



HAL
open science

L'accès aux soins des populations précaires et axes d'amélioration à l'officine

Déborah Martin

► **To cite this version:**

Déborah Martin. L'accès aux soins des populations précaires et axes d'amélioration à l'officine. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03323048

HAL Id: dumas-03323048

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03323048v1>

Submitted on 20 Aug 2021

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.

U.F.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2021

Thèse n° 71

THÈSE POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ÉTAT de DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par MARTIN Déborah

Née le 03 avril 1994 à Altkirch

Le vendredi 25 juin 2021

**L'accès aux soins des populations en situation de
précarité et axes d'améliorations à l'officine**

Sous la direction de : Aimée MINOT

Membres du jury :

M. GUILLON, Jean,	Président
Mme BOISVERT, Marie	Juge
Mme MINOT, Aimée	Juge
Mme BICHET, Bernadette	Juge
M. MEHINTO, Vincent	Juge

REMERCIEMENTS

A ma directrice de thèse, Aimée Minot

Pharmacien Hospitalier au CHU de Bordeaux

Responsable d'unité de pharmacie clinique dispensation et rétrocession de l'hôpital
Saint André

Vous avez su trouver les mots justes pour me faire avancer et avez su m'orienter dans la bonne direction. Reconnaisante de votre pédagogie, votre franchise et vos conseils avisés, je vous remercie pour le temps considérable que vous avez consacré à mon travail.

A mon président de jury, Jean Guillon

Professeur des universités

Mes études de pharmacie ont commencé avec vos enseignements, marqués par votre humanité et votre humour. Elles se terminent ici, en votre présence à ce moment si important, après un long chemin.

Un grand et sincère merci de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider mon jury de thèse.

A mon juge Docteur Marie Boisvert

Médecin au sein de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé

Vous m'avez accueillie, permis de découvrir votre quotidien à la PASS et vous avez répondu à mes nombreuses questions. Que cette thèse soit un modeste témoignage de l'intérêt que vous lui portez et de ma respectueuse gratitude d'avoir accepté de le juger.

A mon juge Vincent Mehinto

Pharmacien bénévole au sein de Médecin du Monde

Vous m'avez fait l'honneur de vous intéresser à mon travail et d'apporter votre expérience en acceptant de le juger. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A mon juge Bernadette Bichet

Pharmacien d'officine à la Pharmacie Pyramide, Bordeaux

Ma formation de pharmacienne a commencé en votre compagnie au comptoir où vous avez su m'épauler dans toutes les difficultés rencontrées, tant étudiantes ou professionnelles, que personnelles, devenant comme ma famille. Ayant énormément appris de votre expérience, vous m'avez toujours poussé à être mon propre juge. Pour tout ceci, je vous dois beaucoup. Vous me faites l'immense privilège d'accepter de juger mon travail. Je vous prie de trouver ici le témoignage de ma reconnaissance.

A l'ensemble de l'équipe de la pharmacie Pyramide de Bordeaux

Votre confiance à mon égard et votre bonne humeur à la pharmacie m'ont montré qu'il était naturel de venir travailler avec envie et sourire. Merci pour votre aide précieuse durant ce long chemin de thèse ; j'y serais enfin arrivée !

A ma famille

Merci à mes grands-parents d'avoir toujours été présents durant ces études. Merci de votre écoute et de vos conseils avisés. Merci à Christelle pour ton soutien sans faille, merci de savoir me changer les idées. Merci également à Mamama, pour m'avoir toujours encouragée à travailler et être indépendante. Ta joie de vivre a toujours été un moteur. Tu as été et sera à jamais un modèle pour moi. Merci à vous sans qui je ne serais pas arrivée jusqu'ici aujourd'hui.

A mon frère

Un très grand merci à toi Jonathan, pour tous ces moments partagés, passés et à venir. Merci pour ton soutien en toutes occasions. Peut-être le dictionnaire m'a-t-il permis d'arriver jusqu'ici ... qui sait ? Merci également à ta femme Sarah, ta fille Thaïs et bébé jojo à naître. Ils partagent ta vie et embellissent la mienne.

A ma belle famille

Merci pour votre accueil, votre soutien et votre sens de l'humour inégalable...

A mes amis

De près ou de loin, merci d'avoir partagé ma scolarité et l'avoir rendue rayonnante.

Un merci plus particulier à Maxime, ami inestimable. Tu as été présent dans les pires moments, et source de bonheur dans les meilleurs. Tu es inspirant, merci d'être là.

Merci à mes amis de médecine, ces moments de rire, ces sièges de BU usés ensemble, ces repas, ces parties de sport et de jeux. Merci Julie, Lisa, Charlotte, Lucile, Sophie, Ph, Alex, Corentin et Jules pour votre soutien.

Il est des amitiés comme la nôtre, Estelle, que l'on n'oublie jamais. Merci pour ta présence durant ces années d'études, ton sourire et ta légèreté ont toujours été source de bonheur.

Un chaleureux merci à mes collègues d'études, de soirées, de malheurs et de joie. Mes compagnons de route, mes meilleures copines, mes souffre-douleurs parfois, mes épaules souvent. Tous ces RdM m'ont portés et tellement apportés. Romain, Victor, Chacha, Nico et Dorian, cette thèse, c'est aussi grâce à vous.

A Thomas

Merci mon amour, pour le courage que tu as eu de partager mon quotidien durant cette thèse. Merci de me motiver chaque jour, merci pour ton inestimable soutien. Merci de me remettre à ma place quand il le faut. Merci de me faire rêver à chaque instant qui passe. Merci d'ajouter des centaines de sourires à mes journées. Nos projets communs, accomplis ou à venir me comblent de joie. Un immense merci pour l'estime que tu as de mon travail. A mon tour, maintenant, de te soutenir dans le tien.

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	2
GLOSSAIRE.....	7
INTRODUCTION.....	10
A. ÉTAT DES LIEUX.....	12
I. ÉTAT DES LIEUX DE LA PAUVRETE & DE LA PRECARITE EN FRANCE	12
1) Définitions des indicateurs de pauvreté.....	12
a) Notion de ménage.....	12
b) Revenu disponible.....	12
c) Niveau de vie médian.....	13
d) Seuil de pauvreté.....	16
e) Taux de pauvreté.....	18
f) Taux de pauvreté en condition de vie.....	20
g) Intensité de la pauvreté.....	22
h) Score EPICES.....	23
2) Répartition sociologique des populations précaires en France métropolitaine.....	24
a) Age.....	24
b) Sexe.....	25
c) Structure familiale.....	26
d) Catégorie socio-professionnelle.....	27
3) Immigration, parcours migratoire et précarité.....	27
a) Définitions.....	27
b) Évolution de l’immigration en France.....	28
c) Origine des personnes immigrées.....	29
d) Sexe.....	30
e) Pauvreté et immigration.....	30
4) Éléments de lutte contre la précarité : les minima sociaux.....	31
a) Le Revenu Social de Solidarité (RSA).....	32
b) L’Allocation Solidarité Spécifique (ASS).....	32
c) L’Allocation aux Adultes Handicapés (AAH).....	32
d) L’Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (ASPA).....	33
e) L’Allocation pour Demandeur d’Asile (ADA).....	33
II. PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES POPULATIONS EN SITUATIONS DE PRECARITE	34
1) Les aides de santé : Aide Médicale d’État, Complémentaire Santé Solidaire	34
a) L’Aide Médicale d’État (AME).....	34
a – 1) Conditions d’obtention de l’AME.....	36
a – 2) Demande d’AME.....	36
a – 3) AME humanitaire.....	37
b) La Complémentaire Santé Solidaire (CSS).....	37
b – 1) Conditions d’obtention de la CSS.....	38
b – 2) Demande de CSS.....	39
2) Les Programmes Régionaux d’Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).....	40
a) Développer les dispositifs d’accès aux soins et aux droits.....	41
b) Éviter les ruptures de parcours de santé.....	43
3) Parcours de prise en charge sanitaire des patients précaires.....	44
a) Permanence d’Accès Aux Soins de Santé (PASS).....	44
b) Soins urgents.....	47
c) Droit commun.....	48
B. ÉVALUATION DE LA SPECIFICITE DES PATIENTS EN SITUATION DE PRECARITE DANS LA PRISE EN CHARGE A L’OFFICINE : ENQUETE REALISEE A BORDEAUX METROPOLE.....	50
I. ENQUETE.....	50
1) Contexte.....	50
2) Objectifs de l’enquête.....	54
3) Population étudiée.....	55
4) Période de l’étude.....	55
5) Méthode.....	55

6) Résultats	56
a) Taux de réponse	56
b) Fréquence d'accueil d'un patient précaire	58
c) Critères d'identification d'un patient précaire.....	59
d) Temps de dispensation d'une ordonnance à un patient précaire	60
e) Connaissance des structures de prises en charge des populations précaires	61
f) Les difficultés au comptoir	62
II. DISCUSSION : ANALYSE ET CRITIQUE DE L'ENQUETE	63
1) <i>Les biais de l'enquête</i>	63
2) <i>Analyse des résultats</i>	63
C. DESCRIPTION DE L'ACTIVITE DE LA PASS DE L'HOPITAL SAINT ANDRE DE BORDEAUX, ET PERSPECTIVES AU COMPTOIR A L'OFFICINE	67
I. LE SERVICE DE LA PASS.....	67
1) <i>Organisation du service</i>	68
a) Les agents d'accueil	69
b) Les médecins	70
c) L'infirmière.....	71
d) Les assistantes sociales	72
e) La psychologue.....	74
II. L'ACCUEIL DES PATIENTS RELEVANT DE LA PASS A LA PUI ET DISPENSATION DES MEDICAMENTS	76
III. PISTES D'AMELIORATIONS POUR L'ACCUEIL DES PATIENTS PRECAIRES A L'OFFICINE	78
1) <i>Discussion suite aux résultats de notre enquête</i>	78
a) Les informations et outils nécessaires à l'exercice en officine auprès des patients précaires : ce qu'en disent les pharmaciens.....	79
b) Les informations et outils nécessaires à l'exercice en officine auprès des patients précaires : des propositions	80
c) Des outils d'aide à l'observance	81
2) <i>Proposition de mise en œuvre d'un entretien pharmaceutique destiné aux patients en situation de précarité</i>	82
a) Les bilans de médications à l'officine.....	82
b) L'éducation thérapeutique.....	83
c) Construction de l'entretien pharmaceutique et étude de faisabilité sur quelques patients.....	84
c-1) Recrutement du patient	84
c-2) Recueil d'informations	85
c-3) Analyse du traitement.....	86
c-4) Entretien conseil	86
c-5) Intervention pharmaceutique.....	87
c-6) Suivi de l'observance.....	87
3) <i>Test de l'entretien sur 4 patients</i>	88
a) Recrutement des patients.....	88
b) Madame F	89
b-1) Entretien pharmaceutique	89
b-2) Intervention pharmaceutique	90
c) Madame J.....	90
c-1) Entretien pharmaceutique.....	90
c-2) Intervention pharmaceutique.....	91
d) Madame L	91
d-1) Entretien pharmaceutique	91
d-2) Intervention pharmaceutique	92
e) Madame D.....	93
e-1) Entretien pharmaceutique	93
e-2) Intervention pharmaceutique	94
f) Résultats des entretiens et discussion	94
CONCLUSION	96
BIBLIOGRAPHIE	132

GLOSSAIRE

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés

ACS : Aide à la Complémentaire Santé

ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique

ADA : Allocation pour Demandeur d'Asile

ALD : Affection Longue Durée

ALIFS : Association du Lien Interculturel Familial et Social

AME : Aide Médicale d'État

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

ARS : Agence Régionale de Santé

ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées

ASS : Allocation Solidarité Spécifique

ASTI : Association de Solidarité avec Tous les Immigrés

ASV : Atelier Santé Ville

BIT : Bureau International du Travail

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CIMADE : Comité Inter Mouvement Auprès des Évacués

CLAT : Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse

CMU-c : Couverture Médicale Universelle complémentaire

CMV : Cytomégalovirus

COMEDE : Comité Médical pour les Exilés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPS : Carte Professionnel de Santé

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

DGS : Direction Générale de la Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EAU : Établissement d'Accueil d'Urgence

EMPP : Équipe Mobile Psychiatrie Précarité

EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé

FINESS : Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux

GUDA : Guichet Unique de Demande d'Asile

HAS : Haute Autorité de Santé

HCI : Haut Conseil à l'Intégration

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

LHSS : Lit Halte Soins Santé

MIG : Mission d'Intérêt Général

MNA : Mineurs Non Accompagnés

NFS : Numération Formule Sanguine

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique

OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OIM : Organisation Internationale pour les Migrants

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONPES : Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale

OSIAP : Ordonnances Suspectes Indicateur d'Abus Possibles

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PFIDASS : Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé

PLANIR : Plans Locaux d'Accompagnement du Non recours, des Incompréhensions et des Ruptures

PRAPS : Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

PUMA : Protection Universelle Maladie

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

RSA : Revenu Social de Solidarité

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SEMNA : Secteurs Éducatifs des Mineurs Non Accompagnés

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

SPADA : Structure de Premier Accueil des Demandeurs d'Asile

UC : Unité de Consommation

USA : United States of America

VIH : Virus Immunodéficient Humain

Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité », de plus, la santé « constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » (1). Selon cette définition, la santé a une composante psychique, émotionnelle, sociale ; elle est conçue comme une condition de liberté, c'est-à-dire la capacité à disposer de soi, en fonction de l'état de son corps et de son esprit.

La Haute Autorité de Santé (HAS), définit l'acte de soin comme « un ensemble cohérent d'actions et de pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne. Un acte de soin peut se décomposer en tâches définies et limitées, qui peuvent être indépendantes dans leur réalisation. Dans un même acte de soin, certaines tâches peuvent être réalisées par des professionnels différents » (2).

Le soin est composé de compétences techniques, scientifiques, mais aussi de compétences relationnelles et sociales. C'est là que le soin prend une dimension interhumaine.

La pauvreté, est une notion relative qui dépend notamment de la période et du lieu. Si une définition s'impose, la pauvreté s'entend le plus souvent comme une absence ou une insuffisance de ressources, principalement monétaire. (3)

La pauvreté se distingue de la précarité, qui désigne davantage une fragilité des revenus et des conditions de vie instable, ce qui provoque une rupture progressive des liens sociaux. (3) Elle est engendrée par un défaut d'accès à un ou plusieurs dispositifs qui permettent aux individus d'assumer leurs responsabilités élémentaires, c'est-à-dire une incapacité des individus à jouir de leurs droits fondamentaux, en particulier dans le domaine de la santé. (4)

Ces deux notions sont à distinguer mais sont néanmoins intimement liées. La précarité engendre la pauvreté, et sont toutes deux facteurs de mauvaise santé. Quand la précarité tend à se prolonger et devient persistante, elle compromet les chances de reconquérir ses

droits et réassumer ses responsabilités. On parle alors de grande pauvreté. Les populations entrent dans un cercle vicieux d'insécurité, de difficulté d'accès aux soins et de baisse d'espérance de vie.

Parmi les réponses à ces difficultés, de nombreux dispositifs sanitaires et sociaux ont été développés. En particulier ils rendent possible l'accès aux médicaments pour ces populations précaires. Le pharmacien, tant hospitalier qu'officinal, a un rôle à jouer : il assure la délivrance de médicaments et l'accompagnement thérapeutique adapté, il accompagne le patient en situation de précarité dans son parcours de prise en charge.

Le travail de cette thèse s'inscrit dans la problématique d'accès aux soins des populations en situations de précarité. Pour cela, nous allons faire l'état des lieux de la pauvreté et de la précarité en France, nous allons détailler les différentes aides et services de prise en charge sanitaire et sociale existants. Puis nous allons, grâce à une enquête réalisée auprès de pharmaciens officinaux, évaluer leur connaissance concernant la spécificité des patients précaires et repérer leurs difficultés quant à l'accueil de ces patients. L'objectif de notre travail est de fournir aux pharmaciens des informations et outils nécessaires dans leur exercice en lien avec les populations précaires, et de proposer des pistes d'amélioration, pour faciliter l'accès aux soins des patients en difficulté sociale, en cohérence avec les contraintes des pharmaciens officinaux.

A. État des lieux

I. État des lieux de la pauvreté & de la précarité en France

1) Définitions des indicateurs de pauvreté

Depuis les années 80, la croissance économique française baisse fortement. L'inflation dû au second choc pétrolier a atteint un pic en dépassant 13 % par an. Dans ce contexte de crise économique, les notions de précarité et de pauvreté ont été définies. Sont alors apparus les indicateurs, permettant d'évaluer ces notions.

a) Notion de ménage

Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), un ménage, au sens statistique du terme, désigne l'ensemble des occupants d'un même logement sans que ces personnes soient nécessairement unies par des liens de parenté (en cas de colocation par exemple). Un ménage peut être composé d'une seule personne (5).

Dans un ménage, la personne de référence est définie, selon l'INSEE, comme la personne de référence de la famille quand il y en a une, ou de la personne la plus âgée, en donnant la priorité à l'actif le plus âgé. Cette personne de référence est celle qui apporte le plus de revenu au ménage.

b) Revenu disponible

L'INSEE définit le revenu disponible d'un ménage comme le revenu comprenant les revenus d'activité (nets des cotisations sociales), les revenus du patrimoine, les transferts en provenance d'autres ménages et les prestations sociales (y compris les pensions de retraite et les indemnités de chômage), tout ceci nets des impôts directs (6).

Il s'agit donc du revenu à la disposition du ménage pour consommer et épargner.

En 2018, le revenu disponible moyen des ménages dont la personne de référence est âgée de moins de 65 ans est de 40 070 euros. Il était de 40 590 euros en 2010 et de 40 500 euros en 2008 (7). Ce revenu disponible diminue donc dans le temps.

c) Niveau de vie médian

Le niveau de vie est défini par l'INSEE comme le revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation (UC). Les UC permettent de tenir compte de la taille du ménage. Le niveau de vie est donc le même pour tous les individus d'un même ménage. Les unités de consommation sont généralement calculées selon l'échelle d'équivalence dite de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE) modifiée, qui attribue 1 UC au premier adulte du ménage, 0,5 aux autres personnes de 14 ans ou plus, et 0,3 UC aux enfants de moins de 14 ans (8).

La médiane est définie par l'INSEE comme une valeur qui partage une distribution en deux parties égales. Ainsi, pour une distribution de salaires, le salaire médian est celui au-dessous duquel se situent 50 % des salaires d'une population donnée. C'est de manière équivalente le salaire au-dessus duquel se situent 50 % des salaires de cette même population.

Le niveau de vie médian en France métropolitaine a évolué comme suit :

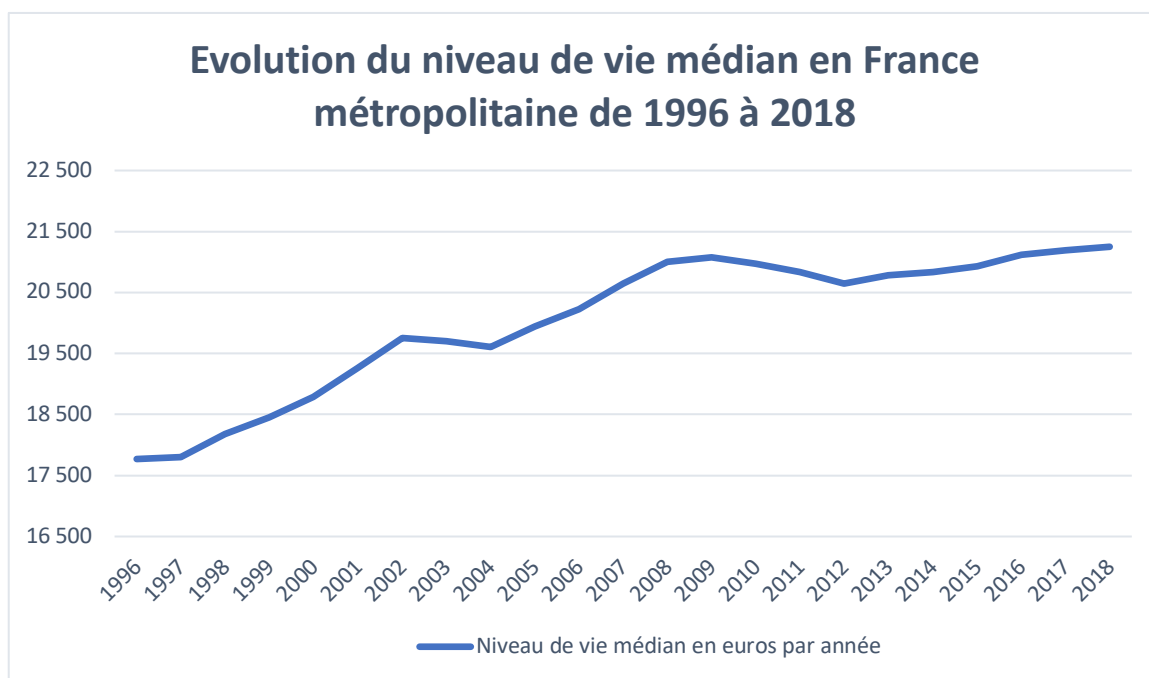


Figure 1.

