

THESE
pour le
DIPÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE
par
Dorothee LECAILLON

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} février 2005

Description des conditions de délivrance en officine des prescriptions
médicamenteuses aux personnes en situation de précarité.

Président :

Monsieur Christian MERLE, Professeur de Pharmacie Galénique

Membres du jury :

**Madame Françoise BALLEREAU, Professeur de Pharmacie Clinique et de Santé
Publique**

Monsieur Pierre LOMBRAIL, Professeur de Santé Publique

Monsieur Christian AGARD, Docteur en Médecine interne

Madame Marie-Line VRECH, Docteur en Pharmacie, Pharmacien d'officine à Nantes

Remerciements

A Monsieur le Professeur Christian MERLE,
Professeur de Pharmacie Galénique

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.
Veuillez accepter toute ma reconnaissance pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

A Madame le Professeur Françoise BALLEREAU,
Professeur de Pharmacie Clinique et de Santé Publique

Après m'avoir fait l'honneur de m'accompagner tout au long de cette thèse, vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Je vous remercie de tout l'intérêt que vous avez porté à mon travail, pour votre disponibilité et pour vos conseils dans la conception, l'analyse et la rédaction de ce travail.
Soyez sûre de mes plus sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Pierre LOMBRAIL,
Chef de service de Santé Publique

Vous me faites l'honneur de bien vouloir juger ce travail. Je vous remercie de m'avoir accueillie en stage dans votre service et d'avoir bien voulu me proposer ce sujet d'étude.
Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et l'assurance de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Christian AGARD,

Docteur en Médecine interne, attaché à la PASS au CHU de Nantes

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Odette CHASSE,

Docteur en pharmacie, pharmacien d'officine à Nantes

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Sommaire

INTRODUCTION.....	8
1. HISTOIRE/ CONTEXTE LEGISLATIF/ SITUATION ACTUELLE..	11
1.1.1 Historique du système de sécurité sociale Français.....	11
1.1.2 Les dépenses prises en charge.....	18
1.1.3 Les modalités de prise en charge.....	19
1.1.4 Les bénéficiaires.....	20
1.1.5 Les cotisations.....	22
1.2 Création de la CMU.....	23
1.2.1 Présentation de la CMU.....	24
1.2.1.1 Qu'est ce que la CMU ?.....	24
1.2.1.2 Qui a droit à la CMU ?.....	24
1.2.1.3 Le fonds CMU.....	31
1.2.1.4 Conséquences sur la pratique des professionnels de santé.....	34
1.2.2 Aide à l'acquisition d'une assurance maladie.....	35
1.3 Aide Médicale Etat.....	37
1.4 Création des PASS.....	41
1.5 Evolution.....	44
2. L'ENQUETE ET LE TRAVAIL PERSONNEL.....	47
Introduction.....	47
2.1 Méthodologie.....	47
2.2 Le questionnaire.....	49
2.3 Présentation des résultats : taux de participation, les réponses au questionnaire, descriptif.....	51
2.4 Quelques définitions et remarques.....	71
3. DISCUSSION.....	75
3.1 Situation de précarité et prévention.....	75
3.2 Accès aux soins.....	78
3.3 Travail en réseaux.....	86
3.4 Rôle du pharmacien et sa spécificité.....	91
3.4.1 Spécificité du pharmacien dans l'éducation du patient.....	91
3.4.2 Reconnaissance de l'acte pharmaceutique du pharmacien.....	95
3.4.3 Assurance qualité à l'officine.....	96
3.5 Les particularités de l'enquête.....	99
3.5.1 La connaissance du sujet par les pharmaciens.....	99
3.5.2 Quels enjeux ?.....	100
CONCLUSION.....	101
BIBLIOGRAPHIE.....	102
ANNEXE (questionnaire).....	109

LISTE DES ABBREVIATIONS :

ACOSS : Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale
AME : Aide Médicale de l'Etat
AMU : Assurance Maladie Universelle
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
CADES : Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale
CANAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes
CCAS : Centres Communaux d'Action Sociale
CFES : Comité Français d'Education pour la Santé
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMUc : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNAVTS : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés
CNAF : Caisse Nationale d'Allocation Familiale
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRDS : Contribution au Remboursement de la Dette Sociale
CSG : Contribution Sociale Généralisée
CSS : Code de la Sécurité Sociale
CSSS : Contribution Sociale de Solidarité des Sociétés
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS : Direction Générale de la Santé
DOM : Département d'Outre Mer
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EPU : Enseignement Post Universitaire
FSV : Fond de Solidarité Vieillesse
HMOs : Health Maintenance Organizations
HTA : Hypertension artérielle
JO : Journal Officiel
MNU : Médicaments Non Utilisés
MSA : Mutualité Sociale Agricole
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique
PIMESP : Pôle d'Information Médicale, d'Evaluation et de Santé Publique
PRAPS : Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins
PMI : Protection Maternelle Infantile
RMI : Revenu Minimum d'Insertion
RVH : Réseau Ville-Hôpital
SDF : Sans Domicile Fixe
TIPS : Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires
UNEDIC : Union Nationale Interprofessionnelle pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

TABLEAUX :

Tableau I : Personnes exclues de l'assurance maladie obligatoire avant la CMU (principales catégories).....	21
Tableau II : Répartition du plafond de ressources mensuel selon la composition du foyer au 3 janvier 2005.....	28
Tableau III : Attribution de l'organisme d'assurance maladie selon la situation de la personne au nom de laquelle la demande est déposée.....	30
Tableau IV : Caractéristiques des pharmacies enquêtées et proportion des personnes en situation de précarité parmi la clientèle classée selon son type de couverture sociale.....	52
Tableau V : Connaissance de l'existence de la PASS, de l'AME, et du réseau Santé Précarité.....	54
Tableau VI : Confrontation des pharmaciens et des préparateurs d'officine aux personnes issues du système PASS et problèmes rencontrés à cette occasion...	55
Tableau VII : Implication des pharmaciens au sein du réseau Santé Précarité et dans l'accès aux soins.....	56

INTRODUCTION

La cinquième année des études pharmaceutiques, qui est hospitalo-universitaire, a été pour moi l'occasion de définir le sujet de ma thèse. J'ai en effet effectué deux de mes trois stages hospitaliers au sein du PIMESP (Pôle d'Information Médicale, d'Evaluation et de Santé Publique) du CHU de Nantes.

Voulant profiter au maximum de ce passage dans un service de Santé Publique pour découvrir un domaine qui m'attirait parce qu'il était pour moi le gardien de la bonne santé de la population, j'ai sollicité Monsieur le Professeur Pierre Lombrail, directeur de ce service, pour qu'il me confie un projet d'étude. C'est ainsi qu'il m'a proposé de m'intéresser à l'accès aux soins des personnes les plus défavorisées ; partie marginale de la population mais, en proportion, de plus en plus importante.

Les professionnels de santé doivent, en effet, de plus en plus souvent faire face, dans leur exercice quotidien, aux problèmes posés par la précarisation des groupes les plus vulnérables.

Un grand nombre de pharmaciens de ville doivent répondre aux besoins d'une population d'exclus grandissante dans leur clientèle.

Face à cette situation, des mesures réglementaires (assurances personnelles, aide médicale, mutualisation, couverture maladie universelle...) ont été adoptées par les pouvoirs publics en direction des personnes défavorisées. Les contextes de précarité et les mesures qui les accompagnent actuellement ne sont pas sans incidence sur le rôle du pharmacien en ville.

Il s'agit pour moi de montrer la position clé d'acteur de santé publique du pharmacien, dans ce processus complexe et de faire le lien entre l'hôpital et la pharmacie d'officine. Cela entre en effet directement dans l'optique de la création de réseaux de santé en vue d'améliorer la qualité des soins ; il y a par exemple le réseau OFFIQUAL, qui est un réseau ville / hôpital / université, et, le réseau Santé précarité de l'agglomération Nantaise.

Nous sommes en effet les professionnels de santé les plus facilement accessibles puisque l'officine se trouve dans le cadre de vie des personnes qui n'ont pas de rendez-vous à prendre ni d'attente et bénéficient bien souvent d'une écoute, d'un renseignement, d'un conseil, d'une aide ou d'un soin, dispensés gracieusement parce que cela est profondément inscrit dans notre qualité de pharmacien.

Qu'en est-il dans la pratique ?

Le but recherché est de décrire les conditions de délivrance des prescriptions médicamenteuses issues de la PASS en pharmacie d'officine ainsi que, plus généralement, celles des personnes bénéficiant de la CMU ou de l'AME.

Pour ce faire, dans un premier temps, je me suis familiarisée avec le milieu de la précarité, de l'accès aux soins, et avec tous les facteurs qui entrent en compte.

J'ai donc commencé par me documenter au sein du service de santé publique et demander des références bibliographiques à l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) et enfin, je me suis rendue à la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) de l'Hôtel-Dieu de Nantes.

Mes démarches auprès de la PASS ont été très enrichissantes pour moi ; d'une part parce que j'ai pu rencontrer toutes les personnes qui y travaillent et par là même écouter leurs suggestions et leurs attentes et, d'autre part, parce que j'ai pu me rendre compte de la situation d'égarement dans laquelle se trouvaient toutes les personnes qui s'y rendent pour une consultation médicale.

Je me suis également rendue au premier congrès national sur l'observance thérapeutique dans les maladies chroniques et notamment dans la maladie SIDA ; même si ce congrès n'était pas directement en relation avec mon sujet d'étude, c'était malgré tout pour moi, la première fois que je me rendais à ce genre de manifestation et j'y ai donc découvert une façon de réfléchir ensemble à un sujet qui est néanmoins lié à la précarité et à l'accès aux soins.

Tout cela m'a permis d'enregistrer des informations et des idées afin de donner une orientation à mon étude.

L'objectif général de cette étude est d'évaluer les obstacles à la bonne délivrance des prescriptions médicamenteuses rencontrés en pharmacie d'officine pour les personnes en situation de précarité sociale.

Il s'agit initialement de savoir ce qui se passe lorsqu'une personne présente une ordonnance sortant de la PASS en pharmacie de ville et de façon plus globale, pour toute personne bénéficiaire de la CMU ou de l'AME.

Plus spécifiquement les objectifs sont :

- connaître le niveau de connaissance et l'attitude des pharmaciens d'officine au sujet de la prise en charge des personnes en situation de précarité.
- connaître la part de ces délivrances dans chacune des pharmacies étudiées.
- connaître les difficultés rencontrées à cette occasion et les solutions que ces professionnels imaginent et/ou mettent en oeuvre, tant sur le plan administratif que sur le plan relationnel.

1. HISTOIRE, SITUATION ACTUELLE ET CONTEXTE LEGISLATIF

1.1.1 Historique du système de sécurité sociale Français

Aux solidarités restreintes exercées dans le cadre familial ou des métiers (corporations), la révolution de 1789 et la Déclaration des droits de l'homme ont substitué une conception nouvelle de l'assistance. Les insuffisances et les limites de l'assistance donneront naissance dès le début du XXème siècle aux premières tentatives de création d'une sécurité sociale qui apparaîtra, dans ses principes et sa forme en vigueur aujourd'hui, en 1945.

1830-1905 UN SYSTEME D'ASSISTANCE PUBLIQUE ET UN SYSTEME DE LIBRE PREVOYANCE.

Au cours de la phase d'industrialisation du XIXème siècle, vont se développer non sans débats et hésitations :

- Les sociétés de secours mutuels, succédant aux corporations de l'Ancien Régime abolies en 1791, fondées sur la prévoyance collective et volontaire, et limitées à quelques activités ou quelques entreprises : reconnues légalement en 1835, elles obtiendront une entière liberté de création et les encouragements des pouvoirs publics par la loi du 1er avril 1898 ;
- Un système d'aide sociale : l'aide sociale intervient pour faire face à des besoins spécifiques appréciés selon des critères subjectifs par une commission composée en partie d'élus locaux ; le droit à l'aide sociale est subordonné à des conditions de ressources de l'individu ou de la famille et les prestations, en nature ou en espèces, sont récupérables sur les débiteurs alimentaires et les successions ou les revenus de l'assisté revenu à meilleure fortune.

La loi du 15 juillet 1893 institue ainsi l'assistance médicale gratuite, la loi du 27 juin 1904 le service départemental d'aide sociale à l'enfance et la loi du 14 juillet 1905 l'assistance aux vieillards infirmes et incurables.

En respectant leurs principes fondateurs, les mutuelles et l'aide sociale constituent aujourd'hui des composantes de la protection sociale.

1898- 1939 : UN SYSTEME D'ASSURANCES SOCIALES.

Les mutuelles, basées sur le volontariat, et l'aide sociale, droit à appréciation subjective et spécialisée, n'ont bénéficié qu'à une frange limitée de la population.

Aussi, dès le début du XX^{ème} siècle, apparaissent des tentatives en faveur de l'assurance obligatoire de certains risques sociaux.

En matière d'accidents du travail, la loi du 9 avril 1898 reconnaît la responsabilité sans faute de l'employeur qui peut s'assurer pour y faire face.

En matière d'assurance vieillesse, la loi du 5 avril 1910, dont l'application a été limitée, institue un régime d'assurance obligatoire pour les salariés du commerce et de l'industrie.

Les lois du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930 instituent pour les salariés titulaires d'un contrat de travail, une assurance pour les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès, et la loi du 30 avril 1928 un régime spécial pour les agriculteurs.

La loi du 11 mars 1932 prévoit des allocations couvrant les charges familiales financées par des versements patronaux.

A la veille de la deuxième guerre mondiale, la France dispose, dans les textes, d'un système de protection complet mais fragile qui sera profondément renouvelé après les hostilités.

1945-1946 : LA MISE EN PLACE D'UNE SECURITE SOCIALE.

En 1945, les bâtisseurs du système français de sécurité sociale poursuivent un triple objectif : unité de la sécurité sociale, généralisation quant aux personnes, extension des risques couverts sous la double influence du rapport BEVERIDGE de 1942, en Angleterre et du système BISMARCKIEN, en Allemagne.

Le chancelier allemand Bismarck, lorsqu'il fait voter ses lois sociales dans les années 1880, apparaît comme un précurseur. Dans la deuxième moitié du XIX^e siècle, l'Allemagne connaît une accélération de son industrialisation, accompagnée par la montée du mouvement socialiste. En réaction à l'élection de députés du parti social-démocrate en 1877, Bismarck décide d'accompagner sa politique de répression par une politique de réformes sociales permettant d'encadrer la population salariée et d'assurer une certaine redistribution vers les ouvriers. Les trois lois fondamentales votées, en 1883 (assurance maladie), en 1884 (assurance accidents du travail) et en 1889 (assurance invalidité et vieillesse) élaborent un système d'assurance

sociale qui garantit un revenu de compensation en cas de perte de revenu liée à la réalisation d'un risque social (maladie, accident du travail, invalidité ou vieillesse).

Le rapport Beveridge, quant à lui, va être rédigé pendant la Seconde Guerre mondiale, afin de proposer un réaménagement des lois sociales anglaises à la demande du gouvernement. Il paraît en 1942, sous le titre « Social Insurance and Allied Services », et connaît un énorme succès : il définit des perspectives sociales meilleures pour l'après-guerre, qui sont autant de raisons positives pour combattre les systèmes totalitaires. Il offre une philosophie nouvelle de la protection sociale. Rejetant aussi bien l'assistance que les assurances sociales réservées aux salariés, il propose d'instaurer un système généralisé et uniformisé de prestations sociales, financé par des contributions forfaitaires et délivrant des prestations forfaitaires.

L'ordonnance du 4 octobre 1945 prévoit un réseau coordonné de caisses se substituant à de multiples organismes et érige la Sécurité sociale.

Selon l'article L.111-1 du code de la Sécurité sociale (CSS) :

« L'organisation de la Sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale. Elle garantit les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature, susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain. Elle couvre également les charges de maternité et les charges de famille. (...) » [57]

La couverture sociale est garantie grâce à une triple redistribution opérée,

- entre malades et bien portants,
- entre revenus faibles et revenus élevés,

- entre jeunes et vieux.

L'équité du système repose ainsi sur deux principes :

- équité verticale : « à capacité contributive inégale, contribution inégale »,
- équité horizontale : « à besoin égal, traitement égal ».

L'extension de la couverture sociale entraînant une réduction des inégalités, la Sécurité sociale constitue un facteur d'insertion et d'intégration, et un moteur de la croissance économique, à travers notamment la promotion de la santé.

L'unité administrative ne sera cependant pas réalisée et ne l'est toujours pas.

Les professions agricoles vont conserver leurs institutions spécifiques dans le cadre de la mutualité sociale agricole.

Les salariés des régimes spéciaux vont refuser de s'intégrer dans le régime général et conserver dans un cadre « transitoire » qui dure encore, leur régime spécifique (fonctionnaires, marins, cheminots, mineurs etc...).

L'ordonnance du 19 octobre 1945 concerne les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès. La loi du 22 août 1946 étend les allocations familiales à pratiquement toute la population et la loi du 30 octobre 1946 intègre la réparation des accidents du travail à la sécurité sociale.

La loi du 22 mai 1946 pose le principe de la généralisation de la sécurité sociale à l'ensemble de la population mais les professions non salariées non agricoles s'y opposeront.

Depuis 1945 : LA MISE EN ŒUVRE DES GRANDS PRINCIPES.

Les principes de 1945 dont certains n'ont pu être appliqués rapidement entrent progressivement dans les faits. L'unité administrative de la sécurité sociale n'est toujours pas achevée mais plusieurs évolutions contribuent à la renforcer. Les évolutions démographiques et le développement du salariat ont conduit à la suppression de petites caisses et à l'introduction d'un mécanisme de compensation entre les régimes subsistants, le rapport démographique cotisants/inactifs étant défavorable aux petits régimes qui perdent leurs actifs au profit du régime général. Les différences de prestations et de cotisations entre les régimes s'estompent rapidement. [57]

La généralisation de la couverture à toute la population a été poursuivie selon les étapes suivantes :

- Convention collective interprofessionnelle du 14 mars 1947 instituant le régime de retraite complémentaire des cadres
- Loi du 9 avril 1947 étendant la sécurité sociale aux fonctionnaires
- Loi du 17 janvier 1948 instaurant trois régimes d'assurance vieillesse des professions non salariées non agricoles (artisans, professions industrielles et commerciales, professions libérales)
- Loi du 10 juillet 1952 : création d'un régime d'assurance vieillesse obligatoire des exploitants agricoles, géré par la mutualité sociale agricole (MSA)
- Loi du 25 janvier 1961 : création d'un régime d'assurance maladie obligatoire des exploitants agricoles, avec libre choix de l'assureur
- Loi du 12 juillet 1966 : création du régime autonome d'assurance maladie maternité pour les non-salariés non agricoles, géré par la CANAM
- Loi du 22 décembre 1966 : création d'un régime complémentaire obligatoire des exploitants agricoles contre les accidents du travail, maladies professionnelles et accidents de la vie privée, avec libre choix de l'assureur
- Loi du 25 octobre 1972 : institutionnalisation de la protection des salariés agricoles contre les accidents du travail
- Loi du 4 juillet 1975 : généralisation à l'ensemble de la population active de l'assurance vieillesse obligatoire
- Loi du 2 janvier 1978 : institution d'un régime particulier pour les ministres du culte et les membres des congrégations religieuses et de l'assurance personnelle pour la population « résiduelle »
- Loi du 27 juillet 1999 : institution d'une couverture maladie universelle : protection de base sur le seul critère de résidence et protection complémentaire pour les plus démunis.

Le régime général de sécurité sociale a fait l'objet de plusieurs réorganisations par l'ordonnance du 21 août 1967 instituant les trois caisses nationales (CNAMTS, CNAVTS, CNAF) et l'ACOSS, la loi du 17 décembre 1982 et l'ordonnance du 24 avril 1996 instituant notamment des conseils de surveillance auprès des caisses nationales et des unions régionales de caisses d'assurance maladie. [57]

Le financement de la sécurité sociale s'est aussi modifié depuis 1945. Bien que les cotisations assises sur la masse salariale représentent encore la principale ressource des régimes, la part des autres recettes : taxes fiscales, contribution sociale généralisée (CSG) assise sur l'ensemble des revenus d'activité, de remplacement et du patrimoine instituée par la loi

du 22 juillet 1993, contribution sociale de solidarité à la charge des entreprises, contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) instituée par l'ordonnance du 24 janvier 1996 croît rapidement.

Le système français de sécurité sociale se caractérise donc aujourd'hui par une protection contre les risques sociaux généralisée à l'ensemble de la population mais éclatée entre de nombreuses institutions faisant appel à des ressources diversifiées de financement. [57]

EXPOSE DES MOTIFS DE L'ORDONNANCE DU 4 OCTOBRE 1945 (Extraits)

«La sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. Trouvant sa

justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain, de cette incertitude constante qui crée chez eux un sentiment d'infériorité et qui est la base réelle et profonde de la distinction des classes entre les possédants sûrs d'eux-mêmes et de leur avenir et les travailleurs sur qui pèse, à tout moment, la menace de la misère. »

« Envisagée sous cet angle, la sécurité sociale appelle l'aménagement d'une vaste organisation nationale d'entraide obligatoire qui ne peut atteindre sa pleine efficacité que si elle présente un caractère de très grande généralité à la fois quant aux personnes qu'elle englobe et quant aux risques qu'elle couvre. Le but final à atteindre est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité ; un tel résultat ne s'obtiendra qu'au prix de longues années d'efforts persévérants, mais ce qu'il est possible de faire aujourd'hui, c'est d'organiser le cadre dans lequel se réalisera progressivement ce plan. » [57]

1.1.2 Les dépenses prises en charge

L'assurance maladie prend en charge :

- Les frais de médecine générale et spéciale,
- Les frais de soins et de prothèses dentaires,

- Les frais pharmaceutiques et d'appareillage,
- Les frais d'analyses et d'examens de laboratoire,
- Les frais d'hospitalisation et de traitement lourd dans les établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation professionnelle,
- Les frais d'examen prénuptial,
- Les frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté,
- Les frais relatifs aux examens de dépistage effectués dans le cadre de programmes de Santé Publique,
- Les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle,
- Les frais de transport des malades dans des conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport.

