HAL
open science

Évaluation de la pertinence d'une infirmière en pratique avancée au sein de la permanence d'accès aux soins de Montpellier

Marine Le Rendu

▶ To cite this version:

Marine Le Rendu. Évaluation de la pertinence d'une infirmière en pratique avancée au sein de la permanence d'accès aux soins de Montpellier. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02964187

HAL Id: dumas-02964187
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02964187

Submitted on 12 Oct 2020

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

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

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marine LE RENDU

Le 14 Novembre 2019

Évaluation de la pertinence d'une infirmière en pratique avancée au sein de la permanence d'accès aux soins de Montpellier

Directeur de thèse : Docteur Sophie Rivière

JURY

Président : Professeur Isabelle LAFFONT

Assesseurs : Professeur Eric RENARD
Docteur Béatrice FOLCO-LOGNOS
Docteur Sophie RIVIÈRE

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marine LE RENDU

Le 14 Novembre 2019

Évaluation de la pertinence d'une infirmière en pratique avancée au sein de la permanence d'accès aux soins de Montpellier

Directeur de thèse : Docteur Sophie Rivière

JURY

Président : Professeur Isabelle LAFFONT

Assesseurs : Professeur Eric RENARD
Docteur Béatrice FOLCO-LOGNOS
Docteur Sophie RIVIÈRE

Université de Montpellier
Faculté de Médecine
Montpellier-

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
PELISSIER Jacques
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROSSI Michel
ROUANET DE VIGNE
LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SEGNARBIEUX François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
MARES Pierre
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MAUDELONDE Thierry
MONNIER Louis
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel

JOURDAN Jacques ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, adictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe
AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie

VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe
ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olvier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :
COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2ème classe :
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :
LAMBERT Philippe

2ème classe :
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie
MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie
MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe
BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1re classe
BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2éme classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1ère classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2ème classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements

Aux membres du jury

Madame le Professeur Isabelle Laffont, vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie.
Soyez assurée de ma profonde gratitude et de mon respect.

Monsieur le Professeur Eric Renard, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury.
Veuillez trouver pour cela l'expression de ma sincère reconnaissance et de ma considération.

Madame le Docteur Sophie Rivière, merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse.
Merci pour ton aide à la réalisation de ce travail, pour toutes tes relectures tard le soir, ta gentillesse et ta bienveillance. Merci également de m'avoir fait connaître la PASS cela a été une expérience très enrichissante pour moi.
Sois assurée de mon profond respect.

Madame le Docteur Béatrice Folco-Lognos, vous avez accepté de faire partie de ce jury et de juger mon travail, je vous en remercie. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance.

A ma Famille

Merci à mes parents pour tout votre soutien aussi bien sur le plan personnel que durant toutes mes études. Vous m'avez transmis de belles valeurs, précieuses tous les jours.

Papa, ton coté rationnel et scientifique m'a beaucoup aidé, et m'aident toujours, pour relativiser dans les situations difficiles.

Maman, même si je suis partie un peu loin, tes appels et tes messages nous permettent de rester proches. Merci également pour ton organisation à toutes épreuves lors des vacances ou des WE en famille.

Thomas, j'ai de la chance d'être ta petite sœur, on ne se voit pas beaucoup mais ce sont toujours de très bons moments.

Julie, je n'ai que de bons souvenirs avec toi, ton énergie et ta bonne humeur sont toujours agréables.

Et bien sur **Lewis** mon neveu et filleul préféré, tu es le plus beau, j'ai hâte de te voir grandir, tu me manques très souvent !

Elise, ma petite sœur, merci pour tous nos goûters et séances-confidences, tu sais comme ça a pu m'aider. Ton honnêteté et ta douceur m'apportent beaucoup. Merci aussi pour toutes tes créations, ton talent m'impressionne toujours !

Adrien, d'abord merci pour mon vélo;-), tu as toujours le sourire quand je te vois, j'espère réussir à te voir plus souvent.

Mamie, tu sais comme j'aurai aimé que tu sois là aujourd'hui. Merci pour tout ce que tu m'as transmis, merci en particulier pour ta générosité ton écoute, ton goût pour la vie et ton amour pour la famille.

Papou et Mam, merci pour tous les beaux souvenirs que j'ai avec vous à Nantes et à Carolles.

Aude, il y a trop d'anecdotes qui me viennent, merci pour tous les moments passé avec toi depuis le primaire jusqu'à aujourd'hui. Je sais que je peux compter sur toi, ton soutien est très important pour moi. J'ai hâte d'être à votre mariage avec **Simon** !

Philippe, merci de tes pensées, je suis toujours touchée par tes messages pour mon anniversaire, j'ai beaucoup de chance de t'avoir comme parrain.

Merci à toute la famille **Beaumont** et **Le Rendu.**

A la famille Jessica

Merci pour tous ces bons moments passés avec vous.

A mes ami(e)s du Loquidy,

Sophie, le temps passe mais pas les souvenirs. Un million de merci pour tout, je ne t'oublie pas.

Maylis, notre amitié solide me rassure. Merci pour tous les bons moments passés avec toi à Nantes à Paris, à Biarritz et même au Brésil et au Canada. Je sais que malgré la distance nous continuerons à rester proches.

Chloé, merci pour ton énergie et ton amitié, je ne peux pas m'empêcher de rire en repensant à 2-3 anecdotes du collège.. !;-) je vous souhaite beaucoup de bonheur avec **Patrick** et … ? ! Hâte de la rencontrer !

Mathilde, merci pour ta franchise et ton humour. Je passe toujours de bons moments avec toi et je suis contente que notre amitié soit toujours aussi forte.

Sarah, merci pour tout ce que nous avons partagé, on ne se voit plus beaucoup mais je garde espoir de réussir a te voir à Paris, Nantes ou Montpellier ;-)

Vincent, merci pour ton enthousiasme permanent, merci pour toutes les soirées et vacances que tu as organisé, c'est en grande partie grâce à toi que l'on continue de se voir. Merci pour ton écoute, tes conseils et ton amitié.

Merci à tous les autres que je ne vois plus beaucoup mais que je n'oublie pas, Romain, JB, Petaux, JF...

Magali et Jean loup, merci pour tout vos petits plats, pour les apéros, pour nos discussions. Merci de continuer à faire vivre Sophie.

A mes ami(e)s de l'externat,

Sandrine, Sansan, stach, babe, merci pour tant de choses, ton amitié est si précieuse, merci pour tous nos fou rires, nos soirées pas toujours « sécures » , notre coloc, merci aussi pour ta compréhension, ton soutien, tu as les mots qu'il faut quand j'en ai besoin. Je vous souhaite plein de bonheur avec **Romain** et le magnifique **Léonard** !

Maëlle, de la P2 à aujourd'hui, nous avons partagé tellement de choses, je suis chanceuse de t'avoir à mes cotés. Tu sais comme tu comptes pour moi, ça ne changera pas. Merci pour tout. Hâte de venir à votre mariage avec **Valentin**.

Merci à **Marine**, le marin du groupe, **Anne claire** la folle/+/- drôle/rousse, Diane la faschionista, Gathou la sportive,avec qui nous avons passé du temps durant nos études, plus ou moins sérieusement, je suis contente que nous continuions a nous voir lors de nos WE entre filles.

A mes ami(e)s de Nantes

Julia, ma copine sportive, je ne t'ai pas suivi à Grenoble mais les triathlons nous rapproches ;-).

Au delà du sport nos soirées et ton caractère bien trempé me manque, tu dis toujours ce que tu penses et j'adore ça, je te souhaite plein de bonheur avec **Pierre**.

(je ne sais pas dans quelle paragraphe te ranger car tu sais qu'on ne sait pas comment nous nous sommes connues !!)

Marie, merci pour ta bonne humeur, je n'ai que de bons souvenirs de tout le temps que nous avons passé à l'UNA, j'ai hâte de rencontrer **Claire** !

Eliot, J'espère que tu es là aujourd'hui.. ! Merci pour tous les moments passés ensemble, merci pour tes réflexions qui m'ont donné quelques réponses, mais cesse parfois de chercher un sens à la vie, pas sure que tu trouves;-) je te souhaite beaucoup de bonheur dans la médecine et j'espère que ce sont tes dernières études.

A l'équipe Bitteroise

Toto et Simon, merci pour toutes ces fins de soirées tous les 3, merci pour votre bonne humeur, votre gentillesse et votre goût de la fête. Merci pour votre côté organisateur d'événement, à l'arrache ou avec perfectionnisme (je ne dirai pas qui est qui !), que des bons souvenirs !

Margaux, merci pour ton amitié depuis le début, merci pour tes conseils, ton soutien et ta motivation pour m'emmener faire du sport ! Quand est ce qu'on s'inscrit à un triathlon toutes les 2 ?

Morgane, j'adore les soirées que l'on passe ensemble à parler de tout et de rien (et surtout à manger!) ton amitié est précieuse.

Sich, tu es toujours présent quand il y a de l'ambiance, merci pour tous les verres que tu m'a (re)servi et merci pour ta gentillesse, j'ai hâte de travailler avec toi;-) ! Je vous souhaite beaucoup de bonheur a tous les 2.

Céline et Julie, vous êtes vraiment trop bien comme copines, merci pour tous nos fous rires, nos séances potins, sportives ou cocooning, j'espère que l'on restera toujours aussi proches.

Merci à tous les autres, **Clara** la folle qu'on adore, **Estelle** la diyeuse de l'extrême, Aurélie l'antillaise fêtarde casse cou, **Justine** la fêtarde sportive, **Nico** Monsieur muscles gentil (dans ma tête tu es Bitterois aussi!), **Mehdi** le beau goss, **Chakir** le nouveau radiologue, **Radia l**a femme à la bague (je me souviens encore du jour ou tu

nous l'as montré, elle est trop belle !!) **Lulu** la belle urgentiste, **Barbie et jacques** les bientôt nouveaux premiers parents ! Et tous les autres !

A ceux de la Colombière (qui ont été aussi à Béziers parfois!)

Merci pour les soirées dans le salon, dans nos chambres dans la cuisine ou dans le jacuzzi !

Camille depuis notre déguisement de P2 il s'en est passé des choses !! J'ai hâte de voir votre famille grandir (et s'agrandir?) avec **Vincent** et **Paul.**

Clolo merci pour ton sourire, ta bonne humeur, ton énergie mais aussi ton coté pestouille que j'adore, je vous souhaite pleins de bonheur avec **Lyla** et **Seb**.

Marine et Guillaume grâce à qui j'ai découverts des cocktails et des licornes (sous toutes leur formes!);-)

David l'urgentiste, 1 an de co-internat et toujours agréable de travailler avec toi, je te souhaite pleins de belles choses pour la suite.

A l'équipe de Sète

Monsieur Fille, merci pour votre enseignement et votre bienveillance.

Hamza et **Arthur** je me souviendrai longtemps de ce semestre et de nos soirées, merci pour votre bonne humeur communicative.

A mes co-internes de Nîmes

Merci à **Lisa**, **Sarah**, **Mélissa**, **Alex**, **Camille,** pour toutes ces heures passées dans le train, ou avec Michou, j'ai hâte de vous revoir.

Merci à **Louna Candice**, **Blanche** et **Thomas** pour la coloc de Montpellier, petite mention spéciale pour **Nala** et **Rio** !

A l'équipe de DIAGORA

Merci à **Patricia** et **Amadou** pour votre enseignement, pour m'avoir donné le goût de travailler à l'hôpital et surtout pour votre bienveillance. Merci aussi pour votre confiance à me laisser intégrer l'équipe pour cette année.

Merci à **Martin**, le chef cool, pour ton aide pendant ce semestre et merci de m'avoir fait découvrir SOS !

Un grand merci à l'équipe infirmier(e)s de DIAGORA sans qui ce semestre n'aurait pas été le même, en particulier à **Vincent,** ton soutient en toutes circonstances est une aide

précieuse, **Julie**, **Marion**, **Mounia, Flo...** mais aussi **Fabienne** pour tous les courriers relus avec patiente et **Benjamin** notre super cadre

Merci **Mymy,** ma co-interne de Diagora mais surtout amie depuis. Je suis si contente de t'avoir rencontrée, merci pour toutes tes qualités (ta délicatesse, ta douceur, ton humour, ta cuisine et j'en passe!) J'ai hâte que l'on passe des vacances ensemble avec **Zazou**, je vous souhaite beaucoup de bonheur à toutes les 2.

A l'équipe de la PASS

Merci à **Anne**, je te souhaite plein de bonheur comme IPA, à **Aurélie**, **Lili, Lola**, **Jessica, Nathalie** de m'avoir accueillie pendant mes heures de recueil, merci pour votre bonne humeur et votre enthousiasme. Et encore merci à Sophie de m'avoir soutenue pendant ce travail.

A Jessica, merci de faire partie de ma vie, je suis chanceuse de t'avoir à mes côtés.

Merci pour tout le bonheur que tu m'apportes au quotidien. Merci aussi pour tes relectures et conseils pour cette thèse qui m'ont beaucoup aidé. Je suis fière de ce que nous construisons toutes les deux et je suis impatiente de continuer notre vie ensemble.

Table des matières

Liste des abréviations 19
Introduction 20
PREMIERE PARTIE : Données de la littérature 21
1 Organisation du système de santé en France 21
1.1 Généralités 21
1.2 Une organisation complexe 22
1.3 Financement du système de soins 24
1.4 Le parcours de soin 32
1.5 Évolution récente : Assistants médicaux et IPA 34
2 Précarité et maladies chroniques, place des PASS 56
2.1 Précarité 56
2.2 Pauvreté 58
2.3 Les inégalités sociales de santé 62
2.4 Maladies chroniques 66
2.5 Maladies chroniques et précarité 72
2.6 Les dispositifs de couverture sociale 77
2.7 Place et organisation des PASS 79

DEUXIEME PARTIE : Étude des caractéristiques médico-sociales des patients consultants à la PASS de Montpellier 94
1 Introduction 94
2 Matériels et méthodes 94
3 Résultats 96
4 Discussion 108
Conclusion 111
ANNEXES 122
BIBLIOGRAPHIE

Liste des abréviations

ACS : Aide à la Complémentaire Santé
ALD : Affection Longue Durée
AME : Aide Médicale d'État
AOMI Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Assistante Sociale
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CMU : Complémentaire Maladie Universelle
CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DCS : Dépense Courante de Soins
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EPICES (score) :Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé
ETP : Équivalent Temps Plein
ETT : Échographie trans-thoracique
FMI : Fond Monétaire International
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital Patients Santé et Territoires
HTA : Hypertension Artérielle
IADE : Infirmière Anesthésiste Diplômée d'État
IBODE : Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'État
IDE : Infirmière Diplômée d'État
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INVeS : Institut National de Veille Sanitaire
IPA : Infirmière en Pratique Avancée
IRC : Insuffisance Rénale Chronique
MC : Maladie Chronique
MDPH : Maison Départementales pour Personne Handicapées
MG : Médecin Généraliste
MIG : Mission d'Intérêt Général
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONPES Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
PUMA : Protection Universelle Maladie
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PIB : Produit Intérieur Brut
PRS : Programmes Régionaux de Santé
SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile
TA : Tension Artérielle
TAS : Tension Artérielle Systolique
TAD : Tension Artérielle Diastolique

Introduction

Dans un contexte de recours aux soins de plus en plus difficile, maintenir une qualité et un accès aux soins pour les plus démunis est un challenge d'envergure.

Bien que la France soit le 29ème pays du monde au classement des PIB/habitants selon le Fond Monétaire International (FMI) en 2017, c'est aussi un pays riche de contrastes sociaux avec des différences de revenus par habitant très importantes en fonction des différentes classes sociales.

De la même façon, si l'état de santé des Français est en perpétuelle amélioration avec une espérance de vie qui ne cesse de croître, on sait que cette évolution présente des inégalités dans la population, notamment lorsque l'on s'intéresse aux différences entre catégories sociales : ce sont les inégalités sociales de santé.
Un rapport de l'Académie de Médecine a récemment fait état d'un constat préoccupant, mentionnant que les personnes précaires présentaient une dégradation de leur état de santé contrairement à la majorité du reste de la population (1).

Les pathologies chroniques, problème de santé publique majeur par leur nombre croissant et les dépenses qu'elles entraînent, font partie de ces situations d'inégalité.
En effet, même si les pathologies chroniques touchent l'ensemble des catégories socio-professionnelles, leur prévalence est plus importante dans les populations précaires. Par ailleurs, la précarité est un facteur défavorable d'évolution de ces maladies.

Toutefois, le système de santé français est décrit comme l'un des plus efficaces et des plus justes du monde par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).
De nombreuses actions ont ainsi déjà été mises en œuvre pour faciliter l'accès aux soins des plus démunis, grâce notamment à la création des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) au sein des hôpitaux.

D'un autre côté, le manque de médecins sur le territoire se fait de plus en plus ressentir, impactant l'accès aux soins notamment des publics précaires (mobilité, dépassement, fracture numérique, etc..)

Devant la pénurie de professionnels médicaux, les pouvoirs publics mettent en place des stratégies inspirées d'expériences étrangères afin de répondre à la demande de soins en perpétuelle croissance.

Ainsi, la formation des Infirmières en Pratique Avancée (IPA) débute en France mais existe déjà outre-Atlantique depuis plus de 50 ans.
Si la définition précise des IPA reste relativement floue dans la communauté médicale internationale, la législation française a assez clairement limité ses domaines de compétences à certaines pathologies chroniques.

La PASS accueillant la demande de soins des plus démunis, il nous est apparu intéressant d'évaluer le nombre de patients qui pourraient relever d'une prise en charge par une IPA dans cette structure.

PREMIERE PARTIE : Données de la littérature

1 Organisation du système de santé en France

1.1 Généralités

Le système de soins a pour objectif l'amélioration de la santé en participant aux soins et à la prévention de ses usagers.
L'OMS, dans son rapport sur la santé dans le monde en 2000, classe le système de santé français comme le plus performant en termes de dispensation et d'organisation des soins (2).
Plus récemment, une étude américaine menée par une organisation non gouvernementale a comparé les systèmes de santé des pays développés. En se basant sur la mortalité évitable (rapport entre le nombre annuel moyen de décès évitables sur le nombre d'habitant de moins de 75 ans), elle classe également la France en 1ère position (3).
En 2016, l'accessibilité du système de soins français a par ailleurs été saluée dans un article du Lancet (4).

1.2 Une organisation complexe

Le système de soins français est caractérisé par une grande complexité.
Son organisation actuelle est au cœur des débats des réformes sur la santé.
Trois acteurs le composent, avec, pour chacun d'eux, des fonctions spécifiques :
- les institutions, chargées de l'organisation administrative et financière ;
- les acteurs de santé ;
- les usagers (les patients).

a. Les institutions :

- Au niveau national, c'est le ministère des solidarités et de la santé qui est aux commandes des politiques de santé publique, de veille et de sécurité sanitaire, notamment via des institutions telles que l'Institut National de Veille Sanitaire (INVeS), ou la Haute Autorité de Santé (HAS).
Il participe également à la supervision et au soutien financier des établissements sanitaires et médico-sociaux.
- Au niveau régional : ce sont les Agences Régionales de Santé (ARS), créées en 2009 avec la loi « Hôpital, patients santé et territoires » (HPST) . Elles mettent en œuvre au niveau régional la politique nationale de santé.
Elles sont donc en charge de la prévention, des soins et des actions médico-sociales en établissant des programmes régionaux de santé (PRS).
Les ARS ont pour objectif de permettre un accès égal pour tous à une prise en charge continue et de qualité.
Elles assurent ainsi la supervision des structures au niveau local permettant une prise en charge organisée des « soins primaires », centrés autour des médecins généralistes, et qui a pour objectif la permanence des soins.

b : les acteurs de santé :

Ils opèrent à l'échelon local. Ce sont :
- Les cabinets de ville, maisons ou centres de santé (médecins, paramédicaux).
- Les établissements hospitaliers : les hôpitaux publics, les cliniques privées à but lucratif et les établissements privés d'intérêt collectif.
- Les établissements médico-sociaux : comme les Établissements d'Hébergement pour

Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), les Maisons départementales pour personnes handicapées (MDPH).
Par ailleurs, ces dernières années se sont développées différentes structures permettant une alternative à l'hospitalisation classique. Parmi elles nous pouvons citer : l'Hospitalisation A Domicile (HAD), les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD).

Afin d'améliorer l'organisation territoriale, plusieurs instances ont été créées par la loi HPST tel que le conseil territorial de santé qui gère notamment les contrats entre l'ARS et les professionnels de santé territoriaux.
Les hôpitaux ont également été regroupés en Groupement Hospitalier de territoire (GHT) permettant d'organiser des filières de soins et des parcours simplifiés pour les patients.

Avec la loi « ma santé 2022 », l'objectif est de développer des hôpitaux de proximité et des structures d'exercice coordonnées tels que les maisons ou les centres de santé, dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

c : Les usagers du système de soins :
ils participent également à l'organisation du système de soins via les associations de défense des malades par exemple (5) (Figure 1).

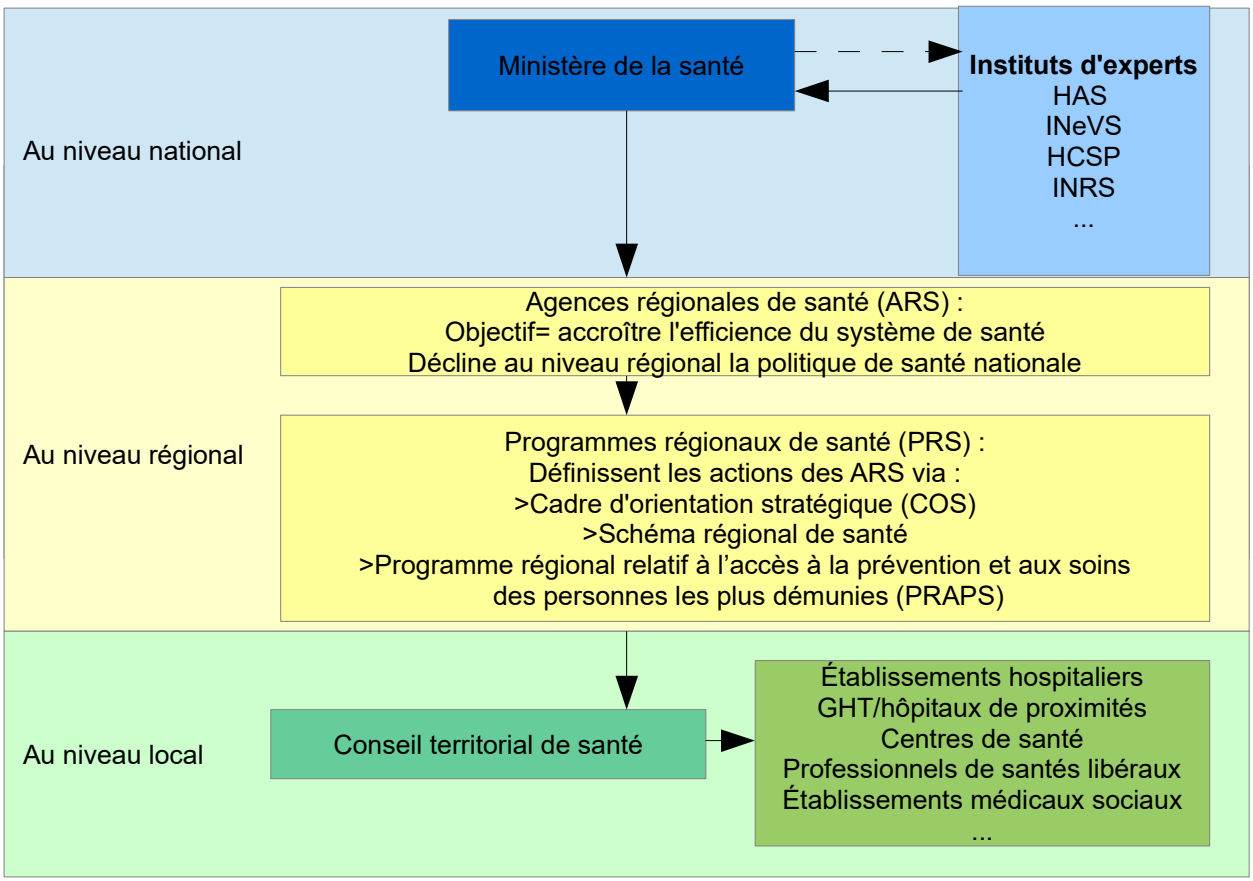


Figure 1 : Organisation du système de soins

1.3 Financement du système de soins

1.3.1 Les acteurs

Les dépenses de santé sont financées par :

- la branche maladie de la sécurité sociale ;
- les assurances maladie complémentaires ;
- l'état ;
- les ménages.

a : La branche maladie de la sécurité sociale :

Elle est basée sur le principe de solidarité large avec obligation d'adhésion et de cotisation des usagers. Elle est composée de plusieurs régimes dits « régimes d'assurance maladie obligatoires », basés sur le type de profession : le régime général (qui gère les salariés et indépendants), le régime Agricole, et les régimes dits « spéciaux » (les employés de la Marine, de la SNCF, des mines, de la RATP, d'EDF-

GDF, de l'assemblée nationale, du Sénat, des clercs et employés de notaires).
A noter que chacun de ces régimes est sous la gestion de l'état par l'intermédiaire de différents ministères : le ministère de l'agriculture pour le régime agricole, le ministère de la santé pour le régime général.
La sécurité sociale prend en charge une partie des dépenses de santé.
Selon le type de recours aux soins, l'assurance maladie va rembourser un certain pourcentage, par exemple pour une consultation de médecine générale l'assurance maladie prend en charge 70% du montant soit 17,50€.

b: Les assurances maladie complémentaires :

Ce sont les mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance.
Elles permettent de couvrir, selon le contrat souscrit, certaines des dépenses de soins qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie obligatoire.
Il s'agit principalement du ticket modérateur qui correspond à la part restant à la charge du patient une fois que l'assurance maladie a remboursé sa part.
Il consiste à faire participer l'assuré aux dépenses de soins de façon à limiter d'éventuels abus.
Il s'applique à tous les soins de santé remboursables mais est variable selon les prestations.
Par ailleurs, il est majoré en cas de non respect du parcours de soin coordonné.
Les complémentaires santé prennent également en charge les forfaits hospitaliers : c'est un forfait fixe dû par le patient pour chaque journée d'hospitalisation. Il est fixé par arrêté ministériel : depuis le premier janvier 2018 il est de 20€ en clinique ou en hôpital et de 15€ par jour en établissement psychiatrique.

c: L'état :

Il finance principalement ce qui concerne la recherche, la formation des professionnels de santé, la prévention. Il finance également tout ou partie des organismes d'aide à la couverture sociale que sont la complémentaire Maladie Universelle (CMU) et l'Aide Médicale d'Etat (AME).(voir chapitre 2.6) .

d: la participation des ménages :

Elle est classiquement désignée comme le « reste à charge » des ménages, elle n'inclut toutefois pas le coût des assurances complémentaires pourtant payées par les

usagers.

Cela correspond donc à tout ce qui n'est pas couvert par l'assurance maladie obligatoire, l'état ou les assurances complémentaires :

- la participation forfaitaire de 1€ par consultation et par acte de biologie ou de radiologie ;
- les franchises : Il s'agit d'une participation obligatoire du patient sur les boites de médicaments, actes paramédicaux et les transports hors hospitalisation.

Leur montant est de : 0,5€ par boite de médicament, 0,5€ par acte paramédical (dans la limite de 2€ par jour), 2€ par transport sanitaire (dans la limite de 4€ par jour). Le montant des franchises est plafonné à 50€ par an.

Certains actes paramédicaux et matériel médical non pris en charge par les complémentaires, les dépassements d'honoraires, et bien évidemment les majorations en cas non-respect du parcours de soins coordonné (6) (7) (Figure 2).