Sources : Insee-DGI, enquêtes revenus fiscaux 1970 à 1990 ; Insee-DGI, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux rétrospectives de 1996 à 2004 ; Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2005 à 2018

Nous observons sur la figure 1 une augmentation du niveau de vie médian de 1,4 % par an en moyenne entre 1996 et 2008. Puis, lors de la crise bancaire et financière de 2008, le niveau de vie médian diminue légèrement jusqu'en 2012 où il passe de 21 000 euros annuels en 2008 à 20 650 euros annuels en 2012. Depuis, il augmente en moyenne de 0,5 % par an. Ce qui reste une augmentation très modérée comparée à celle précédant la crise de 2008.

Le niveau de vie médian, ainsi que les niveaux de vie du premier et neuvième décile sont partagés comme suit en 2017 en France métropolitaine en fonction de l'âge :

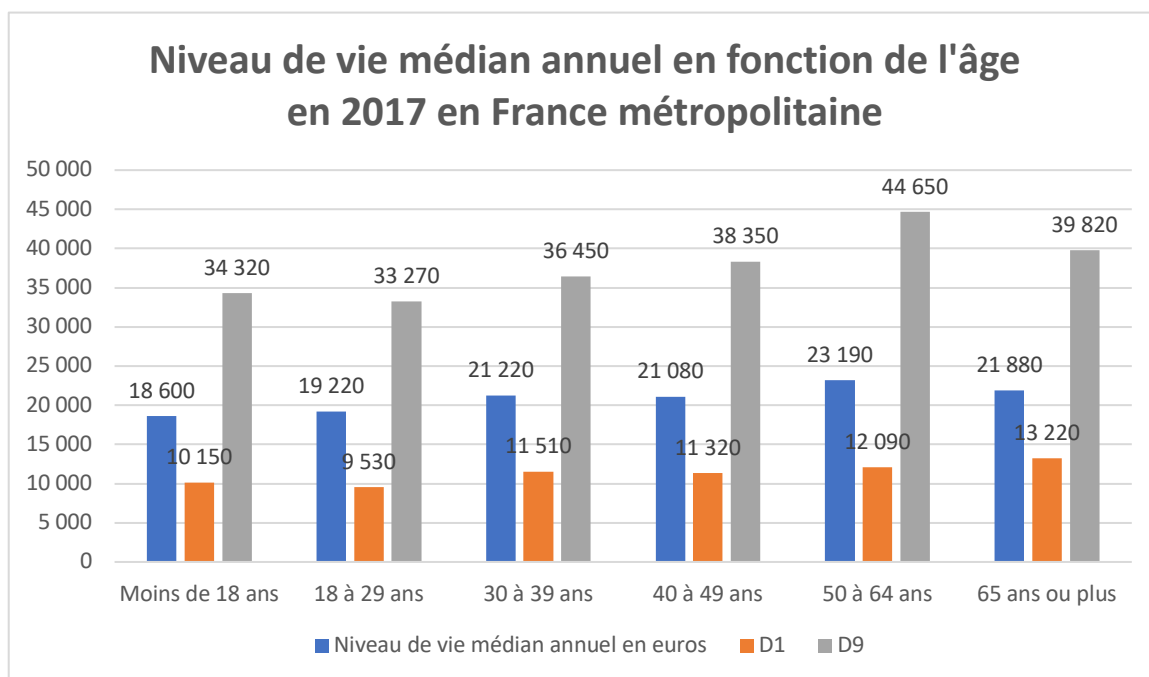


Figure 2

Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2017.

D1 correspond au premier décile, soit les 10 % des personnes les plus modestes de la population. A l'inverse, D9 correspond au neuvième décile, soit les 10 % des personnes les plus aisées de la population.

Quel que soit l'âge, nous observons une grande disparité du niveau de vie annuel entre le premier et neuvième décile, témoin de l'inégalité des niveaux de vie.

Prenons l'exemple de la tranche d'âge de 30 à 39 ans en 2017 : le niveau de vie médian se situe à 21 220 euros annuels, soit 1 768,3 euros mensuels. 10 % des salaires de cette tranche d'âge sont inférieurs à 959 euros mensuels. Le niveau de vie médian est donc 1,8 fois supérieur au niveau de vie des 10 % les plus modestes de la population française métropolitaine en 2017.

A l'inverse, les 10 % des salaires les plus hauts sont à 3 037,5 euros mensuels. Le niveau de vie médian est donc 1,7 fois inférieur au niveau de vie des 10 % les plus aisés de la population française métropolitaine en 2017.

Le niveau de vie médian a tendance à augmenter en fonction de l'âge, ceci peut être la conséquence de l'accroissement des revenus d'activités au cours d'une carrière professionnelle, et/ou la conséquence de l'accumulation du patrimoine au cours de la vie.

Nous notons cependant une diminution du niveau de vie médian à partir de 65 ans, ce qui correspond aux pensions de retraites, inférieures aux revenus perçus durant la période d'activité.

L'écart de niveau de vie médian entre les 10 % plus aisés et les 10 % plus modestes de la population est assez stable dans le temps. En effet, en 1997, le neuvième décile a un niveau de vie 3,5 fois supérieur au premier décile. En 2007 et 2017, ce facteur multiplicateur est de 3,4.

d) Seuil de pauvreté

Selon l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), un individu ou un ménage est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. Les États de l'Union Européenne mesurent la pauvreté de manière relative. Dans cette approche, le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. Les États Européens utilisent généralement un seuil à 60 % de la médiane des niveaux de vie. (9)

La figure 3 indique l'évolution du seuil de pauvreté de 1996 à 2018 en France métropolitaine au seuil 60 % :

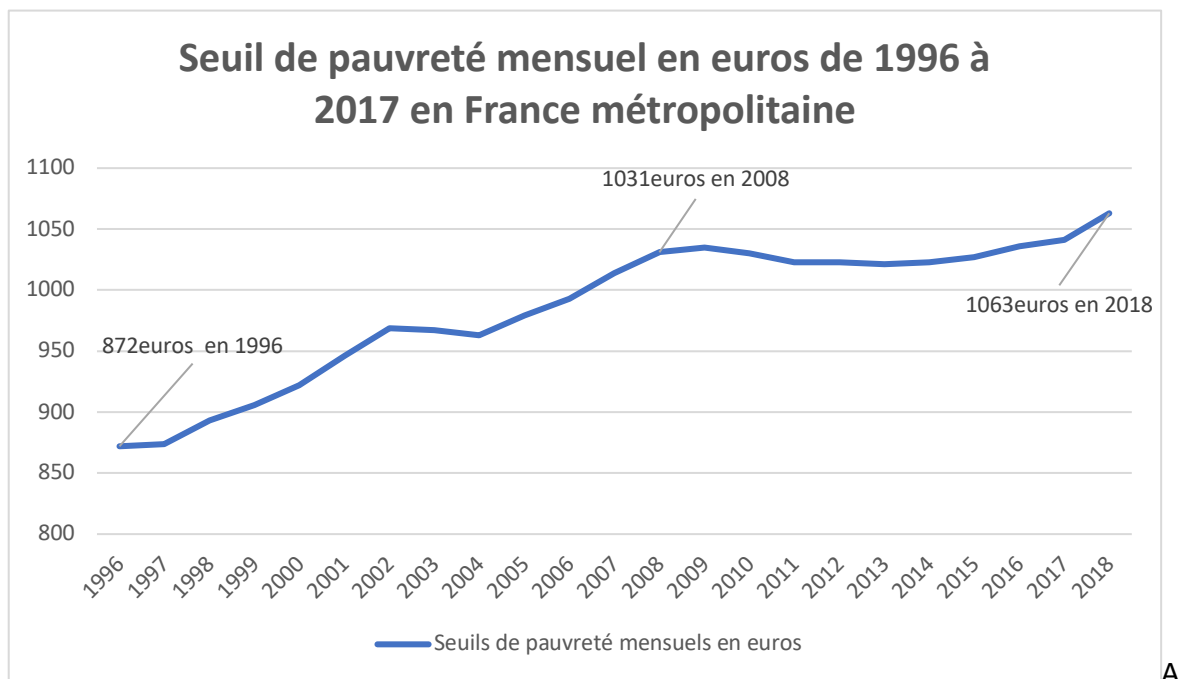


Figure 3

Source : Insee, Enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) 1975-2018 – Pauvreté – Séries longues

Le seuil de pauvreté augmente de 1996 jusqu'à la crise financière de 2008, passant respectivement de 872 euros mensuels à 1 031 euros mensuels, soit une augmentation de 18,7%.

De 2008 à 2016, le seuil de pauvreté reste relativement stable, évoluant de 1 031 euros mensuels en 2008 à 1 036 euros mensuels en 2016.

Entre 2016 et 2018, le seuil de pauvreté mensuel a augmenté de 2,6 % pour arriver en 2018 à 1 063 euros mensuel.

Il est à noter que cette courbe suit celle de l'évolution du niveau de vie médian.

e) Taux de pauvreté

Selon l'INSEE, le taux de pauvreté est la proportion d'individus dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté pour une année donnée (10).

La figure 4 montre l'évolution du taux de pauvreté de 1996 à 2018 en France métropolitaine :

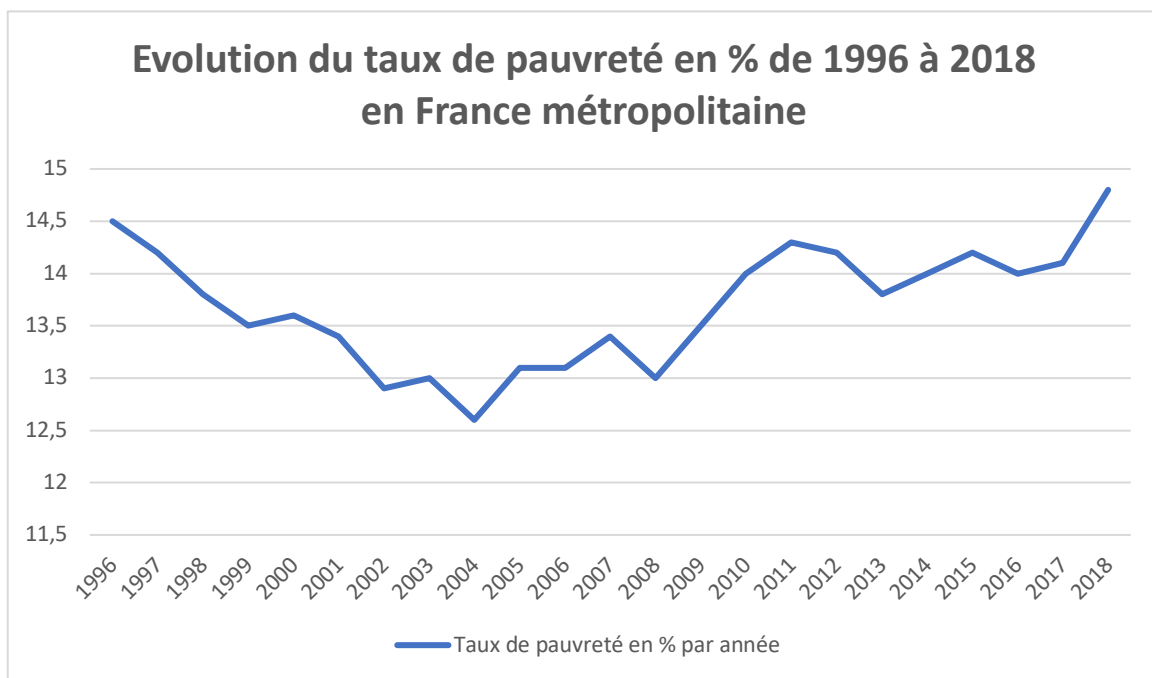


Figure 4

Source : Insee, Enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) 1975-2018 – Pauvreté – Séries longues

De 1996 à 2004, le taux de pauvreté diminue passant de 14,5 % de la population à 12,6 % de la population française. Ce taux augmente ensuite légèrement jusqu'en 2008. Depuis cette année de crise financière, le taux de pauvreté en France ne cesse d'augmenter.

En 2008, il était de 13%, soit 8 563 000 personnes. Dix ans plus tard, le taux de pauvreté est de 14,8%, soit le taux le plus élevé depuis 1975 où il était de 17%. En 2018, il s'agit de 9 327 000 personnes vivant sous le seuil de pauvreté sur le territoire français, soit une augmentation de 1,8 % en 10 ans.

Par ailleurs, dans l'ensemble de l'Union Européenne, le taux de pauvreté était de 17 % en 2016. Il est relativement bas dans certains pays alors que le niveau de vie moyen y est faible, c'est le cas de la République Tchèque (9 %), la Slovaquie (12 %) et la Hongrie (13 %). Ce taux de pauvreté est moyen (15 %) dans certains pays où le niveau de vie est élevé, c'est le cas de la Finlande, le Danemark, les Pays-Bas, la France et l'Autriche. Au Royaume Uni et en Allemagne, il est plus important : respectivement 17 % et 16 %. Enfin, en Espagne, en Grèce et en Italie le taux de pauvreté est particulièrement élevé suite à la crise économique, entre 20 et 22 %. (11)

Pour décrire le taux de pauvreté en France, il faut définir les termes « actif » et « inactif » selon l'INSEE.

Les personnes dites « actives » correspondent à la population active occupée, c'est-à-dire ayant un emploi, ainsi que les personnes au chômage. Cette définition est une définition internationale, adoptée en 1982 par le Bureau International du Travail (BIT) (12) .

Les personnes dites « inactives » au sens du BIT correspondent donc au reste de la population : les personnes âgées de moins de 15 ans, les étudiants et retraités qui ne travaillent pas en complément, les femmes et hommes au foyer ainsi que les personnes en incapacité de travailler (13).

Voici la distribution du taux de pauvreté en fonction de l'activité en 2018 en France métropolitaine :

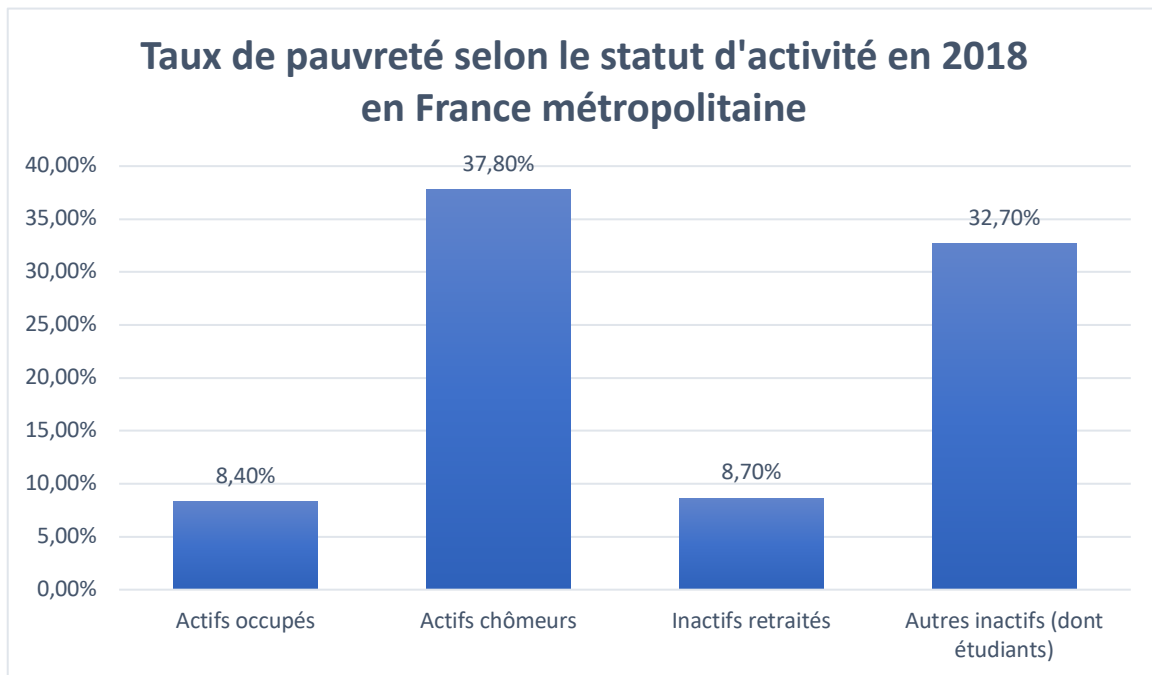


Figure 5

Source : Insee, Enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) 1975-2018 – Pauvreté – Séries longues

Comme énoncé ci-dessus, le taux de pauvreté en 2018 est de 14,8 %. Nous observons que les statuts d'activité les plus touchés par la pauvreté sont les actifs chômeurs (avec 37,8 %), et les inactifs hors retraités (avec 32,7 %).

f) Taux de pauvreté en condition de vie

Selon l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES) (14), l'aspect monétaire est limité et insuffisant pour définir la pauvreté. L'ONPES prend alors en compte d'autres indicateurs et parle de taux de pauvreté en condition de vie. Cet indicateur a été mis en place en 2004. Il permet une meilleure appréhension de la pauvreté, afin de prendre en compte différents impacts de l'insuffisance monétaire.

Ce dernier mesure la proportion de ménages qui déclarent connaître au moins 8 restrictions matérielles parmi 27 difficultés regroupées en quatre grandes dimensions (15):

- Restriction de consommation (absence de repas complet, difficulté à acheter des vêtements neufs ou partir en vacances ...),
- Insuffisance de ressources (remboursement d'emprunt élevé, découvert bancaire ...),
- Retards de paiement (impossibilité de payer ses factures ...),
- Difficultés de logement (surpeuplement dans le logement, absence d'eau chaude, absence de chauffage ...).

Le bien-être, l'accès à la santé, à la culture et au logement font partis des facteurs évalués. Cette approche complète la définition de la pauvreté monétaire (qui traduit une difficulté de revenu par rapport au niveau de vie général de la population) et permet de dresser un tableau plus complet des populations touchées par la pauvreté.

La figure 6 montre l'évolution du taux de pauvreté en condition de vie en France métropolitaine de 2004 à 2018, ainsi que l'évolution des quatre domaines de restriction.