En cas d'arrêt maladie, l'assurance maladie octroie, quand la législation le prévoit, des indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant de continuer ou de reprendre le travail.

L'indemnité journalière est égale à une fraction du gain journalier de base et est majorée en fonction du nombre d'enfants à charge.

Dans la plupart des régimes, les caisses maladies gèrent aussi, lorsqu'ils existent, les risques :

- Maternité : prise en charge des examens pré et postnataux et octroi d'indemnité journalière pendant le congé de maternité
- Invalidité : octroi d'une pension lorsque l'assuré présente une invalidité réduisant sa capacité de travail, ou de gains dans des proportions déterminées.
- Décès : paiement d'un capital égal à un multiple de gain journalier de base en cas de décès de l'assuré. [57]

1.1.3 Les modalités de prise en charge

Pour une prise en charge par l'assurance maladie, les soins et produits doivent remplir deux conditions :

- Etre dispensés par un établissement public ou privé autorisé ou un praticien ou personnel paramédical dûment habilité à exercer,

- Figurer dans la nomenclature des actes professionnels ou sur la liste des médicaments et produits remboursables.

L'assurance maladie intervient sur la base de tarifs fixés par convention ou d'autorité. Tout dépassement par rapport à ces tarifs est à la charge de l'assuré ou d'une protection complémentaire.

Tel est le cas notamment pour les médecins qui ont opté pour le secteur conventionnel 2 et qui pratiquent des tarifs supérieurs au tarif conventionnel. L'assurance maladie ne prend pas en charge la totalité de la dépense dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations.

Une participation (*ticket modérateur*) est laissée à la charge de l'assuré. Elle peut être proportionnelle ou forfaitaire et varier selon les catégories de prestations. Toutefois, cette participation est limitée ou supprimée pour les soins les plus coûteux notamment en cas d'hospitalisation ou lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulière coûteuse.

Cette participation ne doit pas être confondue avec le *forfait journalier* exigé en cas de séjour en établissement non pris en charge par l'assurance maladie.

En principe, l'assuré est tenu de faire l'avance des frais, la sécurité sociale remboursant ensuite à l'assuré. Toutefois, il existe de nombreuses conventions de « tiers payant » prévoyant le paiement direct par la caisse au prestataire de service. [57]

1.1.4 Les bénéficiaires

L'assurance maladie reste marquée par son histoire et le régime dont bénéficie un assuré dépend de son activité professionnelle présente ou passée. Toutefois, pour les personnes ne remplissant pas les conditions d'affiliation à un régime sur la base professionnelle mais résidant en France depuis au moins trois mois en situation régulière, il existe la couverture maladie universelle.

L'assuré ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité à :

- Son conjoint, concubin ou pacsé lorsqu'il ne bénéficie pas d'un régime de protection sociale,
- Les enfants à sa charge ou à la charge de son conjoint, concubin, pacsé jusqu'à 20 ans maximum.
- Toute personne à la charge effective et permanente de l'assuré ne bénéficiant pas d'un régime de protection sociale. [57]

Tableau I :

[57]

Personnes exclues de l'assurance maladie obligatoire avant la CMU (principales catégories)	
Personnes qui n'ont droit à aucun régime obligatoire et peuvent avoir des difficultés à acquitter le coût de la cotisation à l'assurance personnelle, et dont les revenus se situent juste au-dessus des conditions de ressources pour obtenir le RMI	<ul style="list-style-type: none"> • Veuves ou divorcées, anciennement ayant droit d'un assuré social et n'ouvrant pas droit aux prestations du régime général, car elles ont moins de trois enfants, • Préretraités n'ayant plus de droits ouverts au régime général (en dehors des préretraités de l'UNEDIC) • Titulaires de petits revenus du capital, sans autres sources de revenu.
Personnes privées de droits à l'assurance maladie	<ul style="list-style-type: none"> • Travailleurs non salariés et assurés personnels ne pouvant plus acquitter leurs cotisations
Personnes disposant de droits potentiels mais ne demandant pas l'accès à ces droits ou étant mal informées sur ces droits	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes ne demandant pas le RMI ou une prestation sociale ouvrant droit à l'assurance maladie, • Jeunes de moins de 25 ans ne demandant pas l'accès à l'aide médicale.

1.1.5 Les cotisations

Le système français de sécurité sociale est financé en grande partie par les cotisations assises sur la rémunération des salariés ou le chiffre d'affaires des professions non salariées. Les nouvelles politiques de financement ont cherché à élargir cette assiette en prenant en compte l'ensemble des revenus des ménages tandis que les politiques en faveur de l'emploi conduisaient à alléger le poids des cotisations sur les bas salaires.

Les recettes des régimes de sécurité sociale peuvent se répartir selon les grandes catégories suivantes:

- Les « cotisations effectives » ($\pm 57\%$ des recettes totales) représentent les cotisations versées par les assurés et les employeurs aux organismes de sécurité sociale.
- Les « cotisations fictives » ($\pm 8.3\%$ des recettes) correspondent dans les régimes employeurs (SNCF, RATP, EDF,...) au financement par l'employeur du régime qu'il gère. En effet, l'employeur est tenu d'assurer l'équilibre du régime.
- Les « contributions publiques » ($\pm 3\%$ des recettes) représentent les versements directs de l'Etat.

Les « impôts et taxes affectées » ($\pm 18.8\%$ des recettes) intègrent les divers prélèvements de nature fiscale, contributions et taxes affectées au financement de la sécurité sociale.

Les plus importantes sont :

- La contribution sociale généralisée (CSG), assise sur l'ensemble des revenus des ménages, et qui concourt au financement de l'assurance maladie, des prestations familiales et du fond de solidarité vieillesse (FSV),
- La contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSL).

En revanche, ce poste n'intègre pas la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), affectée à la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Cette caisse n'est pas considérée comme un organisme de sécurité sociale. C'est un établissement financier. [57]

1.2 Création de la CMU [58]

A la fin des années 80, deux des plus importantes associations humanitaires françaises rapatrient leurs consultations d'accès aux soins à l'étranger pour les ouvrir sur le territoire national. Les « nouveaux pauvres » ou le « quart-monde » deviennent également une population dont les difficultés d'accès aux soins se font jour. Quelques années plus tard, on assiste à l'ouverture de « consultations précarité » dans de grands hôpitaux, consultations ayant pour objet de « rattacher les personnes au système de droit commun » dès lors qu'elles en

étaient exclues, du fait d'une absence prolongée de revenus salariés ou assimilés, de résidence, ou de titre de séjour.

Cette prise en compte des difficultés d'accès aux soins s'inscrit également dans le cadre d'une série de lois et de règlements [5].

En 1996, une réforme de la sécurité sociale avance les premières positions relatives à la simplification des procédures. Il est alors question, jusqu'en 1998, d'une assurance maladie universelle (AMU). La question acquiert le statut de problématique centrale de la politique de santé publique en France, par le biais du rapport remis par le Haut Comité à la Santé Publique en 1998 dont le titre, *Les effets de la précarité sur la santé*, était explicite en ce sens.

Dans ce contexte, au printemps 1998, le gouvernement Jospin annonce, dans le cadre du projet de loi relatif à la lutte contre l'exclusion, son intention de proposer au parlement une loi instaurant une « couverture maladie universelle ». Dans cet objectif, le député Claude Boulard se voit confier une mission de concertation et de proposition auprès de la ministre de l'Emploi et de la Solidarité Madame Martine Aubry. Un rapport en résultera, qui dessine les principaux axes du projet de loi. Connu sous le nom de rapport Boulard, il sera remis le 5 août 1998 au premier ministre. Le rapport réaffirme la prééminence du principe général d'universalité de la protection sociale en France, et l'égalité des droits d'accès aux soins pour tous les résidents sur le territoire national.

S'agissant de la couverture sociale, l'ambition de la CMU est de permettre à tout résident stable et régulier de bénéficier sans délai de la protection d'un régime de Sécurité Sociale. La personne en rupture de droits est en effet affiliée au régime général si elle n'a pas de droit ouvert à un autre titre dans un régime de base. L'affiliation est immédiate et automatique, dès la demande et le dépôt d'une justification de la résidence. Par la suite, il appartient à la caisse d'affiliation de rechercher si la personne n'a pas de droits ouverts à un autre titre. Ceci est indéniablement une simplification des démarches complexes de l'ancienne assurance personnelle.

1.2.1 Présentation de la CMU

1.2.1.1 Qu'est ce que la CMU ? [58]

La couverture maladie universelle (CMU) est un nouveau dispositif prévu par la loi du 27 juillet 1999 qui s'inscrit dans le cadre de la lutte contre les exclusions. Elle vise à faire disparaître les obstacles et les difficultés que rencontrent de nombreuses personnes dans l'accès aux soins.

Ses dispositions s'imposent à tous les professionnels appelés à la mettre en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2000.

La CMU c'est :

- L'assurance maladie pour tous (CMU de base)
Un droit immédiat et permanent à l'assurance maladie et maternité obligatoire pour tous les anciens assurés personnels et les personnes dépourvues de droits à l'assurance maladie, notamment celles en situation d'exclusion.
- Une couverture complémentaire gratuite (CMU complémentaire)
Un droit, sous condition de ressources, à une couverture complémentaire gratuite, avec dispense d'avance des frais (tiers-payant).

1.2.1.2 Qui a droit à la CMU ?

- La CMU de base (part obligatoire)

Elle est ouverte à tout résident en situation stable et régulière, ne disposant pas de droits ouverts à l'assurance maladie (les critères d'affiliation traditionnels à un régime de base : activité professionnelle, perception d'un revenu de remplacement, retraite, qualité d'ayant droit, ne sont pas remis en cause).

La couverture sociale est gratuite :

- Si le revenu fiscal figurant sur l'avis d'imposition de l'année civile précédent la demande est inférieur à 6 913.57 € depuis le 1^{er} juillet 2004. (en 2000, la barre était placée à 42 000F soit 6402.86 €)
- Si le demandeur est bénéficiaire de la CMU complémentaire.
- Si le demandeur est titulaire du RMI.

Le taux de cotisation est fixé à 8% sur la part des revenus excédent le plafond de non contributivité.

La cotisation n'est pas exigible si son montant est inférieur à 120 €.

Les droits sont ouverts sans limitation de durée.

N.B. : Toute personne étrangère résidant en France en situation irrégulière ou régulière mais ne remplissant pas la condition de stabilité de 3 mois peut demander l'**Aide Médicale d'Etat (AME)** auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie.

- La CMU complémentaire

La sécurité sociale ne rembourse pas tous les soins mais environ 75% des dépenses de santé. Pour faire face à ce qui reste à charge, la grande majorité des français bénéficie d'une couverture maladie complémentaire, soit à titre individuel auprès d'une mutuelle ou d'une société d'assurance, soit dans le cadre d'une protection d'entreprise.

Pour les personnes aux faibles ressources, la situation est difficile car le coût d'une bonne protection complémentaire est élevé. En mars 1999, une présentation générale au Conseil des ministres précisait que 6.5 millions de personnes en France ne bénéficiaient ni de la couverture à 100%, ni d'un système de couverture complémentaire. C'est pourquoi a été créée la CMU complémentaire (loi du 27 juillet 1999) qui donne droit à la prise en charge des dépenses que ne rembourse pas la sécurité sociale. La CMU complémentaire remplace l'ancienne aide médicale départementale.

Elle est ouverte :

- A tout résident en situation stable (c'est-à-dire au minimum depuis plus de trois mois et avec intention d'y rester) et régulière (au regard de leur situation administrative) dont les ressources des douze mois précédents sont inférieurs à 6798 €. Ce plafond évolue en fonction de la composition de la famille. Il est différent en métropole et dans les DOM.
- Aux bénéficiaires de l'aide médicale au 31/12/99 :
Depuis le 1^{er} janvier 2000, l'aide médicale a été remplacée par la CMU complémentaire gratuite.
- Aux bénéficiaires du RMI:

Ces bénéficiaires du RMI ont droit de façon automatique à la CMU complémentaire. En principe, ils sont contactés directement par leur caisse d'assurance maladie qui les invite à faire le choix de l'organisme (caisse d'assurance maladie ou organisme complémentaire) qui gère leur couverture complémentaire.

- Les jeunes, dont les étudiants, de moins de 25 ans ont droit à la CMU complémentaire s'ils n'habitent plus chez leurs parents, s'ils ne figurent pas sur la déclaration d'impôt de leur parents ou s'ils ne reçoivent pas d'aide déduite de cette déclaration.
- Les personnes ayant fait une demande de CMU complémentaire et dont les ressources dépassent le plafond de moins de 10% peuvent avoir accès à une aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire. Pour connaître les conditions d'accès, ils doivent se rapprocher de leur caisse primaire d'assurance maladie.

Chaque caisse a adressé par courrier, aux bénéficiaires concernés, une attestation qui porte la mention des droits à la CMU complémentaire pour le bénéficiaire et ses ayants droit.

Le bénéficiaire de la CMU complémentaire choisit librement l'organisme qui lui servira les prestations au titre de la part complémentaire. Chaque personne de la famille de l'ouvrant droit à la protection complémentaire peut exercer individuellement son droit d'option entre :

Soit son organisme d'assurance maladie,

Soit un organisme complémentaire inscrit sur une liste : mutuelle, institution de prévoyance ou entreprise d'assurances.

Cependant, pour les bénéficiaires de l'aide médicale et du RMI basculé automatiquement dans la CMU complémentaire depuis le 1^{er} janvier 2000, ce choix s'est exercé au cours du second trimestre 2000.

Durant la période de transition, c'est l'organisme d'assurance maladie obligatoire qui assure la gestion de cette CMU complémentaire.

Qui peut bénéficier de la CMU complémentaire ?

Les ressources prises en compte sont celles des douze mois précédents. Elles comprennent l'ensemble des ressources du foyer : revenus du travail, du capital, prestations sociales, pensions reçues, y compris les avantages en nature

procurés par un logement. Pour les avantages liés à un logement, une somme forfaitaire est ajoutée aux ressources. Ce forfait logement se décline selon la composition du foyer.

Tableau II : Répartition du plafond de ressources mensuel selon la composition du foyer au 3 janvier 2005

Composition du foyer	Plafond de ressources annuelles	Plafond de ressources mensuelles	Dont forfait Logement mensuel
Une personne	Métropole : 6913.57 € DOM : 7660.22€	Métropole : 576.13€ DOM : 638.35€	49.40 €

Deux personnes	Métropole : 10370.34 € DOM : 11490.34€	Métropole : 864.20€ DOM : 957.53€	86.46 €
Trois personnes	Métropole : 12444.41€ DOM : 13788.40€	Métropole : 1037.03€ DOM : 1149.03€	103.75 €
Quatre personnes	Métropole : 14518.48€ DOM : 16086.47€	Métropole : 1209.87€ DOM : 1340.54€	103.75 €
Cinq personnes	Métropole : 17283.90€ DOM : 19150.56€	Métropole : 1440.33€ DOM : 1595.88€	103.75 €
Six personnes	Métropole : 20049.32€ DOM : 22214.65€	Métropole : 1670.78 € DOM : 1851.22€	103.75€

[58]

Pour toute personne à charge supplémentaire, ajouter au barème 30% du montant de base.

Les personnes ayant à leur disposition un logement (locataire, propriétaire, personne logée à titre gratuit) se voient appliquer un forfait logement qui est ajouté à leurs ressources .Ce forfait varie selon la composition familiale.

Que prend en charge la CMU complémentaire ?

La CMU complémentaire offre à son bénéficiaire le droit à la prise en charge :

- du ticket modérateur
- du forfait journalier : une somme de 13 € due pour chaque journée d'hospitalisation. Cette somme s'élève à 9€ pour les personnes hospitalisées en service psychiatrie.

- des forfaits de dépassement de tarifs pour les prothèses dentaires et les lunettes. Toutefois les bénéficiaires de la CMU ont droit, à la différence des autres assurés sociaux, à des prix fixes de la part des chirurgiens-dentistes et des opticiens. Les forfaits leur garantissent donc une prise en charge à 100%.

Les médecins sont tenus de respecter les tarifs fixés par la convention médicale (il n'y a pas d'honoraires libres).

Le bénéficiaire est dispensé de l'avance des frais (« tiers payant »).

L'instruction de la demande est effectuée par les caisses d'assurance maladie. Le directeur de la caisse prend la décision d'attribution par délégation du préfet car la CMU est une prestation de solidarité nationale financée par l'Etat.

Tableau III : Attribution de l'organisme d'assurance maladie selon la situation de la personne au nom de laquelle la demande est déposée (13/11/2004)

Lieu de résidence	Caisses d'assurance maladie	Situation de la personne	Coordonnées des caisses
France métropolitaine	Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM)	Travailleurs salariés, étudiants, ou CMU de base	CPAM
	Mutualité sociale agricole (CCMSA)	Salariés ou exploitants agricoles	CCMSA

	Caisses maladie régionales (CMR)	Artisans, commerçants, industriels et professions libérales	CMR
	Régimes spéciaux	Travailleurs salariés ou CMU de base Salariés ou exploitants agricoles	
Départements d'outre mer	Caisses générales de sécurité sociale		CGSS
	Caisses maladie régionales		CMR

[58]

Pour déposer sa demande, il est nécessaire de :

- remplir une demande de prise en charge, la déclaration des ressources, et fournir les pièces justificatives (formulaire Cerfa n°11720*03)
- Choisir l'organisme chargé de la gestion de sa protection complémentaire en matière de santé (formulaire Cerfa n°11421*01). Le droit à la couverture complémentaire s'exerce, au choix du bénéficiaire, auprès de sa caisse d'assurance maladie ou auprès d'un des organismes d'assurance complémentaire (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) inscrits sur une liste tenue par le préfet de région.

1.2.1.3 Le fonds CMU [58]:

Le fonds de financement de la CMU (Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie) est un établissement public national à caractère administratif créé par la loi du 27 juillet 1999.

Son conseil d'administration, composé de sept membres, est actuellement présidé par Michel Thierry, inspecteur général des affaires sociales. Les autres membres du conseil d'administration sont des représentants du ministère en charge de l'économie et de la sécurité sociale.

Un conseil de surveillance assiste le conseil d'administration. Le conseil de surveillance est composé de membres du parlement, d'associations oeuvrant

dans la lutte contre l'exclusion, des trois grands régimes d'assurance maladie, des différentes fédérations d'organismes complémentaires. Le président du conseil de surveillance est nommé par le ministre chargé de la sécurité sociale parmi les parlementaires qui en sont membres.

A ce jour, le directeur du fonds, nommé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, est Jean-François Chadelat, inspecteur général des affaires sociales. L'équipe du fonds est constituée de 10 personnes.

Le fonds CMU exerce deux missions :

- Financer la CMU complémentaire et le dispositif du crédit d'impôt
- Suivre et analyser le fonctionnement de ces dispositifs

Mission de financement :

Le fonds CMU assure le financement de la CMU complémentaire (loi du 29 juillet 1999) et du crédit d'impôt (loi du 13 août 2004).

Ce financement représente une dépense annuelle de près de 1,5 milliard d'euros. Le fonds procède à tout contrôle sur les dépenses qu'il finance.

En ce qui concerne la CMU complémentaire, les caisses d'assurance maladie gestionnaires des dossiers bénéficient d'un forfait par bénéficiaire. Ce forfait est fixé à 76,13€ par trimestre pour 2005. Les caisses d'assurance maladie reçoivent du fonds CMU cette somme multipliée par le nombre de leurs bénéficiaires.

C'est également le cas des organismes complémentaires. Toutefois, ces derniers déduisent le forfait de la contribution au financement de la CMU à laquelle ils sont soumis.

Concernant le dispositif du crédit d'impôt, seuls les organismes complémentaires gèrent les contrats qui y ouvrent droit. Dans ce cadre, le crédit d'impôt est déduit de la contribution au financement de la CMU.

Que ce soit pour les déductions de la CMU complémentaire ou pour celles du crédit d'impôt, les organismes d'assurance complémentaire reçoivent remboursement de la somme qui leur est due, si le montant de la contribution est inférieur au montant cumulé des déductions.

Suivre et analyser le dispositif :

Le fonds CMU concourt à l'analyse et à l'évaluation de l'application de la loi du 27 juillet 1999 dans ses aspects sanitaire et social.

Il assure, à ce titre, le secrétariat du conseil de surveillance placé auprès de lui.

Cette mission de suivi et d'analyse sociale consiste à identifier les difficultés d'application de la loi et les solutions à mettre en œuvre ainsi qu'à dessiner les solutions souhaitables. Des réunions et des rencontres avec tous les acteurs de la CMU, parmi lesquels il faut également mentionner les élus locaux, les professionnels de santé, les services sociaux départementaux et communaux, les organismes d'études et les services centraux et déconcentrés des ministères, doivent permettre de recueillir toute l'information nécessaire. La participation à des recherches ou la conduite d'études concourt au recueil d'observations et à la formulation des mesures à prendre.

Cette mission comporte enfin une fonction d'information.

Le budget du fonds CMU

- Recettes :

L'essentiel des ressources du fonds CMU est constitué d'une dotation budgétaire de l'Etat. C'est pourquoi les mesures concernant la CMU complémentaire, impactant les finances du fonds CMU et donc celles du budget de l'Etat, sont comprises dans la loi de finances et non dans la loi de financement de la sécurité sociale.

La seconde recette du fonds est une contribution à laquelle sont soumis les organismes d'assurance complémentaires intervenant dans le domaine des soins de santé. Cette contribution est égale à 1,75% des primes ou cotisations émises par les complémentaires santé.

A compter du 1^{er} janvier 2005, les sommes perçues au titre de la cotisation sur les boissons alcooliques prévue à l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale sont intégralement affectées au fonds CMU.

A cette même date, parallèlement à la mise en place du crédit d'impôt, une dotation de l'assurance maladie est affectée au fonds.

- Dépenses :

Le fonds CMU verse aux régimes d'assurance maladie un forfait trimestriel par bénéficiaire représentatif des dépenses que ces régimes engagent au titre de la CMU complémentaire.

Lorsque le total des déductions (forfait CMU complémentaire et crédit d'impôt) est supérieur au montant de la contribution à laquelle sont soumis les organismes complémentaires d'assurance santé (1,75% de leur chiffre d'affaires), le fonds leur verse la différence.

