleurs, le taux de patients hospitalisés après leur passage aux urgences est moins important que pour l'ensemble des patients consultant aux urgences. Le nombre de patients ayant eu une cotation CCMU 1 et GEMSA 2, pouvant être reçus dans un cabinet de médecine générale ou à la PASS, est de 17%. Précisons toutefois une certaine limite à cette analyse : les critères étudiés (CCMU 1 et GEMSA 2) sont établis pour les patients *a posteriori* de la consultation médicale, lorsque l'urgence ressentie par le patient a été levée. Selon le rapport d'activité de l'ORU, 14% des

consultations réalisées dans les services d'urgences en Pays de la Loire sont classifiées CCMU 1 (25), un taux légèrement inférieur à celui de notre échantillon de patients.

Nous avons cependant estimé que 66% des patients de notre étude présentaient une situation médicale, à l'issue du passage aux urgences, considérée comme non urgente. Il s'agit d'une part très importante de patients qui, sous réserve d'être bénéficiaires d'une assurance maladie, auraient pu être réorientés vers une consultation externe ou vers la PASS si cette dernière était en mesure de les recevoir dans un délai acceptable par le patient.

Afin de permettre un accès aux soins proposés par la médecine de ville et ainsi éviter aux patients sans assurance maladie un recours aux urgences — faute de pouvoir consulter ailleurs — ou un renoncement aux soins, il serait intéressant d'accorder aux demandeurs d'asile l'AME sans aucun délai. Cette proposition a été soumise en 2019 par A. Spira, membre de l'Académie nationale de Médecine (28). Signalons que suite à un décret européen, ce délai a été supprimé en mars 2022 pour les réfugiés Ukrainiens (17).

4. Axes d'amélioration

Plusieurs problématiques rencontrées par les patients en situation de précarité dans leur parcours de soins ont été mises en évidence par notre étude. Afin d'optimiser leurs parcours, certaines propositions semblent nécessaires :

- Prendre contact avec le service social des urgences quand celui-ci est ouvert (du lundi au vendredi, de 9h à 17h), dès l'admission aux urgences d'un patient sans assurance maladie.
- Renforcer les ressources humaines de la PASS afin de lui donner les moyens d'accueillir les patients dans des délais acceptables par le patient.
- Sensibiliser le personnel administratif afin qu'une fiche d'information concernant les démarches administratives à réaliser, disponibles en annexe 2, soit remise aux patients lors de leur sortie des urgences.
- Accorder l'AME sans délai pour toute personne ayant initié une demande d'asile sur le territoire français.

Si ces mesures venaient à être appliquées, il serait intéressant d'en mesurer les effets en réalisant un nouveau travail aux urgences, afin d'étudier si le nombre de patients en situation de précarité et ne nécessitant pas de prise en charge médicale en urgences serait diminué.

Conclusion

Les phénomènes migratoires étant de plus en plus importants d'année en année, la population décrite dans notre étude continuera d'augmenter dans les prochaines années. Notre travail, inédit, a consisté à décrire une population de patients en situation de précarité consultant dans deux services d'urgences en Loire-Atlantique. L'analyse de ces données rares est précieuse afin de mieux comprendre les enjeux de la prise en charge globale de cette population et de l'optimiser.