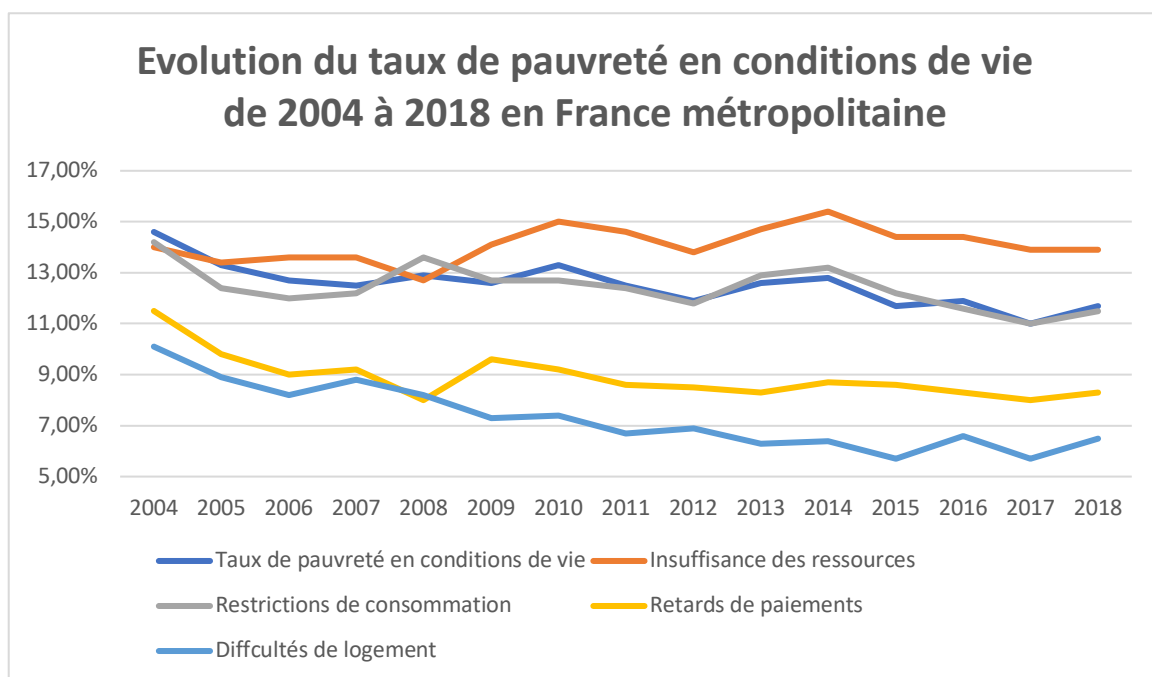


Figure 6
Source : Insee, enquêtes SRCV-Silc.

Le taux de pauvreté en condition de vie montre une tendance à la baisse entre 2004 et 2018 avec le niveau le plus bas en 2017 (11 %). Cependant, nous remarquons que, depuis 2008, c'est l'insuffisance des ressources qui domine. En 2008, elle est de 13 %, puis connaît un pic à 15,4 % en 2014 avant de se stabiliser autour de 14 % en 2018. Parallèlement, les retards de paiements et les restrictions de consommations suivent la même courbe.

De plus, il est à noter que, depuis 2009, les restrictions de consommations et le taux de pauvreté en conditions de vie ont une évolution quasiment superposable.

L'évolution du taux de pauvreté et celle du taux de pauvreté en condition de vie ne sont pas corrélées. Parmi les aspects de la pauvreté en conditions de vie, les difficultés de logement, les retards de paiement et les restrictions de consommations sont à la baisse entre 2004 et 2018, ce qui explique que, malgré le pic d'insuffisance de ressource, le taux de pauvreté en condition de vie est à la baisse.

g) Intensité de la pauvreté

L'intensité de la pauvreté, est, selon l'INSEE, « un indicateur permettant d'apprécier l'écart entre le niveau de vie de la population pauvre et le seuil de pauvreté. Elle est mesurée comme un écart relatif entre le niveau de vie médian de la population pauvre et le seuil de pauvreté » (16).

Cet indicateur est calculé de la manière suivante :

$(\text{seuil de pauvreté} - \text{niveau de vie médian des personnes pauvres}) / \text{seuil de pauvreté}$

Plus cet indicateur est élevé, plus la pauvreté est dite intense au sens où le niveau de vie des plus pauvres est très inférieur au seuil de pauvreté. L'intensité de la pauvreté témoigne d'une diversité des niveaux de vie au sein même de la population pauvre.

La figure 7 montre son évolution de 1996 à 2018 en France métropolitaine :

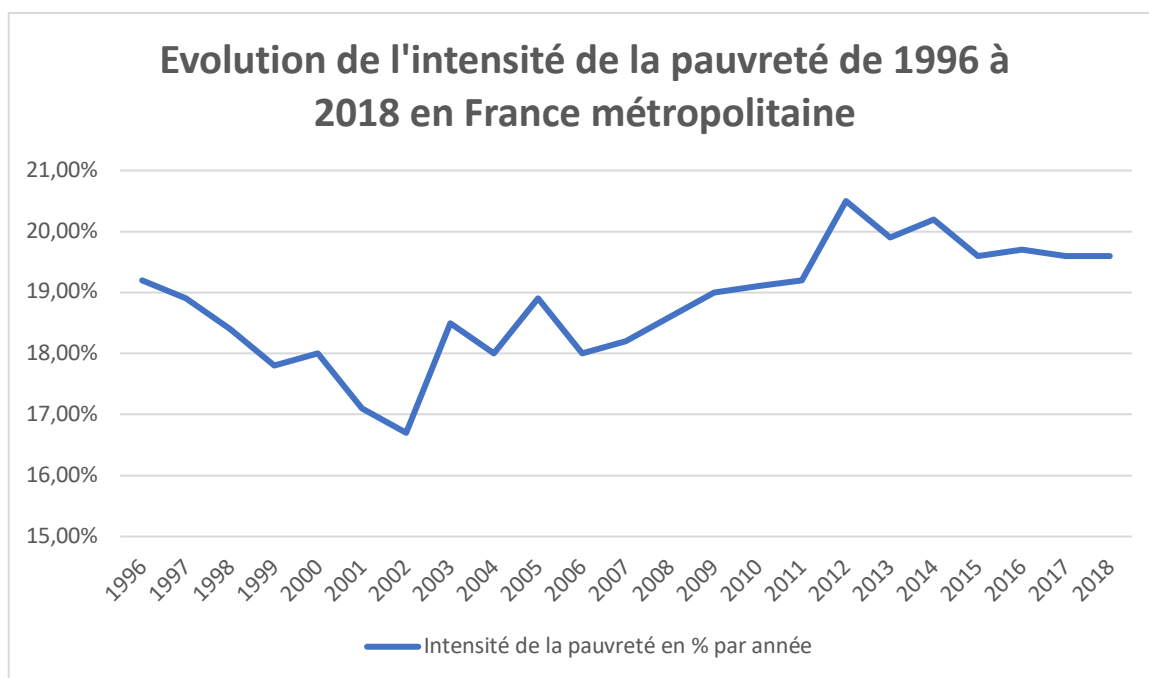


Figure 7

Sources : Insee-DGI, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux rétrospectives de 1996 à 2004 ; Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2005 à 2018.

L'intensité de la pauvreté a progressivement diminué de 1996 à 2002. Elle augmente ensuite régulièrement jusqu'à un pic en 2012 où elle est de 20,5%. Depuis, elle oscille entre 19,5% et 20%. Cela signifie que les populations les plus pauvres ont un niveau de vie inférieur de 20 % au seuil de pauvreté, qui est de 1 063 euros mensuels en 2018 au seuil de 60 %.

h) Score EPICES

Le score d'Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé (score EPICES) est un indicateur individuel de précarité. Il a été construit en 1998 par un groupe de travail pluridisciplinaire, se basant sur 42 questions prenant en compte différentes dimensions de la précarité : emploi, revenus, niveau d'étude, catégorie socio-professionnelle, logement, composition familiale, liens sociaux, difficultés financières, événements de vie, santé perçue notamment (17).

Ce score varie de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximale). Parmi les 42 questions, 11 d'entre elles résument à 90 % la situation de précarité d'un individu, permettant une utilisation simplifiée de ce score.

Afin de calculer le score de précarité, toutes les réponses doivent être renseignées. Elles sont dotées d'un coefficient permettant de calculer le résultat. Le score de 30 a été établi comme seuil de pauvreté selon EPICES (18). (Cf annexe 1)

2) Répartition sociologique des populations précaires en France métropolitaine

14,8 % de la population française vivait sous le seuil de pauvreté à 60 %, soit 9 327 000 personnes en France métropolitaine en 2018.

a) Age

La figure ci-dessous montre la répartition des âges de cette population :

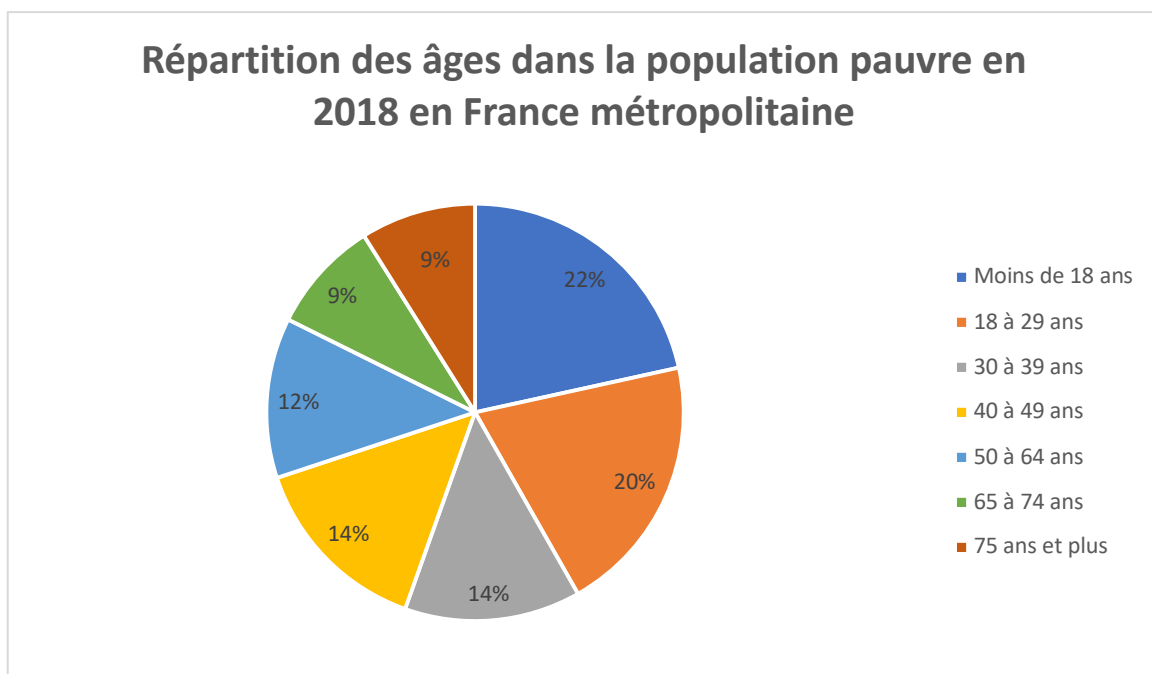


Figure 8

Sources : Insee-DGI, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux rétrospectives de 1996 à 2004 ; Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2005 à 2018.

Près de la moitié de la population pauvre en 2018 est représentée par des enfants (22 % ont moins de 18 ans) et de jeunes adultes (20 % de 18 à 29 ans). Ces jeunes adultes sont souvent peu qualifiés, subissent une difficulté d’insertion sur le marché du travail, ou sont au chômage et mal indemnisés.

A l’inverse, les personnes âgées (75 ans et plus), font partie des moins représentés parmi les populations démunies (9 % en 2018).

b) Sexe

La figure ci-dessous montre le pourcentage d’hommes et de femmes parmi la population pauvre, et son évolution de 1996 à 2018 en France métropolitaine.

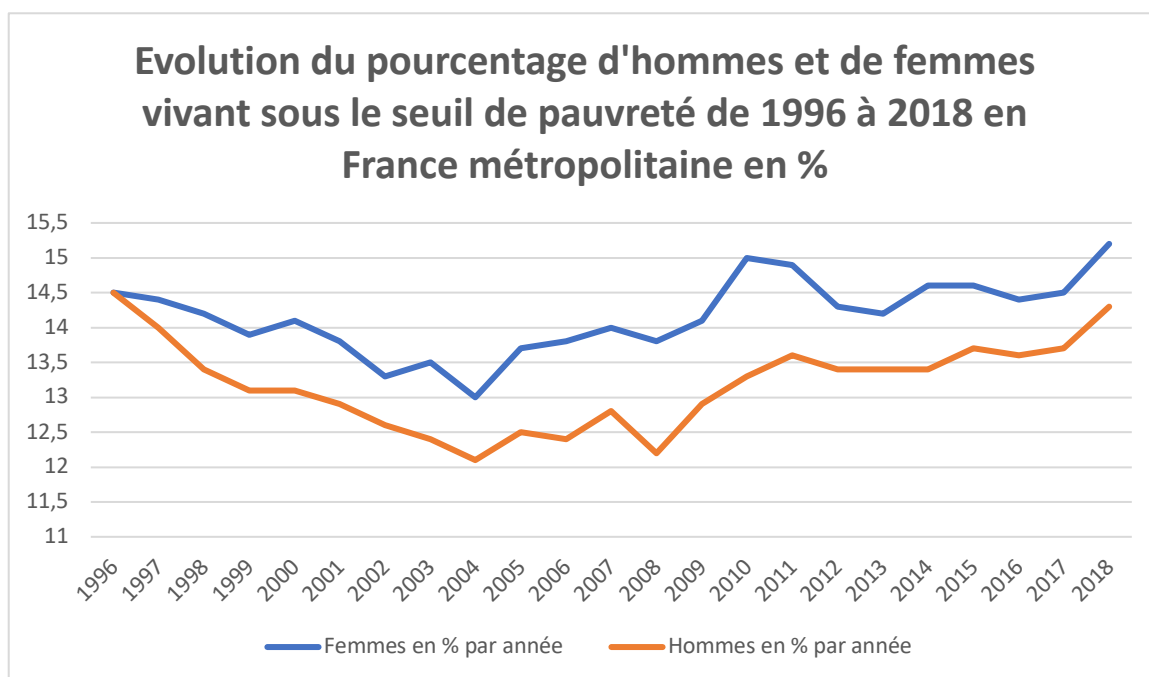


Figure 9

Sources : Insee-DGI, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux rétrospectives de 1996 à 2004 ; Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2005 à 2018.

Nous constatons que depuis 1996 les femmes sont plus nombreuses que les hommes à vivre sous le seuil de pauvreté à 60 %. Nous pouvons formuler quelques hypothèses expliquant cette différence : familles monoparentales, travail partiel, emplois moins qualifiés sur représentés chez les femmes.

c) Structure familiale

Nous pouvons voir qu'en 2017 les familles monoparentales représentent 23 % des ménages avec enfant(s) vivant sous le seuil de pauvreté (Figure 10). Parmi ces ménages, 83 % sont des femmes seules avec enfant(s) (Figure 11).

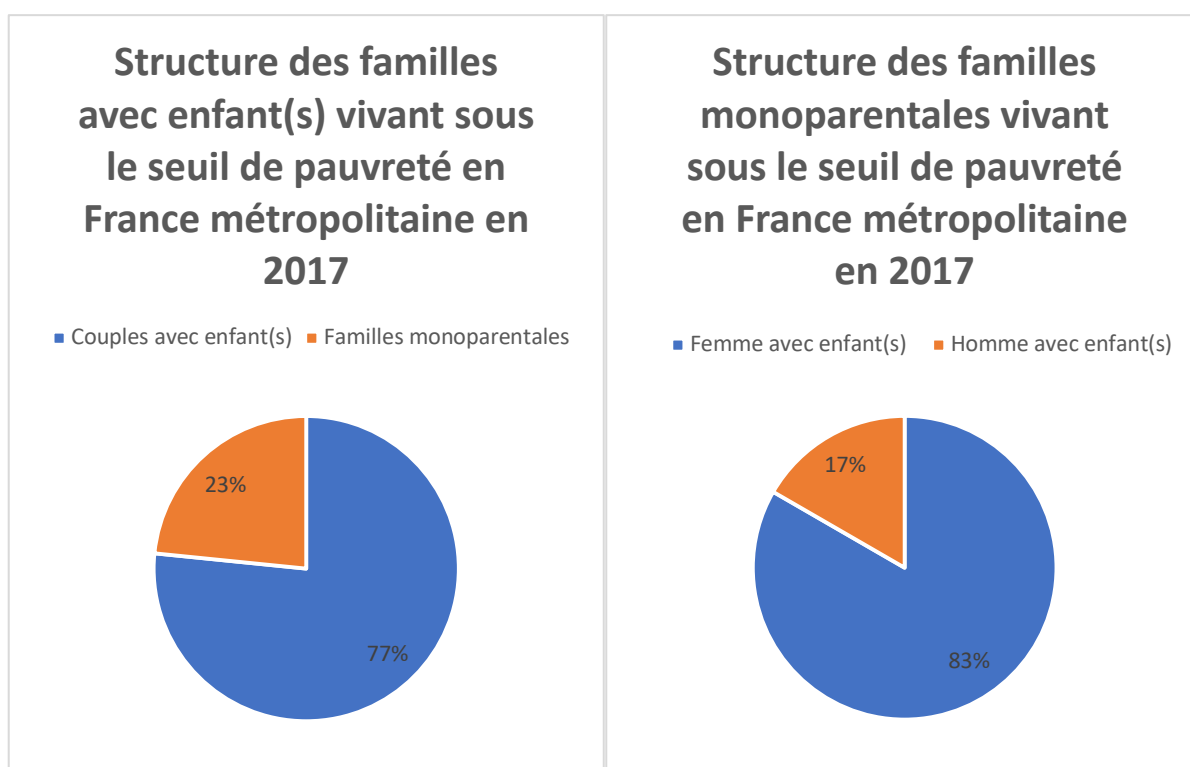


Figure 10

Figure 11

Source : Insee, RP1990 sondage au 1/4, RP1999 à RP2017 exploitations complémentaires.

d) Catégorie socio-professionnelle

La figure montre la distribution des personnes pauvres en 2018 en France métropolitaine en fonction de leur catégorie socioprofessionnelle :

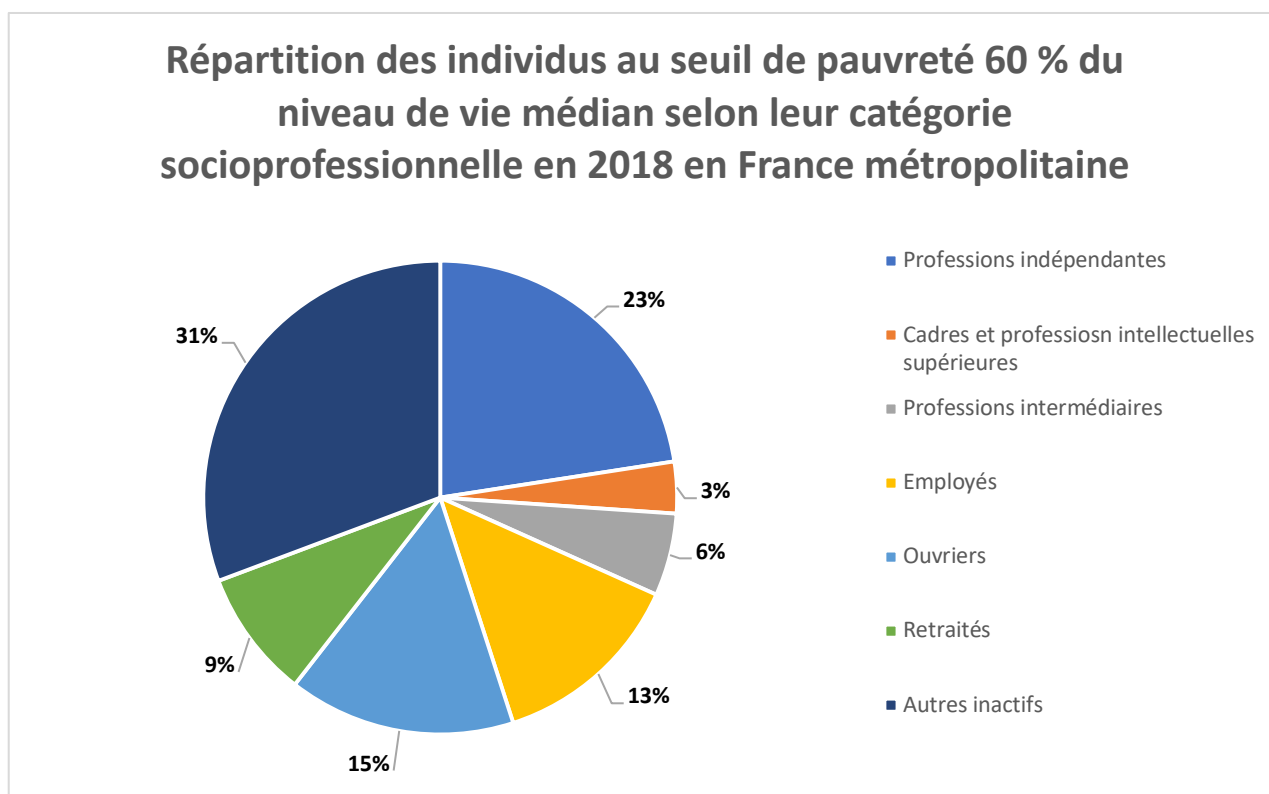


Figure12

Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2018.