1.2.1.4 Conséquences sur la pratique des professionnels de santé

- Pratique du tiers payant

Les professionnels de santé doivent pratiquer le tiers payant intégral si le patient est bénéficiaire de la CMU complémentaire.

En effet, les bénéficiaires de la CMU complémentaire n'ont rien à payer lors d'une consultation médicale ou pour les soins et produits médicaux prescrits, dès lors qu'ils sont remboursables par l'assurance maladie (pharmacie, biologie,...).

La loi interdit aux médecins en secteur 2 (à honoraires libres) de facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Le prix de certaines prestations (lunettes, prothèses auditives ou dentaires, biens du TIPS...) sont supérieurs aux tarifs de remboursement de la sécurité sociale. Le reste à charge est alors un obstacle infranchissable à l'accès aux soins des plus démunis. La loi prévoit donc pour ces personnes que le prix de ces prestations soit fixé par arrêtés ministériels.

- Pièces justificatives des droits à la CMU complémentaire

La caisse notifie sa décision et adresse une notification de droits à la CMUC à l'intéressé après examen de ses ressources. L'absence de réponse dans un délai de deux mois vaut réponse favorable. Le bénéficiaire est invité à mettre à jour sa carte Vitale afin que ses droits à la CMU complémentaire y soient inscrits. Les droits sont ouverts pour un an.

Il faut bien vérifier les droits à la CMU complémentaire car, contrairement aux droits au régime obligatoire de base, les droits à la CMU complémentaire ont une date de fin.

Il faut demander systématiquement au patient sa **carte Vitale** et **l'attestation papier** faisant état de la CMU complémentaire. En effet, le numéro d'identification, le nom et le prénom de l'assuré sont imprimés sur l'attestation et sur la carte Vitale. En demandant la présentation conjointe des deux pièces, cela permet de minimiser les risques de fraude dus à l'usage d'une fausse attestation (faux nom par exemple) ouvrant des droits à la CMU complémentaire.

1.2.2 Aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire [58]

Que se passe-t-il lorsqu'une personne n'a plus le droit à la CMU complémentaire (CMUc), parce que ses ressources dépassent le plafond CMU ? Dans tous les cas, pendant un an, elle peut bénéficier de la dispense d'avance de frais pour la part remboursée par la sécurité sociale.

En outre, il y a plusieurs cas de figure :

- Le contrat de sortie

Si la gestion de la CMU complémentaire se faisait par un organisme complémentaire (mutuelle, société d'assurance, institution de prévoyance), cet organisme complémentaire doit proposer un « contrat de sortie » pendant un an.

Ce contrat prend en charge le même niveau de prestations que la CMUc, toutefois sans obligation pour les professionnels de santé de respecter les tarifs reconnus par la sécurité sociale. Le montant de la cotisation est défini réglementairement et donc limité (arrêté du 27 avril 2001 fixant le montant maximum des tarifs de prolongation de la CMU, publié au JO du 6 mai 2001).

Au bout d'un an, c'est l'entrée dans le système de droit commun et il n'y a plus de contrat particulier. IL faut donc vérifier le prix et le contenu du nouveau contrat pour ne pas avoir de mauvaises surprises.

- Le crédit d'impôt

Si l'on a des revenus supérieurs de moins de 15% au plafond de la CMU complémentaire, on peut bénéficier du dispositif dit du crédit d'impôt.

La loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, publiée au journal officiel du 17 août 2004, a prévu un crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels. Le montant de cette aide, qui vient en déduction du montant du contrat d'assurance complémentaire, sera de 75€ par personne de moins de 25 ans, 150€ de 25 à 59 ans, 250€ pour une personne de 60 ans ou plus. La mise en œuvre de l'aide est prévue pour janvier 2005.

- Les aides financières individuelles des caisses

Si l'on a des dépenses de soins importantes (prothèses dentaires, forfaits hospitaliers) : on peut solliciter l'intervention du fonds d'action sanitaire et sociale de sa caisse d'assurance maladie, qui peut aider à payer ces dépenses. Il faut pour cela s'adresser à sa caisse. En général, l'action sanitaire et sociale des caisses peut intervenir assez naturellement pour les équipements mal remboursés par la sécurité sociale ou pour le forfait hospitalier. En revanche, elle ne prend en général pas en charge les dépassements pratiqués par certains médecins.

1.3 Aide Médicale Etat [56]

Malgré la création de la couverture maladie universelle, toutes les personnes résidant en France n'ont pas accès à la prise en charge des soins.

Les exclus de la CMU, essentiellement des **étrangers en situation irrégulière**, au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France, peuvent être pris en charge au titre de l'aide médicale d'Etat (AME), sous certaines conditions.

Les droits

L'AME est une prise en charge à 100% des soins, des prescriptions médicales et du forfait hospitalier, dans la limite des tarifs conventionnels ou des tarifs forfaitaires de responsabilité.

L'AME dispense de l'avance des frais, à l'hôpital ou en médecine de ville.

A noter :

L'admission à l'AME ne donne pas lieu à une immatriculation définitive ; le bénéficiaire de l'AME dispose d'un numéro d'identification et non d'un numéro d'immatriculation (ou numéro de sécurité sociale).

Les caisses d'assurance maladie ne délivrent pas de carte vitale, ni de formulaire E 111 aux bénéficiaires de l'AME.

Durée

L'AME est accordée pour un an et peut être reconduite chaque année tant que les conditions de ressources sont remplies.

Le renouvellement ne se fait pas automatiquement. Deux mois avant la date d'expiration des droits, une nouvelle demande doit être déposée auprès de la caisse d'assurance maladie.

Qui peut en bénéficier

Les personnes de nationalité étrangère ainsi que ceux qui sont à leur charge, si elles ne disposent pas ou plus d'un titre de séjour régulier.

Il faut en outre remplir des conditions de résidence et de ressources.

- Conditions de résidence

Il faut prouver que l'on réside en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois. Cette durée est calculée de date à date.

La preuve de la durée du séjour peut être constituée par tout moyen : présentation d'un visa expiré, d'un passeport, d'une notification de refus de demande d'asile, d'une facture d'hôtel, d'une facture EDF,...

Les personnes sans domicile fixe peuvent bénéficier de l'AME, à condition « d'élire domicile » soit auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale, soit auprès d'un organisme agréé par le préfet. Cette mesure gratuite vise à faciliter l'accès à l'AME en fournissant une adresse administrative aux personnes sans domicile fixe.

La déclaration sur l'honneur du demandeur de l'AME n'est pas recevable.

- Conditions de ressources

Il faut justifier de ressources inférieures au plafond fixé pour l'attribution de la couverture médicale universelle (CMU) complémentaire.

Les ressources prises en compte pour l'ouverture des droits à l'AME sont celles perçues par toutes les personnes composant le foyer, pendant les douze mois précédant la demande, ou depuis l'installation en France si celle-ci est plus récente.

Le demandeur de l'AME doit justifier de ses ressources par tout moyen ; s'il ne dispose d'aucun document, il doit établir une déclaration sur l'honneur précisant le montant de ses ressources au cours des 12 mois précédant sa demande.

Le dépôt des demandes

Il faut remplir un formulaire *cerfa* de demande d'aide médicale de l'Etat n°S 3720 et le déposer accompagné des justificatifs.

Les demandes sont reçues par :

- Les services des CPAM
- Les mairies et les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale
- Les organismes associatifs agréés pour les recevoir
- Les services sanitaires sociaux du département de résidence.
- Les établissements de santé ou les PASS des hôpitaux.

Cet organisme devra transmettre dans un délai de 8 jours le dossier de demande d'AME à la caisse d'assurance maladie.

Le demandeur doit justifier de 5 éléments :

- Son identité et celle de ses ayants droit

- Sa domiciliation
- Sa résidence en France
- Ses ressources
- La liste de ses obligés alimentaires

Les décisions et les remboursements

La décision est prise par le préfet, ou par délégation, par le président de la CPAM.

La caisse d'assurance maladie notifie la décision et adresse, en cas d'admission à l'Aide médicale de l'Etat, une attestation indiquant la date d'effet et la période de validité. Ce document doit être présenté à chaque professionnel de santé afin de bénéficier de la gratuité.

Cas particuliers

- En cas d'urgence

En cas d'hospitalisation ou de soins à l'hôpital antérieurs à la date de dépôt de la demande, l'AME prend effet à la date d'entrée à l'hôpital.

Le dossier de demande d'AME devra cependant être constitué et déposé à la caisse d'assurance maladie dans les deux mois à compter de la date d'hospitalisation.

- AME à titre humanitaire

L'AME peut être accordée, à titre exceptionnel, pour les personnes qui ne résident pas habituellement en France, par décision du ministre en charge de la santé.

La demande d'AME doit alors être déposée sous pli confidentiel, accompagnée d'un certificat médical, auprès de la DDASS pour instruction.

- AME en centre de rétention administrative (CRA)

Les personnes retenues en centre de rétention administrative peuvent faire une première demande d'AME, ou la renouveler si leur droit prend fin pendant leur rétention.

Si leur admission au bénéfice de l'AME a été prononcée avant leur placement en CRA, elles continuent à jouir de ce droit dans les conditions décrites plus haut.

- Possibilité de prise en charge hors AME

Les personnes qui ne remplissent pas les conditions de l'AME (en raison de la brièveté de leur séjour par exemple) peuvent cependant être prises en charge pour les soins vitaux.

Rappelons que la particularité qui est commune à ces personnes étrangères est la crainte d'être signalées aux autorités et reconduites à la frontière, alors que les textes ont prévu une totale déconnexion entre les autorités dépendant du ministère de l'intérieur et les structures destinées à les prendre en charge.

Il en résulte pour elles un déficit d'information sur les lieux et procédures qui leur donnent la possibilité d'accéder à la prévention et aux soins. Or leur situation les met à la merci de marchands de sommeil et de trafiquants de main d'œuvre dont l'exploitation a des conséquences évidentes sur leur santé.

1.4 Création des PASS [4] [34]

Les P.A.S.S. (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) ont été créées pour faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité sociale ; ceci fait suite à l'établissement de programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins prévus par l'article 71 de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions n°98-657 du 29 juillet 1998 et la circulaire du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre les exclusions sociales des Etablissements de Santé participant au service public hospitalier. Les PASS ont été créées dans le but de réaffirmer la mission sociale de l'hôpital.

Les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociale qui ont pour vocation de faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais également aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

Elles doivent permettre un accès aux soins effectif à l'ensemble de la population, y compris dans le cadre de consultations médicales à horaires élargis. Elles ont aussi pour fonction d'accompagner les personnes dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de contraception, d'interruption volontaire de grossesse ou d'accueil pour leur enfant, en permettant notamment le lien avec les services de PMI et les services sociaux compétents en matière d'aide sociale à l'enfance.

Les PASS, placées le plus souvent à proximité ou dans les services d'urgence, doivent servir de relais. En effet, il ne s'agit en aucun cas de créer au sein de l'hôpital des filières spécifiques pour les plus démunis, mais au contraire de les intégrer dans les circuits de droit commun.

L'organisation des PASS prévoit les modalités du partenariat avec les acteurs sociaux de terrain, notamment :

- liaison avec les CCAS et les services sociaux départementaux ;
- permanences au sein de l'hôpital des organismes de sécurité sociale, des travailleurs sociaux, des associations intervenant auprès des personnes démunies notamment les organismes agréés pour effectuer la domiciliation au titre de l'aide médicale.

En fonction des besoins recensés dans le cadre des Programmes Régionaux d'accès à la Prévention et aux Soins, les directeurs des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) déterminent dans quels établissements de santé doivent être installées les PASS.

A Nantes, cette création s'articule autour de six objectifs :

- Permettre une meilleure identification des situations de précarité ;
- Favoriser l'accès aux droits ;
- Faciliter l'accès aux médicaments des personnes en situation de précarité ;
- Mettre en place une consultation médico - sociale à visée généraliste ;
- Participer à la construction et au développement des réseaux entre professionnels de santé et professionnels du social ;
- Contribuer à informer et former les personnels aux problèmes de la précarité.

Ainsi, la consultation Jean Guillon a ouvert ses portes le 15 novembre 1999 au CHU de Nantes. Cette consultation est une consultation médico - sociale à visée généraliste, c'est à dire que le but de cette consultation est que chaque patient retourne vers les lieux de soins classiques « système de droit commun ».

Les consultations s'effectuent sans avance de frais avec recherche des droits potentiels. L'accueil se fait sur rendez-vous le matin et sans rendez-vous l'après - midi, pour toute personne ayant des difficultés d'accès aux soins.

Les consultations du matin (de 9h00 à 12h00) sont réservées aux patients déjà connus et permettent par là-même d'effectuer un suivi.

Ainsi, chaque personne qui s'y présente est d'abord accueillie par une infirmière avant d'avoir un entretien avec une assistante sociale puis vient ensuite la consultation médicale avec un médecin généraliste.

L'infirmière délivre des soins et peut assurer l'éducation sanitaire des patients si nécessaire.

L'assistante sociale écoute les patients dans leurs difficultés, les conseille dans leurs démarches et les oriente vers les personnes ressources. L'accompagnement social peut se traduire par une aide dans les domaines du logement, des ressources de la famille et des droits sociaux.

Lorsqu'une personne a besoin d'un traitement médicamenteux à la PASS, il y a deux cas de figure :

* soit cette personne n'a pas encore retrouvé ses droits sociaux et dans ce cas, elle va chercher ses médicaments à la pharmacie de l'hôpital avec une ordonnance hospitalière comportant une vignette «PASS». Elle obtient alors ses médicaments gratuitement en attendant de retrouver une couverture sociale....

- soit cette personne bénéficie d'une couverture médicale qu'il s'agisse de la CMU de base (Couverture maladie universelle) avec ou sans CMU complémentaire ou de l'AME (Aide Médicale Etat) et est donc invitée à se rendre en pharmacie de ville pour se faire délivrer sa prescription médicale.

Remarques :

>Pour atteindre l'objectif « faciliter l'accès aux médicaments des personnes en situation de précarité », il convient de s'intéresser aux conditions dans lesquelles cette délivrance en ville se déroule.

>De plus, pour « informer et former les personnels de santé aux problèmes de la précarité », il est intéressant dans un premier temps d'évaluer leur niveau de connaissance et donc leurs besoins en la matière.

En vue de promouvoir le fonctionnement en réseau, il faut que s'établisse une collaboration étroite entre l'hôpital et les pharmaciens afin d'assurer à ces personnes un passage de qualité à l'officine.

1.5 Evolution

La CMU complémentaire en chiffres[58]

Au 30 juin 2004, 5 030 000 personnes bénéficiaient de la CMU complémentaire, soit près de 10% de la population Française et une augmentation de 4,8% par rapport à juin 2003. Quatre vingt sept pour cent d'entre elles ont choisi leur caisse d'assurance maladie pour gérer leur couverture complémentaire, 13% un organisme complémentaire.

Principales modifications pour la CMU complémentaire apportées par la loi de finances 2003 :

29-01-2003

La loi de finances 2003 et celle rectificative pour 2002 ont procédé à des aménagements très contestés par les associations humanitaires et les syndicats qui considèrent qu'ils portent atteinte à l'accès aux soins des plus démunis.

La loi de finances pour 2003 prévoit différentes dispositions concernant la CMU complémentaire :

- Le montant de la déduction prévue pour les organismes complémentaires gérant des contrats des bénéficiaires de la CMU complémentaire est fixé à 283 euros par an à partir du 1^{er} janvier 2003.
- L'ouverture du droit à la CMU complémentaire se fera dorénavant au premier jour du mois qui suit la date de décision de l'attribution du droit. En cas d'urgence, lorsque la situation du demandeur l'exigera, l'ouverture du droit pourra être datée au premier jour du mois du dépôt de la demande.

A titre d'exemple, si l'ouverture des droits est acceptée le 2 mars 2003, la CMU complémentaire sera effective le 1^{er} avril 2003.

En cas de procédure d'urgence, la CMU complémentaire sera effective au premier jour du mois de la demande.

Le principe d'immédiateté, dès le dépôt de la demande reste en vigueur en ce qui concerne la CMU de base.

- Pour contrôler les déclarations des ressources des personnes, les organismes d'assurance maladie pourront demander toutes les informations nécessaires à l'administration des impôts et aux organismes de sécurité sociale, en plus des organismes d'assurance chômage.

(Loi de finances pour 2003, article 136, JO du 31/12/2002)

En ce qui concerne l'Aide Médicale de l'Etat (AME), il était prévu que : les bénéficiaires, à l'exception des mineurs, devraient désormais payer le forfait hospitalier et les tickets modérateurs en soins de ville. La mise en œuvre de cette disposition législative est cependant conditionnée à la publication d'un

décret qui pourrait en limiter les conséquences compte tenu des vives protestations des professionnels de santé, des syndicats et des associations humanitaires. A ce jour, ce décret n'a toujours pas été publié.

Un nouveau dispositif de prise en charge complémentaire a été mis en place dans les Côtes d'Armor :

En effet la CPAM des Côtes d'Armor, le conseil général et 4 organismes complémentaires ont signé une convention intitulée « AMUT22 ». Elle a pris effet au 1^{er} juillet 2003.

- Objectifs de la convention « AMUT 22 »

Elle a pour but d'aider financièrement les personnes ayant des revenus modestes à adhérer à une couverture maladie complémentaire. A ce titre la CPAM et le conseil général prennent en charge une grande partie du montant de la cotisation laissée à la charge des bénéficiaires.

- Personnes concernées

Il s'agit de résidents du département, affiliés à la CPAM des côtes d'Armor qui n'ont pas droit à la CMUc. Leurs ressources ne doivent pas dépasser le plafond mensuel requis pour la CMUc augmenté de 10%.

- Identifier les bénéficiaires de l' « AMUT22 »

Les organismes complémentaires adhérant par convention au dispositif (CPSAC MUTUELLE ACTION, MUTOUEST, MUTUALIA, MUTUELLE FAMILIALE D'ARMORIQUE) doivent remettre aux assurés une carte d'adhésion avec la mention « AMUT 22 »-TIERS PAYANT 100% ». Elle précise les dates de début et de fin de droit des bénéficiaires.

- Depuis les lois de décentralisation du début des années 80, la santé est une attribution des conseils généraux ; ainsi, malgré la volonté de promouvoir un système unifié sur l'ensemble du territoire, des inégalités entre départements riches ou ayant fait de la santé une priorité sont en train de se reproduire.

Le crédit d'impôt

La loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, publiée au journal officiel du 17 août 2004, a prévu un crédit d'impôt afin d'aider à l'acquisition d'une complémentaire santé. (Se reporter au chapitre 1.2.2, page35)

La CMU dans la loi de finances pour 2005

Trois mesures concernent la CMU pour 2005 :

En ce qui concerne les recettes, la dotation budgétaire est égale à 698 M€ (dont 35 M€ sur le budget de ministère des DMO); une taxe sur les boissons alcoolisées pour un montant prévisionnel de 370 M€

En ce qui concerne les dépenses, le forfait passe de 300 € à 304.52 €.

Evolution de l'équipement en SESAM VITALE des pharmacies de la circonscription nantaise :

En 2000, il y avait 16 pharmacies qui étaient équipées en SESAM VITALE pour transmettre leurs feuilles de soin.

En 2001, 57% des pharmacies de la circonscription Nantaise étaient équipées.

En 2002, 85,94% des pharmacies de la circonscription Nantaise étaient équipées.

Et au mois de décembre 2004, 96.74% des pharmacies étaient équipées en SESAM VITALE.

2. L'ENQUETE ET LE TRAVAIL PERSONNEL

En 2001, alors que la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) avait ouvert ses portes depuis un an, nous avons voulu connaître le niveau d'information des pharmaciens du centre ville de Nantes en ce qui concerne la création des PASS, que savent-ils de l'AME, de la CMU.... ?

Quelles sont leurs difficultés lors de la délivrance d'une ordonnance sortant de la PASS et, de façon plus générale, avec les patients bénéficiaires de la CMU ou de l'AME ?

2.1 Méthodologie

L'enquête a été réalisée en septembre 2001 sur une période de 15 jours.

Cette étude a été construite sur la base des recommandations qui sont données pour l'évaluation d'une action de santé publique. J'ai donc choisi de construire mon questionnaire en suivant trois étapes qui sont :

- L'analyse préliminaire
- L'évaluation intermédiaire
- L'évaluation finale.

Pour chacune de ces différentes étapes, j'ai dû préalablement répondre à plusieurs questions.

En analyse préliminaire, il a fallu prendre en compte le fait que le contexte dans lequel j'allais travailler était un contexte de lassitude des pharmaciens lié d'une part aux problèmes de remboursement et, d'autre part aux exigences croissantes et au manque de reconnaissance de certains patients et ce, malgré leur bonne volonté. C'est pourquoi le questionnaire inclut des questions ouvertes afin que celui-ci puisse être une occasion de s'exprimer pour les pharmaciens.

Pour réaliser cette enquête dans de bonnes conditions, il fallait que la personne interrogée soit disponible un quart d'heure environ ce qui, dans une pharmacie d'officine, n'est pas toujours évident d'autant que je ne pouvais pas toujours me présenter aux heures de faibles fréquentations (d'après mon expérience : début de la matinée et début de l'après-midi).

Les pharmacies autour de l'Hôtel-Dieu dans le centre ville de Nantes sont la cible choisie, puisque ce sont elles (avec les pharmacies autour des centres d'accueil, mais celles-ci sont dispersées) qui sont le plus confrontées aux personnes en situation de précarité.

J'ai également pris en compte le fait que cette étude pouvait permettre une meilleure compréhension des difficultés et des attentes des pharmaciens d'officine par l'ensemble des acteurs de la prise en charge des personnes en situation de précarité. Ceci, avec pour conséquence positive, une meilleure communication et une optimisation du rôle du pharmacien.

Les sources documentaires consultées avec l'aide, entre autres, du service de documentation de l'observatoire régional de la santé, ne comprend pas, parce qu'il n'en existait pas, de documents ayant directement trait à ce type de recherche mais en revanche j'ai trouvé beaucoup de documents sur la précarité, la prise en charge médicale (CMU, AME, ...) et sur des études visant à mettre en évidence les meilleurs moyens de remettre les personnes en situation de précarité dans le système de droit commun.