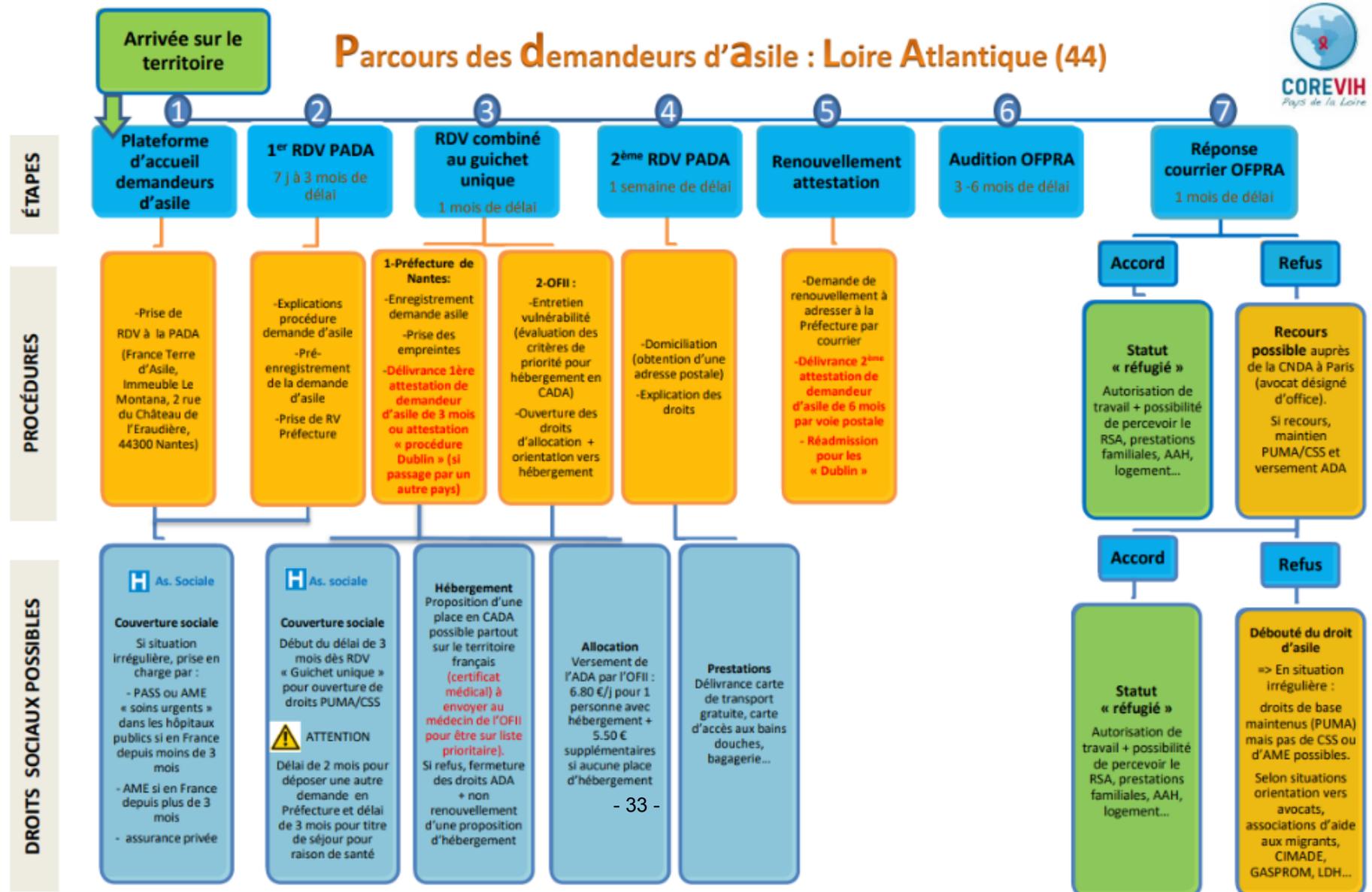
Pour la plupart d'entre eux, il s'agit de patients jeunes, isolés, sans domicile fixe, qui ont consulté aux urgences rapidement après leur arrivée sur le territoire français. Leur situation médicale est moins grave que celle de la population générale, et une majorité d'entre eux pourrait être reçue lors d'une consultation programmée. Ils ont par ailleurs des situations administratives complexes : la majorité des patients demandeurs d'asile reçus aux urgences n'a aucun suivi social et n'a pas initié de démarche en vue d'obtenir une assurance maladie.

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.