Les inactifs hors retraités sont les plus représentés parmi les populations vivant sous le seuil de pauvreté (31 %). Les professions indépendantes viennent en seconde position avec 23 %, puis les ouvriers (15 %) et les employés (13 %).

3) Immigration, parcours migratoire et précarité

a) Définitions

En 1992, le Haut Conseil à l'Intégration (HCI) définit une personne immigrée comme une personne née étrangère dans un pays étranger et vivant actuellement en France. Si elle le souhaite, la personne immigrée peut demander la nationalité française. Elle devient alors « française par acquisition » en opposition aux « français de naissance ». (19)

Selon l'Organisation Internationale pour les Migrants (OIM), le terme migrant est un terme générique non défini dans le droit international, qui, reflétant l'usage commun, désigne « toute personne qui quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons, soit dans une autre région à l'intérieur d'un même pays, soit dans un autre pays, franchissant ainsi une frontière internationale ». Il englobe un certain nombre de catégories juridiques de personnes bien déterminées, comme les travailleurs migrants, les personnes dont les types de déplacement particuliers sont juridiquement définis, ainsi que celles dont le statut et les formes de déplacement ne sont pas expressément définis par le droit international, comme les étudiants internationaux.

Au niveau international, il n'existe pas de définition universellement acceptée du terme « migrant ». (20)

b) Évolution de l'immigration en France

La figure ci-dessous montre l'évolution de l'immigration en France de 1990 à 2019.

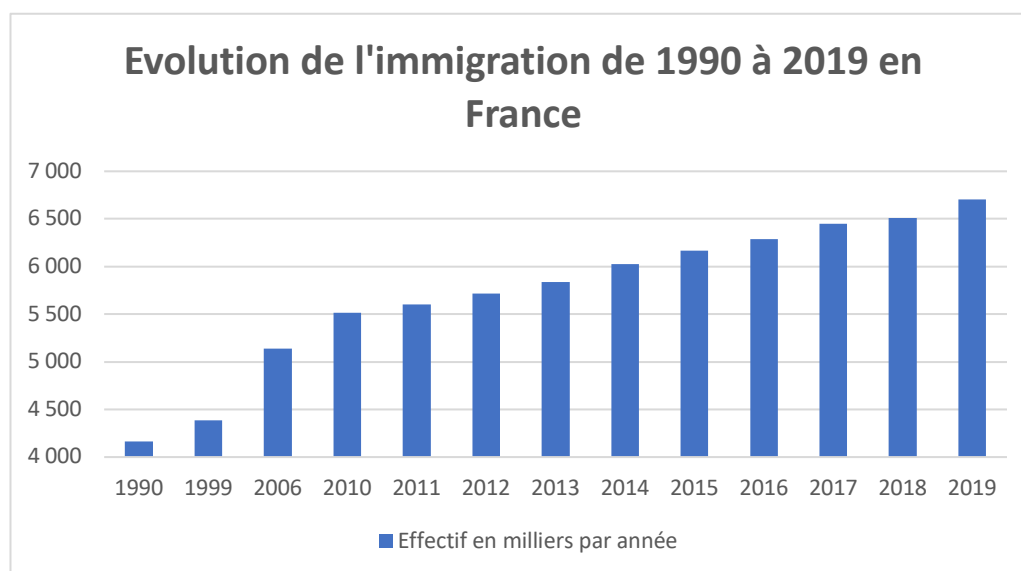


Figure 13

Source : Insee, recensements de la population et estimations de population.

L'immigration en France a connu une importante augmentation entre 1999 et 2006 avec respectivement 4 387 000 et 5 136 000 personnes immigrées. Depuis, l'immigration continue sa progression. En 2019, 6 707 000 personnes résidant en France étaient immigrées, soit 9,9 % de la population française.

c) Origine des personnes immigrées

Le graphique ci-dessous montre la répartition des origines des personnes immigrées installées en France en 2019.

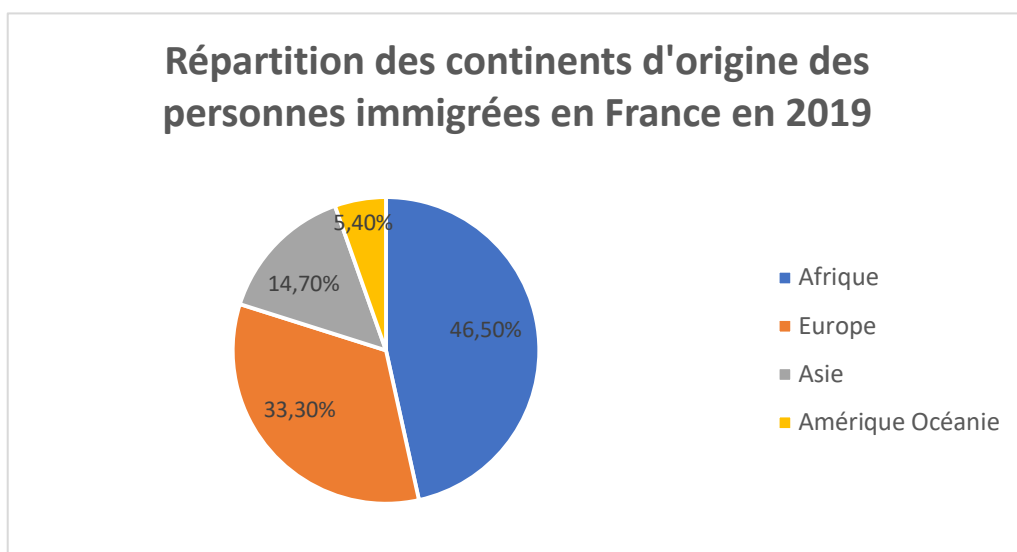


Figure 14

Source : Insee, estimations de population 2019.

En 2019, la grande majorité des immigrés résidants en France sont originaires d'Afrique, puis d'Europe.

49,7% des immigrés en France sont originaires de 7 pays. Ces pays sont :

- L'Algérie (12,6%)
- Le Maroc (12%)
- Le Portugal (9%)
- La Tunisie (4,5%)
- L'Italie (4,3%)
- La Turquie (3,7%)
- L'Espagne (3,6%)

d) Sexe

Jusqu'au milieu des années 1970, les populations immigrées étaient principalement des hommes. Ils permettaient de répondre à la main d'œuvre nécessaire aux reconstructions post-guerre ainsi qu'aux trente glorieuses qui suivirent.

Le second choc pétrolier causa une dégradation du contexte économique. L'immigration de travail a chuté pour être remplacée par une immigration familiale. Le pourcentage de femme parmi les personnes immigrées augmente alors, passant de 44 % en 1975 à 51 % en 2019. Ces femmes sont accompagnées de leurs enfants, ce qui augmente la part d'immigration infantile, le taux de famille immigrées, et donc le nombre total d'immigrés (21).

e) Pauvreté et immigration

Les indicateurs de pauvreté sont plus élevés dans les populations immigrées. En 2015, les ménages dont la personne de référence, et le cas échéant, son conjoint, sont immigrés jouissent d'un revenu disponible moyen de 27 930 euros annuel, soit 2 328 euros mensuel, contre 36 300 euros en moyenne pour un ménage non immigré (22).

Ces revenus sont principalement composés du revenu d'activité avec une part de 69,1 % soit 19 300 euros annuel. En comparaison, les ménages non immigrés ont un revenu d'activité annuel de 26 640 euros en moyenne. Soit une différence de 28 % entre les deux populations.

Globalement, les personnes immigrées occupent des emplois moins qualifiés, sont moins diplômés, plus jeunes, et sont plus souvent au chômage (13,2 % de la population immigrée contre 6,3 % de la population non immigrée (21)).

Le niveau de vie annuel moyen en 2015 pour un ménage immigré est de 16 160 euros, contre 24 350 euros pour un ménage non immigré, soit une différence de 34 %.

Cette même année, 80 % des personnes vivant dans un ménage immigré ont un niveau de vie inférieur au niveau de vie médian français. En comparaison, 46,1 % des personnes vivant dans un ménage non immigré ont un niveau de vie inférieur au niveau de vie médian français, soit 1,7 fois moins que les populations immigrées.

Parmi les différentes populations immigrées, les taux ne sont pas les mêmes. En effet, les ménages dont la personne de référence est africaine sont surreprésentés parmi la moitié de la population la moins aisée, avec 86,6 %. De plus, 54,9 % d'entre eux ont un niveau de vie inférieur au deuxième décile.

Dans ces populations immigrées, le taux de pauvreté est de 38,6 % en 2015. (22)

4) Éléments de lutte contre la précarité : les minima sociaux

Les minima sociaux sont définis selon l'INSEE comme visant à assurer un revenu minimal à une personne ou à sa famille en situation de précarité. Ce sont des prestations sociales non contributives, c'est-à-dire qu'elles sont versées sans contrepartie de cotisations. Elles sont néanmoins versées sous conditions de ressources. Le système français de minima sociaux comporte divers dispositifs (développés ci-dessous), dont un spécifique aux départements d'outre-mer.

Selon l'ONPES, la précarité augmente en France. En effet, le nombre d'allocataires de minima sociaux est en hausse de 0,6 % fin 2018 par rapport à l'année précédente où il était stable. Notons qu'en 2016, ce taux était en diminution de 1,3 %, première baisse depuis 2008. Il s'agit de 4,25 millions d'allocataires, chiffre montant à 7 millions d'individus en comptant les conjoints et les enfants. Cela représente 11 % de la population en France. (23)

a) Le Revenu Social de Solidarité (RSA)

Le RSA est entré en vigueur le 1^{er} juin 2009 en France métropolitaine. Il s'agit d'une allocation qui complète les ressources initiales du foyer pour qu'elles atteignent le niveau d'un revenu garanti. Ce dernier est calculé comme la somme de deux facteurs :

- Un montant forfaitaire, dont le montant varie selon la composition du foyer et du nombre d'enfant(s) à charge,
- Une fraction des revenus professionnels des membres du foyer, fixé par décret à 62%.

Si les ressources initiales du foyer sont inférieures au montant forfaitaire, la différence s'appelle le RSA socle. Le complément de revenu d'activité éventuel égal à 62 % des revenus d'activité, s'appelle le RSA activité. Selon le niveau de ressources du ménage par rapport aux deux facteurs, un ménage peut percevoir une seule composante du RSA ou les deux (24).

Le RSA est accordé aux personnes âgées de 25 ans ou plus, et aux jeunes actifs de 18 à 24 ans s'ils sont parents isolés ou justifient d'une période d'activité professionnelle.

b) L'Allocation Solidarité Spécifique (ASS)

L'ASS est accordé lorsque les droits au chômage sont épuisés. Les ressources mensuelles ne doivent pas dépasser un plafond de 1 182,3 euros pour une personne seule ou 1 857,9 euros pour une personne vivant en couple. Elle peut également être maintenue en cas de reprise d'activité, sous certaines conditions. Pour bénéficier de cette allocation il faut être demandeur d'emploi et justifier d'une activité antérieure (25).

c) L'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)

L'AAH est une aide financière permettant d'avoir un minimum de ressources. Elle est attribuée sous réserve de respecter des critères d'incapacité, d'âge, de résidence et de ressources. Elle est accordée sur décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). Le montant de l'AAH vient compléter les éventuelles autres ressources (26).

d) L'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (ASPA)

L'ASPA est une prestation mensuelle accordée aux retraités ayant de faibles ressources et vivant en France. Elle est versée par la caisse de retraite, et son montant dépend des ressources et de la situation familiale du demandeur (retraité vivant seul ou en couple).

(27)

e) L'Allocation pour Demandeur d'Asile (ADA)

L'ADA peut être versée pour un demandeur d'asile majeur en possession de l'attestation de demandeur d'asile, avec des ressources mensuelles inférieures au montant du RSA. Cette allocation est composée d'un montant forfaitaire journalier, dont le niveau varie en fonction du nombre de personnes composant le ménage. (28)

Nous rappelons ici que, dans le cadre d'une demande d'asile, les demandeurs ont 90 jours pour déposer leur demande. Celle-ci doit être préenregistrée à la Structure de Premier Accueil des Demandeurs d'Asile (SPADA). Elle permet d'orienter et informer les demandeurs, de leur fournir un accompagnement administratif et social, et de les inscrire dans le dispositif national d'hébergement. L'enregistrement se fait ensuite au Guichet Unique de Demande d'Asile (GUDA) présent dans chaque région, où des agents de la préfecture et de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) travaillent. Dans les trois jours, le demandeur reçoit une attestation de demandeur d'asile, valant droit de séjour sur le territoire français pendant la durée d'instruction de sa demande.

Un agent de l'OFII doit ensuite évaluer la vulnérabilité du demandeur, et proposer un hébergement ainsi qu'un formulaire de demande d'Allocation pour Demandeur d'Asile.

Le dossier est ensuite traité par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA), et la décision doit être rendue dans les six mois pour les procédures normales (29).

II. Prise en charge sanitaire des populations en situations de précarité

Dans le système de santé français, il y a l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), et des complémentaires de santé privées facultatives.

Afin de simplifier l'accès aux droits d'assurance maladie pour les personnes qui en sont dépourvues, la réforme de la protection universelle maladie (PUMa) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016 (30). Elle a pour but de garantir à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable ou régulière un droit à la prise en charge de ses frais de santé, en réduisant au strict nécessaire les démarches administratives. Le délai de résidence en France de 3 mois à l'ouverture des droits est maintenu, et un délai de 6 mois par an est exigé pour le renouvellement. Elle est garantie 12 mois après la fin de validité du titre de séjour par le décret n°2017-240 du 24 février 2017 (31).

Nous précisons également que, au bout de trois mois de résidence en France, les demandeurs d'asile peuvent bénéficier de la PUMa. Les droits de carence s'appliquent uniquement aux personnes majeures.

En complément de la PUMa, existe la Complémentaire Santé Solidaire (CSS).

Pour les populations immigrées en situation irrégulière, une aide est mise en place par l'état : il s'agit de l'Aide Médicale d'État (AME).

La CSS et l'AME sont des aides médicales permettant une prise en charge et donc un accès aux soins de santé. Pour en bénéficier, les démarches à remplir ne sont pas simples pour les personnes concernées. Le recours à des travailleurs sociaux peut donc s'avérer nécessaire.

1) Les aides de santé : Aide Médicale d'État, Complémentaire Santé Solidaire

a) L'Aide Médicale d'État (AME)

L'Aide Médicale d'État (AME) est une prestation sociale financée par l'État. Elle a été introduite par la loi du 27 juillet 1999. Cette aide permet l'accès aux soins des populations en situation irrégulière et précaire en France. Elle accorde une prise en charge à 100 % des soins, sans avance de frais, pour le détenteur de l'AME ainsi que ses ayant-droits (enfants de moins de 16 ans, ou jusqu'à 20 ans s'ils poursuivent leurs études, ainsi que le conjoint), dans la limite

des tarifs de la sécurité sociale. Les bénéficiaires ne sont pas soumis au parcours de soin et n'ont pas l'obligation de déclarer un médecin traitant.

Notons tout de même que les médicaments pris en charge à 15% par l'assurance maladie ainsi que les médicaments non remboursés pour la population générale, ne sont pas pris en charge pour les détenteurs de l'AME. Ceci pose régulièrement problème lors de la délivrance des médicaments dans les pharmacies d'officine, nous le reverrons plus tard.

Les dépenses dues à l'AME représentent 863 millions d'euros à verser par l'État. Cette somme est en nette augmentation. En 2017, environ 320 000 personnes étaient bénéficiaires de l'AME (32).

Cette aide de santé satisfait deux objectifs :

- Humanitaire et individuel : elle permet un accès aux soins pour les populations démunies en situation irrégulière ;
- Sanitaire et de Santé Publique : grâce à l'accès aux soins, elle évite la propagation de maladies contagieuses dans la population (la tuberculose notamment) et, en prenant en charge précocement les pathologies chroniques des personnes en situation de précarité, elle permet de réduire les hospitalisations à l'origine des coûts plus importants. A titre d'exemple, Guillon et al. ont montré que la prise en charge précoce des migrants infectés par le VIH permet une économie nette entre 32 000 € et 198 000 € par patient, ainsi que la prévention d'infections secondaires (33).

a – 1) Conditions d'obtention de l'AME

Trois conditions sont à remplir afin de prétendre à l'AME (34) :

- Justifier de son identité (par tout papier présentant le nom de l'individu, carte d'identité, passeport, carte de travail du pays d'origine ...)
- Justifier de sa stabilité de résidence : c'est-à-dire au minimum trois mois de résidence ininterrompue sur le sol français, et ceci grâce à tout papier administratif datant de plus de trois mois mentionnant une adresse postale, ou par une attestation délivrée par les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) en cas de personne sans domicile ;
- Justifier de ressources inférieures à un revenu net pour une personne seule de 8 951 euros par an, soit environ 745 euros par mois.

a – 2) Demande d'AME

Pour faire une demande d'AME, un formulaire est à remplir et à déposer à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Le CCAS local, ainsi que les établissements de santé ou certaines associations peuvent aider les personnes démunies à la constitution du dossier, ainsi que se charger de l'envoi de ce dernier.

L'AME est établie pour une durée d'un an. Le renouvellement n'est pas automatique, il faut en faire la demande de façon annuelle si nécessaire. (*Cf Annexe 2*)

Il apparait un réel impact positif pour la prise en charge médicale des individus concernés. Une simplification de dossier de demande d'aide pourrait être un point positif pour ces populations. En effet, une grande partie d'entre elles ne bénéficient pas de l'aide à cause de cette complexité administrative. C'est confirmé par l'enquête Premiers pas qui montre que, seules 51 % des personnes éligibles à l'AME en bénéficient (35).

Il existe plusieurs Aides Médicales d'États distinctes : celle que nous venons de décrire, la plus courante, est l'AME de droit commun. Elle a connu une progression croissante de 35% entre 2012 et 2016 (36)(34). Au 31 décembre 2016, elle concernait 311 310 individus.

Cette AME est financièrement à la charge de l'État, et gérée par l'Assurance Maladie (36).

a – 3)AME humanitaire

A côté de l'AME de droit commun, il existe l'AME humanitaire. Elle peut être sollicitée par des personnes de nationalité étrangère ne résidant pas en France en cas d'accident ou de maladie lors de leur passage en France ou si les soins médicaux ne peuvent pas être prodigués dans leur pays d'origine. Seul le ministère chargé de l'action sociale peut accorder ou non cette aide. Elle concerne une dizaine d'admissions hospitalières par an.

b) La Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

La CSS remplace la Couverture Médicale Universelle-complémentaire (CMU-c) ainsi que l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS), depuis le 1^{er} novembre 2019. Il s'agit d'une prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé, ce qui correspond à la prestation assurée par les mutuelles privées pour le reste de la population. Cette prise en charge peut être sans participation financière, ou avec une faible participation, selon les ressources mensuelles du ménage, que nous détaillerons ci-dessous.