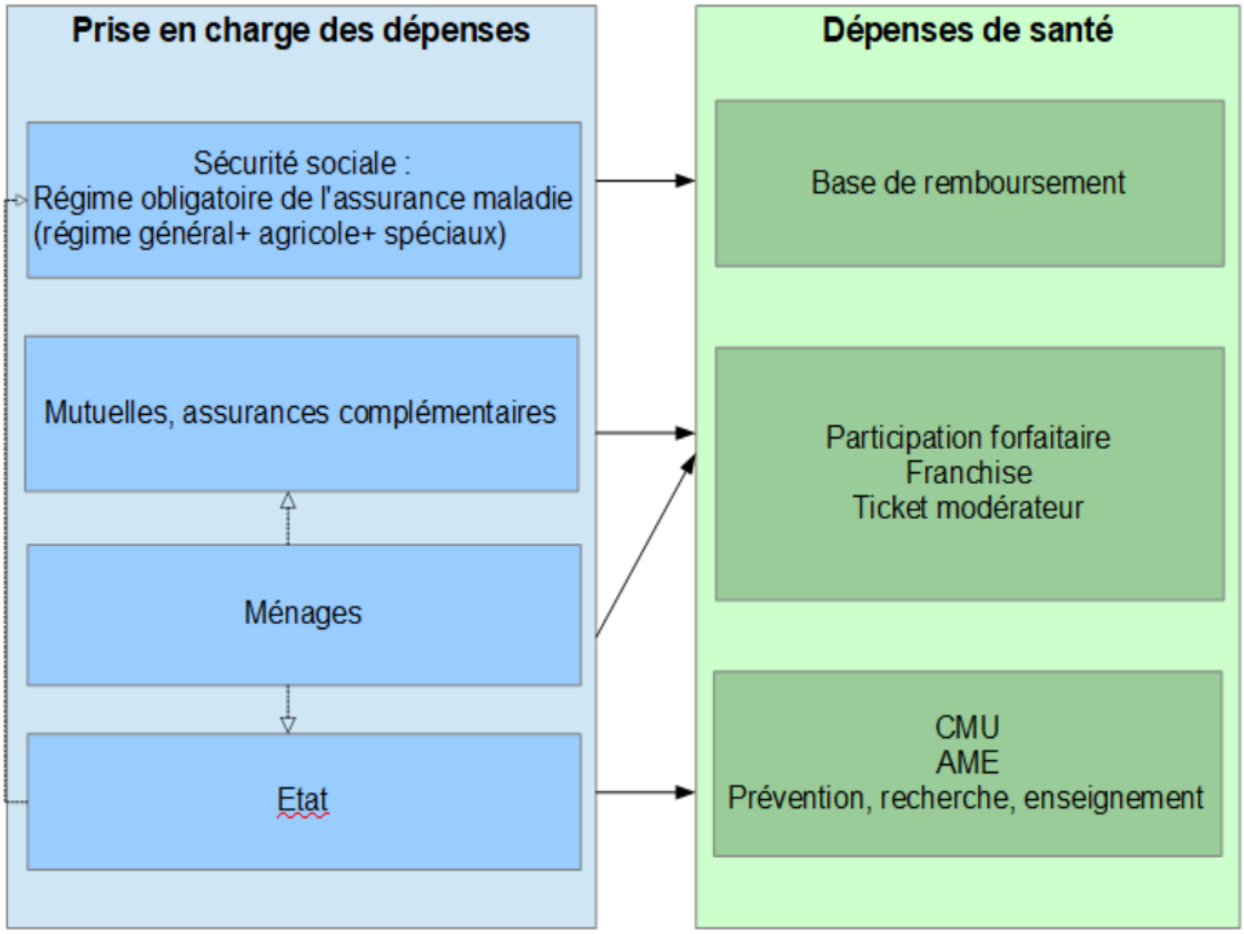


Figure 2: Financement des dépenses de santé

Afin d'éviter que certains patients renoncent aux soins en cas de difficulté financière,

plusieurs situations permettent une exonération du ticket modérateur, du forfait hospitalier et de la participation forfaitaire : Tableaux 1, 2, 3, 4.

- les frais de santé médicaux remboursables , à partir du 1e jour du sixième mois de grossesse jusqu'au 12e jour après l'accouchement,
- les frais d'hospitalisation ainsi que tous les soins dispensés en établissement de santé pour les nouveau-nés, dans les 30 jours suivant leur naissance
- les soins liés à un accident du travail ou une maladie professionnelle
- les soins et traitements visés par le protocole de soins établi pour une ALD
- les soins médicaux, examens et médicaments pour les titulaires d'une pension d'invalidité
- les analyses de laboratoire relatives au dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C
- les frais liés aux interruptions volontaires de grossesse ;
- les contraceptifs pour les mineures
- les soins en lien direct avec un acte de terrorisme pour les victimes figurant sur la liste officielle des victimes établie par le Parquet de Paris
- les examens de prévention bucco-dentaire des enfants à partir de 6 ans
- les frais d'hospitalisation de plus de 30 jours (à partir du 31e jour d'hospitalisation consécutifs)
- les frais de santé des personnes bénéficiaires des pensions militaires d'invalidité.

Tableau 1: Situations d'exonération du ticket modérateur

- femme enceinte hospitalisée pendant les 4 derniers mois de grossesse, ou pour l'accouchement ou pendant les 12 jours après l'accouchement ;
- bénéficiaire de la CMU, de l'AME ou de l'ACS
- enfant hospitalisé dans les 30 jours suivant sa naissance
- hospitalisation due à un accident du travail ou à une maladie professionnelle
- HAD
- enfant handicapé de moins de 20 ans hébergé dans un établissement d'éducation spéciale ou professionnelle
- titulaire d'une pension militaire
- victime d'un acte de terrorisme pour les soins en rapport avec cet événement
- bénéficiaires du régime d'Alsace Moselle

Tableau 2: Situations d'exonération du forfait hospitalier

- consultations des enfants et des jeunes de moins de 18 ans
- à partir du 1er jour du sixième mois de grossesse et jusqu'au 12e jour suivant l'accouchement
- bénéficiaire de la CMU, AME et ACS

À noter :

Les titulaires d'une pension militaire d'invalidité et des victimes de guerre sont dispensés de la participation forfaitaire mais uniquement pour les soins délivrés en rapport avec l'invalidité.

Tableau 3: Situations d'exonération de la participation forfaitaire

-Les bénéficiaires de la CMU, de l'AME et de l'ACS ;
-Les femmes enceintes pour les examens obligatoires du 1er jour au 6eme mois de grossesse au 12ème jour après l'accouchement ;
-Les miliaires et victimes de guerres titulaires d'une pension d'invalidité pour les soins nécessité par les infirmités donnant lieu à pension ;
-Les médicaments délivrés au cours d'une hospitalisations ;
-Les actes paramédicaux délivrés au cours d 'une hospitalisation ;
-Les transports d'urgence.

Tableau 4 : Situations d'exonérations des franchises

1.3.2 Les chiffres

En 2017, la France a consacré au total 11,5% de son Produit Intérieur Brut (PIB) soit 270,8 milliards d'euros à la santé. C'est 1,1 point de plus que la moyenne de l'Union Européenne. Toutefois, le critère de la part de PIB consacrée au système de santé semble peu lié à son efficacité, puisque la part du PIB des États-Unis consacrée à la santé est de 15% pour un état de santé de la population relativement moyen.
Par ailleurs, la France est le pays où le reste à charge des ménages est le plus faible en part de dépense courante de soins.
La contribution au système de soins de chacun de ses acteurs n'est pas égale :
le principal financeur du système de soin est représenté par :

a : la sécurité sociale avec 77,8% de la dépense en 2017.
Cette contribution a progressé en moyenne de 0,2% par an depuis 2008 principalement en raison d'un vieillissement de la population et d'une hausse des maladies chroniques.
La sécurité sociale ne finance pas tous les secteurs à part égale, ainsi elle a participé à:

91,6% des dépenses du secteur hospitalier ;
65,1% des soins de ville ;
69% des dépenses destinés aux médicaments ;
44,6% des frais relatifs aux « autres biens médicaux ».

b : les organismes complémentaires avec 13,2% de la dépense en 2017.
Ils contribuent à 21,3% des soins de ville et 38,2% des « autres biens médicaux » (qui correspondent notamment aux prothèses, auditives, lunettes, etc).

c : l'état avec 1,5% de la dépense en 2017.
Ses principales dépenses concernent les dépenses liées à la prévention (28%), à la recherche médicale et pharmaceutique (29%), la formation des professionnels de santé (15%), la CMU (13%), l'AME (8%), les dotations pour les hôpitaux militaires (8%) et enfin les coûts de gestion du système de santé (7%).
La participation de l'état aux dépenses de soins et de biens médicaux ne représentait que 1,4% en 2014.

d : le reste à charge des ménages
En 2017, les ménages participent à 7,5% des consommations de soins et de biens médicaux (8) (Figure 3).

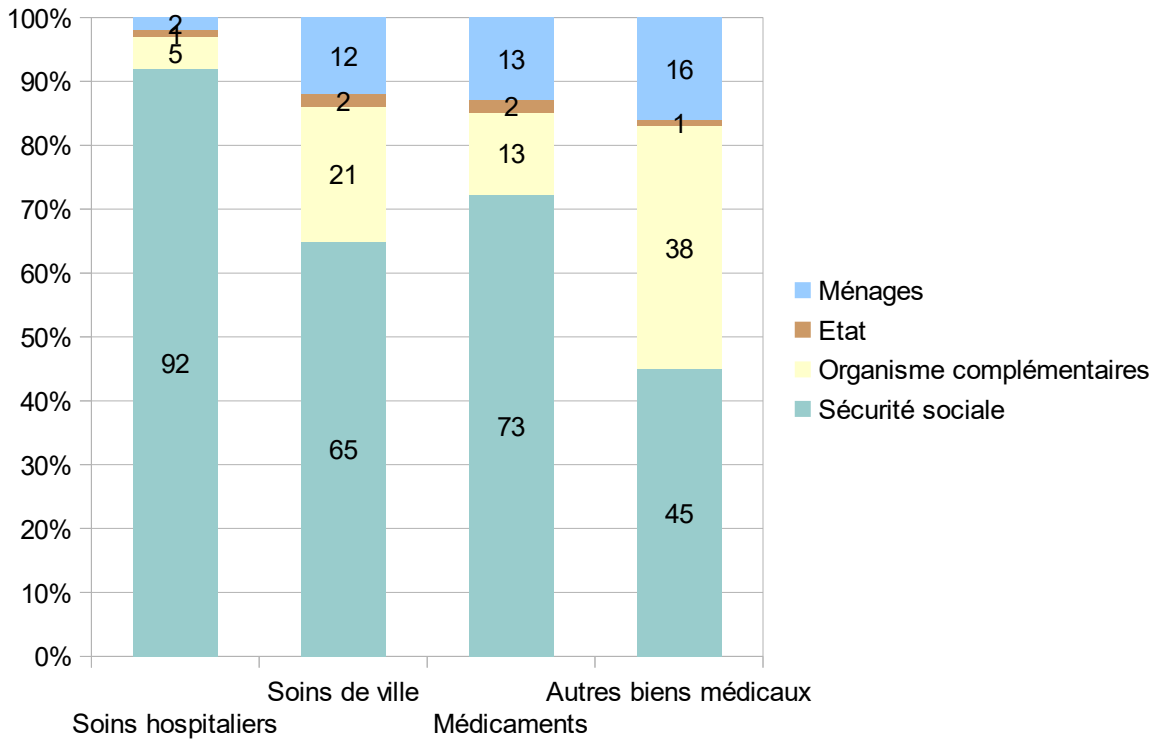


Figure 3 : Financement de la consommation de soins et de biens médicaux en 2017. source DREES comptes de la santé.

1.4 Le parcours de soin

1.4.1 Définition

Le parcours de soin correspond à la prise en charge globale, fluide et continue du patient.

Il inclut donc l'ensemble des actions de prévention, de soins et d'accompagnement.

Mis en place par la loi du 4 août 2004 relative à l'assurance maladie, il consiste à confier au médecin traitant la coordination de l'ensemble des soins d'un même patient dans un but de rationalisation des soins.

1.4.2 Objectifs

- Fluidifier la prise en charge des patients et donc limiter les délais de prise en charge par une meilleure communication entre spécialistes et généralistes, autrement dit avoir les bons soins au bon moment.

- Assurer un meilleur suivi des patients par la centralisation des informations auprès du généraliste.
- Permettre une meilleure prise en charge des dépenses de santé par une orientation, un recours aux spécialistes et plateaux techniques adaptés au patient, en évitant la duplication des examens.

L'organisation en parcours permet notamment de répondre au développement croissant des maladies chroniques et aux situations de perte d'autonomie qui impactent la vie quotidienne du patient.

1.4.3 En pratique

En ville, le patient doit consulter son médecin traitant en premier recours pour son suivi médical, à défaut, il sera moins bien remboursé.

Le dispositif concerne tous les assurés sociaux et leurs ayants droit de plus de 16 ans, y compris les bénéficiaires de la CMU et les bénéficiaires d'exonération de ticket modérateur.

En revanche, il ne s'applique pas : aux enfants de moins de 16 ans, aux migrants, aux bénéficiaires de l'AME, aux ressortissants de la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

D'autre part, le parcours de soins ne concerne pas les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les gynécologues, les ophtalmologues, les psychiatres ou neuropsychiatres, ni les stomatologues.

1.4.4 Le médecin traitant

Il doit être déclaré par les assurés sociaux auprès de leur organisme gestionnaire d'assurance maladie.

Les assurés ont le libre choix et peuvent désigner un médecin exerçant en secteur libéral ou dans un établissement de santé avec l'accord de ce dernier.

Le choix de l'assuré peut s'effectuer et peut être modifié à tout moment (9).

1.5 Évolution récente : Assistants médicaux et IPA

1.5.1 Généralités

Dans son projet de loi « ma santé 2022 », Agnès Buzin, ministre de la santé, souhaite améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées.

C'est dans ce but que sont nés les premiers textes portant sur le rôle et la formation des infirmiers en pratique avancée et les assistants médicaux (10).

1.5.2 Les Assistants médicaux

La ministre de la santé a déclaré vouloir créer 4000 postes d'assistants médicaux d'ici 2022, en participant financièrement à leur développement auprès des médecins libéraux, sous certaines conditions : ces médecins devront, entre autres, exercer en groupe, s'inscrire dans un exercice coordonné, s'engager à augmenter leur patientèle, et diminuer leur délai de rendez-vous.

Parmi les taches que les assistants médicaux seront amenés à accomplir, nous pouvons citer : l'accueil des patients, le recueil de certaines constantes (poids, taille, température...), le recueil d' informations relatives à l'état de santé, la vérification de l'état vaccinal et des dépistages, la mise à jour des dossiers et la gestion d'aval des consultations (pré-remplissage de documents administratifs, prise de rendez-vous avec les spécialistes de recours, programmation des admissions en établissement hospitalier…) (10).

Leur but est donc de décharger les médecins de leur tâches « non médicales » afin de les rendre plus disponibles.

Les assistants médicaux existent déjà dans plusieurs pays tels que les États-Unis ou l'Allemagne où ils étaient presque 50 000 en 2002.

1.5.3 Les IPA

a- Naissance/ Objectif:

Les pouvoirs publics se sont penchés sur les possibilités d'évolution des champs de

pratiques de l'infirmière, dans le contexte global de pénurie de médecins, tout en ayant le souci d'une amélioration de l'offre de soins.
La formation d'infirmières spécialisées dans certains domaines spécifiques permettrait alors de déléguer certaines tâches tout en limitant les coûts.
Par ailleurs, cette nouvelle spécialisation infirmière augmenterait l'attrait pour cette profession en diversifiant les perspectives de carrière.

b- Définition :

Il n'existe pas de réel consensus au niveau international pour la définition de la pratique infirmière avancée, le Conseil International des Infirmières a néanmoins proposé la définition suivante :
« Une infirmière praticienne/en pratique infirmière avancée est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Un master est recommandé comme diplôme d'entrée » (CII, 2008) (11).

Les premières études portant sur la définition de la pratique avancée datent des années 1990.
En 1993, Fenton et Brykczynski ont ainsi décrit les similitudes et les différences entre les infirmières cliniciennes et les infirmières praticiennes : tandis que les infirmières cliniciennes sont d'avantages impliquées dans la recherche ou l'encadrement des autres infirmières, les infirmières praticiennes sont plus axées sur la prise en charge ambulatoire et l'éducation des patients (12).
Le premier modèle pour décrire la pratique avancée retrouvé dans la littérature provient de Hamric *et al.* en 1996. Il propose une approche conceptuelle et définit les caractéristiques et les qualités que l'IPA doit présenter.
Quelle que soit la définition précise de leur activité, la pratique avancée inclut des capacités en pratique clinique, en éducation thérapeutique, en recherche et en gestion d'équipe/ leadership (Figure 4).

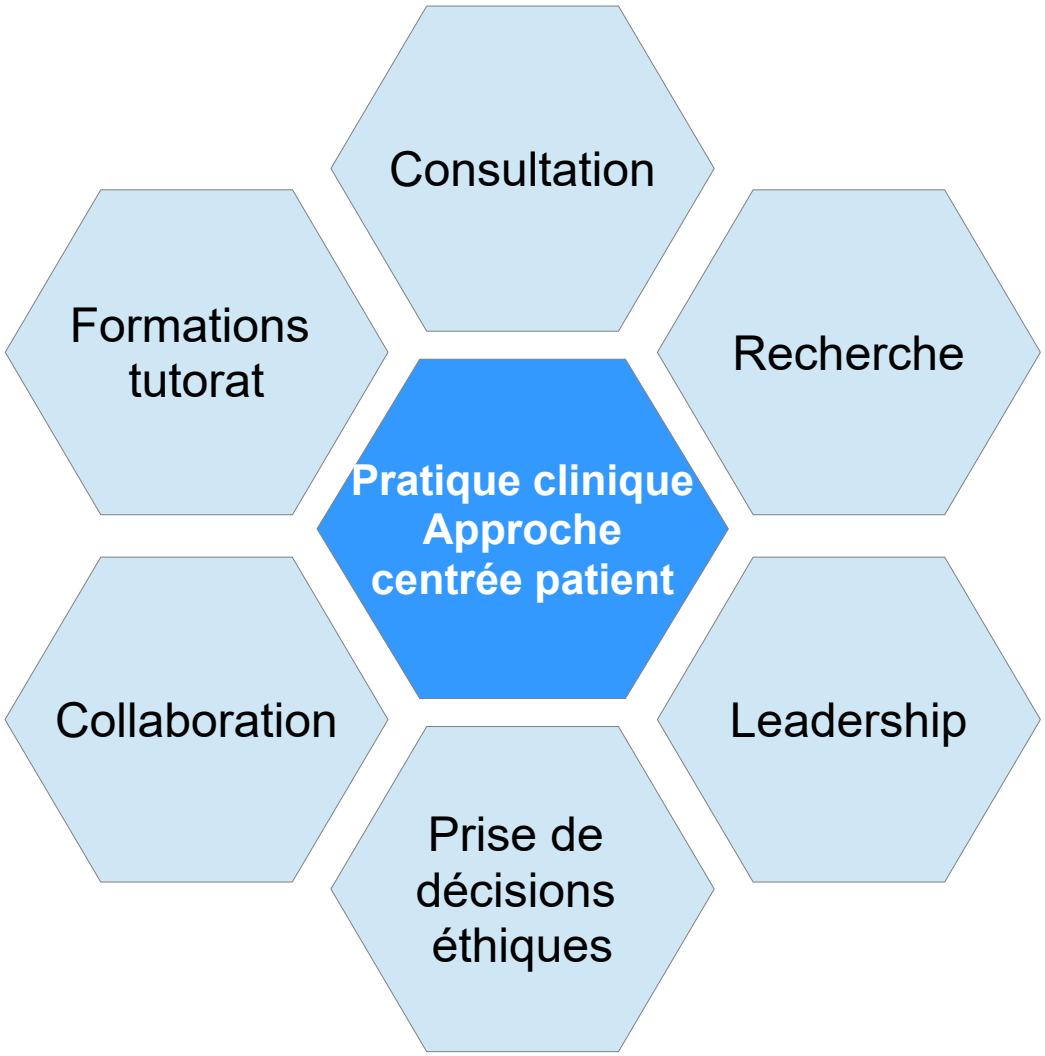


Figure 4: Les domaines de compétences de l'IPA d'après Hamric et al. 2009

Dans le Journal of Advanced Nursing en 2004, Denise Bryant-Lukosius *et al.* définissent le terme « avancée » et décrivent les caractéristiques qui différencient les IPA des infirmières diplômées d'état (IDE) : les IPA sont des infirmières spécialisées dans la prise en charge d'une population spécifique de patients atteints de pathologies complexes. Elles ont acquis de nouvelles connaissances et un élargissement du champ de compétence notamment en terme d'autonomie.

Enfin, le terme avancée intégrerait également la notion de recherche, de mise à jour des connaissances ainsi que de formation des nouvelles infirmières (12).

c-Les IPA dans le monde

Bien que la pratique infirmière en France n'en soit encore qu'à ses prémices, l'activité de pratique avancée est déjà très développée dans de nombreux pays.

Les premiers pays à avoir promus les infirmières praticiennes sont les États Unis et le Canada, au milieu des années 60, dans un objectif d'amélioration de l'accès aux soins primaires dans les zones rurales ou reculées.
C'est dans ce même objectif que le Royaume Uni commence à former des IPA à partir des années 70.
Dans son ouvrage « Advanced practice nursing, an integrative approach » , Ann B Hamric retranscrit l'histoire de la naissance et du développement des IPA aux États Unis avec d'abord, la reconnaissance des infirmières sages-femmes dès le milieu des années 50, puis des infirmières pédiatriques, le développement de programmes de formation d'infirmières cliniciennes en 1979, puis l'ouverture d'universités pour les infirmières praticiennes en 1985 (13).

Par la suite, plusieurs autres pays ont souhaité appliquer ce concept comme l'Australie et la Finlande qui ont déjà mis en place des programmes de formation avancée depuis les années 2000.
Aux États-Unis, les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées représentaient respectivement 6,5 % et 2,5 % du nombre total des infirmières en 2008.
Au Canada, cette proportion est beaucoup plus faible : en 2008, les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées représentaient seulement 0,6 % et 0,9 % des infirmières (14).

d- Les différentes catégories et le rôle de l'IPA

Longtemps, le rôle des IPA n'était pas clairement défini, et leur champ de compétence flou. Mais avec le développement de la profession, leur activité s'est précisée et différentes formes d'exercices sont apparu en fonction des pays (15).

Aux États Unis, les IPA sont divisées en catégories bien sectorisées. On distingue : les Infirmières cliniciennes, les infirmières sages-femmes, les infirmières praticiennes, les infirmières anesthésistes.
Au Royaume Uni, il existe quatre catégories d'IPA : les infirmières cliniciennes spécialisés, les infirmières praticiennes, les infirmières consultantes et enfin, les « community matrons », mais leur domaine de compétence n'est pas défini par une législation spécifique, ce qui peut poser problème quand à la responsabilité juridique en cas de litige. Toutefois, cela réduit les obstacles à la modification de leur champ de

pratique (14) .

En France, on distingue essentiellement 2 catégories :

- les infirmières praticiennes qui vont essentiellement jouer un rôle dans les soins primaires en étant capable de suivre des pathologies chroniques, de prescrire certains traitements et tests de dépistage, de réaliser des actions de prévention et d'éducation de la santé.

- Les infirmières cliniciennes spécialisées, dont l'objectif est de promouvoir la qualité des soins et la sécurité des patients en formant et en encadrant le personnel infirmier, incluant donc la notion de développement professionnel continu, principalement au sein des hôpitaux. Elles exercent principalement en cancérologie.

A noter que les infirmières anesthésistes (IADE), les infirmières puéricultrices (IPDE), les cadres de santé, et les infirmières de bloc (IBODE), bien qu'elles soient spécialisées dans leur propre domaine d'activité, ne sont classiquement pas intégrées dans la définition des IPA mais font parti des « infirmières spécialisées » (16) (Figure 5).

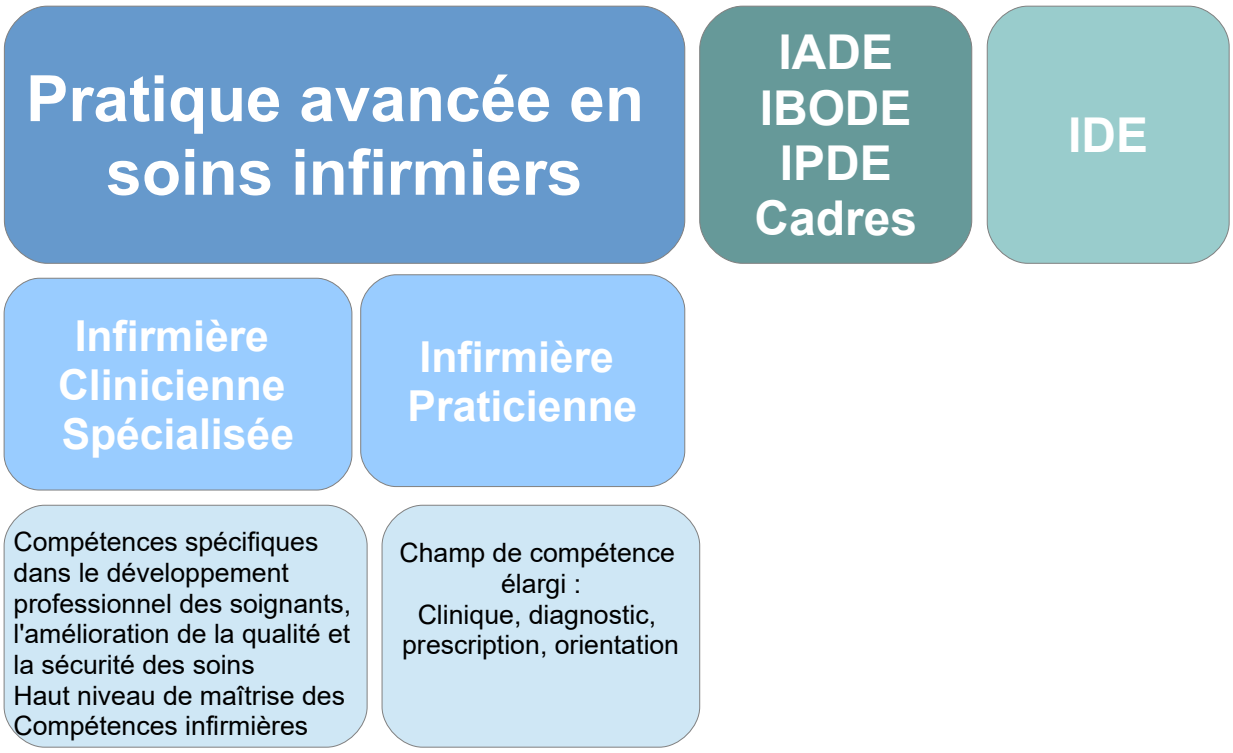


Figure 5: Les différentes pratiques infirmières

<u>e- Formation des IPA</u>

Le niveau d'études requis pour une IPA varie d'un pays à l'autre.

Aux États Unis et au Canada le niveau d'étude exigé a progressivement augmenté, un

diplôme de Master étant désormais la norme comme pour la plupart des pays.

En France, le niveau d'étude requis correspond également au grade de Master : 3 ans de formation pour le diplôme d'IDE, suivis de 3 ans d'exercice en tant qu'IDE sont nécessaires avant de débuter 2 autres années de formation.
Une première année est organisée autour d'un tronc commun posant les bases de l'exercice en pratique avancée, et une deuxième année est centrée autour des enseignements en lien avec la mention choisie (17) (18).
Depuis la rentrée 2019, 16 universités françaises ont été agréées pour dispenser les enseignements permettant d'obtenir le diplôme d'IPA. Trois cents étudiants ont donc déjà fait leur entrée en master IPA et le gouvernement espère en former entre 2500 et 3000 d'ici 2022.

f- Législation et cadre de compétence en France

En France, la question de la pratique avancée a émergé grâce à la loi HPST en 2009 et la création du master infirmier clinique: formation diplômante.
Par la suite en 2014, la « stratégie nationale santé » et « le plan cancer 3 » soulignent la nécessité de nouveaux besoins en santé et ouvrent la première formation pour obtenir le titre d'infirmier spécialiste clinicien en cancérologie (19).
En 2016, l'article 119 de la loi de modernisation de notre système de santé introduit l'exercice en pratique avancée, mais il manque toujours le décret d'application.
Enfin, depuis le 19 juillet 2018 (plan santé 2022) cinq textes réglementaires (2 décrets et 3 arrêtés) spécifient et encadrent réglementairement l'exercice infirmier en pratique avancée.
Le décret n° 2019-629 du 18 juillet 2018 définit les domaines d'intervention et les activités de l'infirmier exerçant en pratique avancée :

1/ Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et poly-pathologies courantes en soins primaires.
Les pathologies chroniques stabilisées mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4301-2 sont :
- accident vasculaire cérébral (AVC)
- artériopathies chroniques
- cardiopathie, maladie coronaire ;

- diabète de type 1 et diabète de type 2
- insuffisance respiratoire chronique
- maladie d'Alzheimer et autres démences
- maladie de Parkinson
- épilepsie

2/ Oncologie et hémato-oncologie ;

3/ Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale.