Les objectifs assignés sont compatibles avec la réalisation d'une enquête d'observation purement descriptive. Elle a été réalisée à l'aide d'un questionnaire posé en face à face aux pharmaciens titulaires ce qui était le moyen le plus sûr d'obtenir la meilleure participation possible étant donné le nombre limité des pharmacies de centre ville.

Enfin, le questionnaire a été évalué, ajusté et validé dans une étape intermédiaire qu'a été la réalisation d'une pré-enquête faite auprès de quatre pharmacies de la ville de Châteaubriant.

Cette pré-enquête a permis de s'assurer que toutes les questions essentielles à l'atteinte des objectifs avaient été posées et que les réponses obtenues suffisaient à alimenter une discussion.

Elle a aussi permis de s'assurer que les éléments nécessaires à l'identification des sujets pouvaient être collectés ; de contrôler la clarté des questions et de vérifier que la formulation des questions ne posait pas de problèmes (pas de termes ambigus, de formulations trop vagues ou de questions orientant la réponse, ...).

J'ai également pu vérifier la pertinence de l'emploi de questions ouvertes ou fermées et l'ordre logique des questions.

J'ai d'ailleurs pu constater l'utilité de poser le questionnaire en direct car cela a permis de donner des explications complémentaires.

Cette étape préliminaire a aussi été représentative du fait que, selon la pharmacie, le thème de la précarité était plus ou moins bien accueilli et présent dans les esprits...

En ce qui concerne l'« évaluation finale », le premier bilan que j'ai pu faire après avoir fini de soumettre chacun des questionnaires lors de la pré-enquête est, qu'effectivement, il était bon de se rendre compte du niveau d'information des pharmaciens sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et de leur permettre de s'impliquer au moins de façon ponctuelle.

Le choix de ce questionnaire était donc pertinent.

2.2 Le questionnaire

Le questionnaire est composé d'une petite introduction destinée à exposer qui je suis et pourquoi je sollicite un peu de leur temps, d'une petite première partie où je situe l'officine interrogée en ce qui concerne son équipement ou non en

système « Sesam Vitale » et la participation ou non du titulaire à l'association d'enseignement continu EPU-Pharm à Nantes.

Il y a ensuite treize questions dont six génèrent une réponse ouverte et sept une réponse fermée.

Il s'agissait, en effet, d'obtenir des renseignements précis et de dynamiser l'entretien mais aussi de permettre aux pharmaciens interrogés d'expliquer leurs difficultés, de donner leur avis et de proposer des solutions pour améliorer l'accueil des personnes en situation de précarité.

Les treize questions abordaient :

- Leur connaissance de l'existence de la PASS et l'AME (quatre questions)
- La description des difficultés rencontrées par les pharmaciens (deux questions)
- Leur connaissance de l'existence des réseaux Santé/Précarité (deux questions)
- L'implication des pharmaciens dans la prise en charge des personnes en situation de précarité (deux questions)
- Leur relation avec l'hôpital
- Leurs suggestions

Je l'ai soumis aux pharmaciens en observation directe, pendant les quinze premiers jours du mois de septembre 2001, en allant à leur rencontre de telle sorte que j'ai pu collecter immédiatement leur réponse mais aussi j'ai pu répondre à leurs questions.

Cela m'a également permis d'observer leurs réactions, de discuter avec eux au-delà plus du questionnaire et malheureusement aussi de me faire éconduire directement par certains...

VARIABLES ETUDIEES

- Distribution des couvertures sociales de la clientèle de l'officine : sécurité sociale, mutuelle - assurance privée, CMU, AME...

- Connaissance pratique et théorique du pharmacien titulaire des structures de prise en charge des personnes en situation de précarité.
- Type de difficultés rencontrées par le pharmacien à l'occasion de la délivrance médicamenteuse:
 - D'ordre administratif : complication de la tarification ; problème de recouvrement du tiers payant ; relations avec la caisse.
 - D'ordre relationnel : rapport de confiance, information du patient sur les modalités de sa prise en charge sociale.

2.3 Présentation des résultats : taux de participation, les réponses au questionnaire, descriptif

Participation des pharmaciens à l'enquête

Parmi les 41 pharmaciens titulaires d'officine du centre ville de Nantes interrogés, 3 ont refusé de répondre au questionnaire.

Parmi eux, un pharmacien a déclaré ne pas être concerné par les problèmes de précarité du fait de son emplacement dans le centre ville de Nantes, sous-entendu « je n'ai pas cette catégorie de la population dans ma clientèle ». Dans une autre pharmacie, le pharmacien a même refusé de s'approcher du comptoir et d'attendre que je finisse ma présentation.

Un des pharmaciens interrogé a pris l'initiative de répondre au questionnaire à la main en inscrivant avec agacement ses réponses après m'avoir dit que de toute façon, le social c'était à la mode (et pour cause) et que l'on ferait mieux de faire travailler toutes ces personnes !

Il y a eu aussi un pharmacien qui paraissait complètement abasourdi par ce dont je lui parlais et par les questions que je lui posais.

Enfin, de façon globale les pharmaciens ont été diversement inspirés par ce questionnaire et m'ont prêté une plus ou moins grande attention ; je n'ai d'ailleurs pas toujours eu affaire à un pharmacien puisque, parfois, ceux-ci ont jugé bon de reléguer cet entretien à leur préparateur. Ce qui ne veut pas dire, que les préparateurs aient moins de choses intéressantes à dire à ce sujet, puisqu'ils sont eux aussi au comptoir, mais seulement que certains pharmaciens n'étaient pas très intéressés.

Le questionnaire était un peu trop long pour certains et donc la participation aurait été moindre si je m'étais contentée de les envoyer par fax ou courrier.

Il y a donc eu au final 38 questionnaires renseignés sur 41 pharmaciens interrogés.

Résultats quantifiables

Tableau IV Caractéristiques des pharmacies enquêtées et proportion des personnes en situation de précarité parmi la clientèle classée selon son type de couverture sociale.

- Caractéristiques des pharmacies enquêtées

	OUI	NON	%
Equipe- ment Sesam Vitale	13	25	34
Participation à l'EPU-Pharm	18	20	47

- Proportion des personnes en situation de précarité

	0-5%	5-25%	25-50%	>50%
Pharmacies dont proportion de bénéficiaires AME parmi la clientèle se situe entre	37 (97%)	1 (3%)	0	0
Pharmacies dont proportion de bénéficiaires CMUc parmi la clientèle se situe entre	6 (16%)	23 (60%)	8 (21%)	1 (3%)

Peu de pharmacies étaient, au moment de l'enquête, équipées en système de télétransmission SESAM VITALE, ce qui veut dire que beaucoup n'avait pas encore leurs demandes de remboursement auprès des caisses facilitées.

En 2000, seize pharmaciens de la circonscription Nantaise étaient équipés en SESAM-VITALE, en 2001 ils étaient 57%, en 2002 85.94% et actuellement, ils sont 96.74%.

Quarante sept pour cent de ces pharmacies profitaient de l'enseignement post universitaire en se rendant aux formations d'EPU-Pharm.

Le début du questionnaire permet de caractériser la majorité des pharmacies interrogées comme étant peu préparées aux nouveautés de la prise en charge sociale malgré une partie non négligeable dans leur clientèle de personnes en situation de précarité (60% de pharmacies ayant entre 5 et 25% de leur clients bénéficiant de la CMUc).

On voit d'ailleurs ici que les pharmacies interrogées sont effectivement confrontées à des personnes en situation de précarité et donc, qu'elles pouvaient légitimement répondre au questionnaire.

Tableau V Connaissance de l'existence de la PASS, de l'AME, du réseau Santé Précarité

	OUI	NON	%
Connaissance de la PASS	5	33	13

Connaissance de la consultation Jean Guillon	5	33	13
Connaissance de l'AME	36	2	95
Connaissance de l'existence du réseau Santé Précarité	10	28	26

Une grande majorité des pharmaciens savent ce qu'est l'AME mais ne savent pas ce que sont les PASS qui sont pourtant, comme l'AME, une création d'étendue nationale ; quant à l'échelon local, la consultation Jean Guillon et le réseau Santé Précarité, sont peu connus.

Il faut dire que l'AME touche directement, dans leur exercice, les pharmaciens puisqu'il s'agit d'un type de couverture sociale, alors que l'existence des PASS et d'un réseau Santé Précarité peut tout à fait passer inaperçue dans l'exercice quotidien des pharmaciens et donc en être ignoré si ceux-ci ne font pas la démarche de suivre l'évolution de la prise en charge des personnes en situation de précarité à Nantes.

Tableau VI Confrontation des pharmaciens et des préparateurs d'officine aux personnes issues du système PASS et problèmes rencontrés à cette occasion

	OUI	NON	%
--	-----	-----	---

Pharmacies dont les ordonnances CMUc représentent 5à25% de leurs délivrances	23	15	60
Pharmacies ayant rencontré des problèmes lors de délivrances aux personnes en situation de précarité	31	7	82
Pharmacies délivrant des ordonnances PASS	6	32	16

Parmi les six pharmacies délivrant des ordonnances PASS :

- 1 pharmacie en délivre 2-3 par mois
- 1 pharmacie en délivre 1 par semaine
- 3 pharmacies en délivrent 2-3 par semaine
- 1 pharmacie en délivre 3-4 par jour.

Et pour 100% d'entre elles cela représente moins de 5% du total de leurs délivrances.

Peu de pharmaciens ont été amenés à délivrer des ordonnance PASS ou identifiées comme telles. Par contre, une grande majorité des pharmaciens interrogés a déclaré rencontrer des difficultés en servant une personne en situation de précarité.

Tableau VII Souhait d'implication des pharmaciens au sein du réseau Santé/Précarité et dans l'accès aux soins

	OUI	NON	%
--	-----	-----	---

Adhésion au réseau Santé Précarité	13	25	34
Implication des pharmaciens dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité	34	4	89

Une part non négligeable des pharmaciens est prête à adhérer au réseau Santé Précarité et une grande majorité pense que les pharmaciens ont un rôle à jouer dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

Les réponses au questionnaire

Ce questionnaire a surtout été l'occasion d'un dialogue avec les pharmaciens. C'est pourquoi les réponses sont difficiles à quantifier en résultats bruts et il est donc nécessaire de les regarder en détail.

Question 1 :Connaissez-vous la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) de Nantes et/ou la consultation Jean Guillon ?

Cf. Tableau V

Sur les cinq personnes qui connaissent la consultation Jean Guillon deux seulement savent qu'elle correspond à la PASS de Nantes.

Sur les cinq personnes qui connaissent la PASS deux seulement savent qu'à Nantes il s'agit de la consultation Jean Guillon.

Cela fait donc trois personnes qui ne savent pas que la PASS à Nantes s'appelle la consultation Jean Guillon et, trois personnes qui ne savent pas que la consultation Jean Guillon est la PASS de Nantes.

Une personne connaissait cette consultation sous l'appellation médecine interne B, une autre m'a fait remarquer que les ordonnances qui en sortaient n'étaient pas assez identifiables.

Question 2 : Vous arrive-t-il de délivrer des ordonnances provenant de cette consultation ?

Cf. Tableau VI

Une personne, après avoir eu l'explication de ce qu'était la PASS et donc à Nantes la consultation Jean Guillon, a déclaré qu'elle délivrait 2 à 3 ordonnances qui en provenaient par semaine.

Trois personnes connaissaient respectivement la PASS, la consultation Jean Guillon et l'une et l'autre n'ont pourtant pas délivré d'ordonnances qui en proviennent.

Question 3 :Connaissez-vous l'AME ?

Cf. Tableau V

Deux personnes ne connaissaient pas l'AME ; une autre croyait que cela n'existait plus.

Question 4 : Parmi vos clients, quelle proportion bénéficie de l'AME ? Quelle proportion bénéficie de la CMUc ? Quelle est votre base de données ?

Cf. Tableau IV et Tableau VI

La base de données à utiliser pour avoir les chiffres exacts des proportions de CMUc et d'AME dans la clientèle d'une officine est le fichier informatique et le suivi des dossiers de tiers payant relevant de la CMU.

Question 5 : Avez-vous rencontré des problèmes à l'occasion de délivrance de prescriptions médicamenteuses aux personnes en situation de précarité ?

Cf. Tableau VI

- Sept personnes ont répondu que non, il n'y avait pas plus de problèmes avec les patients en situation de précarité qu'avec le reste de patients !

Parmi elles :

Un pharmacien m'a expliqué que lorsqu'il y avait un souci administratif, il prenait le temps de faire lui-même toutes les démarches et de remplir les papiers...Ce pharmacien a une petite pharmacie de quartier.

Un autre m'a fait remarquer que même si les droits n'étaient pas à jour, il suffisait d'utiliser le lecteur de cartes pour s'en apercevoir et donc de ne pas accepter en l'état, de faire le tiers payant.

Deux personnes ont évoqué les quelques fois (rares) où un problème de toxicomanie ou bien d'alcoolisme entraînait des difficultés d'ordre psychologique à servir les personnes en situation de précarité.

Mais cette situation concerne des marginaux qui sont loin d'être les seules personnes en situation de précarité. Tous les toxicomanes ne sont pas en situation de précarité et toutes les personnes en situation de précarité ne sont pas des toxicomanes !

Une autre personne a parlé de tension et de limite de correction.

Un pharmacien m'a dit qu'il y avait peu d'impayés et qu'ils se solutionnaient d'autant mieux depuis l'équipement en SESAM VITALE.

- Il y a eu 31 pharmaciens qui ont choisi de répondre qu'ils rencontraient des difficultés lorsqu'ils servent des personnes en situation de précarité :

DIFFICULTES DE COMMUNICATION

24 pharmaciens ont déclaré avoir rencontré des difficultés de communication ;

- Parmi ces problèmes, la majorité a confirmé l'existence de difficultés pour ces personnes à comprendre leur situation sociale.

Parmi tout ce qui a été rapporté, il ressort que ces patients ont du mal à comprendre que tout ne soit pas remboursé, et malheureusement de ce fait, ils ne prennent alors pas l'intégralité de l'ordonnance ce qui constitue une perte de chance.

Dans ce cas, le dialogue devient d'ailleurs difficile car, dans leur esprit, ils n'ont pas à payer.

En effet, les patients acceptent souvent mal que certains produits prescrits ne soient pas remboursés, ils ont en tête que « tout leur est dû », qu' « ils peuvent se servir dans la pharmacie et ne rien payer ».

Voici quelques réflexions des pharmaciens rencontrés :

« Ces personnes connaissent mal leurs droits et leurs devoirs ».

« Ces gens sont paumés ».

« Ces personnes sont des clients très exigeants, plus que les autres ».

« Certains viennent chercher des médicaments sans payer alors même qu'ils n'ont pas de prescription. »

« Ces gens ont du mal à comprendre notre point de vue ».

- Intervient alors souvent un problème de confiance entre le patient et le pharmacien ; dès lors que le pharmacien annonce qu'il ne peut donner gratuitement un produit non remboursé, un conflit apparaît et il est difficile pour le pharmacien d'expliquer que tout n'est pas remboursé, à quelqu'un qui est persuadé d'avoir la pleine gratuité des soins. Ces patients refusent de régler et préfèrent ne pas se soigner, quitte à en rendre coupable le pharmacien...

Un pharmacien a eu la clairvoyance d'inverser le problème de la confiance. Il m'a parlé de son manque de confiance envers la validité des attestations présentées par ces patients.

« Quand on leur fait confiance ils ne se représentent pas. »

➤ La barrière de la langue a également été citée.

Un pharmacien a relevé le fait qu'il y avait parfois moins de problèmes avec les étrangers qu'avec les français parce qu'ils étaient souvent plus instruits.

« La plus grande difficulté est avec les personnes françaises qui ne comprennent pas. »

Ce qui sous entendait que pour un Français la précarisation peut être en majorité liée à un manque d'instruction alors que pour les étrangers il s'agit plus souvent de leur situation irrégulière sur le territoire Français.

DIFFICULTES PSYCHOLOGIQUES

Treize pharmaciens seulement sur 38 ont choisi l'item « Difficultés liées à un comportement psychologique particulier, un rapport à la santé particulier ... »

On m'a parlé d'« Agressivité, personne au fond du gouffre qui de toute façon a laissé tombé sa vie donc a fortiori sa prise en charge sociale. »

DIFFICULTES ADMINISTRATIVES

Dans cette partie du questionnaire, trois points sont majoritairement revenus :

- des problèmes concernant l'AME avec laquelle le paiement par la sécurité sociale est perçu comme étant incertain et avec laquelle le pharmacien se pose souvent la question de savoir si elle couvre, en plus des soins hospitaliers, les soins ambulatoires ;

- des problèmes lorsque les personnes sont prises en charge par la CPAM d'un autre département ;
« Tout ce qui est hors département, je ne prends plus les papiers, je leur demande de rapporter leur carte Vitale »
- des problèmes de droits non mis à jour ou d'absence de papiers de prise en charge et ce, d'autant plus que la CPAM paraît ne pas toujours être d'une grande clarté quand elle est interrogée et pas toujours à jour dans ses fichiers.

En ce qui concerne les problèmes administratifs, plusieurs pharmaciens ont remarqué que depuis leur équipement en SESAM VITALE, les retards de remboursement étaient moins importants mais que malheureusement une trop grande partie de leur temps de travail était monopolisée par ces problèmes administratifs.

« Rien ne se passe comme sur des roulettes, il faut tout contrôler, tout suivre, voire réclamer plusieurs fois notre dû ; il en va de notre bonne santé financière car ce n'est pas en étant laxiste que nous allons pouvoir continuer notre exercice et venir en aide aux gens. »

Ce pharmacien m'a laissé entendre qu'une pharmacie avait d'ailleurs déposé le bilan récemment, justement suite à des problèmes de gestion.

Question 6 : Que faudrait-il pour que cela se passe dans de bonnes conditions ?

A la question « Que faudrait-il pour que cela se passe dans de bonnes conditions ? », 8 pharmaciens n'avaient rien à dire.

Voici les quelques réponses recueillies auprès des pharmaciens enquêtés:

« Il faudrait que les gens aient leurs papiers à jour sur eux »

« Il faudrait que ces personnes changent de comportement car ils considèrent que c'est un dû ».

« Ces personnes sont peut être au contraire trop prises en charge, déresponsabilisées, comme c'est donné, ils s'en foutent, la santé est devenue de la consommation gratuite ».

« Peut être les pharmaciens devraient être plus durs et ne pas leur donner les médicaments » ;

« Les « CMU » et « AME » sont assistés et ne se prennent pas en charge.

Il n'y a pas de solution, il faudrait tout leur donner ».

« Arrêter de dire aux gens « vous avez des droits » mais plutôt « pour obtenir vos droits, allez à la sécu... » »

« La plupart de ces gens sont réglo soit il y a un manque de compréhension parce qu'ils sont étrangers soit c'est à cause de leur inattention le reste c'est parce qu'ils s'en foutent. »

« Peut être ces personnes ne sont pas assez informées, elles ne comprennent pas pourquoi on leur demande leurs papiers ».

« Il faut que ces personnes soient bien informées, bien encadrées ; que la sécu prenne mieux en charge ces personnes car c'est le pharmacien qui sert d'intermédiaire : l'officine ne peut les prendre en charge que si ce qui doit être fait en amont a été fait. »

« Les médecins doivent faire attention à ne pas prescrire des produits non remboursés. »

« On ne devrait pas être obligés d'appeler sans arrêt la SECU, et quand c'est le cas nous devrions pouvoir avoir un numéro de téléphone direct destiné à répondre à nos questions. Il faut un bureau spécifique où s'adresser. »

« Que la sécu fasse son boulot. »

« Que ce soit le plus clair et le plus simple possible. »

« Meilleure articulation entre les services de l'état, les centres sociaux font beaucoup d'administratif et pas assez de relationnel. »

« On passe beaucoup de temps à contrôler la partie sécu, la partie mutuelle, c'est une perte de temps ; on passe deux fois plus de temps qu'avant la CMU, l'équipement SESAM VITALE fait gagner du temps pour les règlements mais pas au comptoir, ni pour le suivi de dossiers . »

« Il n'y a pas de solutions. »

« SESAM VITALE c'est l'horreur : pire que quand pas équipés ! »

« Que l'on arrête d'être sur le dos des pharmaciens ! »

Question 7 : Avez-vous une source d'information sur l'évolution nationale et/ou locale de la prise en charge des personnes en situation de précarité ? Si oui, laquelle ?

Douze pharmaciens ont répondu avoir une source d'information sur l'évolution nationale et/ou locale de la prise en charge des personnes en situation de précarité.

Parmi les sources citées il y a :

- Le minitel pour consulter les fichiers de la CPAM ;

- Les informations, la presse courante (« où ce que l'on lit est orienté »)
- Les revues spécialisées (« souvent en retard par rapport même à la presse courante »)
- Le conseil de l'ordre
- La sécurité sociale
- Le courrier professionnel par informatique entre autres.

Parmi les réponses négatives (majoritaires), un pharmacien m'a dit qu'il se débrouillait, un autre que c'était entre confrères qu'il en apprenait le plus et enfin, un dernier m'a dit qu'il n'avait pas le temps.

Ce que l'on peut remarquer ici, c'est que les pharmaciens sont apparemment bien seuls pour être à jour, prêts à recevoir les personnes relevant d'une prise en charge sociale particulière.

Ce besoin d'information et de formation sur les droits des personnes en situation de précarité est corroboré par les faibles résultats aux questions concernant la connaissance du sujet. (13% seulement connaissent la PASS et 26% l'existence du réseau Santé Précarité).

Question 8 : Avez-vous été informé de l'existence du réseau Santé/Précarité ?

Cf. Tableau V

Pas de commentaires particuliers en ce qui concerne les réponses à cette question.

Question 9 : Seriez-vous prêt à en faire partie ?

Cf. Tableau VII

Parmi les personnes ayant déclaré ne pas vouloir adhérer au réseau Santé Précarité beaucoup ont invoqué le manque de temps, une personne a dit que cela était « stérile ».