Grâce à la CSS, les dépenses de santé sont prises en charge à hauteur de 100% des tarifs de la sécurité sociale en complément de l'AMO, et ceci sans avance de frais. Cette aide permet, de plus, de bénéficier d'avantages divers :

- Absence de dépassements d'honoraires dans le cadre d'un parcours de soin ;
- Prise en charge du forfait journalier hospitalier ;
- Exonération de la participation forfaitaire d'un euro des franchises médicales ;
- Forfaits de prise en charge pour les prothèses dentaires, les lunettes, les aides auditives, certains dispositifs médicaux (tels que les cannes, fauteuils roulants, ou certains pansements).

De plus, les bénéficiaires de la CSS sans participation financière (ex-CMU-c) peuvent avoir une réduction des tarifs sur certains billets de train.

b – 1) Conditions d'obtention de la CSS

Pour prétendre à la CSS, il faut être bénéficiaire de l'AMO et remplir deux conditions :

- Des conditions de résidence :

Pour les individus étrangers, il faut résider en France de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois, et être en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France.

Le délai de 3 mois n'est pas exigé dans les situations suivantes :

- Personne affiliée à un régime obligatoire de sécurité sociale dans le cadre d'une activité professionnelle de plus de 3 mois en France ;
- Personne inscrite dans un établissement d'enseignement ou effectuant un stage en France dans le cadre d'accords de coopération ou inscrit à un stage de formation professionnelle en France depuis plus de 3 mois ;
- Personne bénéficiaire de certaines prestations types prestations familiales, allocation personne âgée, logement, aide sociale, revenu de remplacement, allocation adultes handicapés ;
- Personne ayant accompli un volontariat international à l'étranger et n'ayant droit à aucun autre titre à l'assurance maladie ;
- Personnes étrangères en situation régulière : les demandeurs d'asiles (ou admis) ou les réfugiés (en cours de demande, ou reconnus).

- Des conditions de ressource :

Les conditions de ressources différencient deux cas, correspondant aux anciens CMU-c et ACS. Dans les deux cas, il existe un plafond de ressources sur les 12 mois précédant la demande.

Le premier revenu plafond est identique à celui de l'AME :

- Inférieur à 8 951 euros par an pour une personne seule en métropole
- Inférieur à 13 427 euros par an pour deux personnes en métropole

Si l'individu est bénéficiaire d'une aide au logement, ou propriétaire, un montant forfaitaire s'ajoute aux ressources annuelles. Dans ce premier cas, la CSS est accordée sans participation forfaitaire du bénéficiaire.

Le second plafond correspond à :

- Un revenu inférieur à 12 084 euros par an pour une personne seule en métropole,
- Un revenu inférieur à 18 126 euros par an pour deux personnes en métropole.

De la même façon, un montant forfaitaire est à ajouter si la personne bénéficie d'une aide au logement, ou si elle est propriétaire.

Dans ce deuxième cas, la CSS est accordée moyennant une participation financière. Cette dernière est déterminée en fonction de l'âge du demandeur :

- 29 ans ou moins : 8 euros par mois
- 30 à 49 ans : 14 euros par mois
- 50 à 59 ans : 21 euros par mois
- 60 à 69 ans : 25 euros par mois
- 70 ans ou plus : 30 euros par mois

b – 2) Demande de CSS

Un formulaire est disponible sur internet, où il peut être directement complété, ou un dossier courrier peut être envoyé.

Il sera demandé la composition du foyer, le dernier avis d'imposition, le dernier avis de taxe foncière le cas échéant, le dernier avis de taxe locale d'habitation. Dans le cas d'une résidence à l'étranger au cours des 12 derniers mois il faut produire un justificatif de situation fiscale et sociale du pays concerné. (Cf Annexe 3)

La décision est rendue au plus tard deux mois après réception du dossier. La demande est à renouveler chaque année, avec les mêmes documents justificatifs.

Une seule demande doit être faite par foyer, en effet, si elle est attribuée, la CSS couvre l'assuré ainsi que ses ayants-droits et/ou conjoint (37)(38).

En juin 2019, parmi les personnes affiliées au régime général, environ 5,2 millions d'individus avaient des droits ouverts à la CSS (39). Cette même année, le gouvernement a recensé environ 3 millions d'habitants ne souscrivant à aucune mutuelle. Soit 1 français sur

20. Parmi ces personnes, la moitié aurait pu obtenir la CSS, mais n'en a jamais fait la demande (40).

2) Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)

Selon la loi 98-657 du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions, « il est établi, dans chaque région (...) un Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS), dont l'élaboration et la mise en œuvre sont coordonnées par le représentant de l'État ». Ce programme régional « s'attache à définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, à la drogue, au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels ». Ces programmes sont donc des interfaces régionales entre les accompagnements et prises en charge sanitaires et sociaux, afin de favoriser l'accès aux droits et aux soins des plus démunis (41).

Les PRAPS sont élaborés en concertation avec tous les acteurs de santé d'une région. Ils ont pour vocation de coordonner l'ensemble des politiques publiques de santé afin d'améliorer la santé en région. Ces programmes ont un objectif de santé public : orienter les actions sur les difficultés d'accès, de prévention et de continuité des soins, sur les souffrances psychiques et l'hygiène de vie. Pour ceci, ils accompagnent les plus démunis vers l'accès aux droits et aux soins, mais aussi vers l'éducation à la santé et la prévention.

Les actions des PRAPS sont coordonnées au niveau régional en mobilisant les secteurs sanitaires et médico-sociaux, prenant en compte les spécificités locales.

Depuis la circulaire de la Direction Générale de la Santé (DGS) du 13 juin 2000 (42), les PRAPS s'organisent en Ateliers Santé-Ville (ASV) : ils « s'inscrivent dans les priorités régionales des PRAPS et de la loi de lutte contre les exclusions dont ils enrichissent l'application locale. Ils permettent une articulation dynamique entre la politique de la ville et la politique de santé, et ainsi contribuent à réduire les inégalités de santé ». Ces ateliers visent à mettre en œuvre au niveau communal les PRAPS, leurs objectifs et actions.

L'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle Aquitaine a publié en juillet 2018 le programme régional d'accès à la prévention et aux soins 2018 – 2023 (43). Ce programme regroupe six objectifs différents. Parmi ces objectifs, deux sont en lien direct avec notre travail.

a) Développer les dispositifs d'accès aux soins et aux droits

Cet objectif s'intègre dans une dynamique d'accompagnement des populations précaires vers le droit commun. En effet, nombreux sont ceux qui ne font plus valoir leurs droits par manque d'informations, ou sont en incapacité de le faire.

Dans les cahiers de l'ONPES d'octobre 2018, il est rapporté qu'en 2014, une personne sur quatre âgée de 18 ans ou plus déclare avoir renoncé à au moins un soin pour des raisons financières. Ce renoncement concerne en priorité les plus pauvres, notamment les populations ne bénéficiant pas d'une complémentaire santé, ou d'une aide médicale.

En comparaison, en 2008, le taux de renoncement à des soins pour raisons financières était de 15,4 %. Ce taux a augmenté de 10 points en 6 ans (44).

Dans cet objectif, les PRAPS mettent l'accent sur la remédiation avec le droit commun, et la reprise d'un parcours de soin.

En Nouvelle-Aquitaine, différentes actions ont été ou vont être entreprises (45):

- Poursuivre et amplifier le partenariat avec l'Assurance Maladie par la mise en place :
 - Des Plans Locaux d'Accompagnement du Non recours, des Incompréhensions et des Ruptures (PLANIR) qui vont cibler les patients des Permanences d'Accès Aux Soins de Santé (PASS) et les professionnels de santé par la mise en place d'une ligne urgence précarité dédiée. Ces PLANIR ont également pour objectifs, les jeunes de 16 à 25 ans via un parcours qui leur est destiné (45).

- De la Plate-Forme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS) qui est un service centralisé et interne à chaque Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Cette plate-forme est en cours de généralisation. Elle intervient notamment sur l'accompagnement dans l'accès aux droits afin d'aider les populations précaires dans les démarches de demande d'aide pour que l'assuré puisse bénéficier d'une attribution des droits de base. Elle peut également accompagner l'assuré dans un montage financier dans les cas de restes à charge, via des aides financières et des fonds sociaux. De plus, cette plate-forme accompagne le bénéficiaire dans le parcours de soin et de santé, lui présentant l'offre de soin, l'aidant dans le choix des professionnels, le sensibilisant via des offres de prévention de maladie (examen périodique, dépistage, vaccination grippe etc...) (45).

La PFIDASS joue un rôle majeur dans l'accès aux soins en résolvant à court terme la situation de renoncement aux soins, et en développant la capacité de l'assuré à faire face à une nouvelle situation dans le futur.

- Renforcer les dispositifs d'accès aux soins :
 - Rendre toutes les PASS pluridisciplinaires (médecin, travailleur social, infirmiers...), et mobiles. En effet, l'objectif est « d'aller vers » les patients démunis dans les structures d'hébergement, les services sociaux et associations.
Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) vont être renforcées et certaines vont être créées afin de couvrir l'ensemble du territoire régional.
 - Déployer les structures médico-sociales : les Lits Halte Soins Santé (LHSS), les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) en priorisant les zones sous dotées ou non couvertes. Des ACT spécifiques vont être expérimentés, notamment l'ACT « Un chez soi d'abord ». Cet ACT permettrait aux personnes majeures et durablement sans abri, atteintes d'une ou plusieurs pathologies mentales sévères, d'accéder sans délai à un logement, de s'y maintenir et d'y développer son accès aux droits et aux soins, son autonomie et son intégration sociale.

- Consolider les médiations sanitaires :

Il s'agit de fournir aux personnes fragiles et éloignées du système de santé un véritable appui au regard des freins spécifiques à ces populations : barrière linguistique, rupture culturelle, retard de prise en charge, accumulation de facteurs de précarité.

Les médiations sanitaires, en étant développées, joueront un rôle certain dans l'accès aux soins des populations immigrées, des populations vivant en bidonville ou dans des habitats mobiles.

Il est également question de créer un dispositif d'interprétariat, utile dans chacune des structures recevant des immigrés.

- Faciliter l'accès aux soins primaires :

Cette action vise à renforcer l'accès aux soins primaires c'est-à-dire favoriser la prévention et l'accompagnement par des professionnels de premier recours. Cet accompagnement sera d'autant plus qualitatif si les liens entre professionnels de premier recours et dispositifs d'accès aux droits et aux soins sont effectifs. Ces liens permettront de repérer les situations de non recours, faciliter les orientations vers le droit commun, et faciliter les ouvertures de droit en général.

L'accès aux soins de premier recours sera accentué notamment sur le surpoids et l'obésité, mais aussi dans le cadre du volet de précarité du plan régional de santé bucco-dentaire.

- b) Éviter les ruptures de parcours de santé

Dans cet objectif, les PRAPS mettent l'accent sur la logique « une personne : un parcours », c'est à dire adapter le dispositif de prise en charge et de soins au patient. Il s'agit d'enclencher et de sécuriser les parcours de santé : permettre une ouverture des droits mais aussi le maintien de ces droits, permettre un accès aux soins et le maintien de ces soins.

Les pratiques professionnelles vont évoluer vers un multi référencement, c'est-à-dire un travail d'équipe où la relation exclusive « un professionnel : un patient » est exclue. Le but est d'engendrer une mobilité des services de santé et une pluridisciplinarité.

D'autre part, l'ARS souhaite par ces PRAPS renforcer la coordination régionale des Permanences d'Accès Aux Soins de Santé (PASS) en harmonisant les pratiques professionnels et en diffusant des bonnes pratiques en matière de partage d'information et d'outils.

3) Parcours de prise en charge sanitaire des patients précaires

Comme nous l'avons vu, les populations précaires ne jouissent pas toujours d'une couverture sociale via l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), notamment les populations immigrées. Leur parcours de prise en charge sanitaire est alors différent de la population générale et a pour objectif de leur fournir une offre de soin équivalente à la population générale.

a) Permanence d'Accès Aux Soins de Santé (PASS)

Le service de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) est un dispositif créé par l'article L.6112-6 du code de la santé publique suite à la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998. Ce dispositif s'inscrit dans le cadre de la mise en place des PRAPS (46).

La circulaire ministérielle de la Direction Générale de l'Offre des Soins (DGOS) R4 n°2013-246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des PASS précise que les PASS s'adressent à :

- Des personnes sans droits ouverts à l'assurance maladie ;
- Des personnes en attente de droits ;
- Des personnes ayant des droits partiels mais dont les ressources sont insuffisantes pour leur permettre de payer le ticket modérateur ;
- Des personnes désocialisées devant être accompagnées dans leurs parcours de soins (47).

Les PASS n'ont donc pas vocation à suivre des patients sur une longue durée, hormis pour les patients concernés par une rupture à long terme (marginiaux, sans domiciles fixes, rupture sociale pérenne).

Ce dispositif vise à faciliter, pour les personnes en situation de précarité, l'accès au système de santé, et donc un accès aux soins, et à les aider dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits grâce à un accompagnement social. L'objectif à l'issue de la prise en charge étant le retour ou l'accès à l'offre de soins de droit commun afin de bénéficier d'une continuité des soins conforme aux besoins du patient et identiques à ceux de la population générale

Dans ce contexte, s'inscrivant dans les objectifs du PRAPS, la PASS est pluridisciplinaire. En effet, le patient bénéficiant de la PASS doit avoir accès à des consultations de médecine générale et/ou spécialisée, de soins odontologiques, de soins infirmiers, de la délivrance de médicaments, et de la disponibilité du plateau technique hospitalier si besoin. De même, les consultations sociales sont systématiques pour les patients afin de permettre le retour vers l'offre de soins de droit commun. En effet, dans chaque PASS nous trouvons au minimum un binôme médecin – travailleur social.

Par ailleurs, la PASS peut, en cas de nécessité, recourir à un service d'interprétariat.

La majorité des PASS ont une vocation généraliste. Cependant, certaines PASS spécialisées existent dans le cadre d'accès à des soins nécessitant un équipement particulier et pour lesquels l'accès pour le patient peut être difficile. C'est le cas des PASS buccodentaires. De même afin d'adapter la réponse sanitaire à la prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques, des PASS psychiatriques (qui travaillent en relation étroite avec les équipes mobiles psychiatrie-précarité) ont été créées. Enfin existent les PASS maternité et pédiatriques.

En 2018, la France comptait 368 PASS dont 44 PASS psychiatriques, 18 PASS dentaires, 6 PASS maternité et 9 PASS pédiatriques (48).

Intégrées au service de la PASS, des équipes mobiles de psychiatrie-précarité (EMPP) interviennent à l'extérieur des établissements. Ces équipes ont été créées afin d'améliorer les réponses à la souffrance psychique des personnes en situation de précarité. Leur cadre d'action est fixé par la circulaire du 23 novembre 2005. Ces équipes se déplacent au plus près des lieux de vie des populations en situation de précarité : squat, foyers, dans les rues par exemple. Ils peuvent ainsi accompagner ces personnes dans leur parcours de soins et mieux

appréhender les situations de détresse et les troubles psychiques. L'équipe est composée de psychologues et/ou psychiatres, infirmiers et assistants sociaux. Ils jouent un rôle d'information et de prévention des patients, ainsi que de formation des acteurs sociaux sur le terrain (49)(50).

Les services de PASS bénéficient d'un budget annuel fixe. Il s'agit de la Mission d'Intérêt Général (MIG) PASS. La MIG PASS finance les activités de facilitation de l'accès aux soins, de prise en charge et d'accompagnement hors hospitalisation et consultations facturables, de patients en situation de précarité. Est également intégré le financement du pilotage, de la coordination et de l'évaluation de ces permanences. Ce budget doit donc couvrir le fonctionnement de la PASS tel que : les frais de personnel, les dépenses pharmaceutiques, les frais d'exams médicaux, les prestations d'interprétariat, ou les frais de transport dans le cas de PASS mobiles.

Ce budget est établi en fonction de la file active de patients. Différents seuils ont été établis :

MONTANT DU BUDGET ANNUEL (Dotation MIG)	SEUIL MINIMAL D'ACTIVITE ANNUELLE (Évalué par le nombre de patients vus au moins une fois)
50 000 à < 100 000 €	100 patients
100 000 à < 150 000 €	200 patients
150 000 à < 300 000 €	400 patients
300 000 à < 450 000 €	1 000 patients
> 450 000 €	1 600 patients

Ces chiffres concernent les PASS généralistes et le nombre de patients vus sans considération plus précise de la prise en charge dont ils ont bénéficié. Le budget d'une PASS spécialisée doit être adapté au regard de ses spécificités (47).

Dans ces Permanences d'Accès Aux Soins de Santé, trois activités sont précisées :

- Auprès des patients : il s'agit de l'activité principale qui comprend les entretiens infirmiers, médicaux, sociaux, l'accompagnement dans les démarches de soins, dans les démarches d'accès aux droits, la dispensation des médicaments...
- Auprès des professionnels de l'établissement : sensibilisation, informations, formations, définition de protocoles afin d'améliorer la réactivité et garantir la collaboration de tous les professionnels de santé face aux problématiques de précarité ;
- Auprès des partenaires extérieurs à l'établissement : intervenants du secteur sanitaire, acteurs du champ social, professionnels intervenant dans le réseau local de précarité. La PASS doit être un partenaire actif de ce réseau et interagir avec les différents partenaires tels que les centres communaux d'action sociale, les services municipaux de santé, les centres d'hébergement et de réinsertion sociale, les associations humanitaire.

De plus, un comité de pilotage doit être mis en place et se réunir une fois par an. Il doit rassembler les acteurs intervenant dans la prise en charge sanitaire des patients en situation de précarité, les secteurs institutionnels et associatifs. Ce comité contribue au renforcement des partenariats intra et extra muros en inscrivant la PASS dans le réseau médico-social local.

La PASS doit rendre compte de ces trois dimensions d'activités, et pour cela, des indicateurs doivent être recueillis annuellement :

- Le nombre de patients vus au moins une fois chaque année,
- Le nombre d'entretiens sociaux et de consultations médicales,
- Le nombre, le contenu et la composition des comités de pilotage. (47)

b) Soins urgents

Le dispositif de soins urgents est défini à l'article L. 245-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles comme « des soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à l'altération grave et durable de l'état de santé du patient ou de celui d'un enfant à naître ». Ces soins sont destinés à éviter la propagation d'une maladie à l'entourage ou à la

collectivité. Ils comprennent également tous les soins d'une femme enceinte et d'un nouveau-né (examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse, accouchement) ainsi que les interruptions de grossesse volontaires ou pour motif médical. Ces soins urgents sont uniquement réalisés en établissement hospitalier (51).

Ces soins urgents sont dédiés aux personnes résidents en France de manière irrégulière depuis moins de trois mois, ou résidents en France de manière irrégulière depuis plus de trois mois sans AME (pas de demande d'attribution, demande en cours, ou demande rejetée).

Cependant, ce dispositif n'ouvre pas de droits personnels à l'AME.

Ces soins urgents sont financés par la MIG précarité. Celle-ci permet de financer les surcoûts structurels et organisationnels générés par la présence, dans une proportion plus forte que la moyenne, de patients précaires au sein de la population prise en charge dans l'établissement de santé. Elle couvre donc les dépenses pour les soins urgents ne pouvant attendre une ouverture de droit afin d'être dispensés (52) (47).

c) Droit commun

Le droit commun est l'ensemble des règles non particulières ou non soumises à un droit spécifique.