Lors de leur 2ème année de formation les IPA devront choisir leur « spécialité » parmi ces 3 catégories.

L'infirmier exerçant en pratique avancée peut :

a) Conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage qu'il juge nécessaire

b) Effectuer tout acte d'évaluation et de conclusion clinique ou tout acte de surveillance clinique et para-clinique, consistant à adapter le suivi du patient en fonction des résultats des actes techniques ou des examens complémentaires ou de l'environnement global du patient ou reposant sur l'évaluation de l'adhésion et des capacités d'adaptation du patient à son traitement ou sur l'évaluation des risques liés aux traitements médicamenteux et non médicamenteux

c) Effectuer les actes techniques et demander les actes de suivi et de prévention inscrits sur les listes établies par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ;

d) Prescrire :

- des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire figurant sur la liste établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application de l'article R. 5121-202 ;
- des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ;
- des examens de biologie médicale dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ;

e) Renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales dont la liste est

établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine.

Le décret précise également les conditions de prise en charge et d'information du patient ainsi que les modalités de coopération entre l'infirmier et le médecin :

« Dans le cadre du travail en équipe entre le ou les médecins et le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée conformément (...), un protocole d'organisation est établi. Ce protocole précise :

1°) Le ou les domaines d'intervention concernés ;

2°) Les modalités de prise en charge par l'infirmier exerçant en pratique avancée des patients qui lui sont confiés ;

3°) Les modalités et la régularité des échanges d'information entre le médecin et l'infirmier exerçant en pratique avancée ;

4°) Les modalités et la régularité des réunions de concertation pluri-professionnelle destinées à échanger sur la prise en charge des patients concernés ;

5°) Les conditions de retour du patient vers le médecin, notamment dans les situations prévues aux articles R. 4301-5 et R. 4301-6.

Le protocole d'organisation est signé par le ou les médecins et le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée. ».

Le médecin et l'IPA partagent les informations nécessaires au suivi du patient. A cet effet, le médecin met donc à la disposition de l'IPA, le dossier médical du patient. Les résultats des interventions de ce dernier sont reportés dans le dossier médical et le médecin en est tenu informé. La transmission de ces informations se fait par des moyens de communication sécurisés. Lorsque l'IPA constate une situation dont la prise en charge dépasse son champ de compétences, il adresse le patient sans délai au médecin et en informe expressément ce dernier afin de permettre une prise en charge médicale dans un délai compatible avec l'état du patient.

Le médecin doit informer le patient des modalités prévues de sa prise en charge par l'IPA (Art. R. 4301-6) (20).

La liste des actes techniques, des prescriptions des actes de biologies, des prescription de dispositifs médicaux et des actes de surveillance que l'IPA est autorisée à réaliser est définie dans un arrêté spécifique (Annexes 1, 2, 3, 4, 5).

g-impact sur les soins

Selon Hamric *et al.* (2014), l'évaluation de la performance et des résultats engendrés par les soins des IPA est essentielle à la survie et au succès de la pratique infirmière

avancée.
Très tôt, de nombreux auteurs étudient donc la place des IPA au sein du système de santé (13).

Ainsi dès 1974, un article publié dans le New England Journal of Medicine compare l'état de santé de patients après leur prise en charge par une IPA ou par un médecin dans le cadre du premier recours aux soins.
Aucune différence significative n'est retrouvée concernant les 521 patients pris en charge par les médecins de famille et les 296 patients pris en charge par les IPA (21).
Ces résultats sont confirmés par les études de Chambers en 1978, Shum, Kinnersley et Mundinger en 2000, Litaker en 2003 et Lenz en 2004 (22) (23) (24) (25) (26).

Concernant la satisfaction des patients, 3 études mettent en évidence une différence significative en faveur du groupe IPA ou de la collaboration IPA + médecin : (23) (27) (25).
Par ailleurs, la durée des consultations semble plus longue avec les IPA qu'avec les médecins.
L'étude randomisée contrôlée de Shum en 2000, compare un groupe de patient pris en charge par un médecin généraliste (MG) et un groupe pris en charge par des IPA.
La même année, Litaker analyse 2 groupes de patients atteints d'hypertension ou de diabète non insulinodépendant, qui sont soit pris en charge par un médecin soit par un médecin + une IPA.
Ces 2 études relèvent des consultations significativement plus longues dans le groupe IPA par rapport au groupe médecin, et les IPA semblent donner plus d'informations aux patients (23) (25).
De plus, Shum met en avant la corrélation entre la durée des consultations et la satisfaction des patients.
Venning en 2000, dans une étude randomisée contrôlée publie des résultats similaires (27).

Le nombre de prescriptions réalisées par les IPA ou les médecins généralistes ne semblent pas différentes dans les études de Shum, Venning et Kinnersley.

La plupart de ces études ont été reprises dans la revue de la littérature de Sue

Horrocks en 2003 ainsi que dans celle de Laurant M en 2007 (28) (29).

Les résultats de ces études sont synthétisés dans les tableaux 5, 6, 7, 8.

Auteur, année	**Effectif total**	**Effectif MG**	**Effectif IPA+/-MG**	**Durée de suivi**	**Objectif**	**p**
Spitzer, 1974	817	521	296	1 an	% survie	NS
Chambers, 1978	865	569	296	1 an	État de santé	NS
Shum, 2000	1333	661	672	2 semaines	Nombre de patients « traités »	NS
Kinnerley, 2000	1013	529	484	2 semaines	Résolution des symptômes	NS
Mundinger, 2000	1040	391	649	6 mois	Score à 6 mois	NS
Litaker, 2003	157	78	79	1 an	Score à 1 an	NS
Lenz, 2004	406	184	222	2 ans	Score à 2 ans	NS

Tableau 5: Évaluation de l'état de santé des patients selon la prise en charge IPA versus médecin

Auteur, année	**Effectif total**	**Effectif MG**	**Effectif IPA+/-MG**	**Durée de suivi**	**Objectif**	**p**
Shum, 2000	1292	657	635	2 semaines	Score de satisfaction	0,02
Kinnersley, 2000	1013	529	484	2 semaines	Score de satisfaction	NS
Mundinger, 2000	1040	391	649	6 mois	Score de satisfaction	NS
Venning, 2000	778	390	388	2 semaines	Score de satisfaction	<0,001
Litaker, 2003	157	78	79	1 an	Score de satisfaction	0,01
Lenz, 2004	217			2 ans	Score satisfaction	NS

Tableau 6: Satisfaction des patients selon la prise en charge IPA versus médecin

Auteur, année	Effectif total	Effectif MG	Effectif IPA+/-MG	Objectif	p
Shum, 2000	1700	849	851	Durée de consultation	p<0,001
Venning, 2000	1278	639	639	Durée de consultation	p<0,001
Kinnersley, 2000	1278	648	639	Durée de consultation	*
Litaker, 2003	157	78	79	Durée de consultation	p<0,001

Tableau 7: Durée des consultations selon la prise en charge IPA vs médecins

Auteur, année	Effectif total	Effectif MG	Effectif IPA	Objectif	p
Shum, 2000	1700	849	851	Nombre de prescriptions	NS
Venning, 2000	1292	641	651	Nombre de prescriptions	NS
Kinnersley, 2000	1368	716	652	Nombre de prescriptions	*

Tableau 8: Nombres de prescriptions selon la prise en charge IPA versus médecin

h- Prise en charge par les IPA de maladies chroniques

La prise en charge des pathologies chronique est un défi de santé publique majeur.
De par leur gravité, leur complexité de prise en charge et leur impact sur la qualité de vie, la coordination des soins et de l'éducation thérapeutique sont les pierres angulaires de la prise en charge de ces pathologies (30) (31).

En 2006, un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) s'est penché sur l'exemple des « diseases management » dans différents pays comme moyen d'améliorer l'état de santé des patients souffrants de pathologies chroniques.
Il s'agit d'une approche de soins insistant sur l'implication du patient lui-même dans la prise en charge de sa maladie.
Pour cela, les patients bénéficient de l'intervention d'infirmières pour l'éducation thérapeutique, le dépistage de complications ainsi que l'évaluation du suivi et de l'observance de leur traitement.
Il ressort de ce rapport que cette approche avait un effet bénéfique sur l'état de santé des patients (32).

De la même façon, en 2011, une méta-analyse met en lumière l'efficacité du « disease management » dans l'équilibre glycémique des patients diabétiques de type 1 et 2 (33).
En France, le réseau Sophia a été développé pour les patients diabétiques par l'assurance maladie à partir de ce modèle (34).

Concernant les IPA, plusieurs études ont évalué leur impact chez les patients atteints de pathologies chroniques.
Ainsi, l'étude de Mundinger en 2000 compare la prise en charge par une IPA ou un médecin généraliste, de patients diabétiques, hypertendus ou asthmatiques.
L'HbA1c, la TA et le peak-flow de ces patients sont mesurés au début de l'étude puis après 6 mois de prise en charge.
Une différence significative est retrouvée uniquement pour la diminution de la TA diastolique à 6 mois, en faveur du groupe IPA.
Cette étude est ensuite complétée par l'étude de Lenz en 2004 qui observe ces données après 2 ans de suivi. Aucune différence significative n'est mise en évidence (24) (26).

Litaker, en 2003, évalue l'impact de l'association d'une IPA avec un médecin versus un médecin seul, sur la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques (hypertension artérielle (HTA) et diabète non insulino-dépendant) .
Cent cinquante-sept patients sont inclus dans l'étude. Plusieurs paramètres sont étudiés avant la prise en charge, puis 1 an après la prise en charge.
Aucune différence significative n'est retrouvée en ce qui concerne la mesure de la TA et du cholestérol. En revanche, il existe une diminution significative de l'HbA1c dans le groupe « IPA + médecin » par rapport au groupe « médecin seul » ($p=0,02$). Cette différence s'estompe ensuite si l'on regarde la mesure de l'HbA1c dans les 2 groupes un an après l'étude (25).
A noter que la taille de l'échantillon était faible.

En 2007, une étude française de Boyer évalue la différence de qualité et de coût des soins des patients diabétiques de type 2 en fonction de leur prise en charge : soit par un réseau, avec des ateliers d'éducation thérapeutique et des groupes de parole, soit par la prise en charge « habituelle » avec un suivi par un médecin généraliste constituant le groupe témoin.

Il ressort que les patients du groupe « réseau » bénéficient d'un suivi plus complet que ceux du groupe « témoin ».
Dans le groupe réseau, 56,4% des patients bénéficient de 4 mesures d'HbA1c ou plus par an versus 46,9% dans le groupe contrôle (p=0,005). Soixante et un pourcent des patients suivi par le réseau ont au moins une recherche de micro-albuminurie par an versus seulement 27,3% dans le groupe contrôle (p<0,0001).
En ce qui concerne le contrôle ophtalmologique, 59,4% des patients du groupe réseau bénéficient d'au moins une consultation par an versus 40,8% pour le groupe témoin, p<0,0001. Les auteurs n'évaluent pas l'impact en termes d'amélioration de l'état de santé des patients.
Cette étude met donc l'accent sur l'importance de l'éducation thérapeutique et l'écoute du patient dans l'amélioration du suivi des patients diabétiques de type 2 (35).

En France, une étude cas-témoin menée par Mousquès en 2010 montre l'intérêt de la coopération infirmière/médecin dans la prise en charge de patients diabétiques : il existe une réduction significative de l'HbA1c dans le groupe infirmière + médecin lorsque les infirmières viennent délivrer des informations d'éducation thérapeutique par rapport au groupe médecin seul, p<0,05 (36).

En 2011, Van Zuilen compare dans un étude randomisée contrôlée multi-centrique, l'efficacité de la prise en charge de patients diabétiques insuffisants rénaux stade 2 à 4 :
- soit par un néphrologue
- soit par une IPA + un néphrologue . L'IPA réalise des entretiens motivationnels concernant leur traitement.
La TA, le cholestérol et l'HbA1c sont comparé dans les groupes après 2 ans.
Dans les 2 groupes la TA et le LDL cholestérol sont significativement diminués et la différence est plus importante dans le groupe IPA que dans le groupe médecin.
L'HbA1c est identique dans les 2 groupe après 2 ans de prise en charge.
Peu de précisions concernant les différences de prise en charge par les 2 groupes sont données (37).

Au Canada, une étude menée également chez des patients diabétiques insuffisants rénaux ne retrouve pas de différence pour la TA, l'HbA1c ou le LDL après 2 ans de prise en charge.

Dans cette étude, un groupe de patient était suivi par un médecin généraliste et l'autre groupe par une équipe comportant une infirmière coordinatrice formée dans la prise en charge des facteurs de risques cardio-vasculaires, associée à un néphrologue.
A noter que son rôle n'était pas clairement défini (38).

De la même façon, Conlon en 2010 analyse plusieurs paramètres de patients diabétiques selon leur suivi par un médecin ou par une IPA spécialisée en diabétologie.
Treize patients sont inclus dans le groupe IPA et 14 dans le groupe médecin.
Les résultats montrent une diminution de l'HbA1c plus importante et chez plus de patients dans le groupe IPA (100%) que dans le groupe médecin (24%). Par ailleurs la diminution de la TA est équivalente dans les 2 groupes et la perte de poids est plus importante dans le groupe médecin.
Cette étude présente de nombreuses limites comme la faible taille de son échantillon, de plus, les données initiales de la TA et de l'HbA1c des 2 groupes ne sont pas comparées (39).

Un essai randomisé contrôlé portant spécifiquement sur la population précaire, réalisé en 2011 chez 525 patients diabétiques de type 2, montre que l'action d'une IPA, leur donnant des conseils hygiéno-diététiques, a un effet bénéfique sur l'HbA1c, le cholestérol et la TA. Soulignons que cette étude comporte de nombreux biais, comme la rémunération des participants et la non-équivalence des 2 populations de base (40).
En 2013, Scherpbier-de Haan publie une étude comparant l'efficacité à 1 an, de la prise en charge de patients insuffisant rénaux suivis
- soit par un médecin généraliste (groupe contrôle)
- soit par une IPA (groupe intervention) : l'IPA voit les patients tous les 3 mois pendant 20 min et discute avec lui de l'évolution de sa TA et de son traitement.
L'IPA et le médecin généraliste peuvent s’ils le souhaitent, faire appel à un néphrologue en cas de besoin.
Les auteurs mettent en évidence une diminution significative de la TA systolique dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle ($p<0,001$).
Concernant la mesure de l'HbA1c et du LDL cholestérol, aucune différence significative n'est mise en évidence (41).

Petek en 2016, réalise une étude rétrospective portant sur les dossiers de patients

diabétiques de type 2 avant et après l'introduction d'IPA.
Plusieurs paramètres évaluant la qualité des soins sont comparés : la réalisation d'examen biologiques (cholestérol, DFG, HbA1c, BU) , la recherche de mal perforant plantaire, de complications ophtalmologiques et la surveillance de la TA.
Après l'intervention de l'IPA, il existe une amélioration significative de la qualité des soins concernant l'ensemble de ces paramètres, excepté la TA et l'HbA1c (42).

Aux états Unis, une étude randomisée contrôlée montre, en 2016, une diminution de la rapidité d'évolution vers l'IRC terminale de patients diabétiques insuffisants rénaux stade 3-4, lorsqu'ils sont suivis par une équipe incluant une IPA (groupe intervention). Par ailleurs cette étude rapporte également une diminution de l'HbA1c plus importante dans le groupe intervention ($p<0,05$). Soulignons que l'effectif de l'étude est seulement de 120 patients (43).

En 2018, MacCrory publie une revue de la littérature évaluant l'impact des IPA dans la prise en charge de FDR cardio-vasculaires des patients atteints d'IRC.
Une méta-analyse a pu être réalisée pour certaines mesures.
Concernant la TA, il retrouve une diminution significative de la TAS en faveur du groupe IPA ($p<0.00001$) ainsi que pour la TAD ($p<0.00001$) à 1 an de prise en charge, différence qui n'était plus significative à 24 mois.
Concernant le contrôle lipidique, la méta-analyse retrouve une différence significative entre les 2 groupes en faveur du groupe IPA, $p=0.00001$.
Précisons que les résultats de ces études étaient très hétérogènes pour la réalisation d'une méta-analyse (44).
L'ensemble de ces résultats est synthétisé dans les tableaux 9, 10, 11, 12.

Auteur, année	Effectif total	Effectif MG	Effectif IPA+/-MG	Objectif	Durée du suivi	p (TAS-TAD)
Mundinger, 2000	356	145	211	TAS/TAD	6 mois	NS - 0,04
Litaker 2003	157	78	79	TAS/TAD	1 an	NS - *
Lenz, 2004	134	64	70	TAS/TAD	2 ans	NS - NS
Barrett, 2011	471	235	236	TAS/TAD	2 ans	NS - *
Van Zuilen, 2011	692	346	346	TAS/TAD	2 ans	0,04 - 0,007
Allen, 2011	525	261	264	TAS/TAD	1 an	0,003– 0,013
Scherpbier-de Haan, 2013	164	74	90	TAS/TAD	1 an	<0,001- NS
Fogelfeld, 2016	120	60	60	TAS/TAD	2 ans	NS

Tableau 9: Comparaison de la TA selon la prise en charge IPA vs médecin

Auteur année	Effectif total	Effectif MG	Effectif IPA+/-MG	Objectif	Durée de suivi	p
Litaker, 2003	157	78	79	LDL	1 an	0,02
Barrett, 2011	450	220	230	LDL<2,5mmol/l	2 ans	NS
Van Zuilen, 2011	692	346	346	LDL	2 ans	0,03
Allen, 2011	525	261	264	LDL	1 an	<0,001
Scherpbier-de Haan, 2013	164	74	90	LDL<2,5mmol/l	1 an	NS

Tableau 10: Comparaison du cholestérol selon la prise en charge IPA vs médecin

Auteur, année	Effectif total	Effectif MG	Effectif IPA+/- MG	Objectif	Durée de suivi	p
Mundiger, 2000	104	46	58	HbA1c	6 mois	NS
Litaker, 2003	157	78	79	HbA1c	1 an	0,02
Lenz, 2004	43	22	21	HbA1c	2 ans	NS
Mousques, 2010	414	202	212	HbA1c	1 an	<0,05
Conlon, 2010	27	14	13	HbA1c	1 an	*
Barett, 2011	142	74	68	HbA1c <7%	2 ans	NS
Van Zuilen, 2011	692	346	346	HbA1c	2 ans	NS
Allen, 2011	525	261	264	HbA1c	1 an	0,03
Scherpbier-de Haan, 2013	164	74	90	HbA1c <7%	1 an	NS
Peter, 2016	132	*	132	HbA1c	2 ans	NS
Fogelfeld, 2016	120	60	60	HbA1c<7%	2 ans	<0,05

Tableau 11: Comparaison de l'HbA1c selon la prise en charge IPA vs médecin

Auteur année	Population effectif	Effectif MG	Effectif IPA+/-MG	Objectif	Durée de suivi	p
Mundinger, 2000	171	64	107	Peak flow	6 mois	NS
Lenz, 2004	134	64	70	Peak flow	2 ans	NS

Tableau 12: Comparaison du peak flow selon la prise en charge IPA vs médecin

Au regard de ces études, nous constatons que la prise en charge par les IPA des patients atteints de pathologies chroniques peut être équivalente à la prise en charge des médecins, en ce qui concerne la TA, le suivi de l'HbA1c, le cholestérol ou encore le peak-flow.

Nous constatons également que la principale différence est retrouvée au niveau du temps de consultation (et des informations délivrées), plus important avec les IPA, souvent corrélée à une meilleure satisfaction des patients.

Ce manque de temps, et les difficultés rencontrées par le médecin généraliste concernant l'éducation thérapeutique des patients atteints de pathologies chroniques, ont déjà été mises en évidence dans plusieurs études (45) (46).
Ainsi, l'introduction d'IPA pourrait permettre de combler l'écart entre les recommandations de prise en charge des maladies chroniques et les pratiques réellement appliquées.

i- impact sur les coûts

Il paraît difficile d'évaluer l'impact de la mise en place des IPA sur le coût des pathologies chroniques.
En effet, il faudrait tenir compte de nombreux facteurs difficilement évaluables en pratique, comme les facteurs organisationnels, les coûts engendrés par des consultations plus longues ou répétées, ou au contraire le gain en rapport avec une éventuelle diminution des complications.
Plusieurs auteurs se sont néanmoins penchés sur le sujet et les résultats semblent controversés.
Litaker *et al.* mettent en évidence un coût moyen par patient par année de prise en charge significativement plus important pour le groupe « médecin + infirmière » que pour le groupe « médecin seul »: $134.68 versus $93.70 par patient par an ($p<0,001$), mais les auteurs ne précisent pas à quoi correspondent ces coûts (25).
De la même façon, dans une étude évaluant les pratiques infirmières avancées dans 12 pays développés, Delamaire et Lafortune soulignent que le gain de coût en matière de salaire était contrebalancé par des consultations plus longues ou plus souvent répétées, et parfois la prescription davantage d'examens complémentaires (47).
En effet, l'étude de Lattimer en 2000 évalue le coût de mise en place de consultation téléphonique réalisées par des IPA et le gain que cela pourrait représenter en termes de consultations évitées aux urgences. Il calcule ainsi que 81 237 $ par an sont nécessaires aux salaires des IPA, leur formation, et aux frais nécessaires pour le matériel technologique. Par ailleurs, 72 850 admissions aux urgences ont pu être évitées grâce à ces consultations téléphoniques pour les adultes, et 21572 pour les enfants ce qui correspond au total à 94 422$ d'économie (48).
Enfin, Bauer *et al.* en 2010 soulignent dans une revue de la littérature qu'au-delà du coût économisé par le salaire des IPA par rapport à celui d'un médecin, la réduction de certaines complications, du recours aux services d'urgences et du nombre

d'hospitalisations évitées par la prise en charge spécifique des IPA participe à une réduction globale des dépenses de santé (49).

j-Limites et obstacles

Les principaux obstacles au développement des IPA semblent être la difficulté, en termes d'organisation, de leur intégration dans le système de soin ainsi que la coopération avec les médecins.

Quelques études se sont penchées sur les facteurs influençant l'implantation des IPA.

En milieu hospitalier, le modèle PEPPA (Participatory evidence based patient focused process for APN) développé au Canada, a pour objectif d'aider le développement et la mise en place des IPA. Une revue de la littérature d'Aguilard *et al.* a ainsi relevé 4 articles citant ce cadre (50).

Il s'agit d'un processus participatif intégrant toutes les parties prenantes (infirmières, cadres, médecins, administrateurs). Il est ainsi composé de 9 étapes à suivre afin de déterminer si l'implantation d'une IPA est pertinente au regard des besoins et de l'offre de soins présente (Figure 6).

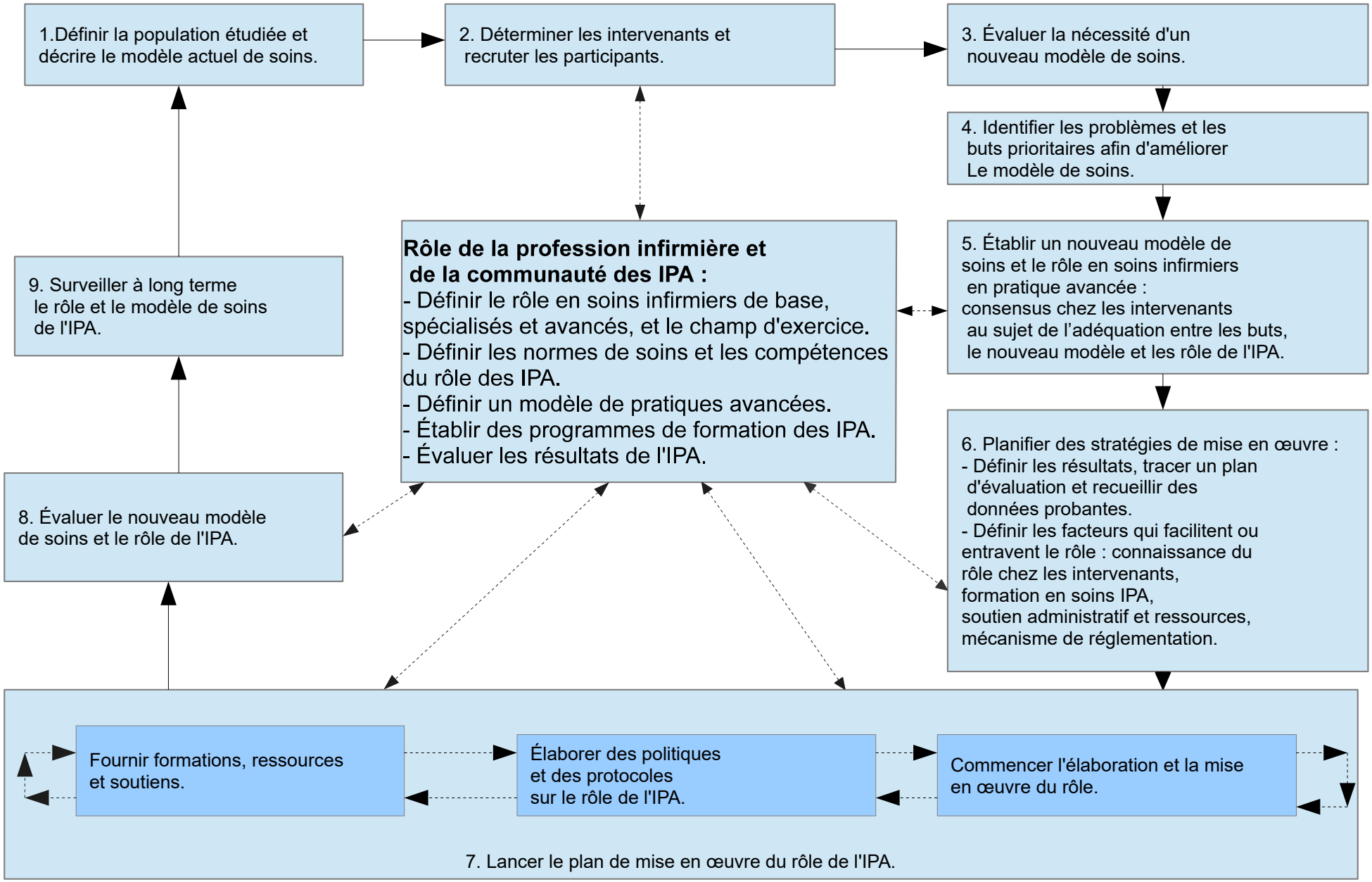


Figure 6: Le cadre PEPPA. D'apres A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. Journal of Advanced nursing. Bryant Lukosius et Al. 2004

L'utilisation de ce cadre pourrait être judicieux en France où la pratique infirmière n'en est encore qu'à ses prémices.
Cette même revue de la littérature souligne que le manque de compréhension des différents rôles de l'IPA est également l'un des principaux obstacles à son développement et à leur bonne coopération avec les différents professionnels de santé.
La clarification de la définition des IPA paraît donc nécessaire à l'essor de la profession.

Concernant la médecine libérale, la mise en place des IPA impliquerait une adaptation des pratiques afin que l'IPA et les médecins coopèrent correctement, par exemple en prévoyant du temps pour réaliser des entretiens et en réorganisant le déroulement des consultations.
La contrainte organisationnelle existe également pour les IPA qui devront interagir de façon concomitante avec plusieurs médecins à la fois.
Russel *et al.* en 2009 suggèrent d'ailleurs que le nombre de médecins partenaires d'une IPA ne devrait pas dépasser 4 au risque de voir la qualité des soins réduite (51).

Par ailleurs, la question de la législation préoccupe de nombreux professionnels de santé notamment en ce qui concerne la responsabilité légale en cas de faute professionnelle dans le cadre du travail en équipe.
Enfin, certains médecins craignent un chevauchement dans leur champ de pratique avec une perte de revenus à la clé. En effet, pour un praticien libéral exerçant seul, le transfert de taches à l'IPA pourrait engendrer une baisse des revenus.
En France, le montant de la rémunération des IPA n'est pas encore tout à fait défini.

2 Précarité et maladies chroniques, place des PASS

2.1 Précarité

Étymologiquement, précaire vient du latin precarius qui signifie « obtenu par la prière ».
Il s'agirait donc d'un état où l'individu n'a plus que la prière pour espérer un mieux.
La définition habituellement retenue de la précarité est celle que donne J. Wrezinski, fondateur de l'association ATD quart monde, au milieu des années 1980 : c'est « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux.[...] Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible » (52).

C'est donc l'absence de sécurité qui semble être le critère discriminant des populations précaires, et la pauvreté serait plutôt une des conséquences de la précarité.