Parmi les personnes qui, au contraire, veulent y adhérer, quelques unes ont aussi parlé du temps que cela leur demanderait et une a remarqué que le travail en réseau était une réflexion intéressante.

Question 10 : A votre avis, les pharmaciens ont-ils un rôle à jouer pour l'accès aux soins des personnes en situation de précarité ? Si oui, lequel ?

Cf. Tableau VII

Les personnes qui ont répondu « non » à cette question, n'avaient rien de particulier à dire, en général !

Je pense qu'une partie d'entre elles ne prenait pas le recul nécessaire pour répondre à cette question parce que, même sans en avoir conscience, le simple fait d'être pharmacien d'officine nous implique dans l'accès aux soins de toute la population.

- Les réponses spontanées portaient en grande majorité sur le fait que le rôle des pharmaciens pouvait être surtout d'informer les personnes en situation de précarité sur leurs droits à faire valoir ; de les orienter vers les associations concernées ; et de les aider dans leurs démarches administratives.

Deux ou trois voient cela de façon très pratique et parlent de la délivrance des médicaments et de l'aide à l'observance.

Quelques uns ont insisté sur le fait que cela faisait partie de leur mission de pharmacien et qu'ils le faisaient automatiquement de toute façon tous les jours et avec tout le monde.

Les pharmaciens doivent en effet les premiers soins et sont les plus accessibles pour avoir de l'aide. Ils sont le point de passage obligé.

Un des pharmaciens qui connaissait la PASS m'a d'ailleurs précisé à ce moment du questionnaire que, parfois, ses patients en situation de précarité ne voulaient pas aller à la PASS car ils voulaient avoir une solution à leur problème concrètement et rapidement.

On m'a également parlé de rôle d'interface du pharmacien entre le système de soin et le système de prise en charge sociale.

Un pharmacien m'a dit que nous avons « tout à jouer » et ce, « malgré nous » puisque c'était chez nous que l'on « déboulait ».

Et puis, toujours la même réticence en ce qui concerne la part administrative qu'imposerait une implication plus avancée du pharmacien dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

- En ce qui concerne les items proposés à cette question, la majorité des pharmaciens a estimé qu'en effet, les trois faisaient partie du rôle des pharmaciens.

Par contre dix pharmaciens ont estimé qu'identifier les personnes en situation de précarité ne faisait pas partie de leur travail et qu'en plus, cela était trop difficile et subjectif pour que cela soit réalisable de façon efficace.

Quatre pharmaciens se sont cantonnés à reconnaître leur rôle dans la délivrance de médicaments (« soutenir ces personnes dans la mise en place et le suivi de leur traitement ») et dans leur rôle de proximité.

Une pharmacienne a choisi de rajouter le fait qu'elle souhaitait aussi apporter une écoute, un soutien psychologique et ne surtout pas opposer de refus quitte à délivrer des MNU (Médicaments Non Utilisés) ; et que pour cela il fallait s'en donner les moyens par exemple en agençant l'officine de manière à ce qu'il y ait un coin de confidentialité.

A la question « **pourquoi ?** » :

La majorité des pharmaciens a spontanément répondu que cela faisait partie de notre profession et a répondu positivement à tous les items proposés.

« Proximité », « comme pour le café du coin », « facilité d'accès (voir un peu trop facile parfois) », « pas besoin de prendre rendez-vous, entrée libre », « les premiers chez lesquels on va », « besoin de parler », « là pour soigner les gens », « acteur de santé », « rentre dans le rôle social de la profession », « bureau des pleurs », « pas payant », « pas d'honoraires »,

« notre rôle », « notre métier », « ce n'est pas que du commerce », « profession à l'écoute », « fait partie du rôle social du pharmacien mais pas d'assistante sociale ».

Nous sommes faciles d'accès d'une part parce que notre porte est ouverte sur la rue, qu'il n'y a pas de rendez-vous à prendre et qu'en général l'attente y est volontairement réduite du fait de notre activité commerciale. D'autre part parce que nous tentons toujours de répondre aux demandes qui nous sont faites, nous sommes habitués à toujours trouver une solution, orienter quelle que soit la demande qui nous est faite ; nous laissons rarement les gens sans solution en prétextant que cela ne fait pas partie de notre rôle.

« Même si l'on venait nous acheter une escalope nous répondrions cordialement en indiquant le boucher le plus proche ! »

Trois pharmaciens ont répondu négativement à l'item « l'implication des pharmaciens dans les politiques de santé publique, est un objectif du conseil de l'ordre » et ce dans l'idée que cela était « utopique », « difficilement réalisable ».

Six pharmaciens ont considéré l'item « le pharmacien doit valoriser son rôle de professionnel de santé » comme étant déplacé dans le sens où le pharmacien n'a pas besoin de se *valoriser*.

Il y aurait donc chez eux un petit complexe préexistant puisque la proposition ne portait pas sur le pharmacien en tant que tel mais sur son rôle au sein d'un système de santé, sur sa reconnaissance.

Question 11 : Quels seraient les indicateurs à employer pour identifier les personnes en situation de précarité ?

A cette question, six pharmaciens n'ont pas répondu estimant que ce n'était pas aux pharmaciens d'identifier les personnes en situation de précarité.

Neuf ont par contre spontanément pensé au dialogue et à l'écoute parce que certaines personnes le disent dans la conversation « j'ai pas d'argent » ou bien il y a une demande de soin (« demande spontanée d'aide car ils ne savent pas comment accéder aux soins »).

Certaines personnes ne le disent par contre pas et d'autres « le balancent à la figure ».

Beaucoup ont parlé du vocabulaire, de l'aspect général, ce qui peut être un indicateur lorsqu'il est très dégradé et qu'il n'y a alors pas de doute mais tous sont d'accord pour dire que cela n'est pas généralisable.

Certains pharmaciens ont souhaité préciser que certaines personnes âgées seules pouvaient être en situation de grande précarité alors que rien ne le laissait paraître, il y a là un problème de fierté de leur part.

La présence d'une couverture sociale CMU éveille l'attention et également le contenu de l'ordonnance (parasitoses, infections multiples)

Une adresse évasive peut aussi être le signe d'une précarité. Les gens du voyage ne sont pas forcément en situation de précarité mais une maman seule avec deux enfants qui habite dans un camping et qui est mal à l'aise pour vous donner son adresse, il y a plus de risque pour que ce soit le cas.

Le « refus d'un médicament trop coûteux » peut être un acte de mauvaise humeur de la part d'un patient mécontent comme un vrai renoncement aux soins d'une personne en situation de précarité.

« Comment faire pour ne pas payer »

La « demande d'un médicament moins cher » peut être faite par n'importe quel patient, car « ils sont de plus en plus exigeants ».

Enfin, l'absence de complémentaire est souvent retrouvée chez des patients qui ont fait le calcul qu'ils payaient moins cher de tiers payant que de cotisation à une mutuelle.

Globalement, ce qui ressort de cette question, c'est que cela peut se déceler au cas par cas à partir de différents signes et que les items proposés sont des indicateurs potentiels mais ne sont surtout pas généralisables.

Question 12 : Quelles sont vos attentes vis-à-vis de l'hôpital ?

Huit pharmaciens pensent n'avoir aucune attente vis-à-vis de l'hôpital.

Cinq pharmaciens ont répondu qu'ils souhaitaient que les prescriptions soient complètes, plus claires et plus rigoureuses.

Plus en rapport avec le sujet de l'étude, douze pharmaciens ont parlé du manque de communication, d'information sur la PASS ; de la difficulté à joindre la bonne personne lorsqu'il y a un problème (prescripteur ou antenne téléphonique avec la PASS).

On m'a parlé de cloisonnement, de méconnaissance du métier de pharmacien, « se connaître », « favoriser le suivi par une pharmacie », « mauvaise transition au moment de la sortie d'hôpital sur le plan des prescriptions et des formalités administratives ».

Il y a eu des critiques aussi :

Les reproches habituels de tout un chacun en ce qui concerne la prise en charge dans le cadre de l'urgence ; « ils refoulent des personnes aux urgences » « il faudrait que ce soit moins l'usine ».

Mais aussi des reproches plus en rapport avec l'activité officinale, tels que : « ils ne sont pas disponibles, ce n'est pas possible de dialoguer ». On m'a deux fois répondu « rien, qu'ils nous laissent exercer libéralement » !

Enfin, il y a quand même trois pharmaciens satisfaits de l'hôpital considérant que celui-ci remplissait son rôle.

Un pharmacien m'a suggéré que c'était aussi à nous, pharmaciens, d'aller vers l'hôpital et de nous intégrer à des réseaux. (Cette personne s'était rendue à une réunion animée par Mme Ballereau).

Question 13 : Avez-vous des observations, des suggestions ?

Quinze pharmaciens n'avaient, à ce moment du questionnaire, aucune remarque ni suggestion à me faire.

Pour les autres :

En concluant l'entretien que j'avais avec lui, un pharmacien m'a dit qu'avec ce questionnaire il s'était rendu compte que toutes les personnes en situation de précarité et sans couverture sociale ne pouvaient pas forcément bénéficier de la CMU.

Un autre m'a fait une remarque pas si éloignée: « après la CMU il n'y a plus grand-chose à faire, que faire de ces personnes qui souhaitent rester dehors dans la rue ? ».

Un autre a souhaité aborder le sujet des personnes âgées qui n'osent pas aller voir une assistante sociale par fierté et ne se rendent pas à l'hôpital à cause de l'éloignement. Ces personnes sont à ses yeux les plus grands précaires d'aujourd'hui.

En revanche selon lui, l'officine reste un commerce où il est difficile pour les personnes en situation de précarité de confier leurs vrais grands problèmes car « tout le monde regarde ce qui se passe même lorsque l'on a aménagé un petit espace de confidentialité ».

Plusieurs pharmaciens sont revenus sur le problème de communication notamment lié à la barrière de la langue, au fait que certains sont tellement en situation de rupture et avec un rapport à la santé différent, qu'il n'y a pas de prise en charge à l'officine possible, en l'état actuel des choses.

Certains ont parlé de leur découragement à apporter de l'aide aux toxicomanes dans le cadre de la substitution des drogues dures suite à plusieurs échecs.

« C'est décevant », « le travail en réseau avec un médecin c'est bien mais ces personnes changent de médecin, d'où l'idée de centraliser cela à l'hôpital ».

« Il faudrait responsabiliser les gens, c'est trop facile, on est allé trop loin. Il y a des gens qui tirent sur la ficelle. » « Il faudrait qu'ils participent un minimum, c'est un abus de consommation. »

« Il faudrait peut-être les faire payer quitte à ce qu'ils se fassent rembourser ensuite, mais au moins ils en auraient fait la démarche. » « Cela contribue à les entretenir dans la facilité, ils sont confortables et restent comme ils sont. »

« Les jours de garde, il y a beaucoup de CMU c'est plein pot (tarif d'urgence) mais ils s'en foutent car ils ne paient pas. »

Pour un des pharmaciens enquêtés : « ça n'avance pas parce qu'il y a trop de décalage entre ce qu'aimeraient les associations, les réseaux et la pratique professionnelle. »

« En ce moment il y a un vent de réunionite aigue qui n'apporte pas grand-chose parce que c'est en décalage avec ce qui est réalisable. »

« Les pharmaciens d'officine peuvent prendre le relais mais pas initier des politiques éducatives pour soutenir ces gens » ; « le pharmacien est un accompagnateur mais l'Etat doit prendre ses responsabilités et faire son boulot. Ils disent plein de choses mais dans la pratique, rien n'est fait. »

« Tout travail mérite salaire. Les pharmaciens ne peuvent plus suivre. »

« Les pharmaciens d'officine sont toujours placés devant le fait accompli », « on ne nous tient pas au courant. Une des raisons est que peu d'entre nous s'intéressent aux syndicats, personne ne veut s'impliquer donc ils n'ont pas de poids ».

« Le pharmacien ne peut pas se substituer à la sécu. »

« On s'occupe plus de la forme que du fond. »

De façon plus pragmatique, certains ont suggéré des rencontres médecins/pharmaciens, une meilleure communication sécurité sociale/pharmacie, Etat/pharmacie, des démarches d'information de la PASS sur leur activité à l'intention des officinaux (en passant par exemple l'information par les grossistes, par Internet).

Enfin, plusieurs se sont félicités de l'existence de la PASS, et ont exprimé la volonté de s'en rapprocher voir d'intégrer un réseau quitte à y passer un peu de temps le soir.

2.4 Quelques définitions et remarques

- La santé

« Pour parvenir à un état complet de bien être physique, mental et social, l'individu ou le groupe doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer dans son milieu ou s'y adapter.

La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non le but de la vie. »

(Charte d'Ottawa – Organisation Mondiale de la Santé 21 novembre 1986)

- Accès aux soins

Selon l'institut de médecine des USA, l'accès aux soins peut se définir comme « l'utilisation en temps utile (« timely ») des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé ».

- La précarité

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assurer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux.

Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et d'assumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible. »

(J. Wrezinski - Conseil Economique et Social 1987)

- Délivrance à l'officine

Dans le cadre de la précarité, il n'y a en général de délivrance que lorsque les médicaments sont pris en charge et donc, lorsqu'il y a une ordonnance.

Quand une personne entre dans l'officine, il y a en général une sonnerie qui signale son entrée à l'équipe officinale et aux autres clients. Le regard se porte alors sur cette personne.

Cela peut paraître anodin mais si l'on n'est déjà pas très à l'aise, ça n'aide pas à se sentir en confiance et on n'a pas forcément envie d'affronter le regard des autres.

On voit alors souvent ces personnes regarder leurs chaussures ou longer les murs ou bien au contraire se mettre dans une attitude de défense voir de provocation.

Quand vient son tour, la personne se rend au comptoir où elle présente son ordonnance.

Le pharmacien, souvent, avant de se concentrer sur le contenu de l'ordonnance pense à enregistrer le patient sur son ordonnancier (Nom, Prénom, adresse,...) et à connaître la couverture sociale dont il bénéficie.

Il faut donc demander l'adresse du patient. Or ceci n'est pas une évidence pour tout le monde et peut, le cas échéant, d'emblée reléguer le patient dans la catégorie des personnes qui présentent une différence, un accident dans leur parcours de vie.

Ensuite, il faut demander si la personne possède sa carte vitale.

En général, les personnes bénéficiaires de la CMU présentent en même temps sans qu'on leur demande leur attestation CMU papier.

Il faut toujours demander conjointement l'attestation papier parce que d'une part cela permet de faire une photocopie pour garder une trace écrite de la prise en charge, du nom et de l'adresse de cette personne et de sa caisse.

Et d'autre part, cela réduit le risque de fraude quand la personne est en possession à la fois de sa carte et de son attestation papier.

Lorsque toutes les coordonnées administratives du patient sont enregistrées, on peut procéder à la facturation de l'ordonnance. On est alors pleinement concentré sur le contenu de l'ordonnance et sur son explication au patient.

Evidemment, le pharmacien n'est pas un ordinateur et donc bien sûr adapte ses demandes et ses explications en fonction de la personne qu'il a en face de lui. Il n'empêche que, au bout du compte, il faut en arriver au moment où il « faut montrer patte blanche ».

Remarques :

Le fait que peu de pharmaciens aient cité des problèmes d'ordre psychologique mais majoritairement de problèmes de communication permet de penser qu'un peu plus d'information, des personnes en situation de précarité et des pharmaciens, contribuerait à ce que tout se passe bien mieux.

Ceci étant dit, il reste la troisième source de difficultés, c'est-à-dire celles d'ordre administratif. Celles-ci demeurent inaltérables !

J'ai d'ailleurs eu une conversation intéressante avec une personne travaillant à la sécurité sociale concernant le retard de paiement, qui est la principale source de souci administratif des pharmacies. Elle me disait que dans son service, le retard accumulé ne risquait pas de se combler à cause des 35 heures et des départs en retraites qui n'étaient pas remplacés !...

Il ressort donc de cette enquête un problème d'information, les pharmaciens de Nantes ignorent dans leur grande majorité (87%) l'existence de la consultation Jean Guillon et de la PASS au sens large. Certains pensaient qu'avec la création de la CMU il ne pouvait plus y avoir de difficultés de prise en charge qu'avec les personnes qui ne faisaient aucune démarche.

Ces difficultés d'information peuvent être dues à un manque de temps, pour les pharmaciens, pour aller à des réunions d'information, associé à une démotivation (parmi les pharmacies ayant participé à l'enquête, 34% d'entre elles en 2001, sont équipées en SESAM-VITALE ; 47% d'entre elles participent à l'EPU), mais aussi au fait que les campagnes d'information ne vont pas jusqu'aux pharmacies d'officine (26% seulement des pharmaciens connaissaient le réseau Santé Précarité de Nantes).

Et pourtant, 89% des pharmaciens savent qu'ils ont un rôle à jouer dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et 34% veulent bien adhérer au réseau Santé Précarité.

En effet, la proportion de patients bénéficiant de la CMU fréquentant les officines est importante (60% des pharmacies en compte entre 5 et 25% dans leur clientèle) et les difficultés rencontrées sont fréquentes (82% des pharmaciens ont déclaré en rencontrer lors de délivrances aux personnes en situation de précarité). Cela fait donc partie intégrante de l'exercice quotidien du pharmacien. Les pharmaciens apprécieraient donc de pouvoir travailler dans de meilleures conditions.

Avec de tels résultats, ce travail m'a amenée à me pencher de plus près sur ce que signifie la précarité, sur les facteurs d'accès aux soins, sur la nécessité du travail en réseaux et enfin, sur la place du pharmacien d'officine dans ces processus.

En effet, les attitudes de rejet qu'on peut observer, sont toujours, au moins pour une part, liées à une méconnaissance des processus de précarité, des droits des malades, des devoirs, des obligations et des responsabilités des professionnels de santé.

Dans les propositions mentionnées dans le document de synthèse remis à Madame Martine Aubry, alors Ministre de l'Emploi et de la solidarité et à Monsieur Bernard Kouchner alors Secrétaire d'Etat à la Santé par

Jacques Lebas le 26 Février 1998 [22], est mentionnée l'intégration au cours des études médicales, selon des modalités à définir, de la dimension des processus socio-économiques de précarisation dans leurs rapports aux états et aux inégalités de santé. Ces formations initiales ou continues sont nécessairement pluridisciplinaires et méritent d'être ouvertes à tous, aux hospitaliers et aux non hospitaliers (médecins libéraux, travailleurs sociaux de quartier, cadres de l'assurance maladie, etc...)

3. DISCUSSION, ELEMENTS DE REPOSE FOURNIS PAR LA LITTERATURE

3.1 Situation de précarité et santé [26], [31], [32], [36]

L'état de santé des populations en situation de précarité est caractérisé par :

Une santé ressentie comme médiocre ou franchement mauvaise. Le sentiment de solitude est fortement lié à la santé ressentie : un pourcentage non négligeable de personnes se sentant isolées estiment leur état de santé médiocre ou franchement mauvais ;

Plus de symptômes ou de maladies déclarées par la personne : un allocataire du RMI sur deux déclare souffrir d'une maladie, d'un handicap ou d'une infirmité et plus d'un allocataire sur dix est exonéré pour une affection de longue durée ;

Plus de pathologies observées : les allocataires du RMI présentent plus fréquemment des troubles (mentaux, osteo-articulaires, cutanés, digestifs et respiratoires) que le reste de la population ; les consultants en situation de précarité accueillis dans les centres d'examens de santé ont une tension artérielle plus élevée que celle des témoins, ils sont plus nombreux à avoir une sérologie d'hépatite C positive et des dents en mauvais état.

Les sans domicile fixe se dégagent des autres groupes par un certain profil pathologique caractérisé par des troubles mentaux, des dépendances alcool/tabagiques et la toxicomanie, des expositions aux agressions climatiques (en hiver : gelures, hypothermie ; en été : déshydratation, brûlures dues à des expositions au soleil) et physiques (traumatismes, brûlures, lésions à l'arme blanche), un manque d'hygiène à l'origine de problèmes cutanés, un sommeil insuffisant, une malnutrition et une dénutrition, et un recours aux soins tardif.

Chez les femmes en situation de précarité, un pourcentage non négligeable de grossesses est mal suivi, provoquant ainsi un certain nombre de pathologies périnatales : prématurité, retard de croissance intra-utérine, infections périnatales, souffrance foetale...

Les problèmes de santé mentale sont aussi plus fréquents dans les populations en situation de précarité surtout chez les sans domicile fixe (angoisse, dépression, troubles liés à l'alcoolisme, toxicomanie, phobie, crise de panique, somatisation).

Chez les sans abri, la morbidité psychiatrique est importante. On trouve fréquemment un taux élevé de troubles mentaux (schizophrénie, psychose maniaco-dépressive) et de problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues.

La consommation importante d'alcool semble être un facteur de risque de désocialisation, mais à l'inverse certains éléments de la désinsertion semblent être des facteurs d'alcoolisation.

L'accès à la prévention :

L'accès à la prévention se trouve confronté à des barrières d'ordre individuel et culturel et plus généralement aux problèmes d'ordre médical et politique.

D'ordre individuel : beaucoup de personnes en situation précaire vivent au jour le jour et n'ont pas les possibilités de se placer dans le long terme. Or, le bénéfice des mesures de prévention est en général situé dans un avenir lointain. Cette situation est un obstacle pour faire passer le discours de prévention dans ces populations.

D'ordre culturel : très souvent le discours de prévention est complètement inadapté aux références culturelles des personnes en situation de précarité et en particulier ceux d'origine culturelle différente.

D'ordre médical : en général, les médecins et les pharmaciens privilégient les soins, la prescription et la délivrance de médicaments plutôt que la prévention, du fait de leur manque de formation en santé publique, de leur manque de temps et de la non reconnaissance de l'action de prévention.

D'ordre politique : inexistence d'une politique de prévention adaptée.

Grille d'indicateurs à l'intention des équipes soignantes

- Patient isolé : personne âgée ou adulte sans famille, ne recevant pas de visite.
- Absence de ressources ou très faibles ressources :
 - Chômeur en fin de droit, personne sans RMI ni pension ni allocation retraite minimum
 - Personne très endettée.
- Absence de couverture sociale ou couverture à 50% (artisans)
- Absence de mutuelle, d'aide médicale
- Pas de domicile personnel : SDF, squat, hébergement chez des amis, en famille, à l'hôtel.