Dans le cadre des patients en situation de précarité, le droit commun est la dernière étape du parcours de prise en charge. En effet, il s'agit de l'objectif ultime des démarches sociales et administratives des PASS et/ou associations que de permettre le retour ou l'accès à la prise en charge de droit commun. Une fois ces droits ouverts, le parcours de soin du patient se fera en ville et il sera pris en charge en officine, et par les médecins de ville. Le système de santé de droit commun permet notamment au patient le libre choix du praticien, et, dans le cadre des aides de santé telles que l'AME et la CSS sans participation financière, un accès aux médicaments sans avance de frais.

Une fois inséré dans ce système de droit commun, la problématique pour les personnes en situation de précarité sera d'y rester. En effet, comme nous l'avons vu, les droits à la CSS et à

l'AME n'ont pas de reconduction tacite. Il appartient donc au patient de présenter un dossier complet chaque année. En cas de rupture de droit, le patient ne pourra plus prétendre au droit commun et devra à nouveau se présenter au service de la PASS pour ses soins. Afin d'éviter ces ruptures de parcours, les professionnels de santé peuvent veiller à prévenir leurs patients arrivant en fin de droits, les incitant à présenter leur dossier.

B. Évaluation de la spécificité des patients en situation de précarité dans la prise en charge à l'officine : enquête réalisée à Bordeaux Métropole

I. Enquête

1) Contexte

L'expérience au comptoir en officine montre que les patients en situation de précarité sont souvent démunis face aux traitements médicamenteux et à leur circuit de prise en charge. Nombre d'entre eux ne connaissent pas leurs médicaments et/ou leur pathologie. Lors de mon exercice, je me suis confrontée à cette problématique, me permettant de relever plusieurs difficultés au quotidien :

- Pour les patients étrangers, la maîtrise de la langue française est souvent limitée, et la méconnaissance du système de santé et des démarches à entreprendre est très présente,
- Le dialogue peut s'avérer compliqué dans un contexte où la confidentialité est difficile au comptoir d'une pharmacie,
- Les patients en situation de précarité peuvent avoir des demandes spécifiques, liées à des conditions de vie qui ajoutent des contraintes à leurs soins (difficulté de stockage des médicaments à conservation au réfrigérateur, difficulté de gestion des prises de médicaments, difficulté d'accès aux soins infirmiers etc...), liées aux vulnérabilités engendrées par le parcours de migration ou liées à l'existence de maladie de plus forte prévalence dans leur pays d'origine pour les patients migrants,
- Les parcours de vie marginaux peu adaptés aux circuits de soins et de prise en charge,
- Les situations de mésusage de médicaments : mauvaise compréhension des prises de traitement, détournement de l'indication, revente etc...,
- Des rapports culturels aux soins différents qui peuvent engendrer incompréhension et parfois agressivité (accès à la contraception pour les jeunes filles par exemple).

Le temps accordé au patient se révèle très important pour sa prise en charge, comme l'indiquent les observations et résultats suivants.

Une étude (53) a été réalisée en 1993 aux USA sur l'impact du « compassionate care », que l'on pourrait traduire par soin de compassion (c'est-à-dire prendre le temps d'échanger avec le patient autour d'un café notamment, sans donner de conseils ou de traitements médicaux) auprès des adultes sans domicile fixe se rendant au service des urgences. Cette étude a montré que ces soins de compassion diminuaient significativement le nombre de visites aux urgences par mois de ces mêmes personnes. Les patients étaient systématiquement satisfaits de pouvoir discuter avec quelqu'un sans se sentir jugé, discriminé ou non pris au sérieux. Leur perception de la qualité des soins a été améliorée, et par la suite, leurs visites aux urgences ont diminué de façon significative.

Par ailleurs, une étude Danoise (54) a été menée entre 2013 et 2015 évaluant l'influence d'une intervention pharmaceutique sur le taux de ré hospitalisation. Les résultats ont été publiés en mars 2018. Cette étude part du constat que 5 % de l'ensemble des admissions hospitalières sont attribuables à des effets indésirables médicamenteux et que 45 % de ces effets conduisant à une hospitalisation sont évitables. L'hypothèse de l'impact positif d'une intervention pharmaceutique a été proposée pour réduire le taux de ré hospitalisation. Trois groupes de patients ont été formés : un groupe bénéficiant des « soins habituels » (503 patients), un groupe pour lequel était proposée une « intervention pharmaceutique classique » (498 patients), et un groupe bénéficiant d'une « intervention pharmaceutique renforcée » (497 patients).

Le groupe « soins habituels » ne bénéficie pas d'intervention pharmaceutique. Le groupe « intervention pharmaceutique classique » bénéficie d'une analyse complète des prescriptions (médicaments analysés en prenant en compte l'âge du patient, les comorbidités, l'état rénal, les interactions et contre-indications éventuelles etc...), ainsi qu'un entretien pharmaceutique d'entrée rapide (durant en moyenne 14,7 min). Enfin, le groupe « intervention pharmaceutique renforcée » bénéficie de l'analyse des prescriptions de la même façon que le groupe précédent, un entretien d'entrée plus long (en moyenne 26 min), ainsi qu'un entretien de sortie comprenant une conciliation médicamenteuse, un entretien

approfondi de prévention, des conseils hygiéno-diététiques, des informations concernant les éventuels effets indésirables et une explication des changements de traitements le cas échéant. De plus, ces patients sont contactés pour un entretien téléphonique une semaine après la sortie hospitalière, ainsi que 6 mois plus tard. Les pharmacies référentes de ces patients sont contactées sous trois jours ouvrés suivant la sortie du patient afin de s'assurer de la délivrance de l'ordonnance hospitalière.

Cette étude à deux niveaux d'interventions montre une différence significative du taux de ré hospitalisation pour les patients ayant bénéficié de l'« intervention pharmaceutique renforcée » à court (30 jours) et à long terme (180 jours) par rapport au groupe « soins habituels » avec respectivement : 14,3 % contre 22,3 % à 30 jours, et 39,7 % contre 48,8 % à 180 jours (54).

Le taux de réadmission hospitalière du groupe « intervention pharmaceutique classique » est légèrement plus faible que le groupe « soins habituels » à 30 jours, et ne présente pas de différence significative à 180 jours (54).

Ces résultats confirment l'importance du rôle de l'intervention pharmaceutique en sortie d'hospitalisation comme outil de prévention. Les résultats montrent une diminution notable des effets indésirables et du mésusage conduisant à une ré-hospitalisation lorsque qu'une intervention pharmaceutique renforcée est mise en place.

Une étude française (55) de 2015 a été menée dans un hôpital de Nîmes évaluant l'impact des interventions pharmaceutiques sur l'adhérence thérapeutique du patient après un séjour à l'hôpital. L'étude a été conduite sur 394 patients durant six mois. Les trois premiers mois étaient une période d'observation pendant laquelle étaient menés des conciliations médicamenteuses à l'entrée du patient, ainsi qu'un suivi hospitalier classique. Les trois mois suivants étaient une période dite d'intervention : les pharmaciens ont mené des entretiens pharmaceutiques d'entrée avec les patients, des conciliations médicamenteuses et des suivis hospitaliers classiques, puis un entretien pharmaceutique de sortie.

L'adhérence au traitement était évaluée 7 jours après la sortie hospitalière du patient, en contactant les pharmacies d'officines des patients, afin de savoir si l'ordonnance hospitalière avait été délivrée.

Lors de la période d'observation, l'adhérence au traitement était de 51 %. Lors de la période d'intervention, l'adhérence au traitement était de 66,7 %, montant jusqu'à 79,7 % lorsque les entretiens de sorties ont pu être réalisés (les patients sortis le week-end n'ont pas pu en bénéficier).

Les résultats de cette étude montrent que les entretiens pharmaceutiques sont un facteur déterminant afin d'améliorer l'adhérence au traitement des patients.

Malgré ces différents constats et résultats d'étude, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a effectué une enquête (56) en 2002 auprès des médecins généralistes libéraux et a conclu que les consultations en cabinet ainsi que les visites ne durent en moyenne que 16 minutes. Pour les cadres supérieurs et les professions libérales, le temps de consultation est en moyenne supérieur de 5 % aux consultations des employés. Pour les personnes bénéficiant de la CMU-c (aujourd'hui correspondant à la CSS sans participation financière), les durées des séances sont inférieures de 6 % en moyenne à celles des autres assurés.

En outre, cette enquête montre que la prise en charge d'un patient présentant un problème psychologique ou psychiatrique nécessite des consultations plus longues. Or, dans le cas des populations en situation de précarité, ces problèmes sont régulièrement identifiés.

Nous pouvons donc insister sur le constat suivant : non seulement l'accès aux soins pour la population précaire nécessite une prise en charge prolongée, mais de plus, la durée des séances de prises en charge est moins longue que pour les cadres.

Les études présentées montrent que les conseils pharmaceutiques et médicaux apportés aux patients permettent de prévenir les effets indésirables souvent prévisibles. Il a été montré que 11 à 30 % des patients en sortie d'hospitalisation subissent des effets indésirables (55). Parmi ces effets, 91 % sont dûs à des nouvelles thérapeutiques instaurées lors du séjour hospitalier. De plus, ces interventions pharmaceutiques permettent de réduire le risque de mésusage médicamenteux, baisser significativement le taux de réadmissions hospitalières, et améliorer l'adhérence du patient envers son traitement. Nous pouvons supposer que ces résultats sont transposables à la ville, où nous pouvons agir en tant que pharmaciens d'officine afin d'aider les personnes en difficultés à s'approprier leur traitement et améliorer leur

observance dans le but d'éviter les mésusages médicamenteux et de diminuer les admissions aux urgences.

Notre travail s'inscrit dans un intérêt de santé publique, afin d'aider les populations en situation de précarité, et sensibiliser les pharmaciens à la spécificité de leur prise en charge. C'est pourquoi, nous avons établi une enquête afin d'évaluer les connaissances des pharmaciens d'officine sur la prise en charge de ces populations. L'objectif étant de proposer des pistes d'amélioration afin de favoriser l'accès aux soins et la prise en charge sanitaire des patients en situation de précarité. De plus, ce travail a vocation à aider les pharmaciens dans leur pratique quotidienne en apportant des outils répondant au questionnement de ces derniers.

2) Objectifs de l'enquête

La précarité doit rester un enjeu de santé publique. Le taux de ré-hospitalisation des populations précaires suite à un mésusage médicamenteux ou un défaut d'observance peut être réduit comme démontré ci-dessus. Favoriser la communication et la prévention auprès de ces populations peut contribuer à améliorer l'état de santé des populations précaires. En tant que pharmaciens, hospitaliers dans les services de la PASS, ou officinaux, nous sommes au plus près des patients précaires, et devons leur accorder la prestation nécessaire pour promouvoir une éducation en santé adaptée afin d'améliorer leur prise en charge.

Nous avons souhaité évaluer la spécificité de la prise en charge des patients précaires par les pharmaciens d'officine. Nous nous sommes intéressés aux éléments suivants :

- L'identification de la précarité par ces pharmaciens
- La fréquentation des populations précaires à l'officine au sein de la zone étudiée
- Les connaissances des pharmaciens sur les structures de prise en charge de ces patients
- Le temps de délivrance nécessaire d'une ordonnance
- Les éventuels problèmes au comptoir.

La finalité de cette enquête est de formuler des pistes d'amélioration de la prise en charge des patients en situation de précarité à l'officine. De cette manière, nous avons pu sonder la pertinence de notre sujet de travail, le rôle des pharmaciens dans la prise en compte de la précarité des patients dans leur exercice ainsi que les difficultés qu'ils rencontrent.

3) Population étudiée

Nous avons choisi de limiter notre échantillon aux pharmaciens d'officine de Bordeaux Métropole. Cette agglomération comptait, au premier mars 2020, 257 pharmacies réparties sur 25 communes.

Les pharmacies de Bordeaux Métropole ont été recensées via l'annuaire des établissements officinaux présent sur le site de l'ordre des pharmaciens. Nous avons joint ces pharmacies d'officine de Bordeaux Métropole de différentes manières afin de leur faire parvenir ce questionnaire :

- Appels téléphoniques : environ 180
- Déplacements : 12 pharmacies, pour raisons géographiques
- Envoi de mails : 246 pharmacies

4) Période de l'étude

Les réponses à l'enquête ont été recueillies entre les mois de mars et décembre 2020.

5) Méthode

Dans la perspective de cette évaluation, nous avons, avec un interne en pharmacie et d'un pharmacien de l'hôpital Saint André, élaboré un questionnaire anonyme en ligne, validé par l'équipe de la PASS de l'Hôpital St André de Bordeaux. (Cf annexe 4)

Les réponses aux questions pouvaient être à choix multiples, en réponses libres, en grilles à choix multiples ou réponse simple. Toutes ces questions étaient à réponses obligatoires.

Nous avons souhaité ajouter deux questions à réponse libre non obligatoire concernant des éventuels éléments d'informations dont les pharmaciens auraient besoin afin de faire face

aux problèmes rencontrés, ainsi que des propositions d'amélioration de prises en charge à l'officine pour ces patients.

6) Résultats

a) Taux de réponse

Le taux de réponse est de 42,8 % soit 110 réponses. Parmi les 257 pharmacies, 11 n'ont pas souhaité répondre au questionnaire lors de notre sollicitation, sans en prendre connaissance.



Figure 15

Voici la distribution, pour les 25 communes questionnées, du nombre d'habitants, du nombre d'officines ainsi que le pourcentage de réponse par commune.

Commune	Nombre d'habitant (Selon INSEE, 2015)	Nombre d'officine	Pourcentage de réponses
Ambarès et Lagrave	15 881	4	0 %
Ambès	3 167	1	100 %
Artigues-Près- Bordeaux	8 373	1	100 %
Bassens	7 032	4	50 %
Bègles	27 197	10	30 %
Blanquefort	15 425	5	20 %
Bouliac	3 444	1	0 %
Bordeaux	249 712	105	52,3 %
Bruges	18 176	5	20 %
Carbon Blanc	7 578	2	100 %
Cenon	24 547	9	0 %
Eysines	22 864	7	28,5 %
Floirac	16 947	6	50 %
Gradignan	25 241	9	33,3 %
Le Bouscat	23 715	10	30 %
Le Haillan	10 755	1	0 %
Le Taillan Médoc	9 964	3	33,3 %
Lormont	22 131	8	50 %
Martignas-Sur-Jalles	7 317	2	0 %
Mérignac	70 127	24	33,3 %
Parempuyre	8 235	2	0 %
Pessac	61 332	18	66,6 %
Saint Aubin de Médoc	6 868	2	0 %
Talence	42 171	11	45,4 %
Villenave d'Ornon	31 620	7	14,2 %

b) Fréquence d'accueil d'un patient précaire

Parmi les pharmaciens ayant répondu à notre questionnaire, la majorité d'entre eux reçoivent plus d'un patient en situation de précarité par jour.

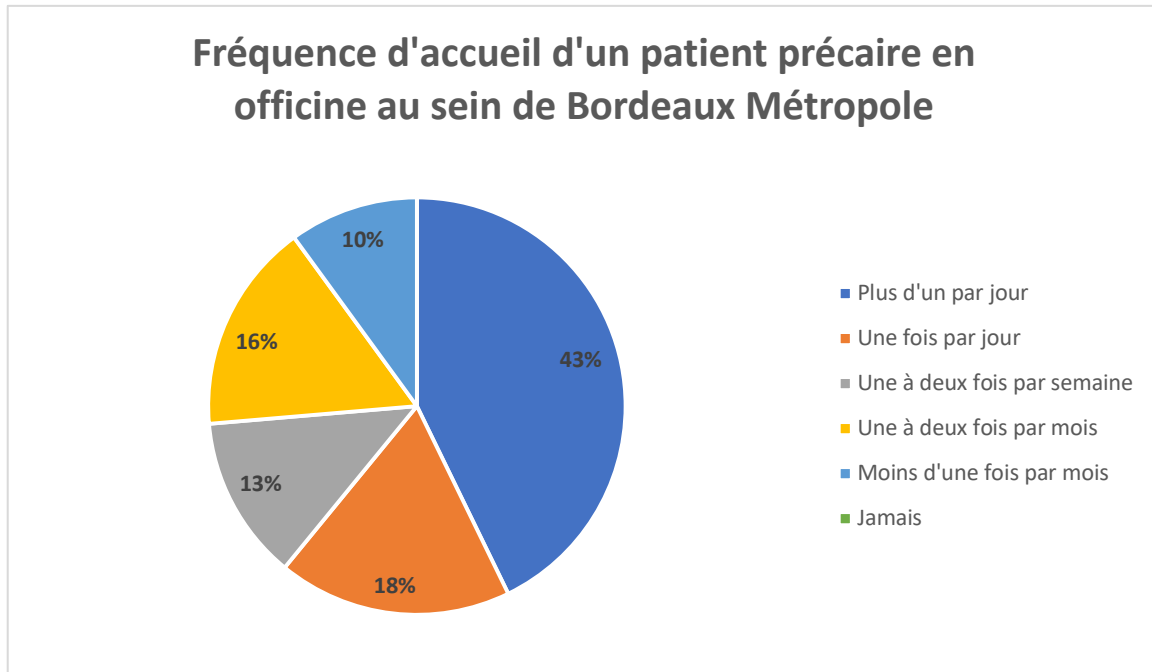


Figure 16

c) Critères d'identification d'un patient précaire

Les critères d'identification de la précarité les plus souvent rapportés par les pharmaciens ayant répondu au questionnaire sont les suivants (plusieurs réponses étaient possibles) :

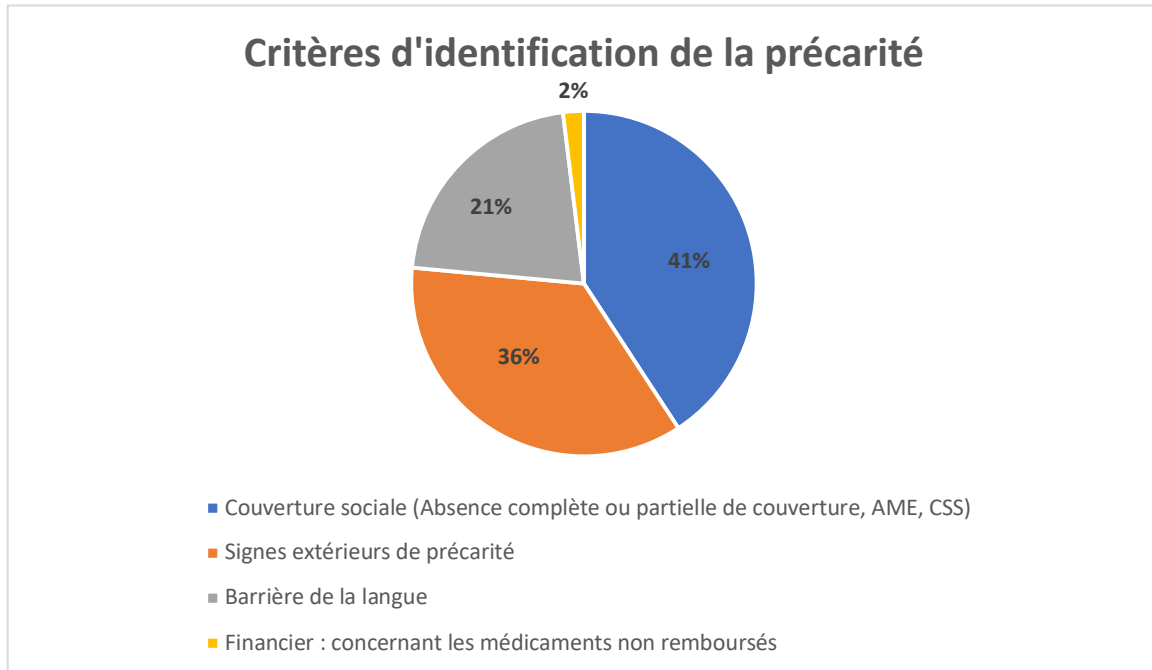


Figure 17

Il a été demandé aux pharmaciens de hiérarchiser ces critères :

Le critère le plus important pour les pharmaciens représente les signes extérieurs de précarité (50 %). Vient ensuite la couverture sociale (44,5%).