En 1987, le sociologue anglais Townsend, décrit la précarité comme « un état observable et démontrable de désavantage relatif face à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient l'individu, la famille ou le groupe » .
De cette définition découleront d'ailleurs les « indices de Townsend et Carstairs » visant à quantifier et définir le désavantage social (53).

En France, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), préfère parler de « situations de précarités» liées à des difficultés d'intégration sociale et professionnelle, se traduisant par une précarité des conditions de vie (54).

L'ONPES (Observatoire nationale de la pauvreté et de l'exclusion sociale), dans son rapport en 2000, insiste sur la difficulté à définir la précarité : il s'agirait de « l'instabilité, la fragilité des situations […] un ensemble de risques qui peuvent conduire à une situation de pauvreté. La notion de précarité englobe celle de pauvreté. Elle fait

référence aux incertitudes et aléas qui pèsent sur les individus au-delà même de leurs ressources du moment » (55).

A partir de ces définitions, les membres des Centres d'Examens de Santé (CES) ont élaboré en 1998 un score : le score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé), prenant en compte plusieurs facteurs comme la couverture maladie, le mode de vie, les personnes ressources potentielles et permettant une approche quantitative avec l'établissement d'un score individuel de précarité (56).

Le questionnaire comporte 11 questions, chacune étant affectée à un coefficient en cas de réponse affirmative; la somme des 11 réponses ajoutée à la constante de 75,14 correspond au score EPICES.

Un score supérieur ou égal à 30 définit la personne comme étant en situation de précarité (Figure 7).

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

Figure 7: Score EPICES

2.2 Pauvreté

2.2.1 Définition

L'ONPES reprend la définition établie par le Conseil Européen en 1984, qui définit comme pauvres « les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'État membre où elles vivent » (57).

Afin de quantifier la pauvreté, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) a défini le seuil de pauvreté : il est fixé à 60% du revenu médian.

Ainsi en France, le taux de pauvreté correspond à la proportion d'individus vivant dans un ménage dont le revenu est inférieur à un montant équivalent à 60% du niveau de vie médian de la population.

Ces 2 organisations précisent cependant que le taux de pauvreté monétaire ne suffit pas à rendre compte des multiples dimensions des phénomènes de pauvreté.
L'observatoire a donc défini plusieurs indicateurs permettant de mesurer plus précisément la pauvreté, prenant en compte notamment les difficultés de conditions de vie, le renoncement aux soins pour raisons financières et la part de demande de logements sociaux (58).

De son côté, l'INSEE se base sur 2 principaux indicateurs : l'indicateur en conditions de vie et l'indicateur de pauvreté administrative.
L'indicateur en conditions de vie tient compte de diverses dimensions de la vie courante : confort de logement, endettement, consommation, équipement.
L'indicateur de pauvreté administrative correspond au nombre de ménages qui relèvent de la solidarité nationale au titre des minima sociaux (55).

Au niveau européen, le Comité de protection sociale (CPS) fondé en 2000, qui est chargé de la surveillance et de la modernisation de systèmes de protection sociale dans l'union européenne, a mis en place une série d'indicateurs destinés à mesurer la pauvreté: les indicateurs de Laeken (59).

Aujourd'hui l'union européenne a combiné 3 de ces indicateurs pour déterminer la population pauvre.
La présence d'un de ces indicateurs classe l'individu comme pauvre :
1- Personne vivant dans un ménage disposant d'un revenu disponible équivalent-adulte (utilisant l'échelle modifié de l'OCDE) inférieur au seuil de pauvreté national.
2- Indicateur de privation matérielle.
3- Indicateur de très faible intensité de travail.

2.2.2 Épidémiologie

Selon l'INSEE, en France en 2016, 8,8 millions de personnes vivaient au-dessous du

seuil de pauvreté monétaire, qui s'élevait à 1 026 euros par mois.

Le taux de pauvreté s'établissait à 14,0% de la population, soit un recul de 0,2 points par rapport à 2015.
Les 10% de personnes les plus modestes avait un niveau de vie inférieur à 11 040 euros par an alors que les 10% les plus aisées avait un niveau de vie supérieur à 37570 euros soit environ 3,5 fois supérieur (60).

Le nombre de bénéficiaires de la CMU en France est également un bon indicateur de la pauvreté.
Fin 2016, l'assurance maladie décomptait 4,91 millions de bénéficiaires, soit environ 7% de la population générale.
En Occitanie en 2017, ils étaient environ 449 800 bénéficiaires soit 7,6% de la population.
Dans l'Hérault on pouvait estimer ce taux à 8,8%, bien au-dessus du taux national (Figure 8)

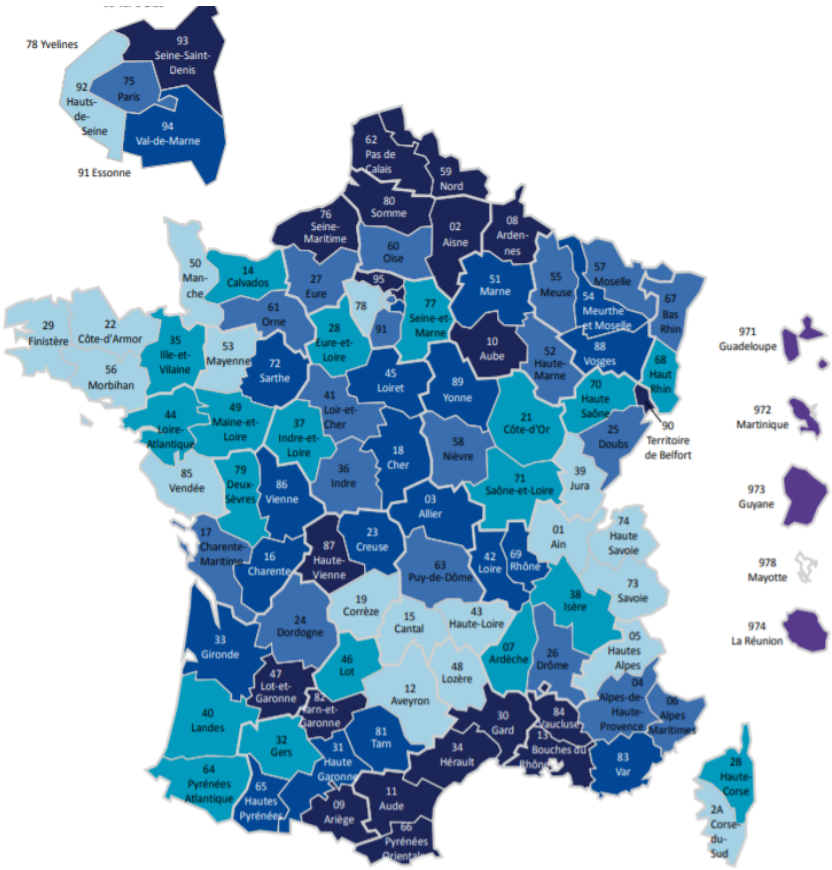


Figure 8: Densité des bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population, estimation à fin 2016. Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Rapport d'activité 2016.

Lorsque l'on s’intéresse à la population en situation de pauvreté monétaire, on s’aperçoit que la tranche d'âge la plus touchée concerne les jeunes de moins de 18 ans (Tableau 13).

Concernant le type de ménage, les catégories où la pauvreté est la plus présente sont les couples avec enfants et les familles mono parentales (61) (62) (Figure 9).

Tranche d'âge	2012	2013	2014	2015	2016
Moins de 18 ans	20,3	19,6	19,8	19,9	19,8
18 à 29 ans	20,5	18,5	19,8	19,9	19,7
30 à 39 ans	12,0	12,2	12,5	13,0	13,1
40 à 49 ans	13,7	13,7	13,7	13,7	13,5
50 à 64 ans	11,0	11,1	11,4	11,5	11,3
65à 74 ans	5,4	5,9	5,6	5,9	5,9
75 ans et plus	8,4	8,5	8,1	8,1	8,2
Ensemble	**14,2**	**13,8**	**14,0**	**14,2**	**14,0**

Tableau 13: Taux de pauvreté au seuil de 60% selon l'age en 2016. D'après Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2012 à 2016.

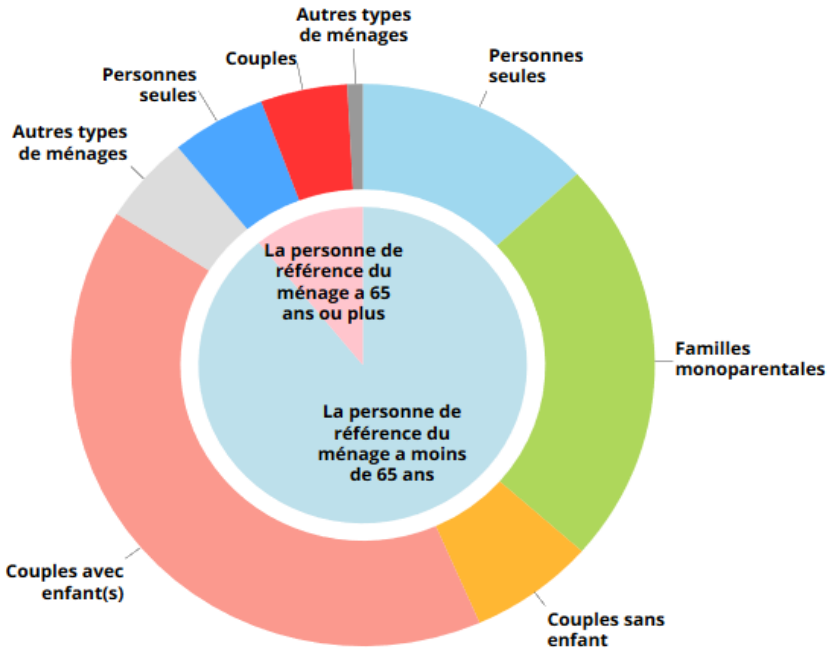


Figure 9: Personnes pauvres au seuil de 60% selon le type de ménage en 2016. Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2016.

2.3 Les inégalités sociales de santé

2.3.1 Définition/modèle

D'après l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, les inégalités sociales peuvent être définies comme « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale » (63).

Pour l'anthropologue Didier Fassin, les inégalités sociales de santé sont « le résultat des inégalités produites par les sociétés et qui s'expriment dans les corps » (64).

Ainsi, que l'on soit ouvrier dans le nord de la France ou cadre supérieur dans le sud de la France, notre espérance de vie moyenne n'est pas égale.

Dans la littérature, plusieurs auteurs ont tenté de modéliser la transformation/le lien entre inégalité sociale et inégalité de santé :

Nous pouvons citer par exemple le modèle de Dahlgren et Whitehead qui stratifie plusieurs déterminants sociaux qui s'articulent entre eux (Figure 10).

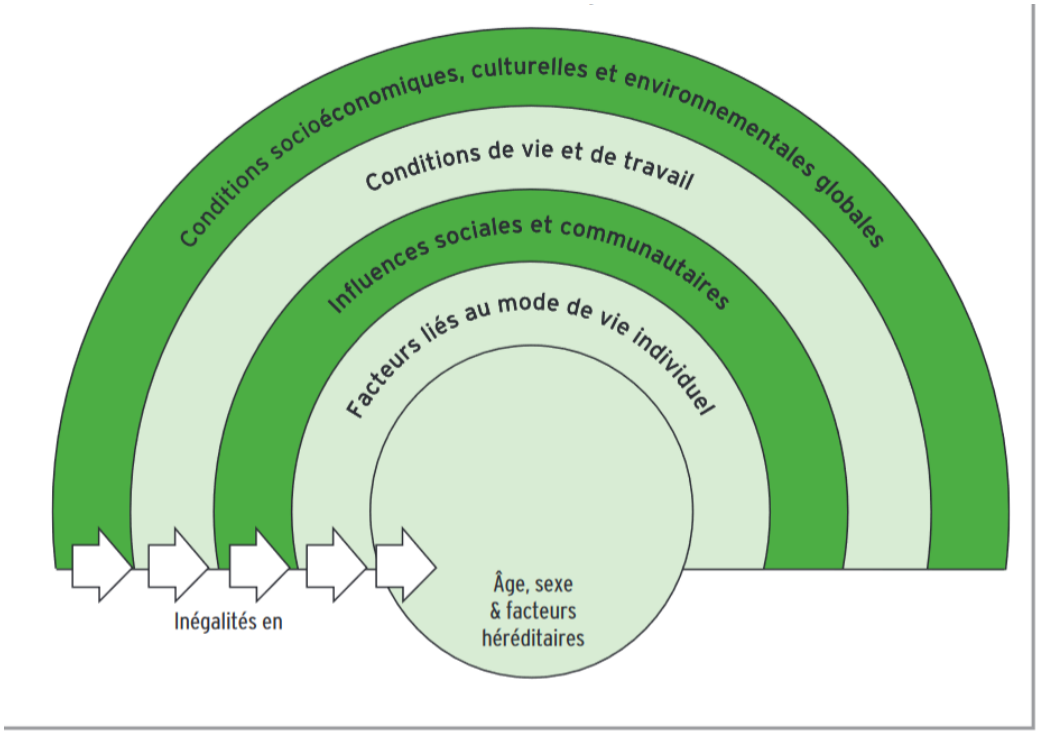


Figure 10 : Modèle des déterminants de la santé selon Dahlgren et Whitehead. Policies and strategies to promote social equity in health. 1991

Dans le même esprit, le modèle des influences multiples tout au long de la vie (life course model) dépeint les inégalités sociales de santé comme le résultat d'expositions multiples à certains risques (environnementaux, psychologiques et comportementaux) dès le plus jeune âge et tout au long de la vie.

Il souligne les effets à long terme des événements précoces et des événements de vie sur la santé à l'âge adulte et illustre ainsi l'effet cumulatifs de ces événements associé à des conditions de vie négatives (65).

2.3.2 le gradient social de santé

Parmi les inégalités sociales de santé on observe notamment le gradient social de santé. Il s'agit du phénomène expliquant que la fréquence d'un problème de santé est corrélée au revenu ou à la catégorie sociale de l'individu.

Selon l'INSEE, en 2017 en France, l'espérance de vie à la naissance était de 85,3 ans pour les femmes et de 79,5 ans pour les hommes.
Bien que l'espérance de vie soit en progression constante et que la mortalité infantile ne cesse de diminuer, les progrès ne profitent pas de manière équitable à tous et les écarts entre les catégories sociales se creusent.

Ainsi, chez les hommes parmi les 5% les plus aisés, l'espérance de vie à la naissance est de 84,4 ans contre 71,7 ans chez les 5% les plus pauvres.
Chez les femmes, il existe un écart de 8 ans d'espérance de vie entre les 5% les plus pauvres et les 5% les plus riches (66) (Tableau 14).

	Vingtile de niveau de vie					**Écart entre les 5% les plus pauvres et les 5% les plus riches**
	0-5%	20-25%	45-50%	70-75%	95-100%	
Hommes	71,7	76,1	79,2	81,4	84,4	**12,7**
Femmes	80,0	83,5	85,6	86,8	88,3	**8,3**
Écart H-F	**8,3**	**7,4**	**6,4**	**5,4**	**3,9**	

Tableau 14: Espérance de vie à la naissance par sexe et niveau de vie mensuel. D'après Insee-DGFIP-Cnav-CCMSA 2018.

De la même façon, on observe une graduation de la morbidité selon la catégorie socio-professionnelle.
En effet, un article publié dans la revue « Population et société » en 2008, à partir d'une enquête de l'INSEE, met en avant que l'espérance de vie sans incapacité à 35 ans d'un cadre est de 34 ans alors qu'elle n'est que de 24 ans pour un ouvrier (67).

Nous préciserons plus loin quelques points concernant ces différences (chapitre maladies chroniques et précarité).

2.3.3 Les déterminants sociaux de santé

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) définit les déterminants sociaux de santé comme « l'ensemble des conditions socialement produites qui influencent la santé des populations ».

Dans son rapport en 2011, l'IGAS rapporte que les déterminants sociaux sont un concept visant à expliquer comment les inégalités sociales se transforment en inégalité de santé.

Ces déterminants de santé sont multiples. Ils peuvent être distingués selon trois grandes familles qui répondraient à des interventions de nature assez différentes :
- les déterminants socio-économiques, parmi lesquels peuvent être cités l'éducation, l'accès à l'emploi, les conditions de travail, l'âge de la retraite, la politique du logement, les relations sociales, les politiques redistributives à travers la fiscalité et les aides financières directes ;
- les comportements de santé (consommation de tabac et d'alcool, nutrition...), qui ne relèvent pas seulement de la responsabilité individuelle mais dépendent aussi de la catégorie sociale ;
- le système de soins et de prévention médicalisée (68).

2.3.4 Renoncement aux soins pour raisons financières

Le renoncement aux soins pour raisons financières est un bon exemple d'inégalité sociale de santé.
L'étude de Caroline Després pour l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) en 2011 a ainsi fourni des résultats quant au renoncement aux soins en fonction de la couverture maladie et du niveau de revenu.
En 2008, le taux de renoncement aux soins était de l'ordre de 25 % au sein du premier quintile de revenu et de plus de 20% pour les patients bénéficiaires de la CMU alors qu'il était d'environ 15% pour les bénéficiaires d'une complémentaire privée (69) (Figure 11, 12).

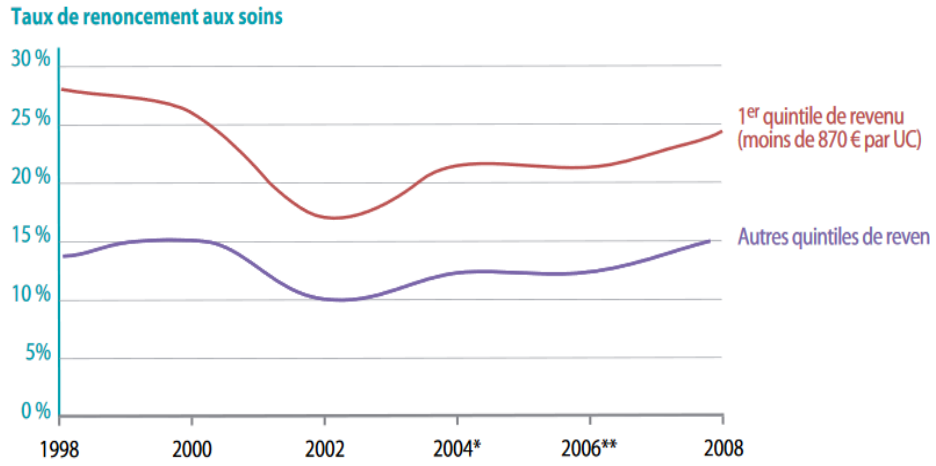


Figure 11: Évolution du taux de renoncement aux soins selon le niveau de revenu. Questions d'économie de la santé n° 170 - Novembre 2011.

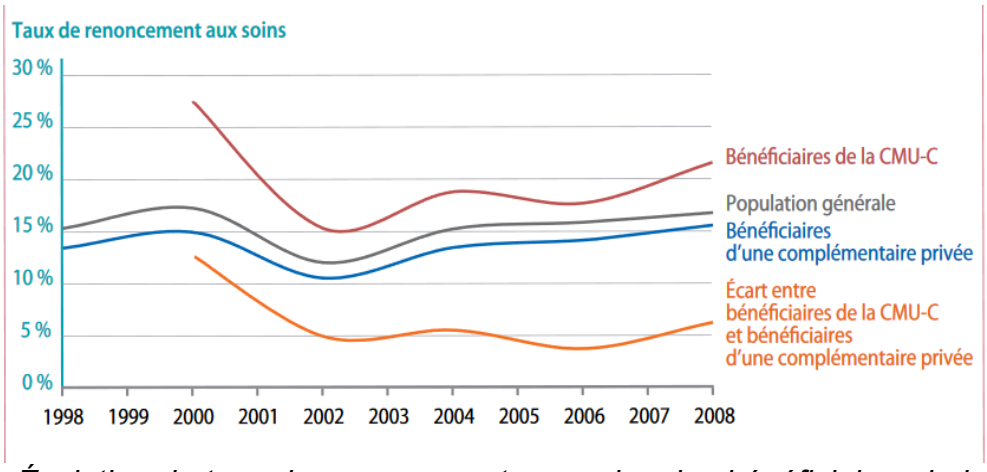


Figure 12: Évolution du taux de renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C et des bénéficiaires d'une couverture complémentaire privée. Questions d'économie de la santé n° 170 - Novembre 2011.

Dans une enquête réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2013, les auteurs retrouvaient 36% de renoncement aux soins pour raison financière (70).

2.4 Maladies chroniques

2.4.1 Définition

Selon l'OMS, une maladie chronique est une affection de longue durée qui, en règle générale, évolue lentement. Cette définition ne prend pas en compte tous les facteurs

qui caractérisent une maladie chronique et notamment les conséquences sur la qualité de vie (71).
En France, le ministère de la santé a donné une définition un peu plus complète prenant en compte ces complications : « Une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, avec un retentissement sur la vie quotidienne. Elle peut générer des incapacités, voire des complications graves ».
Aux Etats-Unis, les Centers for Disease control and Prevention (CDC), principale agence gouvernementale pour la prévention des maladies et la santé publique, les définissent comme des affections non transmissibles, de longue durée, qui ne guérissent pas spontanément et sont rarement curables.
Cependant, certaines pathologies transmissibles ont actuellement une évolution très prolongée en raison de l'efficacité des traitements de plus en plus performants devenant, de ce fait, des maladies chroniques. On peut citer, à titre d'exemples, l'infection par le VIH et l'hépatite C (46).

Ainsi, nous pouvons constater qu'il n'existe pas de définition officielle prenant en compte l'ensemble des caractéristiques et conséquences inhérentes aux pathologies chroniques.
En revanche, nous pouvons déterminer l'objectif de prise en charge de ces maladies qui, s'il ne vise pas la guérison, tend vers une stabilisation voire un ralentissement de la progression de la maladie ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie.

2.4.2 Épidémiologie

En 2017, en France, 10,7 millions de personnes affiliées au régime général de l'Assurance Maladie bénéficiaient du dispositif des affections de longue durée (ALD), soit 17% des assurés.

Il s'agissait de :
- 2 445 970 diabétiques de type 2 et 302 760 diabétiques de type 1 ;
- 2,2 millions de patients atteints de cardiopathie chronique (ischémique, valvulaire, rythmique et autres) ;
- 462 860 patients atteints d'HTA;
- 408 370 patients atteints de pathologie respiratoire chronique (asthme, BPCO,

emphysème et autres).
La tranche d'âge concentrant la majorité des patients atteints de pathologie chronique correspond aux 65-69 ans avec 1 304 820 personnes.

A noter que ces chiffres ne représentent que les patients qui ont fait une demande ALD. Ainsi, on estimait en fait à 3,3 millions le nombre de diabétiques en 2017.

Dans l'Hérault en 2017, les patients bénéficiant du dispositif ALD étaient répartis comme suit :
- 41 910 diabètes de type 1 et diabète de type 2 (ALD_8) ;
- 28 070 affections psychiatriques de longue durée (ALD_{23}) ;
- 19 730 maladies coronaires (ALD_{13}) ;
- 17 760 insuffisances cardiaques graves, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves (ALD_5) ;
- 8530 artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques (ALD_3) ;
- 7010 accidents vasculaires cérébraux invalidants (ALD_1) (72).

2.4.3 Impact sur la mortalité

D'après le rapport sur l'état de santé de la population publié en 2017 par la Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) et reprise par l'INSEE, les 2 premières causes de décès observées en France métropolitaine en 2013 étaient les cancers et les maladies cardio-vasculaires qui représentaient respectivement 27,6% et 25,1% des décès, suivis par les maladies de l'appareil respiratoire autres que les cancers qui représentaient 6,6% des décès (73).

2.4.4 Impact sur la prise en charge

Dès la création de la sécurité sociale, le principe d'exonération du ticket modérateur a été mis en place pour les ALD, facilitant la prise en charge des patients ayant une maladie chronique avec un traitement prolongé ou une thérapeutique particulièrement coûteuse.
Trois principales catégories d'ALD peuvent être exonérées du ticket modérateur :
- les ALD liste : au nombre de 29 depuis 2011 (suppression de l'HTA) (Tableau 15).

- Les ALD hors liste : concernent les patients atteints d'une forme grave d'une maladie, ou d'une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave, ne figurant pas sur la liste des *ALD 30*. Ces maladies demandent un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse.
- Les ALD poly-pathologies : lorsque le patient est atteint de plusieurs affections, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois (*ALD 32*).

Accident vasculaire cérébral invalidant
Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
Bilharziose compliquée
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires
graves, cardiopathies congénitales graves
Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé,
infection par levirus de l'immuno-déficience humaine (VIH)
Diabète de type 1 et diabète de type 2
Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave
Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères
Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
Maladie coronaire
Insuffisance respiratoire chronique grave
Maladie d'Alzheimer et autres démences
Maladie de Parkinson
Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé s pécialisé
Mucoviscidose
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif
Paraplégie
Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique
Polyarthrite rhumatoïde évolutive
Affections psychiatriques de longue durée
Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
Sclérose en plaques
Scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés)
jusqu'à maturation rachidienne
Spondylarthrite grave
Suites de transplantation d'organe
Tuberculose active, lèpre
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique

Tableau 15: Liste des affections susceptibles d'ouvrir des droits à l'exonération du ticket modérateur en application du 3°ème article L. 160-14 et D160-4. Code de la sécurité sociale.

En raison de leur complexité, de leur morbidité, de leur traitement parfois lourd et d'une nécessité de suivi rapproché, les pathologies chroniques sont un motif très fréquent de consultation en médecine de ville.

Selon l'enquête permanente sur la prescription médicale d'IMS-Health réalisée en France métropolitaine entre le 1er septembre 2013 et le 31 août 2014, les 3 principaux motifs de recours pour une pathologie chronique étaient :

- chez les hommes de 25 à 65 ans : les maladies cardio-vasculaires (19,4%), les maladies de l'appareil respiratoire (18,3%) et les maladies du système ostéo-articulaire

(17,8%).

- Chez les femmes de 25 à 65 ans: les maladies de l'appareil respiratoire (16,6 %), les troubles mentaux et du comportement (16,4%) et les maladies du système ostéo-articulaire (15,4 %).
- Chez les plus de 65 ans,les trois principaux motifs de consultations étaient identiques pour les hommes et les femmes : les maladies cardio-vasculaires (respectivement 58,8 et 51,0%), les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (31,9 % pour les hommes et les femmes) et les maladies du système ostéo-articulaire (respectivement 18,2 et 29,6 %) (74)(Tableau 16).

	Nombre de recours pour 100 séances					
	Moins de 25 ans		25 à 64 ans		65 ans ou plus	
	H	F	H	F	H	F
Ensemble des pathologies	**114,6**	**117,5**	**136,7**	**136,4**	**198**	**207,2**
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0	0	0	0	0	0
Causes externes de morbidité et de mortalité	0	0	0	0	0	0
Facteurs influençant sur l'état de santé	18,9	26,9	6,6	13,9	7,7	7,8
Grossesse, accouchement et puerpéralité	0	0,5	0	1	0	0
Lésions traumatiques	5,2	3,6	4,9	3,7	2,1	2,8
Maladies de l'appareil circulatoire	0,4	0,6	19,4	11,6	58,8	51
Maladies de l'appareil digestif	3,2	3,5	7,4	6,7	11,4	14
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,9	4,9	2,7	7,8	11,1	4,7
Maladies de l'appareil respiratoire	35,2	30,2	18,3	16,6	13,7	10,4
Maladies de l'œil et de ses annexes	3,4	3,1	2,5	2,5	4,6	5,4
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	7,2	5,9	2	1,7	1,1	1,2
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	7,6	8,2	5,6	5,1	4,1	3,9
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0,1	0,4	0,1	0,4	0,5	0,7
Maladies du système nerveux	1	1,2	5,2	5,9	8,9	11,2
Maladies du système ostéo-articulaire	3,7	3,3	17,8	15,4	18,2	29,6
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	0,6	1	13,5	11,2	31,9	31,9
Maladies infectieuses et parasitaires	13,4	11	6,3	6,2	2,8	3,4
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire	11,7	10,7	8	9,2	9,9	12,6
Troubles mentaux et du comportement	1,8	2,2	15,7	16,4	8,4	14,8
Tumeurs	0,2	0,1	0,7	0,8	2,6	1,5

Tableau 16: Motifs de recours ou de diagnostics pour 100 séances de médecin selon l'âge et le sexe (du 1er septembre 2013 au 31 août 2014). l'état de santé de la population en France Rapport 2017. DREES.