La réponse positive à plusieurs de ces indicateurs, parfois même à un seul, doit entraîner consultation de l'assistante sociale dans les meilleurs délais.

Les conséquences de la précarité sur la santé ne sont pas seulement liées à des obstacles de nature juridique ou financière. Elles sont aussi le fait d'un rapport à la santé différent, à un renoncement aux soins.

Dans la pratique, il y a également une incapacité du système sanitaire et social à répondre de façon suffisamment précoce, adaptée et coordonnée aux besoins des populations précaires qui sont particulièrement susceptibles de :

- Présenter des maladies non spécifiques mais diagnostiquées à un stade plus avancé, par exemple pour les cancers féminins ou la tuberculose ;
- Développer des maladies, comme le saturnisme infantile, directement liées à leurs conditions de vie ;
- Présenter une souffrance psychique qui concourt à des conduites à risques (alcoolisme, tabagisme, abus de drogues, violences...) soit causes, soit conséquences de la précarité ;
- Hésiter ou renoncer à consulter le dispositif sanitaire y compris dans les situations d'urgence médicale.

Face à ces situations, des initiatives locales ont été prises de longue date par divers acteurs publics ou associatifs. Mais ces actions isolées, fragiles et dotées de peu de moyens se sont développées de façon très inégale. C'est pourquoi le gouvernement a souhaité, à travers la loi de lutte contre les exclusions, les appuyer, les généraliser et les relayer en mettant en œuvre une politique de santé publique cohérente, destinée à lutter contre les inégalités des chances en matière d'accès aux soins.

3.2 Accès aux soins [8], [20]

L'accès aux soins pour tous est une priorité de santé publique.

A Nantes, dans le cadre d'un Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC), l'équipe du Professeur Pierre Lombrail du Pôle d'Information Médicale d'Evaluation et de Santé Publique (PIMESP) s'est attachée à étudier l'égalité des chances d'accès aux soins des plus

démunis à l'hôpital et à mettre en œuvre des actions pour améliorer la qualité de leur prise en charge dans le système sanitaire.[48], [49]
Ma démarche est motivée par le même objectif.

Un cadre conceptuel souvent utilisé est celui élaboré par Andersen et Newman pour décrire l'utilisation du système de soins aux USA [2]. L'utilisation des services de santé y est décrite comme la résultante de trois ordres de facteurs : déterminants sociétaux, caractéristiques du système de soins et déterminants individuels.

- Les déterminants sociétaux tiennent au degré de développement technologique et aux normes d'un groupe social vis-à-vis de la santé à un moment donné.
- Les caractéristiques du système de soins qui influent sur son utilisation sont la disponibilité des ressources (volume et répartition géographique) et son organisation.
- Les déterminants individuels sont de trois ordres : la prédisposition d'un individu à utiliser des services (« predisposing component »), sa capacité à se les procurer (« enabling component ») et son état de santé (« illness level »), indicateur de son besoin de soin (« need »).

La prédisposition d'un individu à recourir aux soins existe avant l'apparition d'un épisode morbide particulier. Certaines caractéristiques des individus (facteurs prédisposants) leur confèrent une probabilité supérieure à la moyenne de recourir aux soins. Il en est ainsi de leurs caractéristiques démographiques comme l'âge, le sexe ou le statut marital, mais également de leur appartenance sociale (niveau d'éducation, activité professionnelle, religion, taille de la famille etc.). Parmi ces facteurs prédisposants les auteurs rangent également les croyances des individus : valeurs qu'ils attachent à la santé et à la maladie, attitudes vis-à-vis des services de soins, connaissances sur la santé et sur la maladie.

Les facteurs favorisant le recours aux soins « permettent à une famille d'agir sur des valeurs ou de satisfaire un besoin en lien avec l'utilisation des services de soins ». IL s'agit de caractéristiques familiales, comme le revenu, la protection sociale, source de soins régulière et également de caractéristiques de la collectivité, comme la disponibilité d'offre de soins.

L'état de mauvaise santé perçue ou anticipée est la cause la plus immédiate de recours aux soins.

Andersen et ses collaborateurs ont enrichi ultérieurement ce cadre conceptuel en distinguant **accès potentiel** (« potential access ») caractérisant la possibilité d'accéder aux soins et **accès réalisé** (« realized access »). Il nous semble qu'on peut parler d'accessibilité dans le premier cas et de recours ou utilisation dans le second.

Mais une autre distinction paraît également essentielle en matière d'utilisation : celle qui peut être faite entre « **accès primaire** » pour désigner l'entrée dans le système ou son degré d'utilisation et « **accès secondaire** » pour caractériser la manière dont se déroulent les soins ensuite [40].

Concernant l'« accès secondaire », plusieurs points apparaissent problématiques avec le développement du « managed care » aux USA, qui peuvent anticiper les difficultés que nous rencontrerons avec l'extension des réseaux de soins dans notre pays : la continuité des soins, le temps disponible à chaque contact, la possibilité de voir le professionnel de santé de son choix et la compétence interculturelle des institutions.

La **continuité** est une notion complexe qui recouvre plusieurs dimensions. La plus communément prise en compte est temporelle et renvoie à la constance du (des) même(s) intervenant(s) auprès d'un malade au cours du temps (ce que les anglo-saxons dénomment « longitudinality »). Elle se double d'une dimension géographique, plus ou moins synonyme au niveau de l'offre, qui réfère à la délivrance des soins dans une même institution.

Ensuite vient l'interdisciplinarité : cette dimension importante surtout pour les équipes non spécialisées, explore leur capacité à coordonner le recours à des expertises spécialisées multiples et renvoie à la définition de Shortell pour qui la continuité est présente si les soins médicaux « sont reçus selon une succession d'interventions coordonnées et ininterrompues en accord avec les besoins de soins des patients » [52].

La dimension relationnelle renvoie aux attentes réciproques placées par les malades et les professionnels dans la relation de soin.

Enfin, la continuité informationnelle caractérise la capacité des supports d'information à permettre la communication entre professionnels et malades.

Cet exercice de clarification conceptuelle nécessite d'introduire un troisième élément : **la globalité** des soins (« comprehensive care »). En effet, la coordination des soins n'a de sens qu'au regard de besoins de prise en charge des individus qui entrent en contact avec le système de soins. Ces besoins sont habituellement identifiés comme tels par les professionnels en référence à leurs normes techniques, les « besoins de santé » permettant d'identifier les « besoins de services » correspondants. Ces normes sont plus ou moins étendues, englobant ou non la prévention dans un modèle curatif dominant, envisageant

inconstamment le bien-être mental et social des personnes en plus de leur bien-être physique. Quoiqu'il en soit, d'un point de vue technique, il n'est de coordination qu'en fonction d'un objectif à atteindre et la nature de cet objectif dépend du jugement porté par chaque professionnel sur les besoins d'une personne en fonction de l'analyse plus ou moins globale qu'il fait de son état de santé en référence à ses propres représentations de la santé et des soins, au terme d'un processus qui associe de manière très variable la personne concernée.

Au risque de paraître minimiser le point de vue des personnes prises en charge sur leur santé et leurs besoins de soins, on peut résumer ainsi les propriétés qui pourraient servir à évaluer la qualité de l'« accès secondaire » :

- La continuité est un terme qu'il vaudrait mieux ne pas employer isolément. On devrait très schématiquement distinguer continuité de la trajectoire de soins (la succession des contacts d'un patient) et continuité des soins eux-mêmes. La continuité de la trajectoire traduit la congruence apparente entre la fréquence et le type des contacts, et la nature des besoins de soins diagnostiqués, indépendamment de la cohérence des soins prodigués lors de chaque contact avec un plan de prise en charge. Pour que les soins eux-mêmes soient continus, il faut que la trajectoire le soit et que des soins coordonnés soient délivrés à chaque contact, la continuité de la trajectoire pouvant favoriser la coordination des soins.
- La globalité désigne la capacité des professionnels à envisager l'ensemble des besoins de soins d'une personne (qu'ils associent de manière variable à l'établissement de ce diagnostic) indépendamment des limites de leur compétence et/ou capacité d'action propres.
- La coordination caractérise la prise en compte lors de chaque contact d'un enchaînement logique dans la délivrance des soins finalisé par l'atteinte d'un résultat (état de santé du bénéficiaire) plus ou moins explicite. Quand plusieurs acteurs interviennent dans les soins d'un patient, la coordination témoigne de leurs capacités d'ajustement mutuel. La coordination devient une préoccupation centrale dans un système de soins de plus en plus complexe où beaucoup de malades, par choix ou par nécessité, reçoivent leurs soins de sources multiples, surtout s'ils sont atteints d'affections chroniques [46]. Ceci n'a probablement guère d'importance pour leur santé à partir du moment où un individu ou une équipe ont conscience d'être responsables de la coordination de la globalité des interventions et sont en situation d'exercer cette responsabilité [22]. En fait, cette vision

professionnelle doit être tempérée car ce point de vue technique peut n'être pas partagé par les usagers tant la représentation « profane » de la maladie peut différer de sa construction « professionnelle ».

INEGALITES DE SOINS

- Soins préventifs

Un premier marqueur d'inégalité sociale est la couverture vaccinale. Des inégalités de soins préventifs sont également documentées en matière de dépistage des cancers, et nous retiendrons l'exemple du cancer du sein. Le rôle du niveau d'études est net en France : en 1995, les femmes de 50 à 69 ans avec un niveau d'études supérieur au bac avaient réalisé une mammographie de dépistage du cancer du sein 2.6 fois plus souvent que les autres au cours des trois dernières années [21]. Nombre de personnes de ces groupes à risque ont une représentation du « risque » en décalage avec le modèle biomédical traditionnel ; elles ont du mal à identifier la nature et les buts des actions préventives qui leur sont proposées [43] ce dont atteste une pratique moins fréquente de l'autopalpation des seins. Il semble que les praticiens aient un rôle d'encouragement important [24]. Ceci explique probablement qu'en France, la couverture mammographique est significativement plus élevée dans les départements où existe un dépistage du cancer du sein organisé avant 1992 et il semble qu'un dépistage organisé tend à réduire les inégalités socio-culturelles d'accès à la mammographie. Il n'en demeure pas moins qu'en France [21] comme à l'étranger [43] les campagnes de dépistage rejoignent difficilement les populations les plus à risque, généralement les moins favorisées socialement.

Des opportunités perdues se produisent à tous les niveaux d'un système de soins dominé par une logique curative. Le potentiel de la médecine du travail est sous-employé [29] et celui de la médecine libérale également. Malgré une implication traditionnellement forte en matière préventive, les médecins libéraux rencontrent des difficultés à toucher leurs clients les plus à risque. Un audit sur le dépistage mammographique du cancer du sein a montré par exemple que « les médecins ont moins tendance à proposer le dépistage aux étrangères, aux travailleuses manuelles salariées, aux femmes les plus âgées, et aux patientes qu'ils connaissent depuis le plus longtemps » [3]. La même étude a montré les pertes de chances liées aux difficultés de coordination entre généralistes et spécialistes. A l'hôpital, bien qu'une proportion importante des usagers appartienne aux groupes sociaux les plus exposés à certains risques sanitaires (hypertension artérielle, consommation excessive d'alcool, tabagisme) et dont la démarche de

soins est marquée par une faible consommation de soins de prévention, le besoin de soin préventif ne sera qu'inconstamment reconnu et si c'est le cas, aléatoirement satisfait [38].

- Soins curatifs

Les inégalités de soins curatifs sont plus difficiles à objectiver et moins souvent rapportées mais un faisceau d'observations convergentes oblige à les considérer avec attention.

Du fait de la rareté des données françaises à notre connaissance, l'expérience des USA mérite d'être rapportée. Dans ce pays, les difficultés d'accès sont les plus voyantes : elles touchent une part importante de la population et sont responsables à elles seules de retards de soins [55] qui peuvent avoir des conséquences graves pour la santé [12]. Ces difficultés d'accès sont une cause majeure d'hospitalisations évitables pour des affections relevant d'une simple prise en charge ambulatoire et ce phénomène est socialement stratifié [47]. Des inégalités sociales de soins commencent à être solidement documentées également. La « Harvard medical practice study » a montré que les malades sans couverture sociale hospitalisés dans les hôpitaux de l'état de New York en 1984 avaient un risque plus élevé que la moyenne de soins suboptimaux. S'ils avaient une fréquence d'accidents iatrogènes égale à la moyenne, la proportion d'accidents relevant d'une négligence était 3 fois supérieure, indépendamment du sexe, du revenu ou de l'appartenance raciale. Des inégalités sociales sont de plus en plus souvent rapportées dans la prise en charge des maladies chroniques. Un travail montre par exemple qu'après une hospitalisation pour asthme, des malades pauvres adultes, qui avaient moins souvent une source de soin régulière, recevaient moins souvent un traitement ambulatoire intensif et conservaient plus fréquemment des manifestations interférant avec leurs activités quotidiennes trois mois après la sortie [25]. Un gradient identique s'observait selon le niveau d'études, mais pas selon l'appartenance raciale.

En France aussi, des défauts de qualité de soins sont connus. La moitié des malades diabétiques non insulino-dépendants échappent à toute surveillance ophtalmologique alors que le diabète est la première cause de cécité (évitable) avant 65 ans [50]. Plus de la moitié des décès maternels d'une année dans cinq régions ont pu être rapportés à des soins inappropriés ou suboptimaux [11].

Quelques observations de portée locale jointes à l'expérience américaine en matière de soins curatifs et, internationale pour les soins

préventifs, laissent supposer que ces défauts obéissent au moins en partie à un déterminisme social.

Ce déterminisme social peut opérer de manière subtile. C'est le cas quand des services d'urgences traitent les consultants itératifs comme les autres, alors que ce mode de recours aux soins traduit leur dépendance vis-à-vis de cette structure pour leurs soins, ce qui devrait conduire à reconsidérer la nature du service qui leur est rendu : réponse ponctuelle à une demande analysée comme ponctuelle sans prise en compte plus globale des besoins de ces personnes au long cours [39]. Ceci supposerait un changement de paradigme profond : passer d'une approche indifférenciée du soin, fondée sur une compréhension restrictive de l'égalité (de soin), à une approche spécifiée selon la nature des besoins à satisfaire, compatible avec une égalité de droits.

PISTES D'ACTION

Si tous les individus n'ont pas les mêmes chances quant aux possibilités de gérer leur santé (« principle of equality of opportunities to attain health »[54]), il est du devoir des professionnels de santé, en particulier, et du système, en général, de réduire les inégalités à leur portée d'intervention (« inequities »), en sachant qu'il y a des inégalités irréductibles (inaccessibles à l'action humaine en l'état actuel de nos moyens : « unavoidable inequalities ») et d'autres qui sont à respecter, car résultant du libre choix d'individus conscients (« acceptable inequalities »). Même si une revue de la littérature internationale sur les interventions visant à réduire les inégalités socioéconomiques de santé aboutit à des conclusions nuancées [23], les voies à explorer sont connues.

La situation qui vient d'être décrite sommairement est en effet, pour partie, la conséquence d'un manque d'organisation de notre système de santé où une liberté de choix de plus en plus fictive (pour les usagers comme pour les professionnels) empêche ou retarde l'affirmation de « choix de santé publique » [27] seuls à même de réintroduire un peu plus d'équité dans son fonctionnement. Dans son premier rapport général sur la santé en France, le Haut Comité rappelle que la santé publique est une « approche collective, volontariste et pluridisciplinaire des problèmes de santé » dont la nécessité converge avec celle d'une « nécessaire réforme du financement de l'assurance maladie », deux compléments des « conditions fondamentales de la santé du pays » que sont « un environnement compatible avec la vie, la prospérité économique, la paix, la cohésion sociale ».

Il ne s'agit, rien moins que de dépasser une logique d'offre, supposée égalitaire, pour construire un système plus solidaire dont les performances se jugeraient au niveau individuel, par la capacité de délivrer des soins adaptés aux besoins des personnes, et, collectivement par celle de réduire les inégalités sociales, géographiques et, entre les sexes. Si le développement accéléré de dynamiques de précarisation impose d' « avancer dans le sens de l'accès aux soins et à la prévention pour tous, avec un effort spécial, des discriminations positives, pour les plus défavorisés » [27], c'est l'ensemble du corps social qui bénéficierait d'un effort de rationalisation du système de santé selon des principes de santé publique. Santé publique étendue comme « démarche qui vise à améliorer la santé des populations par la prévention, la planification du système de soins, l'évaluation des pratiques, des techniques et des institutions, à surveiller et prévenir les risques majeurs par l'observation et l'intervention épidémiologiques ».

Le chantier est énorme et entamé depuis le choc des ordonnances de 1996. Cette « révolution copernicienne » nécessite une transformation profonde de nos représentations du système de santé. C'est dire l'importance du débat démocratique autour des choix de santé et des stratégies visant à remettre les individus et les groupes en situation de maîtriser leurs choix de santé.

La protection sociale est la condition préalable de l'accès aux soins. Depuis l'élaboration des PRAPS (Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins) de première génération, la création de la CMU a profondément changé la question essentielle de la barrière financière à l'accès aux soins, même si elle ne l'a pas fait totalement disparaître.

La mise en œuvre de la CMU doit faire l'objet d'un suivi régulier par les services de l'Etat en concertation avec les services de l'assurance maladie, les organismes complémentaires et les professionnels de santé. Il convient de repérer les difficultés rencontrées et de rassembler le maximum d'informations sur les caractéristiques de cette population et sa consommation médicale. [20]

La CMU n'épuise pas, toutefois, la question de la protection sociale : un regard plus global est souhaitable, pour identifier les angles morts de la protection sociale (non respect des tarifs de sécurité sociale, soins mal remboursés) et les situations de santé qui entraînent des soins coûteux. Une évaluation, notamment avec les caisses, est nécessaire pour adopter les dispositifs complémentaires à la CMU les plus utiles.

Une concertation régulière entre le coordonnateur PRAPS et le correspondant CMU de la DRASS est indispensable.

L'échelon régional apparaît comme le niveau de conception d'une stratégie, d'échanges d'expériences et d'informations, de suivi et d'évaluation, et l'échelon départemental comme celui de la mise en œuvre opérationnelle du dispositif, ainsi que de l'animation de terrain.

C'est donc à l'échelon départemental (DDASS) d'organiser l'impulsion en réunissant les acteurs locaux (caisses, organismes de protection complémentaire, conseil général, CCAS,...).

C'est à l'échelon régional (DRASS) de rassembler les informations sur ce qui se passe dans chaque département, et de communiquer ces informations aux DDASS, à l'administration centrale (synthèses DRASS); ces échanges d'expériences doivent permettre sinon d'harmoniser, au moins de faire connaître ce qui se fait afin d'inciter chaque échelon départemental à reprendre les pratiques les plus efficaces effectuées dans les autres départements.

3.3 Travail en réseaux [37], [41], [53]

Dans sa réforme du système de santé, le plan Juppé de novembre 1995 présente la mise en place de réseaux et de filières de soins comme étant un moyen de concilier les objectifs d'amélioration du système de soin et de maîtrise des dépenses de santé. Une association « hôpitaux et médecins de ville » permettrait de remédier à des dépenses injustifiées telles que la prépondérance de l'hyperspécialisation sur la médecine clinique, le nomadisme des patients, etc.

L'article 2 du décret n°96-789 du 11 septembre 1996 en application de l'ordonnance du 24 avril 1996 prévoit le développement d'actions expérimentales relatives aux filières et réseaux de soins.

Cette émergence de réseaux de soins coordonnés, multiprofessionnels et interdisciplinaires, soutenus par des associations de professionnels, des institutions ou des laboratoires pharmaceutiques visent à ce que les différents acteurs de santé agissent en synergie autour du patient.

Cela ne pouvait se réaliser qu'avec une forte motivation des professionnels.

Ainsi, dans le cadre de l'infection par le VIH, a-t-on vu se réunir des médecins et des pharmaciens, des spécialistes et des généralistes, des kinésithérapeutes et des rééducateurs afin d'harmoniser et de rationaliser les pratiques pour le plus grand bénéfice du patient.

Ainsi, l'épidémie de SIDA a été le principal banc d'essai de ce nouveau système de fonctionnement puisque déjà une circulaire DH/DGS n°612 du 4 juin 1991, incitait à la création de réseaux ville/hôpital (RVH) pour la prévention et la prise en charge sanitaire et sociale des personnes porteuses du VIH.

Marc Souville et Jean Paul Moatti, à l'occasion d'un article paru dans la Revue Française des Affaires Sociales [53] ont exposé l'enjeu que représente cette nouvelle dynamique d'organisation des soins.

Une première approche de la littérature analyse les réseaux comme « systèmes d'action » auxquels appartiennent les acteurs, appartenance qui est souvent une condition même de leur identité, c'est-à-dire comme un ensemble d'entités reliées par un ensemble de relations que la recherche va décrire et dont elle va s'efforcer de comprendre les effets sur les motivations et comportements des acteurs impliqués. L'appartenance à un réseau professionnel, qui repose sur des liens informels, peut alors correspondre à une forme spécifique d'organisation de la concurrence dans un contexte où n'existe pas un marché à proprement parler entre personnel de santé et patients et, où la confiance permet de pallier l'absence d'informations fiables sur la qualité des services offerts. On peut alors se demander si le souci de formalisation des relations de collaboration préexistantes entre offreurs de soins au travers de réseaux, (dont une partie des groupes d'assurance et des industriels de la pharmacie se font actuellement les promoteurs dans notre pays souvent sous la bannière d'une référence au *Managed Care* nord américain ou que commencent à mettre en place les grands établissements hospitaliers), ne risque pas de correspondre à l'émergence de nouvelles formes de concurrence, sans aucune garantie, a priori, que cela se traduise positivement, pour l'efficacité et l'équité de notre système de santé.