Le critère mineur d'après les pharmaciens est la barrière de la langue (46,3 %).

d) Temps de dispensation d'une ordonnance à un patient précaire

La figure ci-dessous présente l'évaluation du temps nécessaire pour la dispensation d'une ordonnance à un patient précaire :

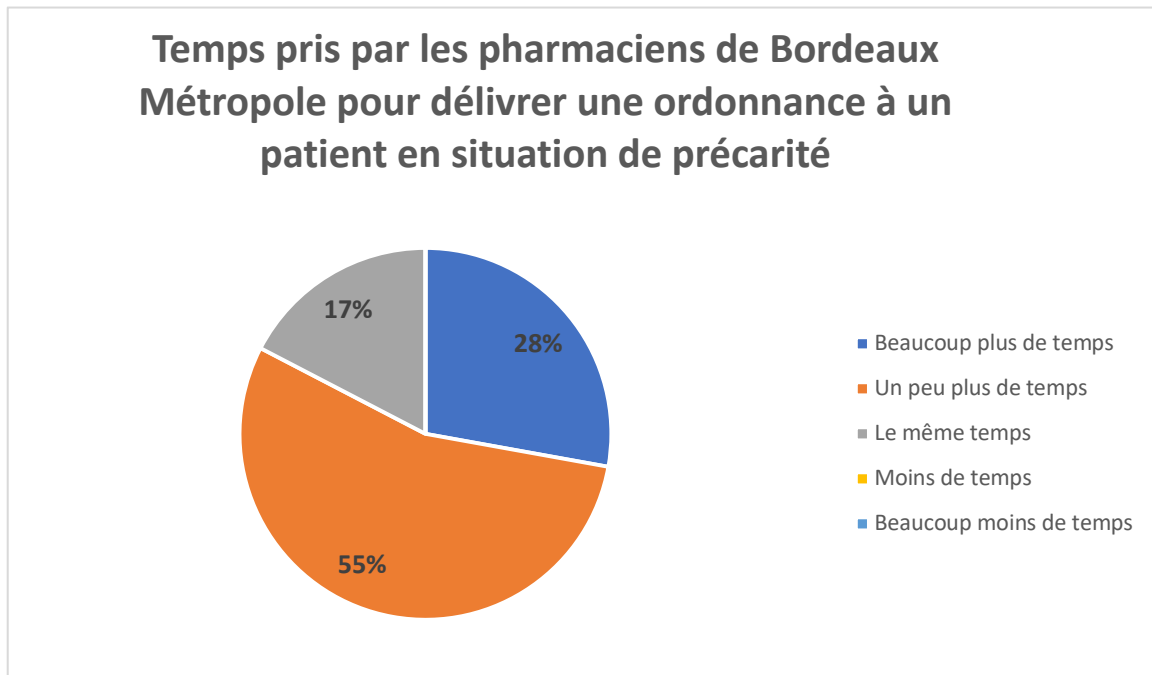


Figure 18

Tous les pharmaciens de Bordeaux Métropole s'accordent à dire que délivrer une ordonnance à un patient en situation de précarité ne prend pas moins de temps qu'une autre personne, et 83,6 % que cette délivrance prend plus de temps.

e) Connaissance des structures de prises en charge des populations précaires

Les pharmaciens ont été questionnés sur la connaissance du rôle de trois établissements prépondérants dans la prise en charge des populations précaires : Les Établissements d'Accueil d'Urgence (EAU), les Centres Communaux d'Actions Sociale (CCAS), les PASS.

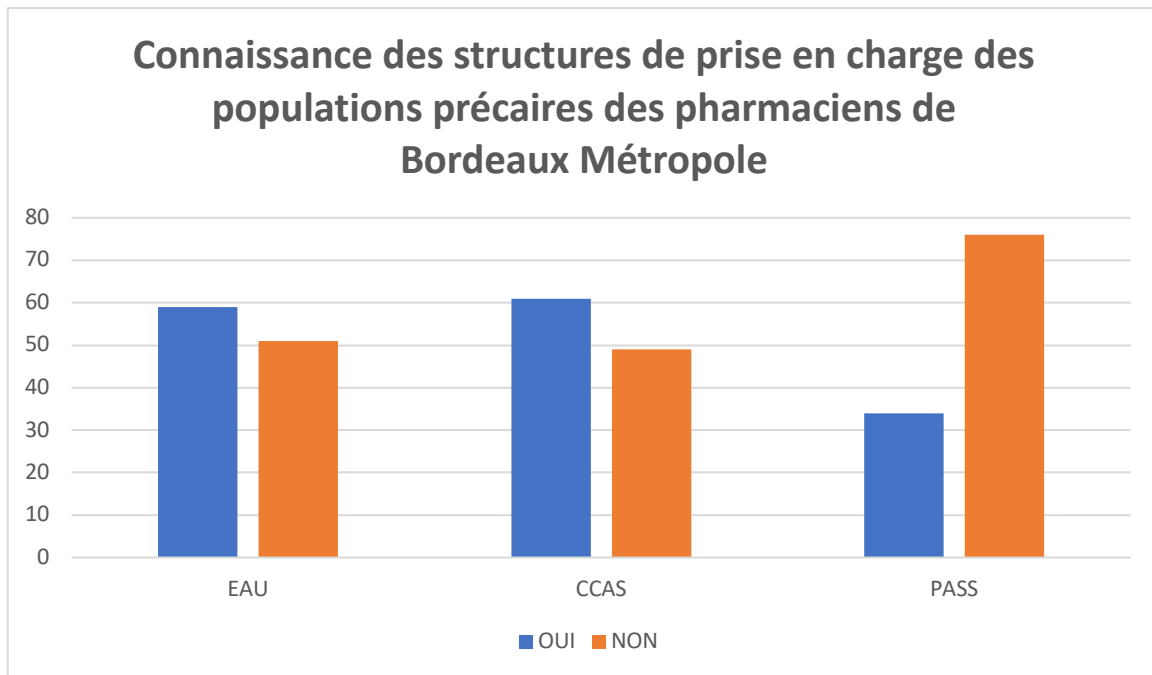


Figure 19

46,3 % des pharmaciens ne connaissent pas les établissements d'accueils d'urgence, 44,5 % ne connaissent pas les Centres Communaux d'Actions Sociales, 69 % ne connaissent pas la PASS, soit une grande majorité des pharmaciens de Bordeaux Métropole.

f) Les difficultés au comptoir

Les pharmaciens de Bordeaux Métropole ont été interrogés sur les difficultés qu'ils peuvent avoir lors de la dispensation des traitements à des patients en situation de précarité. Voici la distribution de leurs réponses :

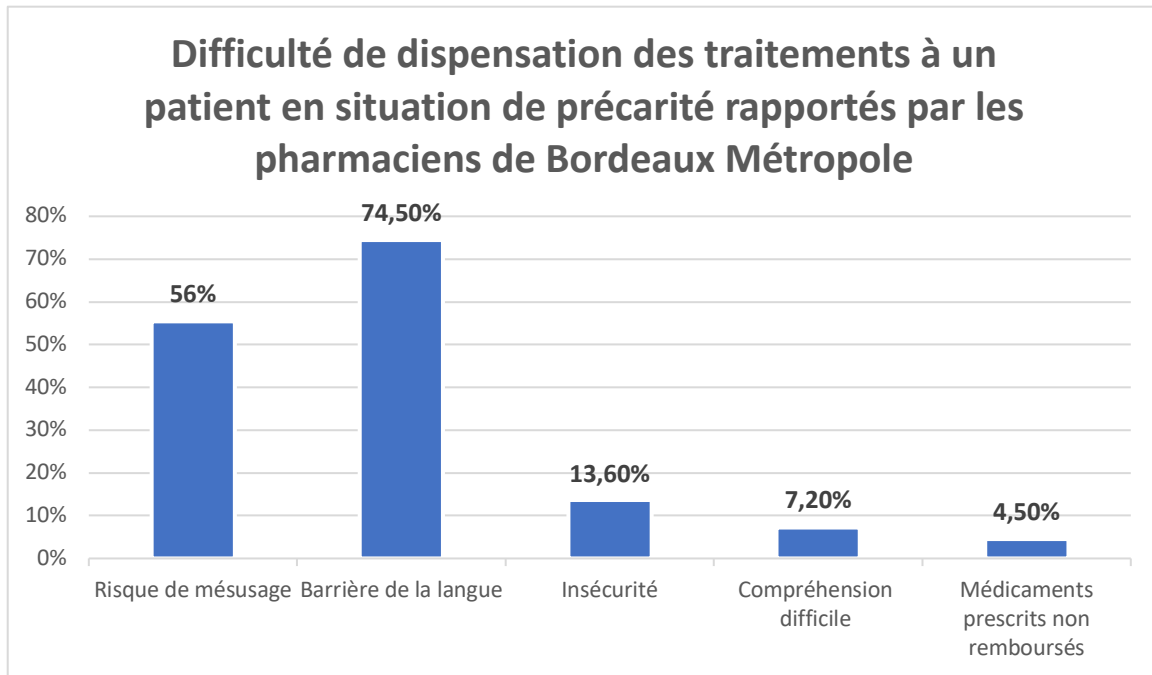


Figure 20

D'après leur expérience et pour 74,5 % d'entre eux, la barrière de la langue est un frein à une délivrance optimale des traitements. D'autre part, 56 % des pharmaciens questionnés identifient un risque de mésusage des médicaments délivrés.

Les pharmaciens rapportent également le problème quant aux médicaments prescrits non remboursés, ainsi qu'une compréhension plus difficile du patient concernant les modalités de prises et l'importance d'une bonne observance.

Le sentiment d'insécurité concerne 13,6 % des pharmaciens répondant.

4 pharmaciens sur les 110 ont déclaré ne pas avoir de difficultés particulières avec ces populations.

II. Discussion : Analyse et critique de l'enquête

1) Les biais de l'enquête

L'enquête a été effectuée entre les mois de mars et décembre 2020. Cette année a été marquée par un contexte sanitaire très particulier qui a probablement été un frein dans le recueil des données. Nous pouvons formuler l'hypothèse que le taux de non réponse de 57 % est dû à une préoccupation pour d'autres problématiques plus urgentes de la part des pharmaciens d'officines. (Notons par exemple la pénurie de masque et de gel hydro-alcoolique, une plus forte demande de la population en termes de conseils, une hausse très importante de la fréquentation les premiers temps, la dispensation des masques aux professionnels de santé (mission très chronophage), la gestion des équipes et des éventuels arrêts maladies).

Nous nous attendions à ce que les taux de réponse des pharmacies des différentes communes de la Métropole varient en fonction de l'importance des situations de précarité. D'après la distribution de ce taux de réponse par commune, cela ne semble pas être le cas.

2) Analyse des résultats

Les résultats de notre enquête montrent que 90 % des répondants reçoivent au moins une à deux fois par mois des patients en situation de précarité. Ils sont donc, pour la plus grande partie d'entre eux, concernés par l'objet de l'enquête. Ces mêmes pharmaciens, nous l'avons vu dans la question f, sont peu nombreux à connaître les structures de prise en charge des populations en situation de précarité. Les patients en situation de précarité sont identifiés par ces pharmaciens en fonction des signes extérieurs de précarité, et de leur couverture sociale majoritairement.

Nous pouvons affirmer que l'officine est un lieu fréquenté par les populations précaires. Les pharmaciens ont donc l'occasion de sensibiliser ces populations à leur prise en charge, et faire de la prévention en s'assurant de la bonne compréhension des schémas thérapeutiques. Le pharmacien est un professionnel de santé facile d'accès pour ces patients. En effet, aucun rendez-vous n'est nécessaire, les plages horaires d'ouverture de la pharmacie sont larges (fréquemment de 8h30 à 20h) permettant un accès aux personnes qui travaillent. Le champ

de compétence du pharmacien est vaste (nourrisson, enfant, adulte, animaux, produits naturels, parapharmacie etc...) et les conseils apportés sont gratuits.

83 % des pharmaciens s'accordent à dire que la délivrance d'une ordonnance pour un patient précaire prend plus de temps que pour un autre patient. Nous pouvons mettre cette réponse en lien avec les difficultés rencontrées par les pharmaciens au comptoir. En effet, la barrière de la langue est largement représentée dans les réponses, ainsi que le risque de mésusage. Ces deux éléments peuvent être la conséquence l'un de l'autre : une barrière de la langue ne favorise pas les conseils et explications du pharmacien. De même, le patient ne sera pas à l'aise pour poser des questions. Cette difficulté peut être partiellement levée au comptoir, par les plateformes de traduction disponibles sur internet. Le recours à l'interprétariat s'avère impossible dans le cadre de l'exercice quotidien du pharmacien d'officine, sauf si le patient se présente avec un accompagnant capable de réaliser la traduction.

Le mésusage peut être la conséquence d'une mauvaise compréhension du patient, d'une mauvaise connaissance de son traitement ou de sa pathologie. Cela peut aussi être dû à des difficultés de stockage, pour des traitements devant être maintenu au froid par exemple, ou à l'abri de la chaleur et de la lumière, de même que les injections nécessitant des conditions d'asepsie. Les populations précaires sans domicile fixe ou vivant en squat peuvent avoir des difficultés à respecter les conditions de bon usage des médicaments.

D'autre part, les risques de mésusages englobent aussi les détournements d'indication des médicaments à des fins récréatives. Cet aspect est une vraie difficulté dans les officines de ville, d'où une vigilance devenant plus importante face aux prescriptions de certains produits. Ces situations de mésusage des médicaments psychotropes sont plus fréquemment rencontrées chez les personnes en situation de précarité. En effet, le rapport sur l'usage de drogues et pratiques addictives en France de l'INPES en 2017 rappelait que les situations de précarité financière, sociale et professionnelle apparaissent comme des facteurs de risque de consommation à risque chronique ou de dépendance (57).

Nous pouvons citer l'exemple, d'ordonnances falsifiées de prégabaline, médicament détourné à des fins récréatives, engendrant des cas d'addictions. De nombreuses alertes sanitaires

nationales ont été envoyées aux pharmacies d'officines, incitant à une surveillance accrue de ces prescriptions, notamment pour des patients inconnus de l'officine.

L'enquête Ordonnances Suspectes Indicateur d'Abus Possibles (OSIAP) est une enquête annuelle permettant d'identifier les médicaments faisant l'objet d'une demande auprès d'un pharmacien via une ordonnance falsifiée ou comportant des anomalies. Les résultats de l'enquête OSIAP 2019 (58) sont les suivants : 1 911 ordonnances ont été relevées, avec 3 572 citations de médicaments. Le plus fréquent était la prégabaline avec 446 citations, soit 23,3% des médicaments relevés. Il était suivi par les antitussifs codéinés : 375 citations avec un taux de 19,6 %. Il est relevé une augmentation du mésusage de la prégabaline depuis 2017.

Ces données sont corroborées par le réseau français d'addictovigilance qui dénombre entre 2014 et 2019 235 notifications spontanées d'ordonnances suspectes de prégabaline, dont 75% entre 2018 et 2019. (59)

Les pouvoirs publics se sont saisis de cette difficulté en modifiant les modalités de prescription et de délivrance de cette molécule. En effet, elles seront modifiées à partir du 24 mai 2021 (60) avec une prescription sur ordonnance sécurisée et un renouvellement limitée à 6 mois, la poursuite du traitement nécessitant alors une nouvelle ordonnance.

Entre 2012 et 2017, des événements graves dus à des mésusages de spécialités à base de codéine et dérivés ont été recensés par le réseau d'addictovigilance. L'arrêté du 12 juillet 2017 (61) a donc rendu obligatoire la présentation d'une prescription médicale afin de délivrer les médicaments contenant de la codéine ou dérivés. Les données d'addictovigilance (62) concernant ces spécialités ont été mesurées entre janvier 2012 et septembre 2018 afin d'évaluer une éventuelle modification suite à cet arrêté. Il apparaît une baisse des ventes de ces spécialités entre janvier 2017 et juillet 2017, puis une franche diminution en 2018. Cependant, selon l'OSIAP, le nombre d'ordonnance suspecte a très fortement augmenté en 2017. Nous pouvons supposer qu'au vu de l'arrêté inscrit au journal officiel, la vigilance des pharmaciens d'officine s'est accrue rendant l'accès à ces substances plus difficile et augmentant donc le nombre de déclarations de la part de ces derniers. Il s'agit d'une protection supplémentaire contre le risque de mésusage.

Afin d'illustrer ces situations de mésusage, nous présentons quelques exemples d'ordonnances falsifiées rencontrées dans mon exercice à la Pharmacie du Tasta à Bruges en Gironde. Elles nous ont toutes été présentées suivant le même schéma : patient se présentant quelques minutes avant la fermeture de la pharmacie, sans carte vitale, parfois avec une attestation de sécurité sociale, se proposant de payer le traitement.

Il est parfois difficile pour une ordonnance isolée de s'apercevoir de la falsification, mais l'accumulation de ces prescriptions permet d'alerter le pharmacien. Les exemples choisis sont des prescriptions d'Euphon® et de Xanax® au même nom de patient, présentées par deux personnes différentes disant être cette même personne, ne sachant pas donner la date de naissance indiquée sur l'ordonnance, et où les signatures sont différentes. *(Cf Annexe 5)*. Quelques jours plus tard, une nouvelle ordonnance d'Euphon® est présentée par un mineur sans carte vitale, connu de la pharmacie. La structure de l'ordonnance était identique aux précédentes ordonnances, les nom et adresse du médecin ont été modifié, mais pas les numéros d'identification du médecin (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé : RPPS et Finess). *(Cf Annexe 6)*.

Concernant les structures d'aide et de prise en charge des populations précaire, le questionnaire a soulevé le fait que les pharmaciens connaissent peu ces structures d'accueil. Ils sont peu à avoir répondu connaître les structures présentées (CCAS, EAU, PASS). Nous pouvons en déduire que les pharmaciens manquent de formation, d'informations sur l'existence et le rôle des structures d'accueil dont tout professionnel de santé doit pouvoir fournir les coordonnées aux patients en demande. Un professionnel de santé de proximité tel que le pharmacien doit être en mesure d'orienter ces populations.

C. Description de l'activité de la PASS de l'hôpital Saint André de Bordeaux, et perspectives au comptoir à l'officine

Dans le cadre de mon travail de thèse, et afin d'observer les modalités d'accueil et de prise en charge des patients en situation de précarité à l'hôpital, j'ai passé deux journées au service de la PASS et à la pharmacie de Saint André au CHU de Bordeaux.

I. Le service de la PASS

Dès 1995 a été créé, le Centre d'Albret à l'hôpital Saint André, un service de consultations médico-sociales. Suite à la loi de lutte contre les exclusions de 1998, cette consultation est devenue le service de la PASS actuel, en 2000. En 2010 une PASS bucco-dentaire a été créée, ainsi qu'une PASS mobile en 2017.

En Nouvelle-Aquitaine, 24 PASS sont mises en place (11 en Gironde, 5 en Pyrénées-Atlantiques, 3 en Dordogne, 3 dans le Lot-et-Garonne, 2 dans les Landes).

Parmi ces 24 PASS, 20 sont généralistes, et 4 sont spécialisées : deux PASS bucco-dentaires (une au Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Bordeaux, une au Centre Hospitalier (CH) d'Agen), et deux PASS psychiatriques (une au CH Charles Perrens à Bordeaux et une au CH des Pyrénées à Pau). En plus de ces dernières, le CHU de Bordeaux compte 2 PASS généralistes (une à Saint-André et une à Pellegrin adossée aux urgences), ainsi qu'une PASS maternité et une PASS pédiatrique sur le site de Pellegrin. Les patients sont donc amenés à venir de loin pour bénéficier de ces soins.