Afin d'améliorer et de simplifier la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, la HAS a mis en place des documents de référence pour chaque maladie. Ces documents doivent ainsi décrire le rôle de chaque professionnel, les démarches diagnostiques et les recommandations de pratiques basées sur des critères de preuves scientifiques, éditées et censées être actualisées tous les ans, pour chaque pathologie (75).

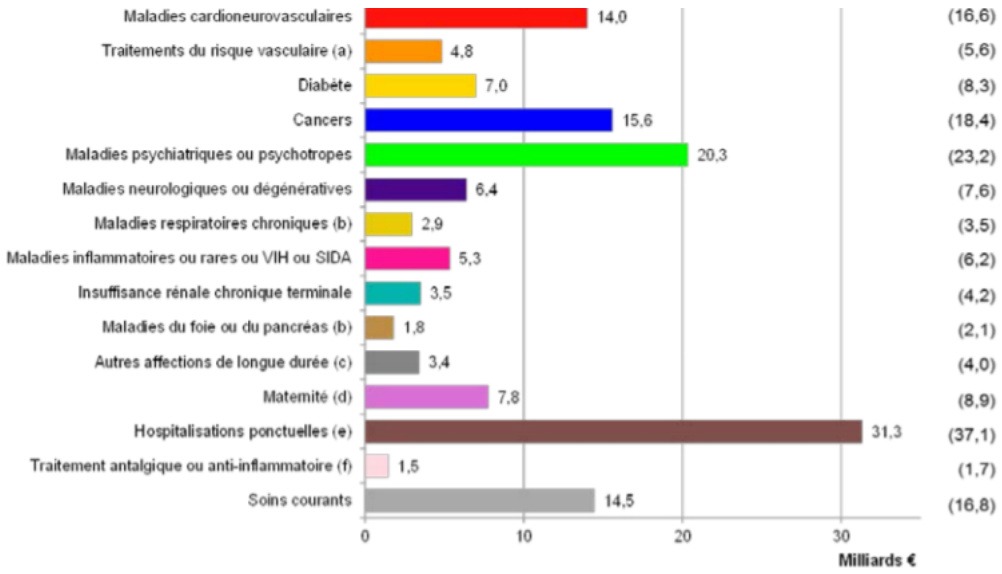
A noter que la qualité de ces guides a été remise en questions par plusieurs professionnels , jugeant les recommandations discutables et non mises à jour (76).

2.4.5 Le coût des maladies chroniques pour l'assurance maladie

En 2017, 140 milliards d'euros ont été dépensés par le régime général pour près de 57,6 millions d'assurés.

Certaines pathologies ont un poids particulièrement important dans les dépenses : c'est le cas des maladies chroniques qui représentent près de 61% de la dépense.

Parmi elles, les maladies psychiatriques, les cancers, les maladies « cardio-neuro-vasculaire », sont les plus coûteuses (77)(Figure 13).



(a) hors pathologies
(b) hors mucoviscidose
(c) dont 31 et 32
(d) avec ou sans pathologies
(e) avec ou sans pathologies, traitements ou maternité
(f) hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations
Champ : Régime général (y compris SLM) - France entière
Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2019, dépenses remboursées)

Figure 13: Répartition 2017 des dépenses d'assurance maladie

2.5 Maladies chroniques et précarité

2.5.1 Association entre précarité et maladies chroniques

De nombreuses études ont montré que les patients en situation de précarité étaient plus souvent atteints de pathologies chroniques que la population générale (Tableau 17).

Dans l'étude de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), réalisée en 2007 par Païta à partir des données des patients en ALD du régime général, les auteurs soulignent que les patients bénéficiaires de la CMU sont 1,8 fois plus souvent en ALD que le reste de la population.

Les écarts les plus importants s'observent pour la tuberculose, les maladies chroniques du foie, les cancers des voies aérodigestives supérieurs.

De même, la prévalence de l'ALD diabète, HTA et IRC est respectivement de 2,25, 2,07 et 1,78 plus élevé par rapport au reste des assurés (78) (79).

Les résultats sont similaires dans l'étude de Sass en 2006, montrant une sur-représentation du diabète et de l'HTA chez les patients au score EPICES >40 ($p < 0,0001$) (80).

L'étude Entred réalisée entre 2007 et 2010, portant sur un échantillon de 3637 patients diabétiques, montre que 80% des patients diabétiques ont un niveau d'étude équivalent au BEPC/CAP (81).

En 2008 et en 2009, Gatin et Kaoutar mettent en évidence une proportion élevée de patients atteints de pathologies chroniques parmi les consultants des PASS parisiennes : respectivement 52 et 56% (82) (83).

En 2010, Guize évaluant le risque de diabète chez les patients précaires, retrouve une prévalence du diabète de 6% chez les patients précaires versus 1% chez les non précaires pour la tranche d'âge 35-59 ans. Cette différence s'accroît entre les 2 populations pour les 60-80 ans avec respectivement 17 et 24% de diabète (84).

Non seulement les patients en situation de précarité sont plus fréquemment atteints de

pathologies chroniques, mais ils sont également atteints plus gravement et présentent plus de complications de ces pathologies.
Une étude cas-témoin française réalisée par Barnichon retrouve une HbA1c en moyenne plus élevée chez les patients bénéficiant de la CMU que chez les patients non CMU : 8,7% versus 8% ($p<0,01$).
Cette sur-morbidité pourrait s'expliquer par un suivi médical inadapté.
En effet, il constate que les patients affiliés à la CMU ont moins souvent de dépistage de micro-albuminurie ($p<0,001$), de surveillance ophtalmologique ($p<0,01$) et de consultation d'endocrinologie ($p<0,01$).
En revanche, ils bénéficient de plus de consultations de médecin générale ($p<0,001$) (85).

Au delà de la sur-morbidité, une étude plus récente de la CNAMTS réalisée par Tuppin en 2011 montre qu'il existe également une surmortalité des patients bénéficiaires de la CMU par rapport à la population générale avec un taux de mortalité de 3,32 pour 1000 versus 1,36 pour 1000 pour la population générale.
Cette étude montre par ailleurs que le taux d'hospitalisation des patients bénéficiaires de la CMU est également plus important que dans la population générale (86).

Ces écarts peuvent s'expliquer notamment par le fait que la précarité favorise le développement et l'aggravation des maladies chroniques en lien avec certains facteurs comportementaux (alcoolisme pour les maladies chroniques du foie, alcoolisme et tabagisme pour les cancers des voies aérodigestives supérieurs par exemple). Il s'agit là des déterminants sociaux de la santé précédemment décrits.

En effet, le lien entre l'alcoolisme, le tabagisme et la précarité ont été décrits dans plusieurs études : Sass montre que les patients avec un score EPICES >40 sont plus souvent fumeurs que les autres (EPICES<40) ($p< 0,0001$) (80).

Un autre exemple est celui de l'obésité qui pourrait expliquer en partie le nombre plus important de patients diabétiques dans les populations précaires : l'étude de Sass note un taux d'obésité à 21,2% pour la population avec un score EPICES >40 versus 11,6% pour les scores EPICES< 40 ($p<0,0001$).
Janand-Delenne, en 2010, retrouve des résultats similaires. Il évalue dans une étude

descriptive, la précarité, les complications et le niveau de connaissance chez une population de 125 diabétiques de type 2. Les patients précaires étaient plus souvent fumeurs (50 versus 33,3%, p = 0,04) , avec des facteurs de risques cardio-vasculaires (44 % versus 32 %) et moins suivis par un diabétologue (33 vs 24 %) (87).

Ces résultats sont également retrouvés dans l'étude Obépi-Roche réalisée en 2012, portant sur 25 714 individus et comparant le taux de personnes obèses en fonction de la profession, du niveau d'instruction ou encore des revenus du foyer (88) (Figure 14, Figure 15).

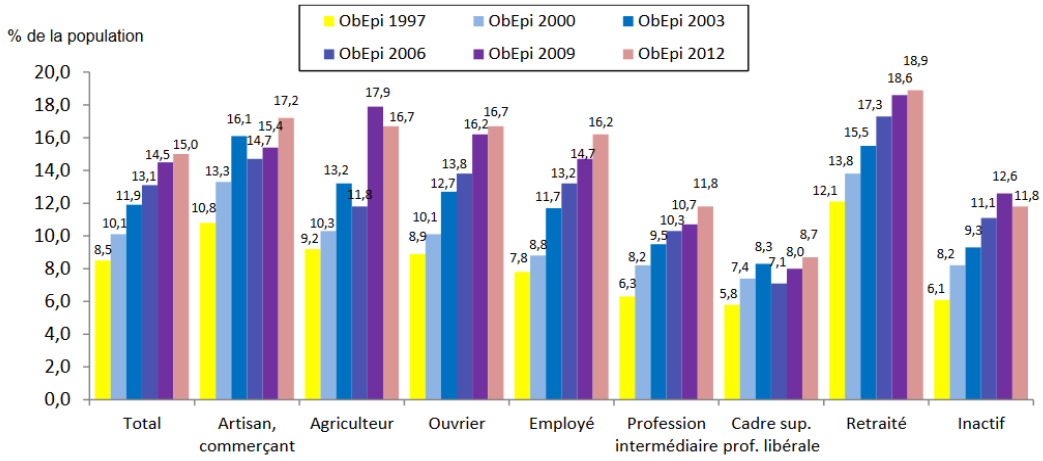


Figure 14 : Répartition de la population adulte obèse par catégorie socio-professionnelle depuis 1997. Obépi 2012 Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité.Une enquête INSERM / KANTAR HEALTH / ROCHE.

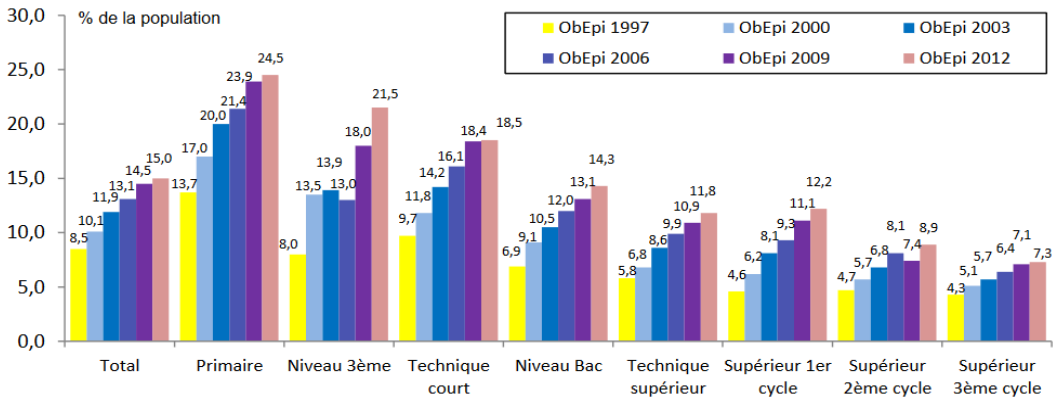


Figure 15: Répartition de la population adulte obèse par niveau d'instruction depuis 1997. Obépi 2012. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité.Une enquête INSERM / KANTAR HEALTH / ROCHE.

On peut enfin décrire un lien de causalité inverse : les pathologies chroniques favorisent la précarité par leur impact socio-économique sur les patients.

Ainsi, les patients bénéficiaires de la CMU, en ALD, ont plus souvent un reste à charge (RAC) que l'ensemble des patients bénéficiant de la CMU : 2,8 % vs 9,4 % (89) .

Auteur, année	Pathologie	Population précaire %	Population générale %	p
Guize, 2010	Diabète	17	4	ND
Sass, 2006	Diabète	7,9	3,2	<0,0001
Barnichon, 2010	HbA1c	8,7	8	<0,01
Sass, 2006	HTA	36,3	30,5	<0,0001
Sass, 2006	tabac	24,6	34,1	ND
Masson, 2010	tabac	50	33,3	0,04
Sass, 2006	obésité	21,2	11,6	<0,0001
Masson, 2010	néphropathie	69	47	0,01

Tableau 17: Association précarité - pathologies chroniques

2.5.2 Les difficultés de prise en charge des patients en situation de précarité atteints de maladies chroniques

Concernant les difficultés perçues par les patients en situation de précarité dans le suivi de leur pathologie chronique, une étude relève les difficultés à réaliser les

recommandations des professionnels de santé pour des raison sociales et/ou financières.

Nous pouvons prendre l'exemple du diabète et des FDR cardio-vasculaires. Une alimentation saine coûte parfois plus cher qu'un fast-food favorisant ainsi une alimentation non équilibrée,
L'activité physique, et la santé de façon plus globale, peuvent ne pas apparaître comme une priorité pour le patient lorsqu'il est confronté à des problèmes plus immédiats tels que la difficulté à se loger.

Les démarches administratives sont également un frein à leur prise en charge du fait de la complexité des démarches, et des délais (90).

Du coté des professionnels, malgré leur bienveillance, certains sont parfois démunis face, d'une part à des recommandations inadaptées à certaines situations, et d'autre part à un manque de temps et de moyens pour mener à bien une consultation.
Certains patients ne parlant pas français, venant sans interprète et sans documents médicaux par exemple, ne peuvent alors pas bénéficier d'une prise en charge optimale (explications de la maladie, éducation thérapeutique...) (91).

Au regard de ces différents constats, nous pouvons comprendre pourquoi la prise en charge des patients précaires atteints de pathologies chroniques est complexe et nécessite une adaptation des professionnels et une meilleure organisation des structures afin de les accompagner au mieux.

2.6 Les dispositifs de couverture sociale

2.6.1 La PUMA (Protection Universelle Maladie) remplaçant la CMU de base

Entrée en vigueur depuis le 1er janvier 2016, la Protection Universelle Maladie (PUMA) remplace désormais la CMU de base. Elle a pour objectif de simplifier les démarches administratives des bénéficiaires. Elle permet aux personnes exerçant une activité

professionnelle en France ou résidant en France de façon régulière et stable d'avoir une prise en charge partielle de leurs frais de santé en remboursant la part obligatoire. Pour en bénéficier, il faut remplir deux conditions :

- Résider en France de manière régulière ;
- Résider en France de manière stable : vivre en France ou dans un département d'Outre-mer de façon ininterrompue pendant 3 mois.

En outre, il existe des exceptions à la condition de stabilité de résidence pour les demandeurs d'asile et les réfugiés (92).

2.6.2 La CMU (anciennement nommée CMU-c)

Créée par la loi du 17 juillet 1999, c'est une protection complémentaire santé gratuite, attribuée sous conditions de ressource et de résidence. Pour en bénéficier, il faut, comme pour la PUMA, résider en France de manière stable et régulière et justifier de ressources inférieures à un certain plafond, fixé à 8951€/an pour un patient en métropole en 2019. Par ailleurs, elle est valable 1 an renouvelable.

Elle permet la prise en charge :

- du ticket modérateur ;
- des participations forfaitaires ;
- du forfait journalier ;
- du tiers payant ;
- des dépassements de tarifs dans la limite de plafonds.

La dépense pour la part CMU-c était estimée à 2,2 milliards d'euros en 2016, tous modes de gestion confondus et 5,5 millions de patients en bénéficiaient en 2018 (93) (94).

Dorénavant, les dépenses de la CMU-c sont financées par le Fond CMU via la taxe de solidarité additionnelle payée en majorité par les organismes complémentaires (95).

2.6.3 L'ACS (Aide au paiement d'une Complémentaire Santé)

Comme son nom l'indique, il s'agit d'une aide ouvrant des droits à une réduction de la cotisation à une complémentaire santé. Elle prend également en charge :

- le ticket modérateur ;

- les dépassement d'honoraires sous certaines conditions ;
- la participation forfaitaire ;
- les franchises ;
- certains soins de prothèses dentaire, et orthodontie ;
- le tiers payant.

Depuis juillet 2015, l'ACS donne ainsi accès à la dispense totale d'avance des frais.
Les bénéficiaires doivent remplir les mêmes conditions que pour la CMU mais leurs ressources sont comprises entre le plafond fixé pour la CMU et jusqu'à 35% au-delà.
Au 1er avril 2019, pour une personne, le plafond annuel en France métropolitaine était ainsi fixé à 12084€ (96).

Ils étaient 1,6 millions de bénéficiaires en novembre 2018 (97).

2.6.4 L'AME (Aide médicale d'état)

L'AME a également été créée par la loi du 17 juillet 1999.
C'est un dispositif permettant aux personnes en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins. Pour en être bénéficiaire, il faut être résident en France depuis plus de 3 mois, sans titre de séjour ou avec un titre de séjour expiré, et percevoir des ressources inférieures à 8951€ par an en 2019.
Elle permet la prise en charge à 100% des soins dans les limites des tarifs de la sécurité sociale avec dispense d'avance des frais.
Financée par l'État, le dispositif est géré par la CNAMTS qui avance les frais avant leur prise en charge par l'État.
Elle est également valable un an renouvelable.
Au 31 décembre 2016, le nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun s'élevait à 311 310 usagers (98).

2.6.5 Le tiers payant

Le tiers payant permet de ne pas avoir à avancer la part des frais médicaux remboursée par l'assurance maladie. Depuis le 1er janvier 2017, les femmes enceintes et les personnes en ALD ont droit au tiers payant sur les consultations médicales et les soins paramédicaux remboursés par l'assurance maladie.

Le médecin généraliste peut également le proposer à tous les patients mais ce n'est pas une obligation.
La loi sur la santé qui prévoyait la généralisation du tiers payant a, de ce fait, été reportée à ce jour (99).

2.7 Place et organisation des PASS

2.7.1Création/cadre de loi

La création des premières cellules de consultation offrant un accès gratuit aux patients en situation de précarité sont initiées en 1992 par l'hôpital Saint Antoine avec la mise en place de l'Espace Baudelaire, existant toujours.

Par la suite, en septembre 1993, la circulaire relative à l'accès aux soins des plus démunis permet la création de « cellules d'accueil » sous forme de consultations à l'hôpital public avec une consultation médicale, une prise en charge sociale, la réalisation d'examens complémentaires et la délivrance de médicaments gratuits pour les plus démunis (100) (101).

Toujours en 1993, création de dispositifs « précarité » à bas seuil social grâce à la coopération de Médecins du Monde (Jacques Lebas) et ATD Quart-Monde (Geneviève Anthonioz-de Gaulle). Il s'agissait de consultations gratuites hospitalières, coordonnées par des internistes militant en faveur d'un rapprochement des fonctions médicales et sociales de l'hôpital.

C'est en 1998, qu'ont été créées les PASS proprement dites dans le cadre de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998.
La circulaire du 17 décembre 1998 dispose que : « Les établissements publics de santé […] mettent en place les Permanences d'accès aux Soins de santé[…] adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale.
Ils concluent avec l'état des conventions, prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques, ainsi

que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes. […] »(102) (103).

2.7.2 Organisation générale

Les PASS ont été conçues comme des cellules médico-sociales hospitalières permettant à la fois un accès aux soins (consultation médicale, plateau technique) et aux médicaments pour les personnes en situation de précarité.
Elles ont également pour objectif d'aider les patients à leur réinsertion dans le circuit de droit commun grâce à l'action conjointe de personnel médical, paramédical et de travailleurs sociaux.

La circulaire du 17 décembre 1998 précise qu'un travail de coordination avec les médecins libéraux doit être entrepris afin de permettre la continuité de soins réalisant une véritable interface ville/hôpital.

Il est important de préciser qu'en aucun cas, ces structures ne doivent aboutir à la création de filières spécifiques pour les plus démunis, mais doivent au contraire permettre aux patients de réintégrer le circuit de droit commun afin de bénéficier des mêmes conditions d'accès aux soins que l'ensemble de la population.

2.7.3 Des modes de fonctionnement différents

En termes de structure, les directives de la loi de juillet 1998 étant assez floues, elles ont permis de créer des dispositifs variés pouvant s'adapter aux différents établissements de santé.
Ainsi, les PASS peuvent être situées soit dans un établissement de santé soit sur un site en dehors de l'enceinte de l'établissement, afin de faciliter l'accès de certains publics.
Dans tous les cas il convient que la PASS soit facilement identifiable et accessible aux patients.
Par ailleurs la PASS peut être :
- « centralisée » : son action s'effectue sur un local dédié avec des consultations de médecine générale et des consultations sociales, dans ce cas elle peut être soit rattachée à un service, la plupart du temps aux urgences, soit être une unité

fonctionnelle à part entière ;

- « transversale », dans ce cas c'est l'assistante sociale affectée à la PASS qui se déplace dans les différents services de l'hôpital.
- « mobiles » : les professionnels de la PASS (souvent une assistante sociale ou un infirmier) se déplacent à bord d'un véhicule aménagé permettant alors d'intervenir à l'extérieur de l'hôpital auprès des personnes les plus isolées (104) (Figure 16).

D'après le rapport de Fabre portant sur 365 PASS, la plupart de celles-ci sont centralisées (86%) et rattachées à un ou plusieurs services (70%).

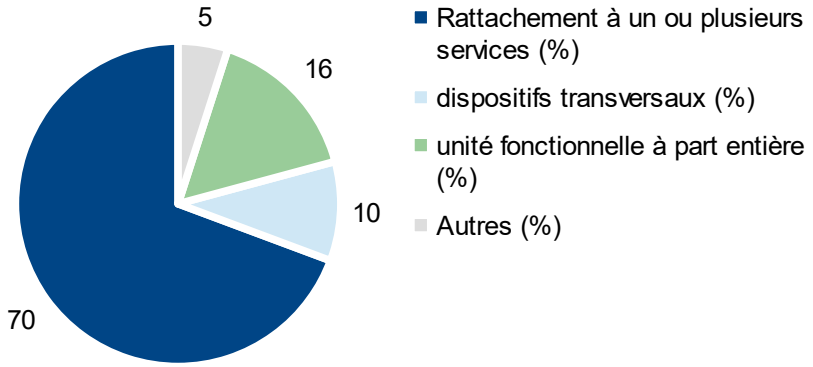


Figure 16: Organisation des PASS. D'après le rapport final. par Fabre et al. Octobre 2003.

En termes de prise en charge, les PASS ont pour mission d'accueillir tous types de pathologies, mais il s'est avéré nécessaire de créer des permanences spécialisées dans le cas de pathologies pour lesquelles l'accès aux soins est particulièrement difficile : c'est le cas des PASS bucco-dentaires et PASS psychiatriques par exemple.

En 2018, la DGOS recensait ainsi 368 PASS dont 44 PASS dentaires et 18 PASS psychiatriques (105).

En Occitanie en 2018, on recensait 43 PASS dont 35 généralistes, 2 dentaires, 5 psychiatriques et 1 mobile. Quatre vingt trois pour cent sont organisées comme des unités fonctionnelles à part entière (Figure 17).

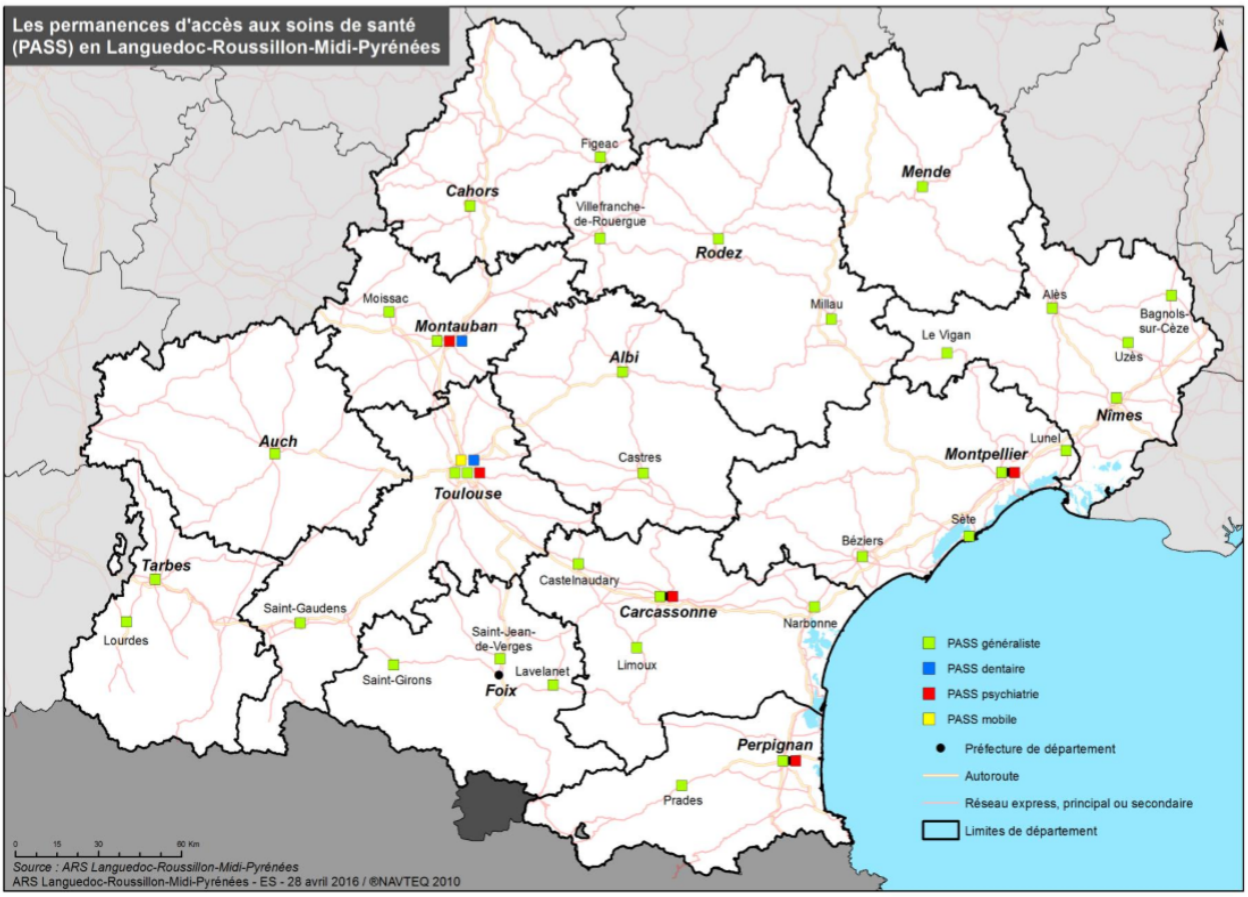


Figure 17: Répartition des PASS en Occitanie. ARS Languedoc Roussillon, Midi Pyrénées 2016.

2.7.4 Des professionnels variés

La circulaire de mise en œuvre des PASS de 1998 prévoit que chaque permanence comporte :

- un système d'accueil et de repérage des situations de détresse ;
- des consultations médicales ;
- des consultations sociales.
- la délivrance d'une fiche de circulation permettant la mise à disposition du plateau technique et la délivrance gratuite de médicaments ;
- un comité de pilotage intégrant médecins, pharmaciens, administrateurs, cadres infirmiers et services sociaux.

La circulaire N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 précise que les PASS doivent disposer d'un référent médical et d'un référent social connus de tous.

Il n'y a cependant pas plus de précision concernant le reste du personnel et place des

paramédicaux par exemple, rendant la composition des équipes de chaque PASS très variable d'une structure à l'autre (106).

Médecins

L'étude de Fabre rapporte que dans la majorité des cas, la PASS n'a pas de personnel médical, ni soignant, qui lui soit propre.

Sur 165 PASS, plus de la moitié des médecins référents (54,5%) ne sont pas rattachés administrativement à la PASS et dépendent d'un autre service, le plus souvent les urgences.

Plus de la moitié des médecins référents estiment que leur part d'activité réservée à la PASS est inférieure à 20% de leur équivalent temps plein.

Parmi les médecins référents, 68% sont des urgentistes ou des spécialistes, rarement des généralistes (seulement 20%) (107).

Le rapport de médecins du monde portant sur l'état des lieux de 37 PASS, publié en 2010, conclut également qu'il existe globalement un manque de personnel médical dédié à la PASS.(108).

En Occitanie en 2017, 28 PASS sur 42 disposaient d'un médecin référent, ce qui représentait seulement 5,1 ETP de médecins pour l'ensemble des PASS (Figure 18).