Dans une autre approche alternative, qui s'inscrit dans la filiation de la nouvelle économie institutionnelle, la mise en réseau désigne la recherche d'une forme de coordination « hybride » entre le marché et la hiérarchie, caractérisée par une forte interdépendance et par le partage du pouvoir entre les acteurs. L'émergence de tels réseaux, et le fait qu'ils puissent effectivement contribuer à une amélioration de l'efficacité dans l'usage des ressources suppose des conditions à la fois « techniques » (existence d'un dispositif matériel de communication

entre les participants et de compétences à le gérer), « sociales » (convergence d'intérêts des participants potentiels à constituer un réseau), et enfin « culturelles » (légitimité de la coopération fondée sur les représentation que chaque acteur participant se fait de l'activité collaborative).

Il semble que seule une telle conception des réseaux comme nouvelle forme d'organisation hybride entre les acteurs du système de santé est véritablement fonctionnelle dans l'objectif de réduction des « gaspillages » et de rationalisation de l'utilisation des ressources. Mais, il semble aussi que l'incapacité des réseaux de santé à absorber et à fournir un cadre formalisé à la majorité des généralistes engagés dans la prise en charge de l'infection à VIH et des relations de coopération qu'ils tissent de fait avec les services hospitaliers, illustre les difficultés à faire émerger cette nouvelle forme de coordination des activités dans notre système de santé en l'absence de véritable incitations financières, réglementaires et organisationnelles susceptibles de motiver la participation des acteurs.

Il faut que les pouvoirs publics réfléchissent sur les mécanismes d'incitation les mieux à même de favoriser l'adhésion des médecins et des pharmaciens de ville, compatibles avec le maintien de leur identité et de leurs fonctions comme fournisseurs des soins primaires.

A Nantes, le réseau REVIH-NANTES est une association loi 1901 regroupant des personnes physiques et morales intervenant dans le domaine sanitaire et social, auprès des personnes séropositives pour le VIH (médecins hospitaliers et libéraux, psychiatres et psychologues, infirmières hospitalières et libérales, pharmaciens hospitaliers et libéraux, assistants socio-éducatifs, associations, etc...).

Les objectifs sont d'optimiser la prise en charge des patients mais aussi de faciliter l'échange entre les professionnels et la communication entre ceux-ci et les patients.

En 1998, le rapport du Haut comité de la santé publique sur la relation entre santé et précarité a révélé au grand public l'accroissement des inégalités face à la santé. Il préconise la généralisation de la dispense d'avance de frais et demande aux médecins généralistes d'assurer un rôle de pivot dans la prise en charge médicale des populations défavorisées au sein de réseaux associant médecins et travailleurs sociaux.

A l'évidence, la santé publique doit être un bien partagé. Rappelons d'ailleurs qu'en matière de formation des professionnels, au début des années quatre-vingt, Roger Gérard Schwarzenberg secrétaire d'Etat aux Universités, avait contribué à la « médicalisation » des études de

pharmacie : instauration du stage à l'hôpital et en officine, création d'une section universitaire hospitalière. Ceci, avait pour but de pouvoir, pour les pouvoirs publics, compter sur un réseau territorial efficace pour toute action de santé publique telle que récemment la campagne sur les antibiotiques tout en assurant, de plus, une capacité de veille sanitaire permanente décentralisée à l'échelle des personnes.

Et d'ailleurs, en ce qui concerne cette capacité de veille sanitaire, les responsables de santé publique savent bien qu'ils peuvent compter sur les pharmaciens. Lors de la XIII^e journée de l'Ordre le professeur Joël Ménard alors directeur général de la santé, a tenu à remercier la profession pour son soutien décisif sur les actions de santé publique telles que celles centrées sur le SIDA et sur le tabagisme.

Une enquête, réalisée par le Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) en 1998, auprès des pharmaciens titulaires d'officine, avec l'objectif d'évaluer et de renforcer la capacité des pharmaciens d'officine à participer à de grandes campagnes d'éducation sanitaire et de prévention, a conclu que les conseils de prévention ne vont pas de soi pour de nombreux pharmaciens. S'ils pensent avoir un rôle important dans ce domaine de la prévention et du conseil, ils ont des difficultés à y intervenir en dehors d'une situation de dispensation d'un médicament.

Ces pharmaciens évoquent en effet des problèmes de formation, de manque de support d'information, de temps, de place, et de légitimité pour aborder des problèmes personnels avec les clients.

L'auteur du rapport estime qu'il revient à la profession de définir la place qu'elle entend prendre dans ce domaine.

Des supports d'information et de formation, constitués en réseaux, ont pourtant été mis en place dans la région Pays de la Loire. C'est ainsi qu'un réseau centré sur le bon usage du médicament (MedQual) et s'adressant à l'ensemble des professionnels de santé a été créé en septembre 2003 [41] par madame le Professeur Françoise Ballereau assistée d'un comité de pilotage composé à parts égales d'experts hospitaliers et libéraux (thérapeutique, infectiologie, bactériologie). Ceci afin de répondre à une préoccupation actuelle de Santé Publique liée à la surconsommation des antibiotiques et au développement des résistances bactériennes.

MedQual met à disposition un service de conseil en ligne ainsi qu'un site Internet d'information. Le service en ligne offre une réponse adaptée et de qualité à toutes les questions que se posent les professionnels de santé pour améliorer le bon usage des antibiotiques.

Le site Internet comprend un espace destiné aux professionnels de santé et un autre, destiné au public puisqu'il propose des informations sur le bon usage des antibiotiques ainsi que des sujets à thèmes saisonniers.

Mon étude montre un accueil favorable des pharmaciens du centre ville de Nantes à une démarche de travail en réseau (34% sont prêts à y adhérer et bien plus si l'on pouvait résoudre leur problème de temps) et la conscience de leur implication dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité ne fait aucun doute (89% estiment qu'effectivement ils ont un rôle à jouer).

Il est clair aujourd'hui que la prise en charge de nombreux patients en situation de précarité, implique une plus grande coordination avec le secteur médico-social et social.

Dans cette perspective, on peut espérer de la part des pharmaciens enquêtés, un recours plus important à la PASS pour y adresser une personne désocialisée, afin d'y faire le bilan de sa situation ou simplement pour y demander une information et se faire connaître comme interlocuteur.

Mais il faut également espérer que les acteurs du système médico-social penseront un peu plus souvent à informer les officinaux sur leurs actions.

Il a déjà été proposé la rédaction de notices d'information, destinée aux pharmaciens d'officine, à remettre au patient sortant de la PASS en même temps que sa prescription. Mais il me semble qu'au lieu de nous accorder un mode d'emploi, il serait bien plus profitable à tout le monde de nous informer, de nous former et nous de inviter à participer et à mettre en œuvre nos compétences et notre expérience ! C'est d'ailleurs ce que propose un réseau comme MedQual. Bref, ne pas oublier le maillon incontournable que nous sommes.

Remarque :

Le terme de *managed care* désigne un ensemble institutionnellement diversifié de systèmes de délivrance des soins où l'assuré ne conserve son droit de couverture qu'à condition d'abdiquer sa liberté de choix du médecin et de ne s'adresser qu'à un réseau prédéterminé de praticiens, eux-mêmes sous contrôle contractuel avec une organisation intégrée. Les Health Maintenance Organizations (HMOs) en sont l'exemple le plus connu.

3.4 Rôle du pharmacien et sa spécificité

3.4.1 Spécificité du pharmacien dans l'éducation du patient [28], [30]

Les actions éducatives propres au pharmacien ne peuvent s'élaborer que dans la conscience d'appartenir et de collaborer à un réseau pluridisciplinaire et synergique, centré sur le patient en traitement, et constitué de professionnels de santé et de personnes proches gravitant autour de lui [4]. Toutefois, il est nécessaire d'identifier et de décrire précisément les dimensions du rôle que devra assumer, à l'avenir, le pharmacien, professionnel « au carrefour » de la chaîne des soins.

- Représentations et significations du pharmacien pour les patients

Une des premières étapes du circuit du patient dans sa démarche de prise en charge est la pharmacie d'officine, halte choisie ; il accomplit librement cette première action thérapeutique autonome, lourde de sens ; l'instauration d'une relation de soins et de confiance doit lui répondre à ce moment de fragilité.

Le pharmacien détient, contrôle et dispense les médicaments ; il incarne symboliquement le médicament, objet du bien-être espéré et néanmoins objet dangereux ; il décrypte la prescription traduisant la cohérence des

propos médicaux et en déduit concrètement le plan thérapeutique, resté jusqu'alors virtuel.

Détenteur de connaissances sur le médicament, le pharmacien en connaît les indications, les effets indésirables et les modalités d'utilisation ; en exerçant concrètement ses compétences, il est reconnu comme un conseiller de référence pour l'usage des médicaments, établissant une passerelle entre des savoirs et leur applications dans les gestes et les comportements au quotidien.

Tout à la fois premier référent de santé consulté et confident neutre et bienveillant, le pharmacien représente proximité, présence, permanence et disponibilité. Cette disponibilité, bien que réelle, doit être néanmoins précisée auprès du patient, afin d'en définir contractuellement les limites (ni trop...ni trop peu !).

- Implication du pharmacien dans l'éducation des patients

Dans le cadre de l'éducation du patient, les rôles du pharmacien sont multiples :

➤ *Informier, promouvoir la prévention et le dépistage* : en termes de santé publique, le pharmacien se trouve de plus en plus en situation d'information, de rencontre, de prévention et de dépistage. Participant aux campagnes ciblées de sensibilisation, d'information, et de prévention (asthme, diabète...), il représente une interface entre les patients, les institutions sociales, les autres professionnels de santé. Il doit alors développer des compétences en termes de communication pour sensibiliser, accueillir, écouter, orienter, rassurer et encourager au dépistage...

➤ *Soutenir et accompagner les patients* : bien souvent, le pharmacien intervient après le diagnostic, ce qui le place dans une position d'accueil et de médiateur entre le passé (ce qui n'est plus) et l'avenir (ce qui sera pour un certain temps), entre le médecin et la mise en application des traitements et entre le patient et la sécurité sociale.

Le patient peut être sensible à un court entretien où il pourra reformuler sa compréhension de sa maladie et poser toutes les questions importantes (« est-ce un petit ou un gros diabète ? », « je ne veux pas de cortisone ! », « et si je n'y arrive pas tout seul ? »). En recourant à de simples questions, issues d'un modèle compréhensif des comportements de santé (Health Beliefs Model), le pharmacien peut explorer quatre niveaux majeurs d'adhésion :

- L'intégration psychique : le patient se perçoit-il réellement malade ?
- L'anticipation des conséquences morbides et bénéfiques de la maladie et d'une prise en charge : comment perçoit-il les risques de la maladie ?
- La compréhension des enjeux et des décisions thérapeutiques : comment perçoit-il l'intérêt du traitement proposé ?
- La volonté de participation et d'autonomie : comment perçoit-il les inconvénients et les bénéfices du traitement proposé ?

Cette première étape de communication pourra avoir, par la suite, des conséquences importantes sur le processus d'acceptation de la maladie et du traitement.

Les soignants ne doivent pas oublier que refuser un traitement (ou le négliger) revient à avoir un certain pouvoir sur la maladie et donc à nier ses conséquences. Dans ce sens, le pharmacien, se plaçant du côté du traitement (le médecin étant du côté de la maladie), peut apporter un éclairage différent et particulièrement dynamisant.

➤ *Expliquer et informer sur la pathologie et ses traitements* : en termes d'information, d'explication et de clarification, le pharmacien se place comme un relais des autres professionnels de soins gravitant autour du patient, afin de renforcer ou rectifier les données comprises à propos de la maladie, des traitements, de leur efficacité et de leur effets secondaires. L'utilisation de différents outils et documents est intéressante pour objectiver le dialogue (brochures d'information, tableaux-horaires de prise du médicament, notices, ...)

➤ *Promouvoir le bon usage du médicament* :

En terme d'organisation pratique pour la prise effective des médicaments dans les circonstances habituelles quotidiennes, périodiques ou exceptionnelles, le pharmacien doit discuter et établir un plan thérapeutique extrêmement clair et détaillé (opérationnel) offrant au patient un document individualisé, différent de l'ordonnance. Dans le respect des principes éducatifs, ni cette dernière, ni la notice, ni l'inscription sur les boîtes ne doivent être confondues avec ce feuillet personnalisé d'autogestion thérapeutique, daté et marqué au nom du pharmacien, signe de son engagement. Un questionnement minutieux et une connaissance du patient permettent de dresser un document utile et adapté ;

En terme d'aide à la performance et à l'autonomie dans la manipulation des formes et dispositifs médicamenteux (patchs, stylos-injecteurs, sprays) ou des outils de surveillance (tensiomètres,

glucomètres), le pharmacien doit prévoir un temps essentiel pour un apprentissage et une familiarisation et prévoir un espace à cet effet dans son officine; la découverte par le patient lui-même de ce nouvel objet est fondamentale. Bien qu'il soit plus rapide et facile de démontrer un geste, une technique, il est plus efficace de rechercher une réelle intégration de la compétence, donc de laisser le patient découvrir le dispositif et le laisser agir, dans un premier temps, spontanément. Cette notion de découverte est trop souvent absente de la logique d'éducation des soignants. De plus, il est rare mais néanmoins indispensable que les soignants réévaluent la manipulation des techniques alors que le patient gère son traitement depuis des années ;

En termes d'aide à l'adaptation, à la maîtrise des prises de médicaments quelles que soient les circonstances, il s'agit pour le patient d'acquérir des capacités à réagir de manière adéquate à des situations particulières, par une prise de décisions. Le pharmacien pourra proposer des scénarios plausibles (« il ne reste plus d'insuline... », « Vous avez oublié votre broncho-dilatateur... », « Vous avez pris deux comprimés au lieu d'un seul... », Etc.) et laisser le patient élaborer et formuler ses réactions en toute sécurité. Cette approche s'inscrit dans le cadre de l'enseignement par anticipation (simulation, analyse, raisonnement, préparation). Le pharmacien, conscient des difficultés rencontrées par le patient, apportera une plus-value importante s'il accepte de prendre réellement en compte des « incidents de parcours » quasiment inévitables.

➤ *Intervenir dans la gestion des crises :*

Finalement, en termes de soutien dans la gestion des crises (rechutes, effets secondaires, dépression ou lassitude, événement affectif ou incidents divers), le pharmacien joue un rôle crucial : il représente, avant le SAMU ou les Urgences, le premier recours aux soins. L'accueil, les conseils d'urgence, l'orientation sont autant de sécurités offertes précocement et d'apprentissages qui pourront être repris par la suite. Cette fonction de liaison est à rappeler et à entretenir aussi judicieusement que possible, dans le respect du patient et de ses proches.

3.4.2 Reconnaissance de l'acte thérapeutique du pharmacien

La reconnaissance et le remboursement par les Pouvoirs publics de l'acte d'éducation sont en passe d'être reconnus [4]. Cette étape va naturellement imposer de garantir les conditions de réalisation d'un acte de qualité, pour toutes les personnes impliquées dans l'éducation thérapeutique. Dans ce sens, les pharmaciens ont déjà entrepris une mutation de leur pratique avec la modification de leur officine, prévoyant un espace d'accueil convivial et discret, destiné à recevoir des patients dans un cadre plus adapté à l'éducation. De même, selon les pathologies, des documents commencent à circuler, permettant au patient de s'autogérer en collaboration étroite avec son médecin et son pharmacien.

Plusieurs structures d'éducation thérapeutique existent sur le territoire. A titre d'exemples, deux tendances doivent être distinguées :

- Les établissements de soins, soutenus par différents partenaires publics et/ou privés :
 - Ecole de l'asthme (Association Asthme)
 - Ecole de l'Atopie
 - Unité d'enseignement pour diabétiques Association Française du diabète)
 - Hôpitaux de jour (HTA, obésité...)
 - Soins à domicile

- Les réseaux et filières de soins, placées sous la tutelle de l'URCAM et de l'ARH :
 - Réseau Ville-hôpital VIH
 - Espace du souffle (GLaxoWellcome, Association Asthme)

- Rhésalis (Alliance Médica)
- Réseau pour le diabète.

Pour le bien des patients et afin d'offrir un encadrement de qualité des traitements actuellement disponibles, il est à espérer que cette liste s'allonge dans les années à venir.

3.4.3 Assurance qualité à l'officine

Lors d'une réunion à Bordeaux le jeudi 15 janvier 1998, Henri Lepage (Président du Conseil régional de l'Ordre des Pharmaciens de la région Centre), Jean-Luc Audhoui (Président du Conseil régional de l'Ordre des pharmaciens de la région Ile de France) et Francis Megerlin (Doctorant en droit à l'Université d'Orléans) ont dévoilé, pour la première fois, les propositions du groupe de travail « assurance qualité à l'officine » mis en place par le conseil central de l'Ordre des pharmaciens titulaires d'officine. Ils proposent la création d'un instrument permettant de conserver la mémoire des actes intellectuels des pharmaciens d'officine et de les mettre ainsi en valeur [29]. Ils ont appelé cet instrument « l'opinion pharmaceutique ».

Cet instrument tient compte du fait que l'activité d'une officine se caractérise par le mode personnel et individualisé de la prestation délivrée à chaque patient. Dès lors la démarche qualité en officine doit intégrer que chaque acte pharmaceutique est différent de celui qui le précède ou de celui qui le suit car il s'adresse à des malades différents.

Pour fonder sa recherche, le groupe de travail a souhaité préciser la demande de qualité de l'acte pharmaceutique.

Les demandes sont diverses :

- La première est formulée par le malade. Il a changé de statut, de patient passif, il est devenu consommateur de soins. Ce consommateur a des exigences sinon de résultats, du moins de moyens.
- Parallèlement, l'assurance maladie présente, elle aussi, ses exigences. Elle ne veut plus être un payeur aveugle. Elle demande une rationalisation de soins.

L'acte pharmaceutique constitue une opération complexe. Elle se conclut par une décision dont la qualité se mesure par l'adéquation entre la délivrance du produit et l'état physiopathologique et psychologique du patient.

Cette décision thérapeutique est prise après une analyse de l'ordonnance et un rapprochement avec la connaissance qu'un pharmacien d'officine peut avoir du malade, de sa pathologie, de l'ancienneté de celle-ci, des traitements précédents, de sa situation sociale, ... Ces prises de décision sont le lot quotidien du travail officinal.

Mais ces décisions sont, le plus souvent invisibles !

Invisibles pour le malade qui estime parfois que le rôle du pharmacien se limite à délivrer des boîtes.

Invisibles pour les observateurs politiques.

En revanche, en cas d'incident ou d'accident, la responsabilité du pharmacien est appelée devant les tribunaux, une responsabilité qui est réelle et totale.

L'opinion pharmaceutique répond à la problématique ainsi posée.

En effet, il s'agit de conserver en mémoire, sous la forme d'un commentaire, d'une « opinion », un éventuel approfondissement de la situation, rendu obligatoire par l'analyse de l'ordonnance.

Cette procédure de rédaction différencie la « délivrance », acte factuel mémorisé par la facture, de la « dispensation », mémorisé par l'opinion.

Cette opinion constitue un témoignage toujours disponible.

Un témoignage en cas de contentieux, du fait que le pharmacien n'a pas manqué à son devoir de conseil et à l'obligation de moyens que lui imposent ses six années d'études (plus quelques autres de pratique professionnelle). Un témoignage précieux face à la jurisprudence qui s'est affirmée et qui le tient comme coresponsable avec le prescripteur des conséquences du traitement qu'il délivre.

Un témoignage de la réalité même de l'acte intellectuel par la rédaction d'un commentaire chaque fois que cela paraît pertinent. En effet, contrairement à ce qu'imagine trop souvent le patient, la délivrance d'un médicament ne forme jamais l'expression d'une exécution inconditionnelle de l'ordonnance ; elle est, au contraire, l'expression d'un choix, résultant de l'analyse de cette ordonnance et de la confrontation de celle-ci à des données connues relatives au malade : âge, poids, sexe, pathologies annexes, thérapeutiques ordonnées par d'autres prescripteurs, état physiologique transitoire (grossesse), automédication, ...

Autrement dit, l'opinion pharmaceutique constitue la réponse écrite, documentée du pharmacien, professionnel de santé, à tous ceux_ malades, autorité judiciaire, politiques, prescripteurs, assurance maladie_ qui pourraient s'interroger sur la réalité ou le caractère indispensable de l'acte pharmaceutique.

C'est au pharmacien d'apprécier, de choisir ce qu'il estime devoir conserver dans la mémoire de son ordinateur pour améliorer la qualité de son acte et de ses futurs actes.

Toutefois, par exemple, un refus de délivrance et les arguments qui ont conduit à cette décision semblent incontournables. Une délivrance partielle d'une ordonnance et ses causes, ou encore une réserve, une interrogation sur l'ordonnance relèvent aussi de l'« opinion », que celles-ci, d'ailleurs, se soient soldées *in fine* par une délivrance fidèle ou différente. L'information fournie par le médecin prescripteur, par le malade lui-même, une consultation de son dossier thérapeutique viennent étayer la prise de décision.

A qui transmettre l'opinion ?

Il faut savoir l'émettre et pas seulement la consigner dans l'officine. Si le prescripteur n'est pas à même de réagir, l'opinion est dénuée d'efficacité thérapeutique comme d'opposabilité légale. C'est l'émission de l'opinion au prescripteur qui permet, lorsque l'intérêt du patient l'impose, de localiser l'initiative thérapeutique. L'information du prescripteur est d'ailleurs obligatoire en cas de refus de délivrance (article R. 5015-60 c.s.p.) et s'impose tout autant en cas de modification d'office.

Mais avec ou sans opinion, la responsabilité du pharmacien reste entière : l'opinion explique, trace, justifie la décision ; elle ne la supprime pas. Elle l'affirme au contraire puisqu'elle est signée par le pharmacien lors de la saisie dans la mémoire de l'ordinateur de l'officine.

Ainsi, cette mise en œuvre de l'opinion pharmaceutique, rendue simple par les outils informatiques, devrait conduire les actes pharmaceutiques sur des chemins visibles par tous, malades, prescripteurs, assurance maladie, pouvoirs publics, d'une grande qualité.

Ce que dit le code de santé publique:

- R.5015-48- Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :
 1. L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;

2. La préparation éventuelle des doses à administrer ;
3. La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.

Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale.