Annexes

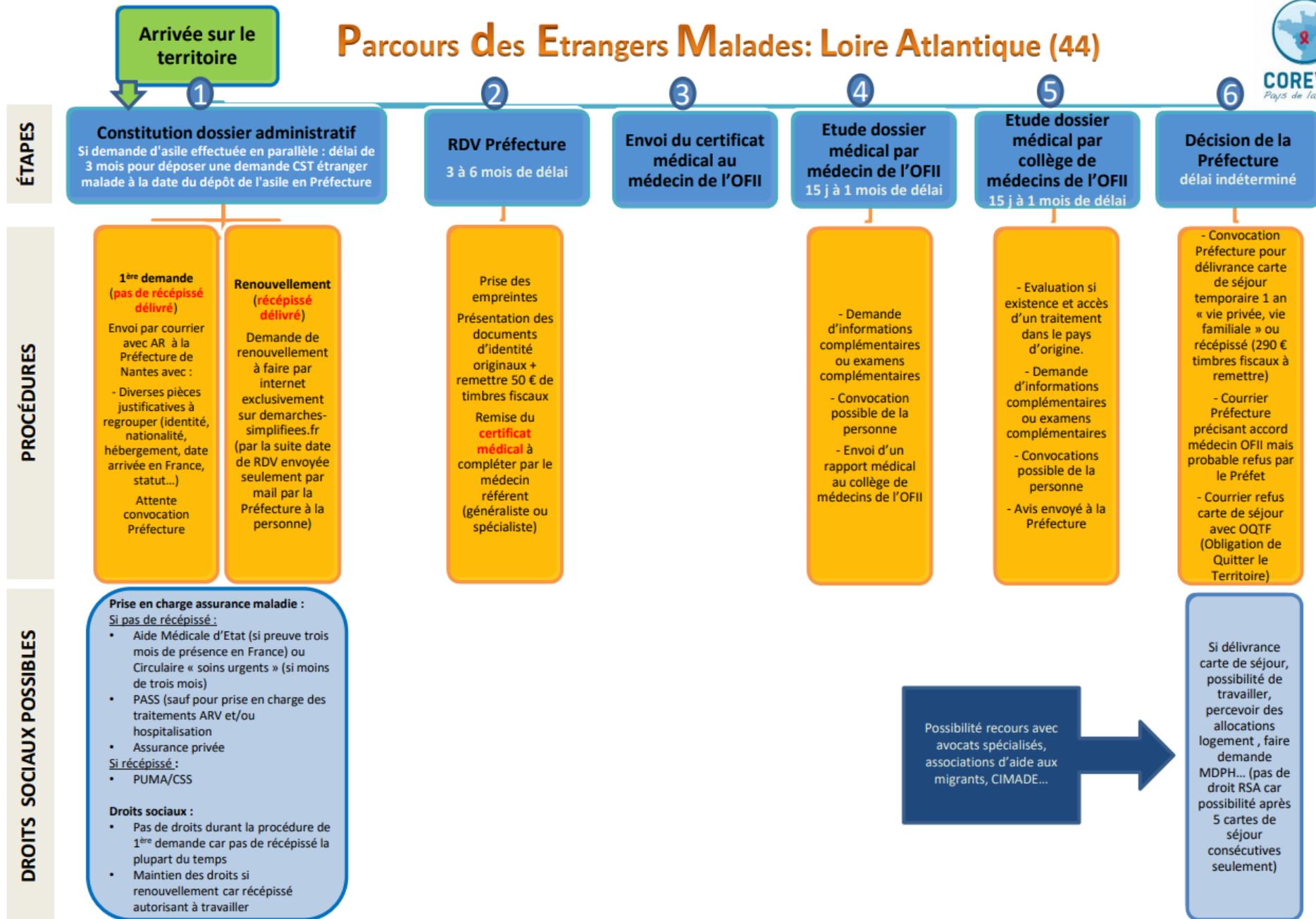
Annexe 1 : Parcours des demandeurs d'asile en Loire Atlantique



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 2 : Score Epices

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 3 : Questionnaire

 <p>Analyse prospective des patients sans assurance maladie consultant aux urgences du CHU de Nantes et du CH de Saint-Nazaire. Étude sous la direction du Dr F. Vivrel et du Dr L. Meresse-Prost</p>	
---	---

- 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 :

Étiquette

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 vue 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 4 : Classification GEMSA et CCMU

Groupes d'étude multicentrique des services d'accueil

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

Classification Clinique des Malades des Urgences

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. Flow chart de l'étude.