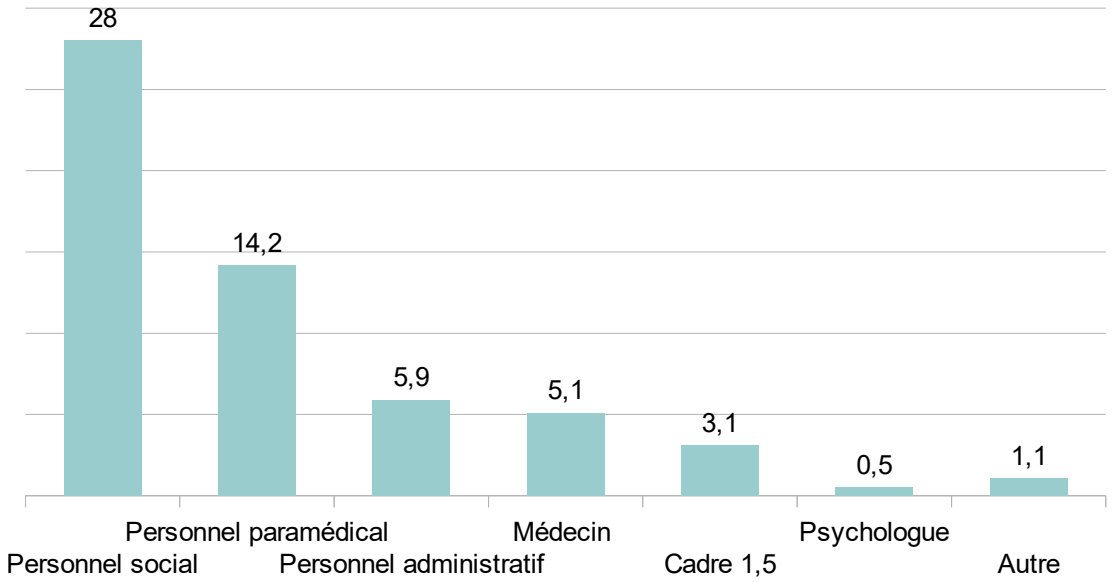


Figure 18: Les 56,2 ETP des 34 PASS généralistes d'Occitanie en 2017. D'après : Rapports d'activité des PASS d'Occitanie 2017.

Assistantes sociales / travailleurs sociaux

Le rapport de médecin du monde décrit que la plupart des PASS étudiées bénéficient d'un temps de travailleur social.

De la même façon, d'après Fabre, sur 211 PASS, plus de 92% disposent d'une assistante sociale dont 50% qui sont rattachées totalement à la PASS (Figure 19).

En Occitanie, toutes les PASS ont un référent social.

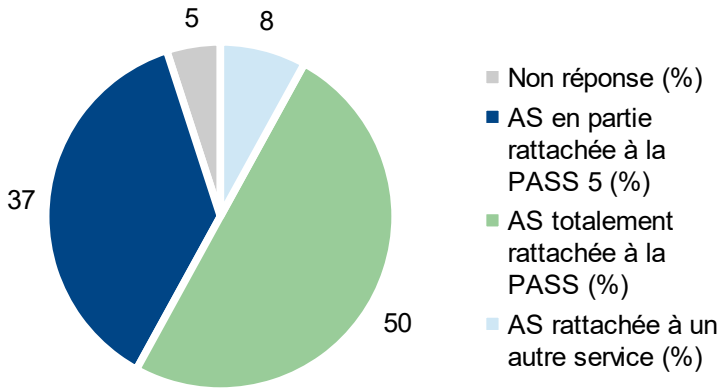


Figure 19: Évaluation des Permanences d'Accès aux soins. Rapport final. Par Fabre et al. Octobre 2003. Questionnaire portant sur 218 PASS.

Infirmiers :

Dans l'étude de Fabre, sur 110 PASS, peu ont un infirmier qui leur soit rattaché totalement (20%) ou partiellement (20%). Celui-ci est rattaché la plupart du temps aux urgences.

En Occitanie, un tiers des PASS ont un référent infirmier ce qui équivaut à 14,2 ETP.

Secrétaires :

Sur 93 PASS étudiées dans l'étude de Fabre, seulement 11% ont une secrétaire qui leur est rattachée totalement et 41% ont une secrétaire qui leur est rattachée partiellement.

En Occitanie, le personnel administratif représente 5,9 ETP sur les 56,2 des PASS du territoire.

Concernant l'interprétariat :

Globalement il existe très peu d'interprètes dédiés aux PASS, rendant le recours à

l'interprétariat téléphonique fréquent.
Dans le rapport de Médecins du monde, 40% des PASS faisaient régulièrement appel à un interprète, 40% de façon ponctuelle et 13% n'y avait pas du tout recours.
Dans l'étude de Fabre, la plupart des PASS faisaient appel à l'interprétariat téléphonique (Tableau 18).

Auteur, Année	**Fonctionnement (Centralisée/ transversale) (%)**	**Médecins (%)**	**Travailleurs sociaux (%)**	**Infirmières (%)**	**Secrétaires (%)**	**Interprétariat (%)**
Fabre, 2003	86/9,5	68	92	40	52	Téléphonique majoritaire
MDM, 2010	60/40	*	86,5	70	*	40

Tableau 18: Organisation des PASS

2.7.5 Interfaces

Accès au plateau technique/ ressources hospitalières

La loi prévoit que le patient consultant à la PASS « doit pouvoir accéder comme tout patient aux consultations dispensées dans l'établissement,(...) et aux soins au sens large » (109).
Cela implique donc l'accès au plateau technique de l'hôpital : imagerie médicale, laboratoire d'analyses médicales et consultations spécialisées.

Dans son rapport, Médecins Du Monde expliquait que même si « l'ensemble du plateau technique semble a priori accessible(...) bien souvent, si l'état de santé n'est pas jugé urgent, les soins et donc l'accès au plateau technique sont différés en attendant que la personne puisse disposer de droits effectifs à la couverture maladie ».
A noter que cette enquête concernait uniquement 12 PASS généralistes et 3 PASS spécialistes.

Interface avec l'extra-hospitalier

Les partenaires extra-hospitaliers de la PASS sont nombreux et divers par leur statut.
Il peut s'agir :

- d'institutions : le conseil général via les PMI, les Centres de Planification et d'éducation familiale, les CIDDIST/CLAT et CDAG, les CCAS, la CPAM (mise en place d'une ligne téléphonique directe dans certaines PASS) ;
- d'associations : la Croix rouge, le Centre 115 ...
- de structures d'hébergement social : SIAO-LHSS ;
- de réseaux : le Réseau Local de Santé, le réseau périnatalité, le réseau « précarité » ;
- des professionnels de santé libéraux : médecins généralistes, infirmiers libéraux, pharmacies dentistes, sages-femmes.

Certains partenariats sont formalisés permettant de pérenniser les liens avec les différentes structures.

Dans l'étude de Fabre, 92% des PASS déclarent avoir un partenariat actif à l'extérieur avec les acteurs sociaux pour plus de 98% d'entre elles, avec les services administratifs (87,5%), avec les structures d'hébergement (83,5%) et avec les médecins généralistes (35,5%).

2.7.6 Un comité de pilotage

L'ensemble des études montre qu'un comité de pilotage est présent dans la majorité des PASS.

Dans le rapport de Fabre, seulement un peu plus de la moitié des PASS (56,5%) ont un comité de pilotage au sein de l'établissement .
En revanche le rapport de médecins du monde relève 80% des PASS ont un comité de pilotage.
Lorsqu'il est présent, il est composé presque systématiquement d'acteurs internes tels que des membres de la direction, du personnel médical et du personnel social et parfois seulement de partenaires externes tels que les associations et les réseaux.

Soixante-seize pour cent des PASS d'Occitanie ont un comité de pilotage.
A Montpellier, il regroupe les acteurs internes, externes et le représentant des usagers.

2.7.7 Les patients consultants à la PASS

Il s'agit de patients ayant besoin de soins et ne pouvant y accéder, le plus souvent à cause de l'absence ou de l'incomplétude de couverture sociale.
La population ayant recours aux PASS a évolué ces dernières années avec notamment l'augmentation des demandeurs d'asiles et la précarisation de la population migrante.

Concernant les caractéristiques socio-administratives des patients consultants à la PASS (Tableau 19)
Toutes les études retrouvent une majorité d'hommes, d'âge jeune, principalement originaires du Maghreb, souvent sans emploi, sans revenus déclarés.

Ainsi, l'étude effectuée par Georges de 1999 à 2001 à la PASS de l'hôpital St Louis portant sur 2513 patients retrouve 77% d'hommes, âgés de 36,8 ans en moyenne, originaire du Maghreb ou d'Afrique noire dans 58% des cas (106).

De même, en 2005, Trinh-Duc a étudié 11 PASS de CHU et 10 PASS de CHG comptant 4716 patients au total. Il note que 59,3% sont des hommes, avec une moyenne d'âge de 35,3 ans, principalement originaires du Maghreb (24,4%) et dont 59,1% déclarent n'avoir aucune ressource financière (107).

Une étude plus récente de 2016 portant sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les PASS de France montre également que sur les 848 patients ayant consulté, 61% sont des hommes, avec un âge moyen de 35 ans, et 47,3% d'entre eux n'ont aucun revenu (108).

Plusieurs études retrouvent qu'un peu plus de la moitié des patients consultants à la PASS sont francophones : 80% dans l'étude de Trinh-Duc, 72,7% dans celle de Kaoutar (83).

Concernant la couverture sociale, les chiffres sont plus variables selon les études. A De La Blanchardière analysant en 2002 359 patients de la PASS d'Avignon, note que 48% n'ont aucune couverture sociale, 23% bénéficient de l'AMH, 16% de la CMU et 1% de l'AME (109).

En 2008 à Paris, Kaoutar note que 38,4% des patients relèvent du régime général, 21% de l'Aide médicale d'état et 16,9% de la couverture maladie universelle de base.
Peu de patients ont un médecin traitant avec seulement 13,9% des migrants de l'étude de Tapié de celeyran (112), ce qui s'explique notamment par le fort taux d'absence de couverture sociale.

Le rapport d'activité 2017 des PASS d'Occitanie rapporte des caractéristiques globalement similaires avec un tiers de la population âgée de moins de 25 ans, 54% d'hommes, 64% sans ressource financière, et 54% sans droit assurance maladie. Vingt huit pour cent des patients sont Français.

Concernant le profil médical des patients consultants à la PASS (Tableau 20)
De nombreuses études montrent que les motifs de consultations sont très variés et souvent multiples.
A la PASS d'Avignon en 2004, le premier motif de consultation sont les pathologies gingivo-dentaires (43%) suivies de près par les pathologies infectieuses (42%).
Dans l'étude de Trinh duc en 2005, les pathologies les plus fréquemment retrouvées sont les pathologies digestives.

Les pathologies ORL sont le premier motif de consultation retrouvé dans l'étude de Casadevall portant sur 257 patients consultant d'une PASS parisienne.
Plus spécifiquement chez la population migrante des PASS , le premier motif de consultation était les pathologies digestives (13,2%), puis les maladies infectieuses (13%).
Les autres motifs étaient représentés par le diabète tous types confondus (6,0%), les pathologies vasculaires (5,3%), l'hypertension essentielle (7,2%), l'épilepsie (1%) (112).

Comme nous l'avons souligné précédemment, le taux de pathologies chroniques rencontré dans les populations précaires est plus élevé que dans la population générale comme c'est le cas dans les PASS parisiennes étudiées par Gatin et Kaoutar en 2008 et 2009 .
A contrario, dans un article étudiant le profil de 257 des patients d'une PASS parisienne, le taux de diabète n'était pas plus élevé que dans la population générale (113).

Auteur, année	Population	Sexe		Age moyen	Nationalité (%)			Sans titre de séjour (%)	Sans revenus (%)	Couverture sociale		
		H (%)	F (%)		Maghreb	Afrique	France			abs	CMU	AME
Georges, 2001	2513	77	23	36,8	58		6	*	*	*	40	32
Peslin, 2001	168	61	39	28,8	*			*	49,5	38	*	*
De La Blanchardière, 2002	359	56	44	37	44	*	23	69	77	48	16	24
Trinh duc, 2005	4716	59	41	35	24	23	23	*	59	52	8,3	11
Parizot, 2008	500	>50	<50	25-35	*			*	*	62	*	
Kaoutar, 2008	581	65	35	46	18	31	20	42,2	*	*	17	21
Casadevall, 2009	257	53	47	37	*			75	*	15	60	
Gatin, 2009	581	65	35	46	*			*	18	*		
Maignan, 2009	187	53	47	28,4	*			64	*	*		
Tapié de celeyran, 2016	848	61	39	35	16	47	*	70	47,3	41	14	10
CRAI-ORS Occitanie Rapport PASS 2017	143 13	54	46	25-35	*	*	28		64	54	6	4

Tableau 19: Profil socio- administratif des patients consultants à la PASS

Auteur, année	Pathologies (%)			Biologie (%)	Imagerie (%)	H (%)
	Chroniques	Endoc.	CV			
Georges, 2001	*	6 (diabète)	5 (HTA)	25	17	2
Peslin, 2001	*	0,6	*	24	12	3
De La Blanchardière, 2002	*	23	15	21	24	18
Trinh duc, 2005	*	4,5	4,4	*	*	5
Kaoutar, 2008	54,6	4,7 (diabète)	6,8 (HTA)	41		8
Casadevall, 2009	*	*	16	*	*	*
Gatin, 2009	52	*	*	27	18	*
Maignan, 2009	*	*	*	*	*	1,6
Tapié de celeyran, 2016	25	6 (diabète)	7,2 (HTA)	*	*	1,3

Tableau 20: Profil médical des patients consultants dans les PASS. Endoc : endocrinienne, H : hospitalisation.

2.7.8 Financement :

La CIRCULAIRE N° DGOS/R4/2013/246 du18 juin 2013, relative à l'organisation et au fonctionnement des PASS, précise que les PASS sont financées par les dotations du ministère de la santé pour les missions d'intérêt générale via les ARS. On parle de dotation MIG PASS (105).

Cette enveloppe budgétaire intègre l'ensemble des frais liés à l'activité de la structure : frais de personnel, de prise en charge et d'accompagnement, examens médicaux, dépenses pharmaceutiques, interprétariat...

La dotation de chaque PASS est basée sur le nombre de patients vus au moins une fois dans l'année.

Les ARS vérifient, pour chaque PASS, l'adéquation entre l'activité (mesurée par le nombre de patients accueillis) et le montant de leur dotation.

Il convient donc pour chaque PASS d'établir de manière précise le nombre de consultants, son mode d'organisation, les caractéristiques de son personnel et ses effectifs et les prestations fournies aux personnes accueillies.
Pour une PASS généraliste recevant au moins 100 patients par an, le budget minimal requis est de 50 000 euros (quelle que soit la prise en charge effectuée).
La dotation annuelle peut atteindre 450 000 euros pour des PASS accueillant jusqu'à 1000 patients par an.
Si besoin, l'ARS peut rééquilibrer les moyens des PASS des différents établissements (115).
Les PASS spécialistes reçoivent quand à elles une dotation annuelle de financement indépendamment du nombres de consultants.

En conclusion, même si le dispositif est censé être adapté à une population en situation de précarité, nous constatons qu'il n'existe pas d'homogénéité dans leur organisation. Ainsi, le recours au plateau technique et aux consultations spécialisées sont difficiles, l'interprétariat n'est pas toujours disponible et le nombre de professionnels est insuffisant, restreignant les possibilités de suivi d'accompagnement et d'éducation thérapeutique pourtant essentielles à la prise en charge des pathologies chroniques.

DEUXIEME PARTIE : Étude des caractéristiques médico-sociales des patients consultants à la PASS de Montpellier

1 Introduction

La difficulté d'accès aux soins en France a fait l'objet de récentes réformes avec la loi ma santé 2022, permettant notamment la formation des premières promotions d'IPA.
Ces IPA sont formées à prendre en charge certaines pathologies chroniques en assurant leur suivi, en participant à leur éducation thérapeutique et à certaines prescriptions d'examens complémentaires et renouvellements d'ordonnances.
L'objectif est de libérer du temps médical tout en poursuivant le suivi des maladies chroniques.
D'un autre coté, l'accès aux soins des populations précaires a été favorisé par la création des PASS. Elles sont aujourd'hui plus de 200 réparties sur le territoire. D'après la littérature, le temps médical y est souvent insuffisant et les pathologies chroniques sont un motif de consultation fréquent. Nous avons souhaité analyser le profil médical des patients de la PASS de Montpellier afin justifier la pertinence d'une IPA au sein de l'équipe.
L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la pertinence d'une IPA au sein de la PASS de Montpellier, en mesurant la proportion de patients consultant pour une des pathologies chroniques entrant dans les champs de compétences de l'IPA spécialisée en pathologies chroniques stabilisées (IPA-MC). Notre hypothèse était que la prévalence des patients atteints de pathologies chroniques consultants à la PASS était supérieure à celle de la population générale.

2 Matériels et méthodes

2.1 Contexte

La PASS du CHU de Montpellier a été créée en 2001.
Elle dispose d'1.5 équivalent temps plein (ETP) d'assistante sociale (AS), 1.5 ETP IDE, 0.80 ETP secrétariat, 0.10 ETP médecin interniste coordonnateur, 0.10 ETP MG. Un

externe en pharmacie est également présent tous les jours afin de sécuriser le circuit du médicament. Selon les semestres, un interne en médecine générale SASPAS est également présent 1 fois par semaine.
L'accueil du public a lieu sur rendez-vous tous les jours du lundi au vendredi de 9h 17h sauf les jeudis après midi. Une permanence téléphonique se tient du lundi au vendredi de 9h 17h.
Environ 1000 patients sont reçus à la PASS par an pour environ 4400 entretiens infirmiers.

2.2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive prospective longitudinale réalisée du 1er janvier au 31 juillet 2019 portant sur les patients ayant consulté à la PASS de Montpellier.

2.3 Population étudiée

L'ensemble des dossiers des patients consultant à la PASS pendant la durée de l'étude ont été triés. Les dossiers des patients dont le motif de consultation était une pathologie entrant dans le champ de compétence de l'IPA-MC ont été sélectionnés.
Nous avons exclu les patients atteints de pathologie chronique entrant dans les compétences de l'IPA mais venant consulter pour un autre motif (dermatologique, ORL, dentaire...) car il s'agit de patients que l'IPA ne prendrait pas en charge.
Pour cela, un document de rappel des pathologies concernées et la notification du consentement était ajouté à chaque nouveau dossier (Annexe 6).
L'inclusion était conditionnée à un consentement oral du patient, après information orale et écrite.
Il s'agissait d'une recherche non interventionnelle : sa mise en œuvre n'a pas modifié la prise en charge médicale des patients et n'a donc pas nécessité la soumission pour autorisation à un comité de protection des personnes.

2.4 Recueil des données

Une première consultation était réalisée de façon conjointe avec l'infirmière de la PASS

et l'assistante sociale afin de faire le point sur la demande du patient et ses droits potentiels. A l'issu de cette consultation, l'infirmière orientait le patient soit vers une consultation spécialisée, soit vers les urgences et elle réalisait par la suite le suivi du patient si besoin lors de consultations ultérieures.
Une réunion avec le médecin référent était organisée de façon hebdomadaire afin de rediscuter des dossiers complexes.
Les données sociales des patients étaient recueillies par les assistantes sociales lors d'une consultation dédiée, les données infirmières étaient recueillies par l'infirmière de la PASS, les données médicales par le médecin consulté.
Chaque dossier sélectionné a été revu et ont été colligées les informations telles que : le motif de consultation, le nombre de consultations, d'examens complémentaires, d'ordonnances réalisées, l'hospitalisation ainsi que et la structure orientant le patient.
Lorsque le patient n'était pas francophone, le consultant pouvait faire appel à l'interprétariat téléphonique via la plate-forme d'interprétariat téléphonique d'Inter Service Migrants Interprétariat (ISM Interprétariat).

3 Résultats

Sept cent quarante-huit patients ont consulté à la PASS du 01/01/19 au 31/07/19.
Six cent trente et un ont été exclus de l'étude :
- 495 patients n'avaient pas de pathologie chronique ;
- 44 patients avaient une pathologie chronique qui ne rentrait pas dans les compétences de l'IPA-MC. (VIH, VHB, VHC, insuffisance rénale, pathologies néoplasiques pour la majorité) ;
- 27 patients étaient atteints de pathologie chroniques pouvant être pris en charge par les IPA mais consultaient pour un autre motif ;
- 1 patient n'a pas donné son consentement ;
- 64 dossiers présentaient trop de données manquantes pour être étudiés.

Au total, 25,1% des patients ayant consulté durant la période étudiée étaient atteint de pathologie chronique, environ 20% étaient atteints d'une pathologie relevant d'une IPA et 19% étaient atteint de pathologie chronique relevant d'une IPA-MC.
Cent dix-sept dossiers ont été inclus et analysés (Figure 20).

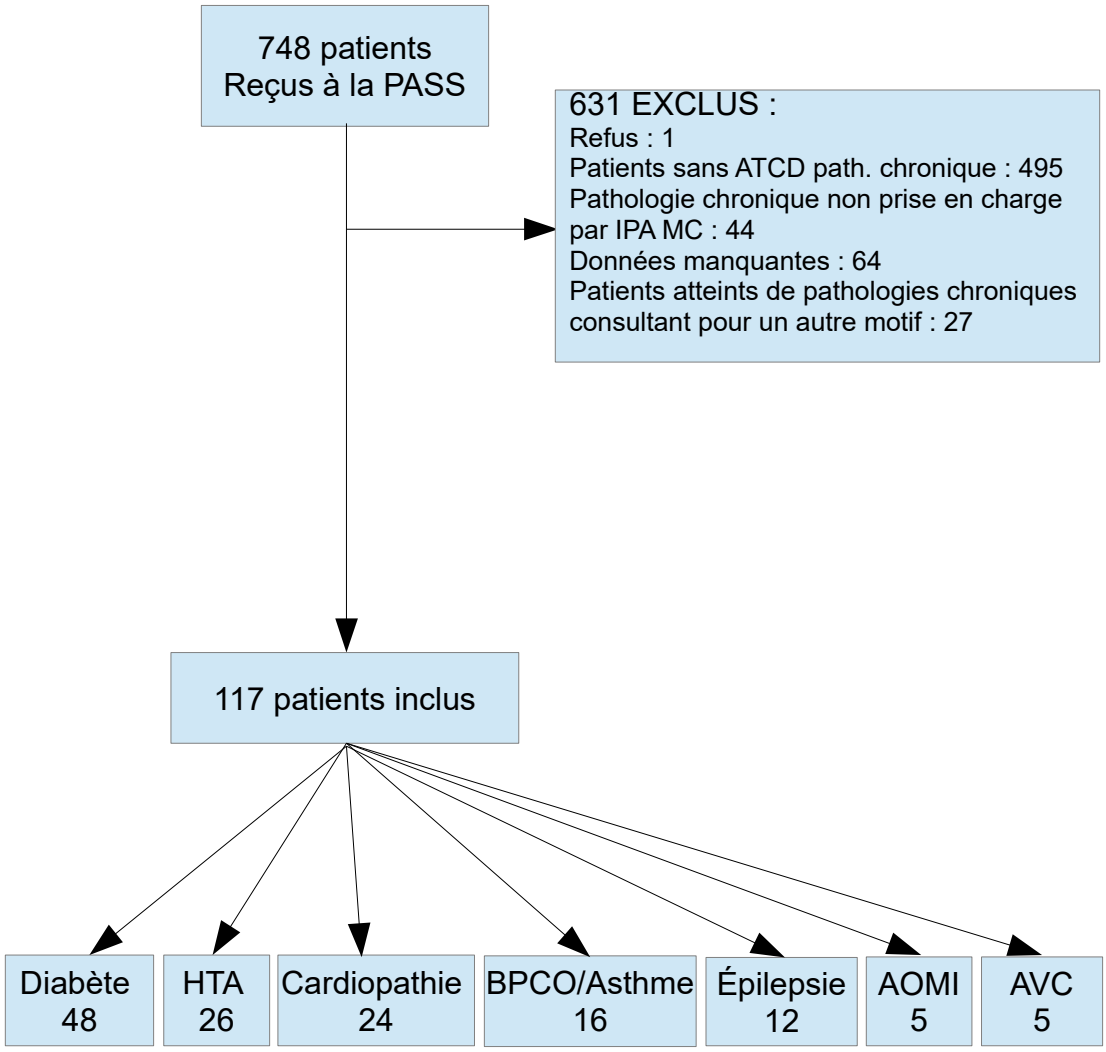


Figure 20: Diagramme de flux

3.1 Profil socio-démographique :

L'âge moyen des patients était de 47,8 ans avec un écart-type de 18 ans et le sex ratio H/F était de 1,4.

Quatre-vingt-trois pour cent déclaraient n'avoir aucun revenu ni aucune couverture sociale lors de leur première consultation (Figure 21, Figure 22). Vingt-six pour cent (30) étaient hébergés par un tiers, 21% (24) étaient hébergés dans des centres d'hébergement social ou d'urgence, la même proportion vivait dans la rue, 10% (12) vivaient dans une caravane et seulement 6% (7) étaient locataires (Figure 23)

Les principales nationalités représentées étaient le Maroc, l'Algérie , la Géorgie et la Roumanie qui représentaient 46% des patients. Seul 1% était de nationalité française (Figure 24), et nous avons eu recours à l'interprétariat téléphonique pour 54% des patients.

Trente-six pour cent sont venus de leur propre initiative, 28% ont été orientés par une association (médecins du monde, croix rouge, halte solidarité, AXESS, AREA CCAS, CADA...), 18% étaient adressés par les urgences et les autres étaient soit adressés par un médecin de ville soit par un service de l'hôpital (Figure 25).
Onze pour cent seulement avaient un médecin traitant déclaré.