- R.5015-60- Lorsque l'intérêt de la santé du patient lui paraît l'exiger, le pharmacien doit refuser de dispenser un médicament. Si ce médicament est prescrit sur une ordonnance, le pharmacien doit informer immédiatement le prescripteur de son refus et le mentionner sur l'ordonnance.
- R.5015-61- Le pharmacien ne peut modifier une prescription qu'avec l'accord exprès et préalable de son auteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient.
- R.5015-62- Chaque fois qu'il lui paraît nécessaire, le pharmacien doit inciter ses patients à consulter un praticien qualifié.

3.5 Les particularités de l'enquête

3.5.1 La connaissance du sujet par les pharmaciens

L'exercice de la profession de pharmacien d'officine est multidisciplinaire, c'est-à-dire qu'un pharmacien titulaire d'une officine est à la fois commerçant, employeur, inscrit à un Ordre professionnel, donc soumis à une certaine éthique d'exercice et acteur de santé.

Cela implique qu'il doit savoir répartir son temps, son énergie et ses priorités entre différentes « casquettes » qui doivent être indépendantes. C'est-à-dire qu'une pharmacie est un lieu d'accueil de la population qui doit y trouver une capacité d'écoute, de conseil, d'information et de soin mais que, pour l'existence même de cette pharmacie, il doit y avoir acte commercial.

La réalité fait que beaucoup de titulaires sont malheureusement trop souvent accaparés par leur casquette de chef d'entreprise avec toutes les préoccupations associées (maintien de leur marge sur leur approvisionnement, surveillance du remboursement par les caisses d'assurance maladie de leur avance de frais, gestion du personnel et

gestion administrative) pour avoir l'énergie de s'investir dans une démarche volontaire pour les enjeux de santé publique.

Il y a de plus une altération de la confiance : les titulaires ont le sentiment d'être noyés dans les contraintes administratives par des pouvoirs publics qui ne reconnaissent pas leurs difficultés et ne les valorisent pas assez.

C'est pourquoi, dans la majorité des cas, le niveau d'information des pharmaciens correspond à ce qu'ils ont été amenés à rencontrer au cours de leur exercice quotidien. L'information va se chercher auprès des caisses d'assurance maladie au cas par cas lorsqu'une personne présentant une ordonnance ne bénéficie pas d'une prise en charge classique.

Certaines pharmacies n'ont donc pas la nécessité de s'informer sur les mécanismes de précarisation de la population et de repenser leur exercice pour y répondre.

3.5.2 Quels enjeux ?

Quels sont les enjeux que représente une bonne information des pharmaciens ?

Quels sont les enjeux que représentent de bonnes conditions de délivrance dans les officines ?

Quels sont les enjeux de l'implication des pharmaciens dans les politiques de santé publique ?

Le véritable enjeu qui entraînera les autres, est qu'il faut que les pharmaciens d'officine se concertent et se regroupent afin de définir la place qu'ils souhaitent occuper sur le terrain de la santé publique. Nous pourrons alors nous faire entendre lorsque nous demanderons les moyens de travailler dans de bonnes conditions (information, allègement des contraintes administratives, ...), et notre compétence nous intégrera d'office dans les politiques de santé publique.

CONCLUSION

La réalisation de cette thèse d'exercice a suivi le chemin qu'il m'a été donné de parcourir à partir de la découverte de l'activité de la PASS du CHU de Nantes, grâce au stage que j'ai eu la chance d'effectuer au sein du service de Santé Publique du Professeur Lombrail.

Dans un premier temps, il y a eu la découverte des différents types de couverture sociale avec la mise en relief des populations en situation de précarité. Ensuite, le lien avec mon activité professionnelle grâce à la réalisation d'une enquête dans les officines du centre ville de Nantes quant aux conditions de délivrance aux personnes en situation de précarité.

Et enfin, l'exposé des mécanismes mis en jeu dans l'accès aux soins pharmaceutiques abordés par l'enquête.

La précarité répond à des processus complexes auxquels les pharmaciens d'officine ne sont pas préparés ce qui les amène parfois à une attitude de rejet alors que leur place au sein du système de santé français est déterminante puisque dernier maillon de la prise en charge thérapeutique.

Le pharmacien a d'ailleurs, à plusieurs reprises, fait preuve de toute sa compétence.

L'enquête réalisée a également l'intérêt de montrer la distance entre une adhésion de principe aux politiques de santé publique et la capacité à la traduire en pratique.

Les actions de promotion de la santé et l'amélioration de l'accès aux soins des populations en situation de précarité nécessitent des partenariats interdisciplinaires soutenus par les pouvoirs publics avec l'intégration dans l'exercice quotidien et la reconnaissance des pratiques de prévention et d'accompagnement. Mais il reste aux pouvoirs publics à éclaircir leur politique de santé quant à ce qu'ils attendent des pharmaciens d'officine et à leur en donner les moyens matériels et, aux pharmaciens désirant s'y investir, de s'organiser ensemble et en concertation avec les autres acteurs de santé.

BIBLIOGRAPHIE :

1 AGENCE NATIONALE DE SANTE PUBLIQUE

Evaluation d'une action de Santé Publique : Recommandations

Service information, 1995 (octobre)

2 ANDERSEN R, NEWMAN JF

Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States

Milbank Memorial Fund Quarterly 1977; **51**: 95-124

3 AUBERT JP, FALCOFF H, FLORES P, et al.

Dépistage mammographique individuel du cancer du sein.

Revue du Praticien 1995; 9 (300) :40-51

4 AUBRY M, KOUCHNER B

Circulaire n°736 du 17/12/98 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1998 (décembre)

5 AUTEUR INCONNU

Accès aux droits. De l'élargissement à la généralisation.

In Actualité et dossiers en santé publique 1995; **12** :8

6 AUTEUR INCONNU

Résultats de l'enquête IPPOTHES 1999 : l'observance chez les patients en situation de multivulnérabilité

Décryptage Actualité VIH 2000; 15 pages

7 BACHAT D

Repérage par les patients précarisés d'une consultation médico-sociale hospitalière [Thèse]

Faculté de Médecine de Nantes, 2004

8 BALLAND V

L'accès aux soins des plus démunis

ASH, 2000 (juin)

9 BARBER N, SMITH F, ANDRESON S

Improving quality of health care: the role of pharmacists

Quality in Health Care 1994; **3**:153-158

10 BOISGUERIN B,

Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2002.

Etudes et résultats 2003(mai); 239 : 4 pages ; disponible sur :
<http://www.sante.gouv.fr/dress/etude-resultat/er-pdf/er239.pdf> (décembre 2004)

11 BOUVIER-COLLE MH, VARNOUX N, BREART G

Maternal deaths and substandard care : the results of a confidential survey in France.

Medical Experts Committee. Eur J Gynecol Reprod Biol (Ireland) 1995; **58**:3-7

12 BRAVEMAN P, SCHAAF M, EGERTER S, BENNETH T, SCHECTER W

Insurance-related differences in the risk of ruptured appendix.

N Engl J Med 1994; **331**:444-449

13 CAUCAT B

Influence du tiers payant sur la consommation de soins ambulatoires : enquête auprès des médecins [Thèse]

Faculté de Médecine de Créteil, 2001

14 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES

Permanence d'accès aux soins de Santé ; dispositif du CHU de Nantes

1999 (mai)

15 CHIRAC J, JOSPIN L, AUBRY M et al.

Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

Journal Officiel de la République Française 31 juillet 1998 :11679-11709

16 COLLIN JF

Enquête auprès des pharmaciens d'officine 98/99

1 volume Ed CRES 1999; 64 pages

17 CONTANDRIOPOULOS A-P ; CHAMPAGNE F ; POTVIN L ; DENIS J-L ; BOYLE P

Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer , la financer

Les presses de l'université de Montréal

18 CRIPS (Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida), Provence - Alpes - Côte d'Azur

L'observance au cours des traitements antirétroviraux de l'infection à VIH
1998 (avril) : 10 pages

19 DABIS F ; DRUCKER J ; MOREN A

Epidémiologie d'intervention

1 volume Ed Arnette, 1992

20 DDASS LOIRE ATLANTIQUE ; PREFECTURE DE LOIRE
ATLANTIQUE

Plan départemental d'accès aux soins des plus démunis 1998-1999-2000

1998 (mai)

21 EISINGER F, MOATTI J-P, BEJA V, et al.

Attitudes de la population féminine française face au dépistage des cancers.

Bull Cancer 1994; **81** :683-690.

22 FLETCHER RH, O'MALLEY MS, FLETCHER SW, EARP J,
ALEXANDER JP

Measuring continuity and coordination of medical care in a system involving multiple providers.

Medical care 1984; **22**:403-411

23 GEPKENS A, GUNNING-SHEPPERS LJ

Interventions to reduce socioeconomic differences. A review of the international literature.

Eur J Public Health 1996; **6**:218-226

24 GRADY KE, LEMKAU JP, Mc VEY JM, REISINE ST

The importance of physician encouragement in breast cancer screening of older women.

Prevent Med 1992; **21**:766-780

25 HAAS, CLEARY PD, GUADAGNOLI E, et al

The impact of socioeconomic status on the intensity of ambulatory treatment and health outcomes after hospital discharge for adults with asthma.

J Gen Intern Med 1994; **9**:121-126

26 HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE

La progression de la précarité en France et ses effets sur la Santé

Ed ENSP, Avis et Rapports 1998(février)

27 HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE

La santé en France

La documentation française, 1994

28 JACQUEMET S ; CERTAIN A

Education thérapeutique du patient : rôles du pharmacien

Bulletin de l'Ordre 2000; 367 : 269-275

29 LANG T, LOMBRAIL P, FOURIAUD C, et al.

Hôpital, médecine du travail et correction des inégalités dans le domaine de la prévention.

Revue d'Epidémiologie de Santé Publique 1990; 38 :281-286

30 LA REVUE PRESCRIRE

Attitudes de prévention chez les pharmaciens d'officine

La revue prescrire 2000; 20 ; 210 : p704

31 LA ROSA E.

Santé, Précarité et exclusion

1 volume Ed PUF, 1998

32 LEBAS J. ; CHAUVIN P.

Précarité et Santé

1 volume Ed Flammarion, 1998

33 LEBAS J

A l'épreuve de la précarité, une certaine idée de l'hôpital

Rapport de M Jacques Lebas remis à Mme Martine Aubry 1998 :23-24

34 LEBAS J

Rapport mission PASS

2000 (mai)

35 LE BOT M

Observance

La revue du praticien, médecine générale 1999; 13; 469 :1335-1348

36 LECLERC A ; FASSIN D ; GRANDJEAN H ; KAMINSKI M ; LANG T

Les inégalités sociales de santé

1 volume Ed la Découverte, Inserm 2000

37 LOMBRAIL P, BOURGUEIL Y, DEVELAY A, MINO JC, NAIDITCH M

Repères pour l'évaluation des réseaux de soin

Revue de Santé Publique 2000; 12 : 161-176

- 38 LOMBRAIL P, LANG T, SMIEJAN JM, et al.
Le séjour hospitalier : une opportunité pour améliorer la prévention.
Sem Hôp Paris 1988; 7 :476-478
- 39 LOMBRAIL P, VITROUX-BROT C, BOURRILLON A, et al
Another look at emergency room overcrowding : accessibility of the health services and quality of care.
Int J Quality Health Care 1997; 9:225-232
- 40 LURIE N
Studying access to care in managed care environments
Health Serv Res 1997; 32:691-701
- 41 MASSONNET A-S
D'Officiel à MedQual : un réseau centré sur le bon usage des médicaments 2003-2006 : une action sur les antibiotiques [Thèse]
Faculté de Pharmacie de Nantes, 2004
- 42 MENARD J
La XIII^e Journée de l'Ordre : « Santé publique : alibi ou bien partagé »
Les nouvelles pharmaceutiques 2000; 205:2-5
- 43 MEYSTRE-AGUSTONI G, DUBOIS-ARVER F, de LANDSTHEER J-P, PACCAUD F
Exploring the reasons for non-participation of women in a breast cancer screening program.
Eur J Public Health 1998; 8:143-145
- 44 MOATTI J-P
Observance et essais thérapeutiques : obstacles psychosociaux dans la recherche sur le traitement de l'infection à VIH
Natures, sciences, sociétés 1996; 4; 3 :2-15
- 45 MOATTI J-P ; SPIRE B ; DURAND S
Un bilan des recherches socio-comportementales sur l'observance des traitements dans l'infection à VIH : au delà des modèles biomédicaux ?
Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2000; 48; 2 :182-197
- 46 NUTTING PA, SHORR GI, BURKHALTER BR

Assessing the performance of medical care systems: a method and its application.

Medical Care 1981; **19**:281-296

47 PAPPAS G, HADDEN WC, KOZAK LJ, FISCHER GF

Potentially avoidable hospitalizations: inequalities between US socioeconomic groups.

Am J Public Health 1997; **87**:811-816

48 PASCAL J, ABBEY-HUGUENIN H, AGARD C, ASSERAY N, BILLAUD E, LOMBRAIL P

Elaboration d'un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale venant consulter à l'hôpital.

Press Med 2004; **33** :710-715

49 PASCAL J, LIBEAU B, BALLERAU F, LOMBRAIL P,

Inégalités sociales et accès aux soins : différenciation des besoins de soins préventifs des consultants de l'hôpital public

Revue d'épidémiologie de santé 2004; **52** :28-29

50 PETRYK L, DOUET C, CORREZE JR , OUANHNON J

Suivi médical des diabétiques non insulino-dépendants de la population agricole du département de la Gironde.

Rev Méd Assurance Maladie 1996; **3** :116-126

51 RICHARD F MORTON ; J RICHARD HEBEL ; ROBERT J McCARTER
Epidémiologie et biostatistique

4^e édition Doin 1998

52 SHORTELL SM

Continuity of medical care : conceptualization and measurement.

Medical care 1976; **14**:377-391

53 SOUVILLE M, MOATTI JP, OBADIA Y, HUARD P, MORIN M

La dynamique des réseaux ville/hôpital pour la prise en charge du sida en médecine générale : entre spécialisation et nouvelle forme d'organisation des soins

Revue Française des affaires sociales 1998; **36** : 148-171

54 STRONKS K, GUNNING-SCHEPERS LJ

Should equity in health be target number 1 ?

Eur J Public Health 1993; **3**: 104-111

55 WEISSMAN JS, STERN R, FIELDING SL, EPSTEIN AM
Delayed access to health care: risk factors, reasons, and consequences.
Ann Intern Med 1991; **114**: 325-331

Sites Internet:

56 L'Aide médicale de l'Etat (AME)

AMeli, l'Assurance Maladie en ligne ; 2004/12 ; disponible
sur :<http://www.ameli.fr>

57 L'assurance maladie

AMeli, l'Assurance Maladie en ligne ; 2003/01 ; disponible
sur :<http://www.ameli.fr>

58 Qu'est ce que la CMU ?

2004/12 ; disponible sur : <http://www.cmu.fr>

ANNEXE : LE QUESTIONNAIRE

Introduction :

« Je réalise une enquête auprès des pharmaciens d'officine dans le cadre de ma thèse de fin d'étude.

Il s'agit de décrire les conditions de délivrance des prescriptions médicamenteuses aux personnes en situation de précarité, et notamment de celles qui fréquentent le CHU de Nantes .

Cette étude a deux objectifs :

- Fournir un support destiné à faciliter la prise en charge par les pharmaciens des personnes en situation de précarité.
- Mettre en évidence le rôle du pharmacien au sein du réseau Santé-Précarité.

Je suis encadrée pour ce faire de deux codirecteurs de thèse :

Madame Françoise Ballereau, chef de service de la pharmacie de l'Hôtel Dieu et

Monsieur Pierre Lombrai, chef de service du pôle de Santé Publique du CHU de Nantes.

Le questionnaire que j'ai à vous soumettre comporte 13 questions courtes ; l'anonymat sera respecté . »

PHARMACIE :

EQUIPEMENT SESAM-VITALE :

EPU PHARM :

Pour chacune des questions comportant plusieurs items, l'entretien se déroulera en trois étapes obligatoires :

◆ *Dans un premier temps, la question sera posée brute : sans avancer de proposition de réponses .*

Ceci dans le but de ne pas influencer sur une réponse spontanée.

◆ *Dans un second temps, des propositions de réponses seront suggérées .*

◆ *Enfin, la dernière étape consistera à recueillir d'autres réponses non proposées par le questionnaire.*

1. Connaissez-vous la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) de Nantes et/ou la consultation Jean Guillon ?

- ◇ Consultation Jean Guillon
- ◇ PASS

2. Vous arrive-t-il de délivrer des ordonnances provenant de cette consultation ? OUI-NON

Si oui, combien par jour (sinon par semaine , par mois) ?

Sur cet intervalle de temps, quelle proportion est-ce que cela représente par rapport aux autres délivrances?

3. Connaissez-vous l'AME ? OUI-NON

4. Parmi vos clients, quelle proportion bénéficie de l'AME ?

- ◇ 0-5 %
- ◇ 5-25 %
- ◇ 25-50 %
- ◇ > 50 %

quelle proportion bénéficie de la CMU (complémentaire) ?

- ◇ 0-5%
- ◇ 5-25%
- ◇ 25-50%
- ◇ >50%

Quelle est votre base de données ?

5. Avez-vous rencontré des problèmes à l'occasion de délivrance de prescriptions médicamenteuses aux personnes en situation de précarité ? OUI-NON

Si oui, lesquels ?

COMMUNICATION :

- ◇ Difficultés des patients pour comprendre leur situation sociale
- ◇ Barrière de la langue
- ◇ Rapport de confiance
- ◇ Manque d'outils pour l'aide à l'observance
- ◇ Autres

PSYCHOLOGIQUE :

- ◇ Difficultés liées à un comportement psychologique particulier, un rapport à la santé particulier (origine « géo-culturelle », toxicomanie, alcoolisme, maladie psychiatrique)
- ◇ Autres

ADMINISTRATIFS :

- ◇ Droits non mis à jour
- ◇ Retard de recouvrement du tiers payant
- ◇ Autres

6. Que faudrait-il pour que cela se passe dans de bonnes conditions ?

7. Avez-vous une source d'information sur l'évolution nationale et/ou locale de la prise en charge des personnes en situation de précarité ?

- ◇ Locale
- ◇ Nationale

Si oui, la(les)quelle(s) ?

8. Avez-vous été informé(e) de l'existence du réseau Santé/Précarité ?
OUI-NON

« Devant l'ampleur du phénomène de précarité , des professionnels de santé hospitaliers, libéraux et associatifs, des travailleurs sociaux institutionnels et associatifs se réunissent régulièrement pour échanger et apporter des améliorations à l'accès aux soins .
Ils ont développé un travail en réseau à leur niveau, qu'ils souhaitent élargir aux autres acteurs de terrain de l'agglomération nantaise qui se reconnaissent dans cette charte.

Dans le cadre de la loi de lutte contre les exclusions et notamment le Plan Départemental d'Accès aux Soins des plus démunis, la DDASS soutient et encourage cette démarche. »

9. Seriez-vous prêt à en faire partie ? OUI-NON

9. A votre avis, les pharmaciens d'officine ont-ils un rôle à jouer pour l'accès aux soins des personnes en situation de précarité ? OUI-NON

Si oui, lequel (lesquels)?

- ◇ Identifier les personnes en situation de précarité.
- ◇ Orienter ces personnes vers la PASS.
- ◇ Soutenir ces personnes dans la mise en place et le suivi de leur traitement.
- ◇ Autres

Pourquoi ?

- ◇ Le pharmacien est un professionnel de Santé facilement accessible.
- ◇ Le pharmacien peut être l'initiateur d'une prise en charge médicale.
- ◇ Le pharmacien est le dernier maillon avant que le patient ne se retrouve seul avec son traitement.
- ◇ L'implication des pharmaciens dans les politiques de Santé Publique, est un objectif défini par le conseil de l'ordre.
- ◇ Le pharmacien doit valoriser son rôle de professionnel de Santé.
- ◇ Autres

11. Quels seraient les indicateurs à employer pour identifier les personnes en situation de précarité ?

- ◇ Refus d'un médicament trop coûteux
- ◇ Demande d'un médicament moins cher
- ◇ Pas de complémentaire
- ◇ Autres

11. Quelles sont vos attentes vis à vis de l'hôpital ?

12. Avez-vous des observations, des suggestions ?

Nom -Prénoms : Lecaillon Dorothée, Michèle

Titre de la Thèse : Description des conditions de délivrance en officine des prescriptions médicamenteuses aux personnes en situation de précarité

Résumé de la Thèse :

L'objet de ce travail a été, dans un premier temps, d'étudier les différents systèmes de prise en charge sociale existants, en détaillant ceux dont peuvent bénéficier les personnes en situation de précarité tels que la CMU et l'AME. Puis a été abordée la création des PASS et leur fonctionnement. Une enquête réalisée auprès des pharmaciens d'officine du centre ville de Nantes a permis d'avoir des informations sur l'accueil et la prise en charge d'une personne en situation de précarité se présentant dans une officine pour prendre ses médicaments. Un manque d'information des pharmaciens a pu être établi en ce qui concerne l'existence des PASS alors que le système de santé français se tourne vers un fonctionnement en réseaux. Parallèlement, les pharmaciens interrogés ont quasiment tous fait part des difficultés qu'ils rencontraient avec une personne en situation de précarité. Il faut que le pharmacien repense son exercice officinal afin de faire valoir ses compétences et son rôle évident sur l'échiquier de la santé.

MOTS CLES : PRECARITE, OFFICINE, DELIVRANCE, PASS, CMU, AME

JURY

PRESIDENT : Monsieur Christian MERLE, Professeur de Pharmacie Galénique,
Faculté de Pharmacie de Nantes

ASSESEURS : Madame Françoise BALLEREAU, Professeur de Pharmacie Clinique et de Santé Publique, Faculté de Pharmacie de Nantes

Monsieur Pierre LOMBRAIL, Professeur de Santé Publique,
Chef de service de Santé Publique, CHU de Nantes

Monsieur Christian AGARD, Docteur en médecine interne,
attaché à la PASS du CHU de Nantes

Madame Marie-Line VRECH, Pharmacien officinal

Adresse de l'auteur :

Le Chaume au Tour
44540 St Sulpice des landes. 