Figure 2. Droit au séjour.

Figure 3. Graphique de la classification des patients à l'issue de la consultation aux urgences.

Figure 4. Graphique du temps médical et passé aux urgences par le patient.

Tableau 1. Caractéristiques démographiques des patients.

Tableau 2. Caractéristiques sociales des patients.

Tableau 3. Caractéristiques médicales des patients.

Tableau 4. Caractéristiques du recours médical.

Tableau 5. Catégories diagnostiques aux urgences.

Bibliographie

1. GRANDE PAUVRETÉ ET PRÉCARITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIALE [Internet]. Le Conseil économique social et environnemental. [cité 17 août 2022]. Disponible sur: <http://www.lecese.fr/travaux-publies/grande-pauvrete-et-precarite-economique-et-sociale>.
2. Spira A, Adolphe M, Hermange MT, Lecomte D, Benoît MMG, Dreux CL, et al. Précarité, pauvreté et santé. Bull Académie Natl Médecine. 1 avr 2017;201(4):567-87.
3. Personnes pauvres selon le seuil de pauvreté | Insee [Internet]. [cité 17 août 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2408345>
4. Driant JC. Chiffrer le mal-logement. Constructif. 2022;62(2):27-31.
5. Rapport annuel 2019 du Secours Catholique-Caritas France : personnes migrantes : une même aspiration à vivre dignement - Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale [Internet]. [cité 21 nov 2021]. Disponible sur: <https://onpes.gouv.fr/rapport-annuel-2019-du-secours.html>
6. Un siècle d'évolution de la présence des immigrés et étrangers en France – Centre d'observation de la société [Internet]. [cité 17 août 2022]. Disponible sur: <https://www.observationsociete.fr/population/immigres-et-etrangers/levolution-du-nombre-detrangers-et-dimmigres-en-france/>
7. Ministère de l'Intérieur. Statistiques annuelles en matière d'immigration, d'asile et de nationalité [Internet]. <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Actualites/Communiques/Statistiques-annuelles-en-matiere-d-immigration-d-asile-et-de-nationalite2>. [cité 17 août 2022]. Disponible sur: <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Actualites/Communiques/Statistiques-annuelles-en-matiere-d-immigration-d-asile-et-de-nationalite2>
8. Avis 127 du CCNE santé des migrants et exigence éthique | Comité Consultatif National d'Éthique [Internet]. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/node/176>
9. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 13 nov 2021]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_0.html
10. Wyndels K, Haeghebaert S, Leduc G, Caron A, Chaud P, Merlin B, et al. COL 8-01 - Surveillance sanitaire des populations migrantes à Calais et Grande-Synthe. Médecine Mal Infect. 16 oct 2017;46:17.
11. Gentilini M, Kerouedan D. Rapport 20-01. L'immigration en France : situation sanitaire et sociale. Bull Académie Natl Médecine. 1 mai 2020;204(5):455-69.
12. Hoyez AC, Bergeon C, Gasquet C. Health systems and immigrants - a focus on urban France. :25.
13. Legislation.cnav.fr - texte [Internet]. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: https://www.legislation.cnav.fr/Pages/texte.aspx?Nom=CV_GENEVE_28071951
14. L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers | Insee [Internet]. [cité 17 août 2022]. Disponible

sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>

15. Barbier JC, Zemmour M, Théret B. Le système français de protection sociale. 3e éd. Paris: la Découverte; 2021. (Repères).
16. 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/
17. Journal officiel L 71/2022. [cité 19 août 2022]. Disponible sur: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=OJ%3AL%3A2022%3A071%3AFULL>
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. Jusot F, Dourgnon P, Wittwer J, Sarhiri J. Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas. 29 janv 2020 [cité 17 août 2022]; Disponible sur: <https://policycommons.net/artifacts/1812383/le-recours-a-laide-medicale-de-letat-des-personnes-en-situation-irreguliere-en-france/2548333/>
22. Situation récente des immigrés dans la région - Insee Flash Pays de la Loire - 22 [Internet]. [cité 17 août 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285429>
23. SRADAR - Schéma Régional d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés 2021-2023 - DREETS [Internet]. [cité 17 août 2022]. Disponible sur: <https://pays-de-la-loire.dreets.gouv.fr/SRADAR-Schema-Regional-d-accueil-des-demandeurs-d-asile-et-des-refugies-2021>
24. Peslin N, Pasquier V, Plaçais C, Coutant A, Agard C, Barrier J, et al. Évaluation d'une nouvelle offre de soins : la permanence d'accès aux soins de santé du CHU de Nantes. Santé Publique. 2001;13(4):349-57.
25. Observatoire régional des urgences des Pays de la Loire [Internet]. [cité 17 août 2022]. Disponible sur: <https://www.oru-paysdelaloire.fr/>
26. Behr M, Le Borgne P, Baicry F, Lavoignet CE, Berard L, Tuzin N, et al. Crise nationale des urgences : le résultat d'un déséquilibre croissant entre offre et demande de soins ? Rev Médecine Interne. 1 oct 2020;41(10):684-92.
27. Kerouedan D. Éléments relatifs à la santé et au recours aux soins des personnes migrantes en France. Bull Académie Natl Médecine. 1 mars 2019;203(1):13-22.
28. Spira A, Quach-Hong M. Sujet d'une grande actualité et objet de controverses politiques importantes, la santé des personnes migrantes est un concentré de toute la problématique de l'accès à la santé des précaires. Elle est emblématique, en termes de droits de l'Homme. :3.

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

RÉSUMÉ

Introduction : L'obtention d'une couverture sociale à l'aide du dispositif AME requiert un délai d'attente de trois mois pour les personnes demandeuses d'asile. Ces personnes ont besoin de soins médicaux et leur vulnérabilité est accentuée par une situation de précarité sociale. Le but de cette étude est de préciser les caractéristiques des patients en situation de précarité qui consultent aux urgences afin de mieux appréhender les éventuelles carences dans l'offre de soins actuelle.

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle menée de façon prospective entre le 1er mai 2021 et le 30 Avril 2022. Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire rempli par les médecins des urgences du CHU de Nantes et du CH de Saint-Nazaire

Résultats : Nous avons inclus 183 patients. Ils sont 65% à consulter dans les six premiers mois de leur arrivée sur le territoire français. Lors de la consultation, 72% n'ont réalisé aucune démarche administrative en vue d'obtenir l'AME. Le service social est appelé pour 3% d'entre eux. *A posteriori*, ils sont 66% à ne pas présenter une urgence médicale et 17% à être éligibles à une réorientation en consultation médicale externe.

Conclusion : Il s'agit de patients jeunes, sans protection sociale, souvent isolés ayant un recours rapide aux urgences. Leur prise en charge semble pouvoir être réalisée en consultations externes programmées de façon plus importante que la population générale sans qu'on puisse l'affirmer à leur présentation initiale. De plus, la prise en charge sociale n'est pas adaptée pour eux aux urgences actuellement. Pour optimiser le parcours de soins, il semblerait intéressant de leur accorder l'AME à l'entrée sur territoire français à l'échelle nationale. Localement il faudrait renforcer les ressources humaines de la PASS afin de pouvoir accueillir les patients sans délai et contacter le service d'assistant social dès l'admission aux urgences.

MOTS-CLÉS

- Population en situation de précarité - Demandeurs d'asile - Réfugiés - Épidémiologie -
- CHU Nantes - CH Saint-Nazaire - Urgences - PASS - Service social
- Protection sociale - Aide Médicale d'Etat - Situation sociale - Recours médical