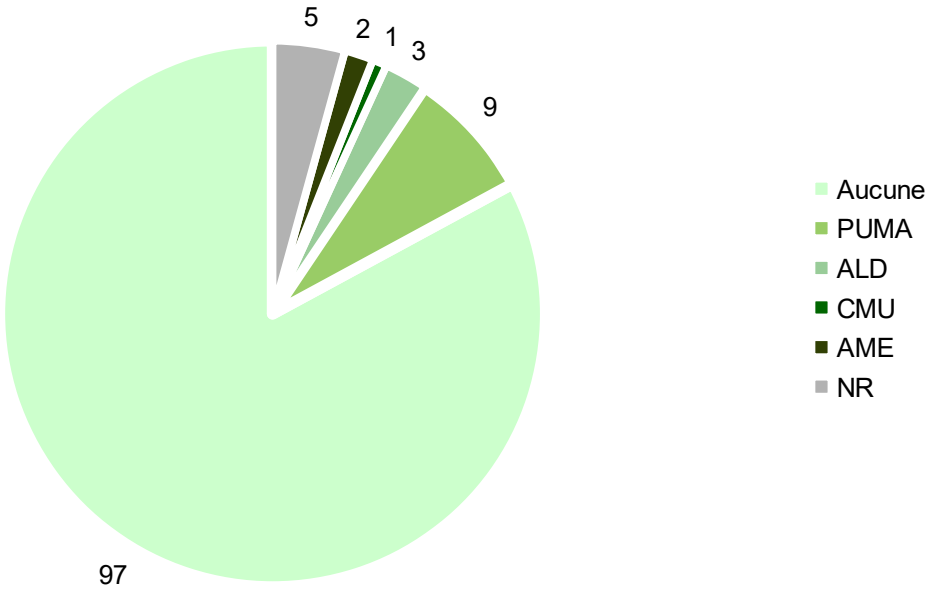


Figure 21: Type de couverture sociale (nombre de patients)

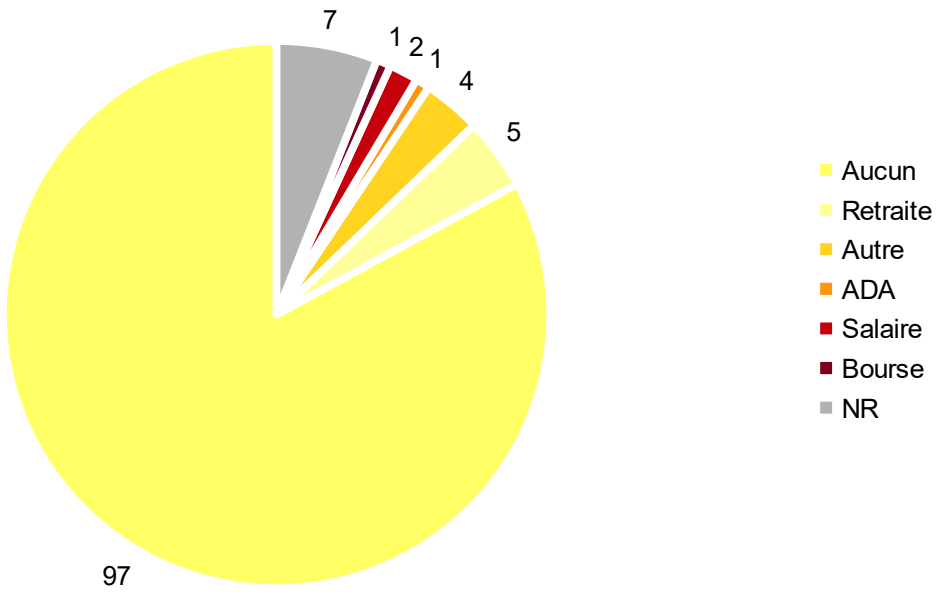


Figure 22: Type de revenu (nombre de patients)

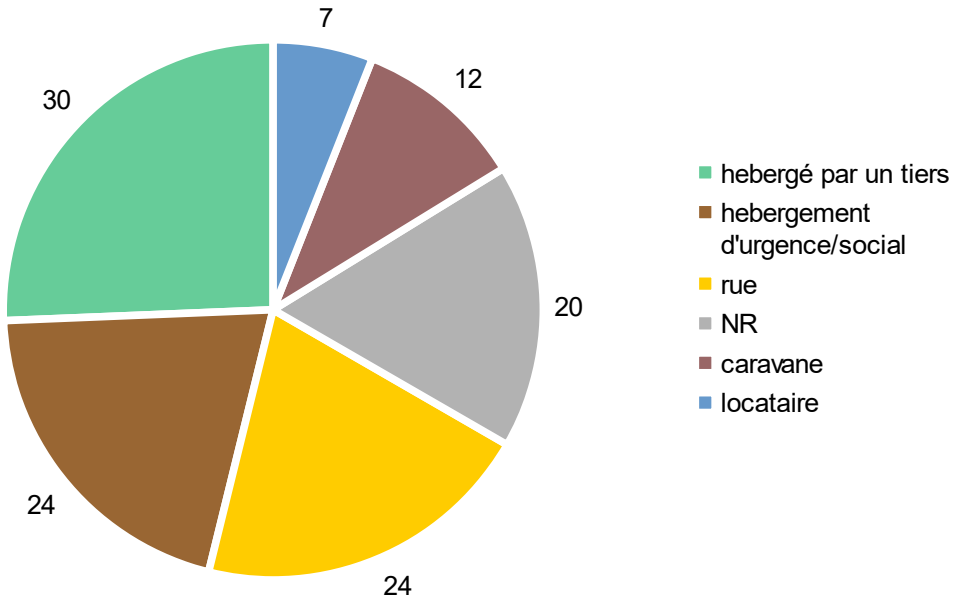


Figure 23: Type d'hébergement (nombre de patients)

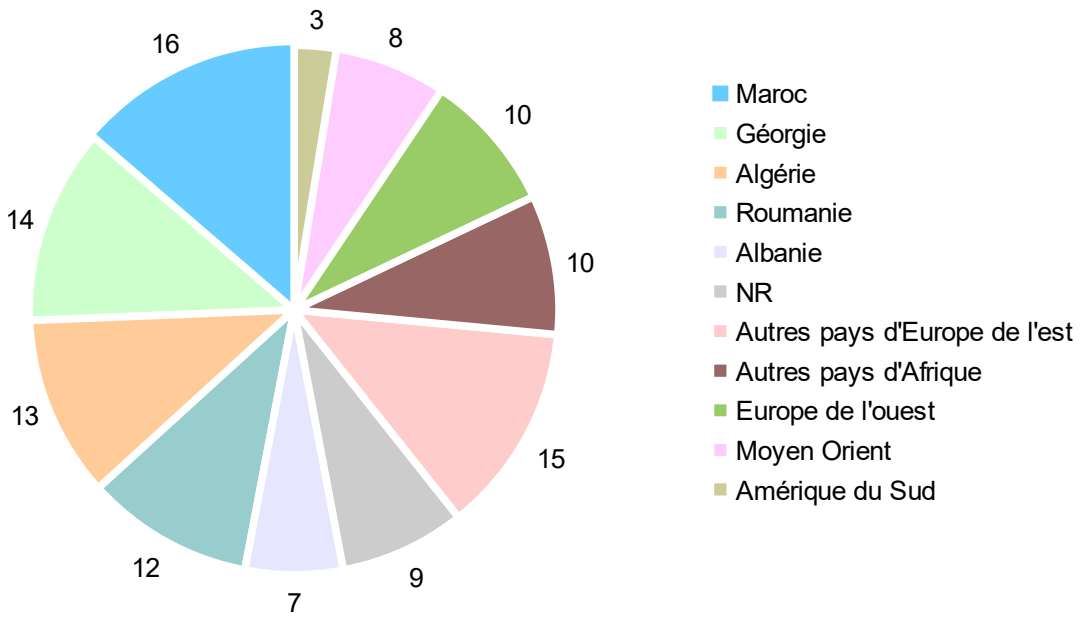


Figure 24: Nationalités des patients (nombre de patients)

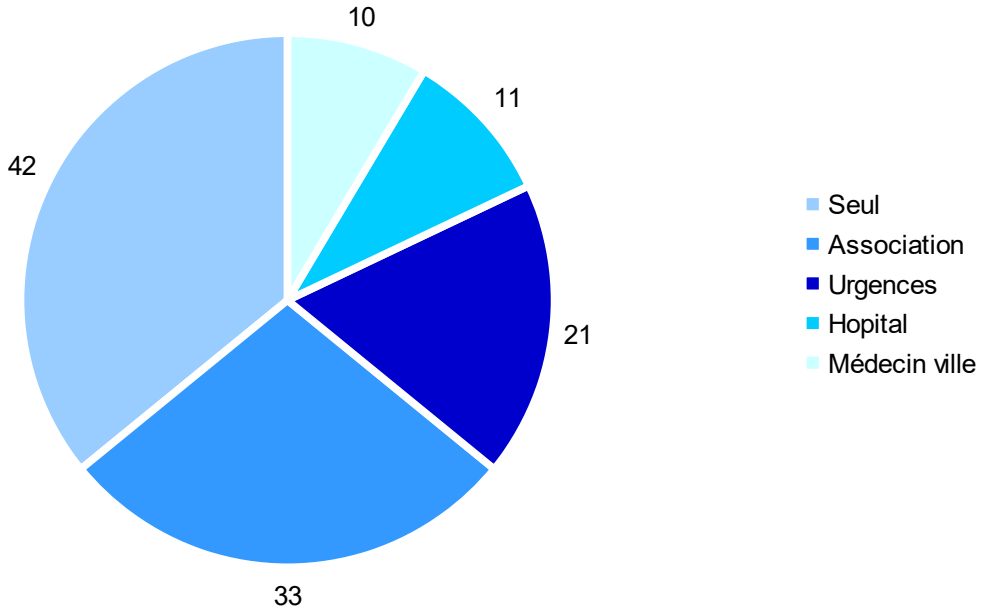


Figure 25: Structures orientant vers la PASS (nombre de patients)

3.2 Profil médical des patients :

Les motifs de recours à une consultation à la PASS étaient les suivants (Figure 26):

- demande d'ordonnance ou de traitements médicaux (52%) ;
- demandes en rapport avec une pathologie endocrinienne tel qu'un déséquilibre de diabète la plupart du temps (11%) ;
- les motifs pneumologiques : dyspnée, surinfection de bronchite chronique, crise asthme (8,5%);
- la douleur (7%) ;
- les symptômes cardiovasculaires (7%)
- les problèmes neurologiques (5%) ;
- les plaies et les problèmes ophtalmologiques (2%) ;
- les autres motifs (gynécologiques, oncologiques, infectieux et digestifs) représentaient chacun moins d'1% des motifs de venue.

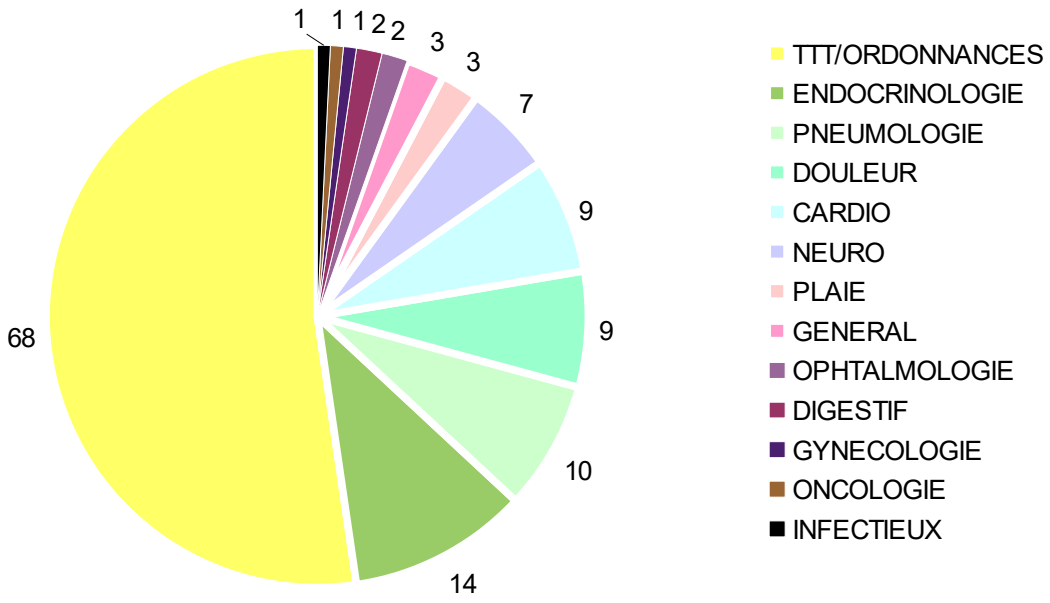


Figure 26: motifs de venue (nombre de patients)

Soixante-dix sept pour cent des patients (90) ne venaient que pour un seul motif, 22% (26) venaient pour 2 principaux motifs et 1 patient venaient pour 3 plaintes .

Concernant la population étudiée, la répartition des pathologies chroniques occasionnant une consultation à la PASS était la suivante (Figure 27) :

- 41% (48) des consultations étaient en rapport avec un diabète, dont 83% pour un

diabète de type 2 (40) ;

- 22 % (26) en rapport avec une hypertension ;
- 21% (24) en rapport avec une cardiopathie chronique (ischémique, rythmique, valvulaire ou autre) ;
- 13% (15) en rapport avec une pathologie respiratoire chronique (9 BPCO, 6 asthmatiques) ;
- 10% (12) en rapport avec une épilepsie ;
- 5% (6) pour un problème relatif à un antécédent d'AVC ;
- 4,2% (5) en rapport avec une Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs (AOMI).

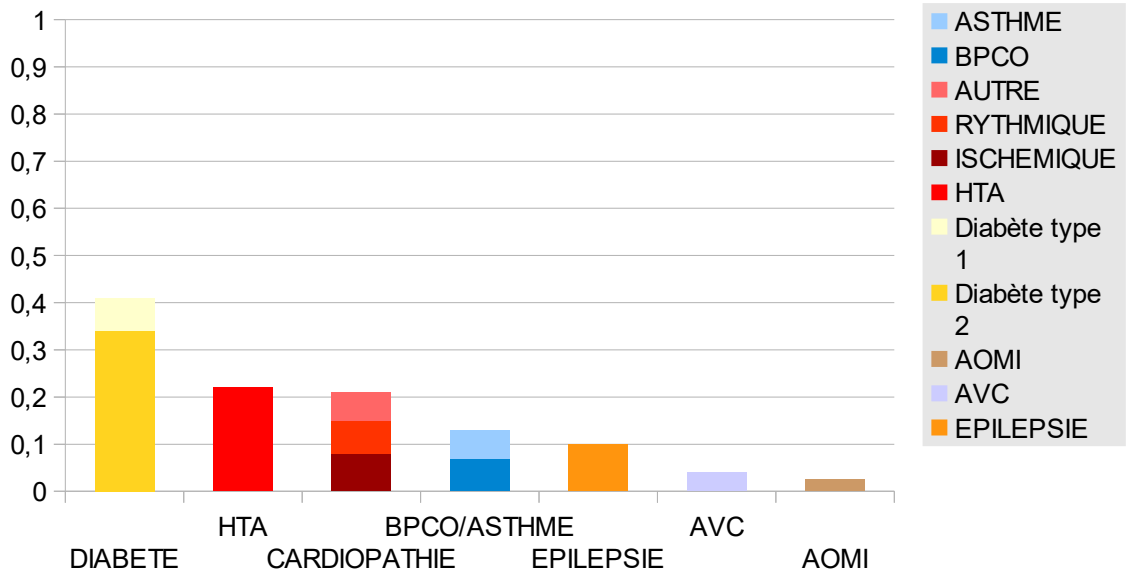


Figure 27: Répartition des patients consultants en rapport avec les pathologies chroniques étudiées

De nombreux patients étaient porteurs de plusieurs pathologies chroniques :

- 38 patients en présentaient 2 ;
- 12 patients en présentaient 3 ;
- 3 patients en présentaient 4.

Nous avons ainsi relevé que sur l'ensemble des patients ayant consulté sur la période étudiée, 11,4% des patients étaient hypertendus, 8,3% étaient patients diabétiques, 4%

porteurs de cardiopathies chroniques, 2,5% atteints d'une pathologie respiratoire chronique, 2,1% étaient épileptiques, 1,2% avaient un antécédent d'AVC, et 0,7% étaient porteurs d'une AOMI.
Parmi les patients inclus, 85 étaient hypertendus (73%), 62 étaient diabétiques (53%), 29 étaient atteints d'une cardiopathie chronique (25%), 19 d'une pathologie respiratoire chronique (16%), 16 épileptiques (14%), 9 avaient un antécédent d'AVC (8%) et 5 étaient atteints d'AOMI (4%).

Ainsi, la répartition des pathologies chroniques occasionnant une consultation à la PASS était la suivante :
- 6,4% consultaient pour un diabète ,
- 3,2% en rapport avec une cardiopathie ;
- 2% en rapport avec une pathologie respiratoire chronique ;
- 0,8% en rapport avec un AVC ;
- 0,7% en rapport avec une AOMI .

Concernant la prise en charge des patients consultant à la PASS pour leur pathologie chronique, le nombre moyen de consultation par l'IDE était de 4,4 par patient et 66% des patients ont bénéficié d'un avis ou d'une consultation spécialisée. Cinquante-neuf pour cent des patients ont eu au moins un examen complémentaire : 46% un examen biologique et 31% une imagerie. Quatre-vingt-onze pour cent des patients inclus ont reçu une ordonnance délivrée par la PASS en rapport avec leur(s) pathologie(s) chronique(s). Quatorze pour cent des patients ont été hospitalisés suite à leur prise en charge par la PASS.

3.3 Résultats par pathologie (Tableau 21)

<u>a- concernant les patients consultants pour leur diabète</u>

- L'âge moyen des patients était de 50,7 ans (± 15 ans) , avec une grande différence selon le type de diabète : 26,7 ans en moyenne (+/-3) pour les diabétiques de type 1 et 55,5 (+/-12,5) pour les diabétiques de types 2.
- Les hommes étaient majoritaires (sex ratio H/F: 1,3) .
- Le nombre moyen de consultation réalisée par l'IDE était de 4,4, 63% des diabétiques

ont eu recours à un avis ou une consultation spécialisée dont 50% à un endocrinologue.
- 96% ont eu un dextro, (ceux qui n'en ont pas eu étaient diabétiques de type 2, il s'agissait soit d'un oubli soit d'un refus de la part du patient) .
- 56% ont eu un examen complémentaire, une biologie la plupart du temps.
- L'hémoglobine glyquée moyenne était de 9,2%. Les données ont pu être recueillies pour 75% des patients.
- 44% ont reçu une ordonnance en rapport avec leur diabète.
- 17% ont été hospitalisés : 3 diabétiques de type 1 et de type 2 ont été hospitalisés en endocrinologie, 1 diabétique de type 2 à DIAGORA et 1 diabétique de type 2 en médecine interne.

b- concernant les patients consultants pour une cardiopathie

- L'âge moyen des patients était de 59 ans (+/-16), le sex ratio H/F était de 1.
- Ils ont bénéficié en moyenne de 4,3 consultations par l'IDE et 75% ont eu un avis spécialisé dont 44% un avis cardiologique.
- 50% des patients ont bénéficié d'examens complémentaires.
- 43% ont eu un ECG à la PASS, 46% un bilan biologique et 21% une imagerie (2 échographies trans thoraciques (ETT), 1 scanner thoracique, 2 échographies abdominales, 1 doppler).
- La moitié des patients ont eu une ordonnance en rapport avec leur cardiopathie, prescrite par la PASS.
- 3 patients ont été hospitalisés : 1 en cardiologie, 1 en médecine HTA, 1 en médecine interne et 1 a été orienté aux urgences.

c- concernant les patients consultants pour une pathologie respiratoire chronique

- Sur les 15 patients inclus, 8 étaient atteints de BPCO et 7 étaient asthmatiques.
- La moyenne d'âge des patients était de 53 ans (+/-23), le sex ratio H/F était de 2,7.
- Les patients ont été vus en moyenne 4 fois par l'IDE de la PASS, 11 ont eu un avis spécialisé dont 7 un avis ou une consultation par un pneumologue.
- 80% ont bénéficié d'un examen complémentaire : 53% ont eu un bilan biologique et 60% une imagerie (2 radiographies de thorax, 3 scanners thoraciques, 1 ETT et 1 échographie abdominale).
- Une ordonnance en rapport avec la pathologie respiratoire a été rédigée pour 73% des patients.

- 1 seul patient a été hospitalisé, en pneumologie.

d- concernant les patients atteints d'épilepsie

- 12 ont consulté pour une épilepsie chronique, avec un âge moyen de 25 ans (+/-14), le sex ratio H/F était de 2.
- Ils ont été vus 4,6 fois en moyenne par l'IDE et 91% d'entre eux ont reçu un avis spécialisé, un neurologue 8 fois sur 10.
- 6 patients ont bénéficié d'une imagerie dont 4 IRM cérébrales et 2 scanners.
- 82% des patients épileptiques ont reçu une ordonnance concernant leur traitement de fond à la PASS.
- 2 patients ont été hospitalisés : 1 en neurologie et 1 en médecine vasculaire.

e- concernant les patients consultants pour une AOMI

- Les 3 patients concernés étaient âgés de 68 ans en moyenne (+/-9), représentés par 2 hommes et 1 femme.
- Ils étaient tous polypathologiques avec au moins 2 des pathologies chroniques étudiées.
- Les 3 patients ont reçu un avis spécialisé, 1 patient a bénéficié d'un angioscanner des membres inférieurs et 2 sur 3 ont eu un examen biologique.
- Aucun n'a été hospitalisé.

f- concernant les patients consultant pour une hypertension

- Sur les 85 patients hypertendus, seulement 26 ont consulté pour ce motif, la plupart pour la délivrance de traitement ou pour le renouvellement d'ordonnance.
- Les patients étaient âgés de 43 ans en moyenne.
- Ils ont été vus par l'infirmière 4,8 fois en moyenne et par un spécialiste pour un peu plus de la moitié d'entre eux.
- 58% ont bénéficié d'un examen complémentaire, un bilan biologique la plupart du temps et 77% ont reçu une ordonnance de traitement délivrée par la PASS.
- Le contrôle tensionnel a été systématiquement réalisé par l'infirmière mais les résultats n'ont pas été colligés (mesure non standardisée).

g- concernant les patients consultants suite à un antécédent d'AVC

- 6 patients ont consulté, pour un renouvellement d'ordonnance ou pour la délivrance de traitement en rapport avec leur antécédent.
- La moyenne d'age était de 61 ans (+/-9,5), le sex ratio H/F était de 2.
- Un avis spécialisé a été demandé pour 4 d'entre eux.
- 2 ont eu un examen complémentaire (imagerie et/ou biologie), 3 ont eu une ordonnance directement délivrée par la PASS.
- 1 patient a été hospitalisé en médecin vasculaire.

Pathologie	Nombre de patients	Patients consultant en rapport avec la pathologie	Sexe ratio H/F	Age moyen (années)	Nombre moyen de consultation IDE	Consultation spé.(%)	Ex. Cmpl. (%)	Biologie (%)	Imagerie (%°	Ordonnance (%)	H (%)	MT (%)
Diabète	62	**48**	1,3	50,7	4,5	63	56	50	12,5	44	17	10,4
Diabète 1 Diabète 2	8 54	**8** **40**		26,7 54,4	5,1 4,3	87,5 57,5	55 62,5	80 50	0 15	25 50	37,5 12,5	
Cardiopathie	29	**24**	1	59	4,3	75	50	46	21	50	13	16,6
HTA	85	**26**	1,2	43,5	4,8	54	58	46	35	77	7	11,1
AOMI	5	**3**	2	68	5,6	100	100	67	33	67	0	0
BPCO / asthme	19	**15**	2,7	53	3,9	73	80	53	60	73	7	13,3
Épilepsie	16	**12**	2	25	4,6	91	64	36	55	82	17	8,3
AVC	9	**6**	2	61	2,6	80	40	20	40	60	20	0
TOTAL			1,4	47,1	4,4	66	59	46	31	91	14	11

Tableau 21: Prise en charge et caractéristiques des patients inclus. Consultation spé. : consultation spécialisée, Ex.cmpl. : examens complémentaires, H : hospitalisation.

4 Discussion

4.1 Discussion des résultats

Notre travail prospectif a pu analyser 748 dossiers et relever 117 dossiers de patients consultants pour une pathologie chronique relevant de l'IPA MC (15,7%).

Dans notre étude, le profil socio-démographique des patients est comparable à ceux relevés dans la littérature : une majorité d'hommes (sex ratio H/F 1,4) jeunes (âge moyen 47,8 ans), en situation de précarité importante (83% sans revenus ni couverture sociale, 21% vivant dans la rue).

On notera cependant la quasi exclusivité de patients étrangers (99%) non francophones (53%). Cette différence avec les autres études peut s'expliquer par le contexte socio politique local. En effet, à Montpellier depuis 2017, la PASS a vu un afflux majeur de migrants en demande d'asile. (111) (82) (110).

Les données médicales des patients sont également proches de celles rencontrées dans les études précédentes. Notre étude révèle ainsi que 25,1% des patients consultants à la PASS sont atteints de pathologies chroniques, 19% sont atteints de pathologies chroniques relevant de l'IPA-MC, et 15,7% consultent spécifiquement pour un motif relevant de l'IPA-MC .

Ces chiffres sont supérieurs à ceux que l'on observe dans la population générale, tendance retrouvée dans plusieurs études s'intéressant aux maladies chroniques chez les patients précaires (80) (82) (83) (84) (88).

Comme relevé dans la littérature, le diabète est la principale pathologie chronique rencontrée après l'hypertension: sur la période étudiée, 11,4% des patients étaient hypertendus, 8,3% étaient diabétiques, 4% porteurs de cardiopathies chroniques, 2,5% atteints d'une pathologie respiratoire chronique, 2,1% étaient épileptiques, 1,2% avaient un antécédent d'AVC, et 0,7% étaient porteurs d'une AOMI (75)

Le motif de recours était pour la majorité le renouvellement d'ordonnance ou la délivrance de médicaments (52%), ce que les IPA sont habilitées à faire en cas de pathologies chroniques stabilisées. De plus, les examens complémentaires demandés (biologie, imagerie, dextros...) entrent tout à fait dans le champ de compétence de l'IPA-MC. Les données étaient incomplètes pour une analyse de l'HbA1c, mais pour les 75% des patients analysés, la moyenne était de 9,2%, pour des patients jeunes (âge moyen

de 50,7 ans).

Les pathologies des patients sont souvent déstabilisés, par le contexte de rupture de traitements, les conditions de vie difficiles, ainsi qu'un suivi médical pauvre. On relève effectivement très peu de MT chez les patients (11%).

En rapport avec ce déséquilibre, un avis spécialisé est fréquemment demandé (87,5% pour les diabétiques de type 1 et 57,5% pour les diabétiques de type 2). Cela est également lié au fait qu'à l'hôpital, l'initiation et la réévaluation de l'éducation thérapeutique est réalisée par le spécialiste en l'absence de médecin généraliste présent.

Le déséquilibre des pathologies chroniques ne correspond pas tout à fait à l'initiation de la prise en charge par une IPA. Elle pourrait cependant prendre en charge le patient dans un 2ème temps : après une consultation par un médecin, l'IPA pourrait prendre le relais pour l'éducation thérapeutique libérant du temps médical pour les autres patients.

Le taux d'hospitalisation (14%) était élevé mais non comparable aux chiffres retrouvés dans les études car la population concernée était différente (patients atteints de pathologies chroniques versus ensemble des patients consultant dans les PASS).

Enfin, les patients ont de nombreux entretiens avec l'IDE, en moyenne 4,4 sur les 7 mois, cela illustre la nécessité que ces patients soient revus régulièrement. Les études montrent justement que les IPA ont tendance à revoir les patients plus souvent que les médecins. Les décrets prévoient 4 consultations par ans pour les IPA, cela semble insuffisant pour les patients en grande difficulté qui auront besoin d'un suivi plutôt mensuel.

La précarité importante, la barrière de la langue et le déséquilibre des pathologies obligent à des consultations extrêmement longues, la qualité d'écoute du soignant pour le suivi, l'éducation et l'adaptation thérapeutique est fondamentale. Nous avons vu que de nombreuses études mettaient justement en avant les qualités d'éducation et de communication des IPA avec les patients (23) (27) (25).

Ainsi, si l'intérêt des IPA a été admise par les législateurs pour le parcours de soin de la population générale, il l'est particulièrement pour les patients de la PASS où la prévalence des pathologies chroniques y est supérieure (25% vs 17%). De plus, si l'on regarde l'ensemble des pathologies relevant des IPA (pathologies relevant de l'IPA-MC, hémato-oncologie, insuffisance rénale chronique), cela représente plus de 20% des consultants.

Le profil social et médical des patient rend donc pertinent une IPA au sein de la PASS.

En terme d'organisation, les patients restant à la PASS jusqu'à leur réintégration dans le circuit de droit commun (temps limité), il serait judicieux que l'IPA puisse avoir des consultations dédiées pour ces patients par la suite, en pouvant communiquer avec leur médecin traitant par exemple. Par ailleurs, nous avons vu que les patients nécessitent l'intervention de nombreux spécialistes, il faudrait donc que l'IPA puisse coopérer avec l'ensemble des médecins du CHU ce qui implique un statut particulier avec par exemple un « protocole de coopération commun ». L'introduction d'une IPA au sein de la PASS obligera donc probablement des adaptations institutionnelles.

Il conviendra de poursuivre les évaluations prospectives pour montrer l'efficience de cette organisation. Pour cela il faudrait pouvoir mesurer certains paramètres lors de l'initiation de la prise en charge du patient par l'IPA puis leur évolution grâce à la coordination avec le médecin traitant par exemple. La compétence de recherche de l'IPA trouvera d'ailleurs ici un champ d'action adapté.

Les données de la littérature analysant l'impact de l'IPA sur l'évolution des pathologies chroniques sont pauvres. Elles concernent de petites cohortes avec peu de résultats significatifs. Plusieurs études ont tout de même montré une amélioration significative de certains paramètres tels que la TA, le LDL cholestérol, l'HbA1c (36) (37) (40) (43) .

Nous sommes toutefois surpris de la difficulté à démontrer un impact significatif de la prise en charge de l'IPA sur l'équilibre à moyen ou long terme des pathologies par rapport au suivi médical exclusif (25) (26) (42) (43). Cela peut s'expliquer par la taille limitée des échantillons. Il est d'ailleurs surprenant de constater que des pathologies concernant plus de 4 millions de personnes en France ne permettent l'inclusion que de quelques centaines de patients au maximum lorsqu'on étudie l'organisation du parcours de soin. En effet l'effectif moyen des études concernant l'impact de l'IPA sur l'HbA1c est de 230 patients, et pour le LDL 400 patients environ.(25) (26), (36-41).

Il faudra s'engager, soutenus par la compétence recherche des IPA dans des analyses de grande cohorte et sur du long terme. Au-delà d'une morbi-mortalité évitée, elles confirmeront probablement la réduction du nombre des hospitalisations.

4.2 Richesses et limites de l'étude :

a- richesses

Il s'agissait d'une étude prospective, originale, sans équivalent dans la littérature.

L'inclusion prospective a permis d'éviter un éventuel biais de sélection. L'analyse par une seule personne garantie l'homogénéité du recueil. Le recueil des données médico-sociales des patients de la PASS, très structuré et exhaustif pour un recueil d'activité optimal, a garanti la qualité du recueil. Le nombre important de patients consultants à la PASS (748 sur la période) ont permis d'analyser un échantillon représentatif.

b- limites

La barrière de la langue, malgré l'utilisation de la plate-forme téléphonique d'interprétariat, a pu engendrer des informations erronées lors du recueil.
Les caractéristiques des pathologies chroniques auraient pu être décrites plus précisément mais les chiffres concernant la TA, le LDL cholestérol ou encore les EFR n'ont pas pu être analysés du fait de trop nombreuses données manquantes. La raison principale est lié au report des examens non urgents après l'ouverture des droits des patients. Par ailleurs, il n'y avait pas de pas de recueil standardisé de ces paramètres afin de ne pas imposer une surcharge de travail au médecin et à l'infirmière donc pas de données détaillées pour ces mesures.

Conclusion

Notre étude confirme avec 15,2% de pathologies chronique relevant des IPA MC qu'une IPA est pertinente au sein de l'équipe de la PASS de Montpellier.
Les compétences de l'IPA (éducation thérapeutique, suivi prescriptions) ses caractéristiques relevées dans la littérature (fréquences et durée de consultation) sont particulièrement adapté au public de la PASS qui est jeune, précaire, non francophone .
Il restera à montrer que cette amélioration de la prise en charge permettra à moyen et long terme d'éviter les complications de ces maladies chroniques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rapport 17-05. Précarité, pauvreté et santé [Internet]. Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. 2017 [cité 29 juin 2019]. Disponible sur: http://www.academie-medecine.fr/precarite-pauvrete-et-sante/

2. OMS | Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant [Internet]. WHO. [cité 25 avr 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/whr/2000/fr/

3. Why Not the Best? Results from the National Scorecard on U.S. Health System Performance, 2008 | Commonwealth Fund [Internet]. [cité 20 mai 2019]. Disponible sur: https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2008/jul/why-not-best-results-national-scorecard-us-health-system

4. Horton R, Ceschia A. France: a philosophy for health. The Lancet. mai 2016;387(10034):2174-6.

5. Ministère des Solidarités et de la Santé. Système de santé, médico-social et social [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 11 avr 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social

6. Code de la sécurité sociale. | Legifrance [Internet]. [cité 27 avr 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=90A2E2DEAFBDF6055C257279E64C4F26.tplgfr34s_1?idSectionTA=LEGISCTA000006155998&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20190501

7. Ticket modérateur, forfait et franchises (Sécurité sociale) [Internet]. [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F165

8. Les dépenses de santé en 2017 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2018 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 26 avr 2019]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2017-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2018

9. Parcours de soins coordonnés et médecin traitant [Internet]. [cité 27 avr 2019]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F163

10. « Ma santé 2022 » pour transformer le système de santé [Internet]. [cité 4 mai 2019]. Disponible sur: http://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-pour-transformer-le-systeme-de-sante

11. Conseil international des infirmières [Internet]. ICN - International Council of Nurses. [cité 8 mai 2019]. Disponible sur: https://www.icn.ch/fr/conseil-international-des-infirmieres

12. Fenton MV, Brykczynski KA. Qualitative distinctions and similarities in the practice

of clinical nurse specialists and nurse practitioners. J Prof Nurs. déc 1993;9(6):313-26.

13. Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O'Grady ET. Advanced Practice Nursing - E-Book: An Integrative Approach. Elsevier Health Sciences; 2013. 754 p.

14. Les pratiques infirmières avancées: Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés [Internet]. 2010 août [cité 4 mai 2019]. Report No.: 54. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/les-pratiques-infirmieres-avancees_5km4hv77vw47-fr

15. Lowe G, Plummer V, O'Brien AP, Boyd L. Time to clarify – the value of advanced practice nursing roles in health care. Journal of Advanced Nursing. 2012;68(3):677-85.

16. Debout C. La filière clinique en soins infirmiers, éléments de clarification dans le contexte français. Soins. oct 2014;59(789):26-31.

17. Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée. 2018-633 juill 18, 2018.

18. Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.

19. Ministère des affaires sociales et de la santé M de l'enseignement supérieur et de la recherche. Recommandations pour le troisième Plan cancer [Internet]. [cité 8 mai 2019]. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000560/index.shtml

20. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 juill 18, 2018.

21. Spitzer WO, Sackett DL, Sibley JC, Roberts RS, Gent M, Kergin DJ, et al. The Burlington randomized trial of the nurse practitioner. N Engl J Med. 31 janv 1974;290(5):251-6.

22. Chambers LW, West AE. The St John's Randomized Trial of the Family Practice Nurse: Health Outcomes of Patients. Int J Epidemiol. 1978;7(2):153-61.

23. Shum C, Humphreys A, Wheeler D, Cochrane M-A, Skoda S, Clement S. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. BMJ. 15 avr 2000;320(7241):1038-43.

24. Mundinger MO, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsai WY, Cleary PD, et al. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: a randomized trial. JAMA. 5 janv 2000;283(1):59-68.

25. Litaker D, Mion L, Planavsky L, Kippes C, Mehta N, Frolkis J. Physician - nurse practitioner teams in chronic disease management: the impact on costs, clinical effectiveness, and patients' perception of care. J Interprof Care. août 2003;17(3):223-37.

26. Lenz ER, Mundinger MO, Kane RL, Hopkins SC, Lin SX. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: two-year follow-up. Med Care Res Rev. sept 2004;61(3):332-51.

27. Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C, Leese B. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. BMJ. 15 avr 2000;320(7241):1048-53.

28. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ. 6 avr 2002;324(7341):819-23.

29. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2005 [cité 11 mai 2019];(2). Disponible sur: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001271.pub2/abstract

30. P H, Schaller P. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques - 1. Problématique. Pratiques et Organisation des Soins. 2010;Vol. 41(3):237-45.

31. P H, Schaller P. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques - 2. Stratégie. Pratiques et Organisation des Soins. 2010;Vol. 41(3):247-55.

32. Améliorer la prise en charge des malades chroniques: les enseignements des experiences étrangère de « disease management ». Rapport IGAS 2006 [Internet]. [cité 28 juill 2019]. Disponible sur: https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000763.pdf

33. Pimouguet C, Le Goff M, Thiebaut R, Dartigues JF, Helmer C. Effectiveness of disease-management programs for improving diabetes care: a meta-analysis. Canadian Medical Association Journal. 8 févr 2011;183(2):E115-27.

34. Beylot G. Sophia, du disease management à la française. Actualités Pharmaceutiques. 1 oct 2013;52(529):53-4.

35. BOYER L, OHROND C, FORTANIER C, FOURNY M, HORTE C, LOI R, et al. Qualité, coût et impact de la prise en charge coordonnée des patients diabétiques de type 2 dans un réseau de santé. PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS. 06 2007;(2):111-7.

36. Mousquès J, Bourgueil Y, Le Fur P, Yilmaz E. Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. Health Policy. déc 2010;98(2-3):131-43.

37. van Zuilen AD, Blankestijn PJ, van Buren M, ten Dam M a. GJ, Kaasjager K a. H, Ligtenberg G, et al. Nurse practitioners improve quality of care in chronic kidney disease: two-year results of a randomised study. Neth J Med. déc 2011;69(11):517-26.

38. Barrett BJ, Garg AX, Goeree R, Levin A, Molzahn A, Rigatto C, et al. A Nurse-

coordinated Model of Care versus Usual Care for Stage 3/4 Chronic Kidney Disease in the Community: A Randomized Controlled Trial. Clinical Journal of the American Society of Nephrology : CJASN. juin 2011;6(6):1241.

39. Conlon PC. Diabetes outcomes in primary care: evaluation of the diabetes nurse practitioner compared to the physician [Internet]. [cité 17 mai 2019]. Disponible sur: https://journals.rcni.com/primary-health-care/diabetes-outcomes-in-primary-care-evaluation-of-the-diabetes-nurse-practitioner-compared-to-the-physician-phc2010.06.20.5.26.c7809

40. Allen JK, Dennison Himmelfarb CR, Szanton SL, Bone L, Hill MN, Levine DM, et al. COACH Trial: A Randomized Controlled Trial of Nurse Practitioner/Community Health Worker Cardiovascular Disease Risk Reduction in Urban Community Health Centers. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 1 nov 2011;4(6):595-602.

41. Scherpbier-de Haan ND, Vervoort GM, van Weel C, Braspenning JC, Mulder J, Wetzels JF, et al. Effect of shared care on blood pressure in patients with chronic kidney disease: a cluster randomised controlled trial. Br J Gen Pract. déc 2013;63(617):e798-806.

42. Petek D, Mlakar M. Quality of care for patients with diabetes mellitus type 2 in 'model practices' in Slovenia – first results. Zdr Varst. 10 mai 2016;55(3):179-84.

43. Fogelfeld L, Hart P, Miernik J, Ko J, Calvin D, Tahsin B, et al. Combined diabetes-renal multifactorial intervention in patients with advanced diabetic nephropathy: Proof-of-concept. J Diabetes Complicat. mars 2017;31(3):624-30.

44. McCrory G, Patton D, Moore Z, O'Connor T, Nugent L. The impact of advanced nurse practitioners on patient outcomes in chronic kidney disease: A systematic review: THE IMPACT OF ADVANCED NURSE PRACTITIONERS ON PATIENT OUTCOMES IN CHRONIC KIDNEY DISEASE. Journal of Renal Care. déc 2018;44(4):197-209.

45. Cogneau J, Lehr-Drylewicz A-M, Bachimont J, Letoumy A. Écarts entre le référentiel et la pratique dans le diabète de type 2: Les préjugés des médecins et des patients sont un obstacle à une éducation efficace des patients. La Presse Médicale. 1 mai 2007;36(5, Part 1):764-70.

46. Jaffiol C. Improving management of chronic diseases by generalist practitioner. IJMS. 2017;4(s):14-20.

47. Delamaire M-L, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées. 31 août 2010 [cité 20 mai 2019]; Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/les-pratiques-infirmieres-avancees_5km4hv77vw47-fr

48. Lattimer V, Sassi F, George S, Moore M, Turnbull J, Mullee M, et al. Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomised controlled trial. BMJ. 15 avr 2000;320(7241):1053-7.

49. Bauer JC. Nurse practitioners as an underutilized resource for health reform: evidence-based demonstrations of cost-effectiveness. J Am Acad Nurse Pract. avr 2010;22(4):228-31.

50. Aguilard S, Colson S, Inthavong K. Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature. Sante Publique. 9 mai 2017;Vol. 29(2):241-54.

51. Russell GM, Dahrouge S, Hogg W, Geneau R, Muldoon L, Tuna M. Managing Chronic Disease in Ontario Primary Care: The Impact of Organizational Factors. Ann Fam Med. juill 2009;7(4):309-18.

52. Rapport Wresinski CES 1987 [Internet]. Joseph Wresinski FR. 2006 [cité 27 avr 2019]. Disponible sur: https://www.joseph-wresinski.org/fr/grande-pauvrete-et-precarite/

53. Rey G. Mesure des inégalités de mortalité par cause de décès. Approche écologique à l'aide d'un indice de désavantage social. :4.

54. Pauvreté, précarité, solidarité en milieu rural - IGAS - Inspection générale des affaires sociales [Internet]. [cité 27 avr 2019]. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article85

55. Le Rapport 2000 - Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale [Internet]. [cité 27 avr 2019]. Disponible sur: http://www.onpes.gouv.fr/le-rapport-2000.html

56. Labbé É, Moulin JJ, Guéguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. La Revue de l'Ires. 2007;n° 53(1):3-49.

57. Définitions de la pauvreté - Le site du CNLE [Internet]. [cité 27 juill 2019]. Disponible sur: https://www.cnle.gouv.fr/definitions-de-la-pauvrete.html

58. Propositions en matière d'indicateurs. ONPES Rapport 2005 2006. [Internet]. [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Indicateurs-2.pdf

59. Social Protection Committee - Employment, Social Affairs & Inclusion - European Commission [Internet]. [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=758&langId=en

60. Les niveaux de vie en 2016 - Insee Première - 1710 [Internet]. [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3610277

61. Pauvreté selon l'âge et le seuil en 2016 | Insee [Internet]. [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3565548#tableau-Tableau1

62. Pauvreté selon le type de ménage et le seuil en 2016 | Insee [Internet]. [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3566846#tableau-Tableau1

63. Potvin L, Jones CM, Moquet M-J, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis (Paris): Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2012.

64. Fassin D. Les inégalités sociales de santé, un problème français. Humanitaire

Enjeux, pratiques, débats [Internet]. 12 déc 2011 [cité 30 juin 2019];(30). Disponible sur: http://journals.openedition.org/humanitaire/1097

65. IREPS-Inégalités sociales de santé et promotion de la santé [Internet]. [cité 27 juill 2019]. Disponible sur: http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/IREPS-Bourgogne_dossier_technique_iss_complet.pdf

66. Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers - Insee Première - 1584 [Internet]. [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908110

67. La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/la-double-peine-des-ouvriers-plus-d-annees-d-incapacite-au-sein-d-une-vie-plus-courte/

68. IGAS rapport 2011. Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action [Internet]. [cité 4 mai 2019]. Disponible sur: https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580.pdf

69. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. 2011;6.

70. Renaud L. Renoncement aux soins pour raisons financières. 2015;28.

71. OMS | Maladies chroniques [Internet]. WHO. [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/

72. ameli.fr - Prévalence [Internet]. [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php

73. Etat de santé de la population. Rapport 2017. DREES. [Internet]. [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf

74. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 30 juin 2019]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017

75. Haute Autorité de Santé - Prise en charge des maladies chroniques [Internet]. [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241701/fr/prise-en-charge-des-maladies-chroniques

76. La Revue Prescrire N°339 - Janvier 2012 [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: https://www.prescrire.org/Fr/SummaryDetail.aspx?Issueid=339

77. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses Propositions de l'Assurance Maladie pour 2020 [Internet]. [cité 18 août 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/190701_CP20_rapport_Vdef_complete.pdf

78. Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire. Paita et al. [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n__8.pdf

79. ameli.fr ALD des bénéficiaires de la CMU-C [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/points-de-repere/n-8-ald-des-beneficiaires-de-la-cmu-c.php

80. Sass C, Guéguen R, Moulin J-J, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité. Santé Publique. 2006;18(4):513.

81. Tiv M, Viel J-F, Mauny F, Eschwège E, Weill A, Fournier C, et al. Medication Adherence in Type 2 Diabetes: The ENTRED Study 2007, a French Population-Based Study. PLoS One [Internet]. 5 mars 2012 [cité 27 juill 2019];7(3). Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3293796/

82. Gatin B, Aparicio C, Carron A, Chauvin P, de Champs Leger H, de Gennes C, et al. Analyse descriptive des patients de 5 consultations sans rendez-vous avec PASS intégrée à l'AP–HP. La Revue de Médecine Interne. juin 2009;30:S52.

83. Kaoutar B, Gatin B, Champs-Leger H de, Vasseur V, Aparicio C, Gennes C de, et al. Analyse du profil socio-démographique et médical des patients de 5 permanences d'accès aux soins de santé (PASS) parisiennes. /data/revues/02488663/v35i11/S0248866314005219/ [Internet]. 23 oct 2014 [cité 2 sept 2019]; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/933005

84. Guize L, Jaffiol C, Gueniot M, Thomas F, Bringer J, Giudecelli C, et al. Diabète et la précarité : Étude d'une vaste population française. Diabetes & Metabolism. 1 mars 2010;36:A18.

85. Barnichon C, Ruivard M, Philippe P, Vidal P, Teissonière M. Diabète de type 2 et précarité : une étude cas-témoins. /data/revues/02488663/v32i8/S0248866311000233/ [Internet]. 3 août 2011 [cité 1 mai 2019]; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/307924

86. Tuppin P, Blotière P-O, Weill A, Ricordeau P, Allemand H. Surmortalité et hospitalisations plus fréquentes des bénéficiaires de la couverture médicale universelle complémentaire en 2009. La Presse Médicale. 1 juin 2011;40(6):e304-14.

87. Janand-Delenne B, Sejil S, Rocher L, Calemczuk G. P22 Précarité, complications et niveau de connaissances sur le diabète dans une population de 125 patients. Diabetes & Metabolism. 1 mars 2010;36:A45.

88. obepi_2012.pdf [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf

89. Reste à charge des personnes bénéficiant de la CMU-C en 2010. Pauline Ricci, Cnamts. [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2011_11_15_RAC_benefs_CMUC_2010.pdf

90. Boissonnat A-C. IDENTIFICATION DES OBSTACLES A LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES CHRONIQUES EN MILIEU PRECAIRE, ET DES STRATEGIES POUR Y REMEDIER. :290.

91. Pikus A-C, Deschamps J-P, Boissonnat H. Maladies chroniques et précarité : obstacles à la prise en charge et préconisations. Sante Publique. 26 mars 2015;S1(HS):13-6.

92. Mise en place de la Protection Universelle Maladie (PUMA) au 1er janvier 2016 [Internet]. [cité 25 avr 2019]. Disponible sur: https://www.cleiss.fr/actu/2016/1601-puma.html

93. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

94. Bénéficiaires de la CMU-C [Internet]. [cité 27 avr 2019]. Disponible sur: http://www.cmu.fr/effectifs_cmuc.php

95. Budget du Fonds CMU [Internet]. [cité 27 avr 2019]. Disponible sur: http://www.cmu.fr/budget-fonds-cmu.php

96. Aide au paiement d'une complémentaire santé [Internet]. [cité 27 avr 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/aide-paiement-complementaire-sante

97. Nombre de bénéficiaires et d'utilisateurs de l'ACS [Internet]. [cité 27 avr 2019]. Disponible sur: http://www.cmu.fr/effectifs_acs.php

98. Nombre de bénéficiaires de l'aide médicale d'État - Data.gouv.fr [Internet]. [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: /fr/datasets/15062-nombre-de-beneficiaires-de-laide-medicale-detat/

99. Tiers payant [Internet]. [cité 18 sept 2019]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F167

100. Circulaire DH/AF 1/DAS/RV 3 n° 33-93 du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies - APHP DAJ [Internet]. [cité 18 sept 2019]. Disponible sur: http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhaf-1dasrv-3-n-33-93-du-17-septembre-1993-relative-a-lacces-aux-soins-des-personnes-les-plus-demunies/

101. Circulaire DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n° 95-08 du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies. - APHP DAJ [Internet]. [cité 16 avr 2019]. Disponible sur: http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dasdhdgsdpmdssdirmidiv-n-95-08-du-21-mars-1995-relative-a-lacces-aux-soins-

des-personnes-les-plus-demunies/

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

103. Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n° 736 du 17 décembre 1998, relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissement de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies. - APHP DAJ [Internet]. [cité 16 avr 2019]. Disponible sur: http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhaf1dgssp2dasrv3-n-736-du-17-decembre-1998-relative-a-la-mission-de-lutte-contre-lexclusion-sociale-des-etablissement-de-sante-participant-au-service-public-hospitalie/

104. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 16 avr 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000020886450&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=

105. L'offre de soins en chiffres [Internet]. [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: http://www.ars.sante.fr/index.php/loffre-de-soins-en-chiffres

106. Circulaire n°DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) - APHP DAJ [Internet]. [cité 18 sept 2019]. Disponible sur: http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-ndgosr42013246-du-18-juin-2013-relative-a-lorganisation-et-le-fonctionnement-des-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-pass/

107. Fabre DC, Baudot V, Toulemonde S. EVALUATION DES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE. 2003;60.

108. Etat des lieux des permanences d'accès aux soins de santé dans 23 villes où MdM est present [Internet]. [cité 26 févr 2019]. Disponible sur: https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2011/03/18/etat-des-lieux-des-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-dans-23-villes-ou-mdm-est-present

109. Instructions et circulaires récentes | Legifrance [Internet]. [cité 19 févr 2019]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=37144

110. Georges C, Porcher R, Tolédano C, Bourgarit A, Marjanovic Z, Bordon P, et al. Évaluation médico-sociale d'une permanence d'accès aux soins de santé, la consultation « Verlainede l'hôpital Saint-Louis. La Revue de Médecine Interne. déc 2002;23:576s.

111. Trinh-Duc A, de la Blanchardière A, Porcher R, Agard C, Rouillard B, Schlienger I, et al. Mise en place d'un système de recueil et d'évaluation de l'activité médicosociale des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). La Revue de Médecine Interne. 1 janv 2005;26(1):13-9.

112. Florence Tapié de Céleyran1. Etude nationale sur les caractétistiques des

personnes migrantes consultant dans les permanences d'acces aux soins de santé en france en 2016. [Internet]. [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_4.html

113. de La Blanchardière A, Méouchy G, Brunel P, Olivier P. Étude prospective des caractéristiques médicopsychosociales de 350 patients ayant consulté une permanence d'accès aux soins de santé en 2002. La Revue de Médecine Interne. 1 avr 2004;25(4):264-70.

114. Casadevall M, Blacher J, Calimia C, Haus F, Giorno M, Lelong H, et al. Profil des patients d'une permanence d'accès aux soins de santé parisienne. Elsevier SAS; 2009.

115. Les permanences d'accès aux soins de santé [Internet]. [cité 20 avr 2019]. Disponible sur: http://www.ars.sante.fr/les-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-0

ANNEXES

Réalisation d'un débitmètre de pointe.
Holter tensionnel,
prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux.
Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie.
Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles.
Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions.
Recueil aseptique des urines.
Réalisation et surveillance de pansements spécifiques.
Ablation du matériel de réparation cutanée.
Pose de bandages de contention.
Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention.
Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastin aux.
Pose de sondes vésicales
Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal.
Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie.
Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique.

Annexe 1: liste des actes techniques que l'IPA est autorisé à effectuer sans prescription médicale et, le cas échéant, à en interpréter les résultats pour les pathologies dont il assure le suivi. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique.

Réalisation d'un débitmètre de pointe.
Holter tensionnel,
prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux.
Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie.
Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles.
Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions.
Recueil aseptique des urines.
Réalisation et surveillance de pansements spécifiques.
Ablation du matériel de réparation cutanée.
Pose de bandages de contention.
Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention.
Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastin aux.
Pose de sondes vésicales
Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal.
Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie.
Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique.

Annexe 2: liste des actes techniques que l' IPA est autorisé à effectuer sans prescription médicale et, le cas échéant, à en interpréter les résultats pour les pathologies dont il assure le suivi. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique.

Dispositifs médicaux figurant dans la liste relevant de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique.
Aide à la déambulation : cannes, béquilles, déambulateur, embouts de canne.
Aide à la fonction respiratoire : débimètre de pointe.
Fauteuils roulants à propulsion manuelle de classe 1, à la location pour des durées inférieures à 3 mois.
Prothèse capillaire.
Prothèse mammaire externe.

Annexe 3: liste des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire que l'IPA est autorisé à prescrire. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique.

HEMATOLOGIE :
-Hémogramme.

IMMUNOLOGIE :
- Phénotype HLA classe I (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie) ;
- Phénotype HLA classe II (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie).

HEMOSTASE ET COAGULATION :
- Temps de Quick en cas de traitement anti-vitamine K (INR) ;
- Mesure de l'activité anti-facteur X activé (anti-Xa) de l'héparine ou d'un dérivé héparinique.

MICROBIOLOGIE :
- Examen cytobactériologique des urines (ECBU) ;
- Prélèvement cutané ou muqueux.

HORMONOLOGIE :
- TSH ;
- Parathormone (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie).
ENZYMOLOGIE :
- Lipasémie ;
- Phosphatases alcalines ;
- Transaminases ; Gamma glutamyl transférase ; Créatine phosphokinase ; Lactate déshydrogénase.

PROTEINES MARQUEURS TUMORAUX VITAMINES :
- Protéine C réactive (CRP) ;
- Albumine ;
- Folates sériques ou érythrocytaires ;
- HbA1c (hémoglobine glyquée, suivi de l'équilibre glycémique) ;
- Peptides natriurétiques (BNP, NT-ProBNP) ;
- Ferritine ;
- Marqueurs tumoraux (suivi d'un cancer selon les recommandations en vigueur) ;
- Dosage de la 25-(OH)-vitamine D (D2 + D3) (dans le cadre du domaine d'intervention en néphrologie).

BIOCHIMIE :
- Glycémie ;
- Acide urique ;
- Phosphore minéral ;
- Calcium ;
- Urée ;
- Créatinine avec estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG) ;
- Dosage de la bilirubine ;
- Exploration d'une anomalie lipidique (EAL) ;
- Bicarbonates ou CO2 ;
- Ionogramme (potassium, sodium, chlore, bicarbonates, protides totaux) ;
- Saturation en oxygène (SaO2) ;
- Gaz du sang.
URINES :
- Protéinurie ; micro-albuminurie ;
- Ionogramme (potassium + sodium) ;
- Acétone ;
- Acide urique ;
- Calcium ;
- Créatinine ;
- Phosphore minéral ;
- PH :
- Recherche de sang (hématies et/ou hémoglobine) ;
- Glycosurie.

Annexe 4 liste des examens de biologie médicale que l'IPA est autorisé à prescrire pour les pathologies dont il assure le suivi. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique.

Conseils hygiéno-diététiques adaptés.
Examen de la vision, épreuves fonctionnelles sur l'œil.
Rétinographie avec ou sans mydriase.
Electrocardiographie (ECG) de repos.
Mesure des pressions intravasculaires périphériques par méthode non effractive (Holter tensionnel, Tilt test).
Explorations fonctionnelles de la respiration.
Electro-encéphalographie.
Examens d'imagerie nécessaires au suivi du patient.
Échographie-doppler des troncs supra-carotidiens.
Doppler du greffon.
Débit de fistule artério-veineuse.

Annexe 5: liste des actes de suivi et de prévention que l'IPA est autorisé à demander, pour les pathologies dont il assure le suivi.Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique.

Consentement du patient à faire partie d'une étude prospective	Oui □
Le patient accepte d'être suivi par une IPA	Oui □
Antécédent d'AVC	Oui □
Antécédent d'artériopathie chronique	Oui □
Antécédent de cardiopathie, maladie coronaire	Oui □
Antécédent de diabète de type1, 2	Oui □
Antécédent d'insuffisance respiratoire chronique	Oui □
Antécédent maladie de Parkinson	Oui □
Antécédent d'épilepsie	Oui □
Antécédent d'Alzheimer et autres démences	Oui □

Annexe 6: questionnaire rempli par l'infirmière de la PASS réalisant la première consultation

SERMENT

- En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

- Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

- Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

- Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.

RESUME

Introduction : La difficulté d'accès aux soins en France a fait l'objet de récentes réformes permettant notamment la formation des premières promotions d'infirmières en pratique avancée (IPA). Ces IPA sont formées à prendre en charge certaines pathologies chroniques permettant d'optimiser la prise en charge du patient et de libérer ainsi du temps médical.
Les populations précaires sont réputés pour être particulièrement concernées par les pathologies chroniques et en être atteinte de façon plus sévère.
Les PASS sont des structures médico-sociales facilitant l'accès aux soins des populations précaires le plus souvent en raison d'une absence ou incomplétude de leurs droits.
Notre hypothèse était de montrer que la proportion de patients consultant à la PASS atteints de pathologies chroniques entrant dans le champ de compétence de l'IPA-MC était supérieure à la population générale, justifiant ainsi sa présence au sein de cette structure.
Objectif : Évaluer la pertinence d'une IPA au sein de la permanence d'accès aux soins (PASS) de Montpellier,

Méthode : L'ensemble des dossiers des patients consultant à la PASS du 01/01/19 au 31/07/19 ont été analysés prospectivement. Les dossiers des patients dont le motif de consultation était une pathologie entrant dans le champ de compétence de l'IPA-MC ont été sélectionnés, et les données médicales et sociales colligées.

Résultats : 748 patients ont consulté pendant cette période : 144 étaient concernés par une pathologies chronique relevant de l'IPA-MC, soit 25%, et 117 sont venus consulter pour leur maladie chronique (15,7%). L'âge moyen était de 47,8 ans, avec un sex ratio homme/femme de 1,4. 99% étaient étrangers, 83% n'avaient ni revenu ni aucune couverture sociale. Onze pour cent seulement avaient un médecin traitant déclaré. Parmi les patients inclus, 41% venaient pour un motif en rapport avec leur diabète, 21% en rapport avec une cardiopathie chronique, 13% avec une pathologie respiratoire chronique, 10% avec une épilepsie, 5% un antécédent d'AVC et 4,2% un antécédent d'AOMI. Le nombre moyen d'entretien par l'IDE était de 4,4, 66% des patients ont bénéficié d'un avis ou d'une consultation spécialisée, 59% ont eu au moins un examen complémentaire. L'HbA1c moyen des patients diabétique était de 9,2%. Quatre vingt onze pour cent des patients ont reçu une ordonnance délivrée par la PASS en rapport avec la ou leurs pathologie(s) chronique(s).

Conclusion :La prévalence des pathologies chroniques chez les consultants à la PASS justifie pleinement la présence d'une IPA dont les compétences sont adaptées au profil des patients. Il conviendra démontrer l'impact de cette prise en charge innovante à moyen et long terme.

Mots clés : pathologies chroniques, IPA, précarité.