Entre 2016 et 2019, l'activité n'a cessé de croître. En effet, sur cette période, le nombre de consultations à la PASS de Saint André a augmenté de 36,07 %, pour une augmentation en nombre de patients de 12,7 %. En effet, il a été dénombré 1 485 patients pour 3 160 consultations en 2016, et 1 675 patients pour 4 300 consultations en 2019 (63).

Cette même année, 96 % des patients de la PASS de Saint André sont de nationalité étrangère et dépourvus de titre de séjour lors de leur arrivée sur le territoire français. Ces patients sont en provenance de 84 pays différents (63).

Les patients français sont la plupart du temps des grands précaires, sans domicile fixe, souffrant fréquemment des comorbidités psychiatriques. Certains autres sont en situation de rupture familiale, perte d'emploi, et sont accompagnés, en plus des soins médicaux, sur le plan social afin de réintégrer le parcours de droit commun.

Les pays de provenance des patients migrants sont majoritairement des pays où la situation politique est instable, et la situation économique défavorable. Les patients sont alors souvent demandeurs d'asile. Le continent africain est surreprésenté par rapport aux autres continents. Hormis la situation politique, les migrants sont aussi motivés par une situation de santé dégradée (cancers, handicaps, maladies neurodégénératives ...). Ces « migrants de santé » sont de plus en plus nombreux. Leur prise en charge est généralement de longue durée.

A la PASS de Saint André, tous s'accordent à dire que depuis le premier confinement dû au contexte sanitaire en mars 2020, la précarité a augmenté. La demande est croissante et la gestion du flux de patients spontanés ou envoyé via les partenaires est compliquée.

Devant le nombre croissant de patients se présentant à la PASS, les médecins et infirmiers n'ont pas toujours l'opportunité de faire de la prévention auprès de ces populations. Ce serait pourtant un aspect intéressant à aborder avec eux étant donné la précarité de leur niveau de vie.

1) Organisation du service

Un patient en situation de précarité peut se rendre à la PASS pour y bénéficier de consultations médicale, infirmière, psychologique et/ou sociale. A la PASS de Saint André, les matinées sont réservées aux rendez-vous pour des patients déjà connus du service, il ne s'agit donc pas de première venue. Les après-midis sont consacrés aux patients se présentant spontanément, ou aux patients adressés par des partenaires extérieurs (médecin du monde par exemple) ou par des services hospitaliers et équipes mobiles.

L'équipe de la PASS de l'hôpital Saint André est formée de :

- 2 agents d'accueils
- 2 médecins (1,4 ETP)
- 1 interne
- 1 infirmier
- 1 psychologue
- 1 psychiatre (0,5 jour par semaine)
- 2 assistantes sociales.

Il s'agit ici d'une équipe pluridisciplinaire où les dossiers sont discutés et réfléchis ensemble afin de déterminer les meilleures prises en charge sanitaire des patient, adaptées à leur situation.

Nous allons décrire les activités des différents intervenants de la PASS afin de comprendre le parcours des patients et les enjeux des différentes prises en charge.

a) Les agents d'accueil

Il s'agit du premier professionnel que la personne se présentant à la PASS rencontre. L'agent d'accueil est chargé de comprendre la raison de sa venue et de l'orienter vers le professionnel de santé adéquat.

La difficulté est d'adapter le flux de patients aux capacités de consultations médicales et paramédicales.

Ils vérifient l'ouverture des droits des patients. En cas de droits, et s'il n'y a pas d'autres obstacles à l'accès aux soins, les patients sont réorientés vers SOS Médecin ou les urgences. Les agents d'accueil ont mis en place un document non officiel, permettant de rassembler les informations des patients et faciliter la gestion de ce flux entre les différents professionnels de la PASS. (Cf Annexe 7)

Ils mettent de nombreux document à disposition des patients en situations de précarité : des plans de l'hôpital permettant un accès facilité à la Pharmacie à Usage Intérieur de l'hôpital (PUI), des plans du réseau de tram et bus de la ville, les adresses des PASS présentes sur la région, notamment les PASS spécialisées.

Les agents d'accueils ont également pour missions de recevoir les demandes de rendez-vous et de prise en charge émanant de différents partenaires, de faire les demandes d'interprétariat (souvent nécessaires pour les consultations), et gérer la distribution de courrier pour les patients domiciliés à la PASS, nous reverrons ce point ci-dessous.

b) Les médecins

Chaque jour à la PASS, entre 20 et 25 consultations sont effectuées.

Comme nous l'avons déjà évoqué dans notre travail, les consultations destinées aux patients en situation de précarité nécessitent plus de temps que pour un patient ne présentant pas ces difficultés sociales. Les médecins sont confrontés dans ces consultations à la barrière de la langue, des niveaux de compréhension variables, des difficultés à rassembler le dossier médical, des parcours de vies compliqués. Une consultation, dans ces conditions dure en moyenne 30 min, quand, dans un cabinet de médecine générale classique elle est d'environ 16 min (56). Ces consultations, hormis l'aspect de soin, ont une composante sociale importante. L'orientation de ces patients est un élément majeur, la discussion, lorsque cela est possible, prend du temps.

En dehors des consultations proprement dites, les médecins sont sollicités, sur place ou par téléphone, pour des conseils, organiser des parcours de soins, transmettre des informations médicales aux autres services hospitaliers ou structures partenaires.

Les médecins doivent sans cesse évaluer l'urgence de la prise en charge, des éventuels traitements et examens nécessaires, et adapter, si possible, les prises en charge à l'ouverture des droits. Lorsque que cela est possible, les soins sont exercés une fois l'ouverture de droits effective, ce qui permet également de préserver le budget de la MIG Précarité, et donc soigner un plus grand nombre de patients.

En effet, seuls les examens réalisés lors de la première venue des patients ne sont pas facturés. C'est pour cette raison, si la relation installée avec le patient le permet, que, dès la première venue, un bilan biologique est proposé (NFS, ionogramme, sérologies) ainsi qu'une radiographie des poumons.

Afin d'alléger les coûts, les médecins peuvent s'appuyer sur des instances gratuites existantes en ville :

- Le Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) permettant notamment le dépistage gratuit du Virus Immunodéficient Humain (VIH), des hépatites, des autres infections sexuellement transmissibles ;
- Les centres de vaccination ;
- Le Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT).

Ces trois instances sont regroupées à la Maison Départementale de la Santé à Bordeaux, qui est un service gratuit de prévention, financé par le Conseil Départemental. Ceci permet d'effectuer ces dépistages sans attendre l'ouverture des droits des patients.

Cette problématique de financement ajoute une complexité aux consultations, afin de gérer au mieux la demande croissante des patients.

c) L'infirmière

L'infirmière du service travaille selon la même organisation que les consultations médicales, c'est-à-dire, sur rendez-vous le matin, et sans rendez-vous l'après-midi. Elle réalise, lors de la première venue, le bilan sanguin comprenant une numération formule sanguine, un ionogramme, un bilan sérologique, ainsi que d'autres facteurs éventuels en fonction des signes d'orientation.

L'infirmière reçoit les patients qui se présentent sans rendez-vous pour des douleurs, des pansements, et des soins, ou suite à leur rencontre avec la PASS mobile, le SAMU social (Service d'Aide Médicale Urgente), ou autre...

Les infirmiers, en plus des soins techniques, aident à l'orientation des patients, organisent leur parcours de soin, et répondent à leurs questionnements. Ils peuvent également, tout comme les médecins, proposer l'accès à une salle de douche à certains patients, avec nécessaire de toilette et d'hygiène dentaire.

d) Les assistantes sociales

Tous les patients, lors de leur première venue dans le service, doivent avoir un entretien avec les assistantes sociales. Elles rencontrent également les patients déjà connu du service lorsque cela est nécessaire, dans un suivi de dossier de demande de droits ou pour une procédure de prolongation de droits.

Le rôle des assistantes sociales est d'évaluer les droits à la sécurité sociale, l'éventuelle régularisation du séjour, et le besoin d'hébergement le cas échéant. Elles analysent les conditions de vie du patient et mettent en place les aides sociales dont il a besoin.

Les situations des patients précaires sont très variables :

- Migrant (dont demandeur d'asile)
- Mineur Non Accompagné (MNA)
- Sans domicile fixe
- Personne marginale en rupture avec les circuits de santé
- Patient entre deux périodes de droit (AME ou CSS).

Concernant les migrants, les patients peuvent être orientés vers des associations où travaillent des juristes (parfois bénévoles) les aidant dans la constitution des dossiers. Voici notamment trois associations que les assistantes sociales peuvent solliciter :

- L'association ALIFS : Association du Lien Interculturel Familial et Social. Elle permet un accompagnement administratif et juridique pour l'accès aux droits des migrants. L'équipe est composée de juristes et de médiateurs sociojuridiques.
- La CIMADE : Comité Inter Mouvement Auprès Des Évacués. Cette association défend la dignité et les droits des personnes réfugiées et migrantes, quelles que soient leurs origines, opinions politiques ou convictions. Des juristes sont également présents dans cette association afin d'aider à l'accès aux droits (64).
- L'association ASTI : Association de Solidarité avec Tous les Immigrés. Elle lutte contre l'exclusion et le racisme en donnant aux personnes immigrées et leur famille les chances d'une insertion et d'une intégration dans la société française. Sur le plan juridique, elle aide les usagers dans leur démarche de demande d'asile (65).

Comme expliqué précédemment, les migrants doivent attendre trois mois de résidence en France afin de bénéficier de l'AME ou de la PUMA qui ouvre droit à la prise en charge des frais de santé. Cependant, si des soins doivent être effectués avant ces trois mois de carence, les assistantes sociales de la PASS peuvent monter un dossier de soins urgent financé par la MIG précarité.

De plus, les assistantes sociales de la PASS peuvent appuyer les demandes d'hébergement et d'allocation pour ces personnes.

Les Mineurs Non Accompagnés (MNA) sont pris en charge dans les Service d'Accompagnement et d'Évaluation des Mineurs Non Accompagnés (SAEMNA), permettant une mise à l'abri via un hébergement (hôtel ou foyer) ainsi que la distribution d'une carte alimentaire. Lorsqu'ils se présentent à la PASS, les assistantes sociales vérifient leur prise en charge effective au SAEMNA ou les orientent vers ces derniers le cas échéant. Si ces personnes ne sont pas reconnues mineures, elles se retrouvent à la rue, et les assistantes sociales veillent alors à les orienter vers des associations d'aide alimentaire ainsi que vers des avocats et juristes pour demander un éventuel recours.

Pour les patients sans domicile fixe, les assistantes sociales peuvent appuyer une demande d'hébergement auprès du Samu social (115). Le 115 est un numéro national d'assistance et d'orientation des personnes sans-abri, le but étant de trouver un hébergement d'urgence. Lorsque cela est possible, l'hébergement est admis pour 15 jours renouvelables une fois. Toutes les demandes d'hébergement d'urgence ne donnent pas lieu à une proposition systématique. La liste des places disponibles est actualisée chaque jour. Aussi, les demandeurs doivent téléphoner chaque jour.

Les assistantes sociales orientent également ces personnes vers des associations permettant un accès à l'alimentation, l'hygiène, le dépôt de bagage, une halte...

La PASS de Saint André est la seule PASS de Bordeaux autorisée à faire de la domiciliation. En effet, pour les personnes en situation précaire sans hébergement fixe, une adresse postale est difficile à transmettre pour les dossiers de demande d'aide notamment. La PASS fournit alors son adresse, au nom du patient concerné. Pour cela, un formulaire est à remplir (*Cf Annexe 8*), et une pièce d'identité est à présenter. La décision est prise par l'équipe de la PASS. La durée

de la domiciliation est de 1 an moins 1 jour. Le courrier est distribué par les agents d'accueil sur présentation d'une pièce d'identité.

Les assistantes sociales sont également amenées à rencontrer régulièrement des patients entre deux périodes d'AME et les aident alors à renouveler leurs droits. Pour rappel, lorsqu'un patient est couvert par l'AME, il peut se rendre auprès des médecins généralistes et des officines de ville, s'il n'y a pas d'autres obstacles à l'accès aux soins.

Les assistantes sociales sont présentes au sein de la PASS mobile, dans le but d'informer les patients des droits auxquels ils peuvent prétendre. Les sorties de la PASS mobile sont possibles avec un interprète si nécessaire.

e) Psychologue, psychiatre

Les consultations avec la psychologue du service sont sur rendez-vous tout au long de la journée. Les patients sont adressés par le médecin ou l'infirmière du service, ou par des institutions partenaires.

La plupart des demandeurs d'asile et des migrants ont vécu des violences et/ou des tortures dans leur pays d'origine ou lors de leur parcours migratoire. De plus, la précarité sociale et l'exclusion sont des facteurs favorisant une fragilité en termes de santé mentale. Ces populations sont donc à risque accru de souffrir de troubles psychiques relevant de l'anxiété, du psycho traumatisme ou de la dépression. Les syndromes psycho traumatiques sont caractérisés par le lien entre un événement de vie qui a produit un sentiment d'effroi et l'émergence de symptômes qui peuvent être particulièrement invalidants. Ces symptômes peuvent devenir chroniques et entraîner une modification durable de la personnalité si les personnes qui en souffrent ne trouvent pas de soutien et de soins adaptés. (66)

Le Comité Médical pour les Exilés (COMEDE) a fourni les taux de prévalence de différentes pathologies diagnostiquées chez les patients accueillis entre 2004 et 2010 dans leurs établissements en île de France (67) :

	Femmes	Hommes
Psychotraumatismes	188 pour mille	86 pour mille
Maladie Cardio vasculaire	95 pour mille	42 pour mille
Hépatites	68 pour mille	90 pour mille

D'autre part, le taux de décès par suicide relevé dans ces populations est de 150 / 100 000, soit dix fois supérieur à la population générale où il est de 15 / 100 000. (68)

Ces chiffres nous montrent la grande prévalence des pathologies psychiques chez ces individus, d'où la nécessité des consultations menées par les psychologues et/ou psychiatres.

Avant la crise sanitaire, la psychologue de la PASS a mis en place un groupe de parole avec les adultes, en collaboration avec le psychiatre de l'EMPP. Elle a pour projet de créer un second groupe de parole pour les MNA suivis par le service. L'objectif de ces groupes de parole est de rompre l'exclusion sociale de ces patients en permettant de partager les expériences de chacun notamment psychotraumatiques.

La PASS n'étant pas vouée à suivre les patients sur le long terme, ces consultations sont des relais entre la PASS et d'autres professionnels de ville (psychiatres, psychologues). Cependant, pour certains patients, en particulier lorsqu'un appel aux interprètes est nécessaire, le suivi peut être mis en place dans le service.

II. L'accueil des patients relevant de la PASS à la PUI et dispensation des médicaments

A l'issue des consultations médicales ou infirmières au service de la PASS, les patients ont parfois besoin de se rendre à la PUI afin de bénéficier d'une délivrance de traitements médicamenteux. La première difficulté rencontrée par certains de ces patients dans l'accès aux médicaments est la possibilité d'atteindre la pharmacie. Les médecins et agents d'accueils fournissent des plans de l'hôpital, parfois même accompagnent les patients jusqu'à la PUI.

Un bureau d'accueil dédié aux patients de la PASS assure la confidentialité de la dispensation et permet d'assurer des entretiens pharmaceutiques si cela s'avère nécessaire.

Le matin du lundi au vendredi, l'externe en pharmacie est présent pour accueillir ces patients et délivrer les ordonnances, l'après-midi, ce sont les internes qui s'en chargent. Il est à noter que la MIG PASS, à Bordeaux, ne finance pas d'activité pharmaceutique. Seules les dépenses de médicaments sont prises en charge par cette enveloppe budgétaire.

Une dotation de médicament les plus fréquemment prescrits a été mise en place pour être accessible sans se déplacer dans l'espace de stockage de la pharmacie et ne pas allonger inutilement le temps de dispensation. Cette dotation a été possible grâce au travail d'externes en pharmacie ayant pré établi un stock idéal, comprenant les médicaments les plus souvent délivrés ainsi que la quantité nécessaire. Un lien étroit entre la PASS et la pharmacie permet d'adapter les prescriptions au livret thérapeutique de l'hôpital. C'est-à-dire que les médecins prescrivent sur le logiciel DXCare© de prescriptions les médicaments référencés à la pharmacie. Si ce n'est pas le cas, lors de la dispensation, le principe de l'équivalence thérapeutique est acquis et les internes de la pharmacie switchent le médicament prescrit par le médicament référencé. Cela nécessite un accompagnement du patient pour lui expliquer cette équivalence.

En effet, le livret des médicaments de l'hôpital ne permet pas de couvrir l'ensemble des prescriptions médicales.

De plus, certains produits de santé ne font pas partie du périmètre de la pharmacie (lecteurs de glycémie, chambre d'inhalation, bas de contention, attelles, pansements, compléments

alimentaires) et l'absence de leur dispensation peut compromettre la prise en charge complète du patient.

Dans ces deux cas de figure, la pharmacie a la possibilité de commander auprès d'un grossiste répartiteur les références indisponibles. Le patient doit donc revenir à la pharmacie pour que lui soit délivré le produit de santé commandé pour lui.

Une traçabilité des dispensations est assurée par une dispensation nominative dans le logiciel métier PHARMA©. A chaque délivrance, l'externe enregistre le patient ainsi que le nombre de médicaments délivrés, dans un tableau Excel. Ceci permet de tracer le nombre de venues, ainsi que le nombre de traitement sortis de la pharmacie pour les patients PASS. Dans ce document de suivi, sont également consignées d'éventuelles informations nécessaires à la bonne prise en charge du patient lors de sa venue suivante.

Un temps d'entretien spécifique est nécessaire pour accompagner la délivrance d'un traitement à un patient venant de la PASS. Cet entretien doit s'adapter au besoin du patient. En effet, les patients atteints de pathologies chroniques et polymédicamentés nécessitent que le pharmacien explique les modalités de prise, les indications, les précautions à prendre, les éléments de suivi.

La difficulté majeure reste la barrière de la langue. Parfois, un accompagnant social ou un membre de la famille se joint au patient afin de faire l'intermédiaire et de traduire l'explication de l'ordonnance. D'autres fois, les ordonnances sont directement traduites dans la langue maternelle du patient, permettant cette fois une compréhension plus aisée pour le patient. La personne délivrant l'ordonnance peut également avoir recours aux plateformes de traduction en ligne afin de transmettre au patient les principaux messages permettant d'assurer une prise dans de bonnes conditions de sécurité et d'efficacité des médicaments prescrits. Cette contrainte de la barrière de la langue diminue cependant la qualité des conseils associés aux traitements, ce qui peut nuire à la bonne observance du patient.

Le nombre de patients en situation de précarité pris en charge à la PASS a augmenté lors de l'année 2020. Le tableau ci-dessous nous indique le nombre d'ordonnances dispensées en 2019 et 2020, ainsi que la dépense associée par l'hôpital Saint André (SA) concernant la PASS :

	<u>Dépenses PASS SA</u>	<u>Nombre ordonnances SA</u>
2019	26 141 €	2 841
2020	49 081 €	4 992

Les dépenses ont augmenté de 87,7 % entre 2019 et 2020, et le nombre d'ordonnances délivrées a augmenté de 75,7 %.

Chaque jour, près de 20 patients relevant de la PASS sont ainsi reçus à la pharmacie de Saint André et chacune des dispensations nécessite en moyenne 15 minutes. Cela correspond à 5 heures d'activité pharmaceutique journalière.

III. Pistes d'améliorations pour l'accueil des patients précaires à l'officine

1) Discussion suite aux résultats de notre enquête

Dans le questionnaire élaboré par nos soins, nous avons demandé aux pharmaciens les informations dont ils auraient besoin afin de les aider à faire face aux difficultés rencontrées lors des dispensations aux populations en situation de précarité. La question était à réponse libre, 54,5 % de pharmaciens y ont répondu. Nous leurs avons également demandé s'ils avaient des propositions afin d'améliorer la prise en charge des patients en situation de précarité à l'officine. Il s'agissait également d'une question à réponse libre. 53,6 % des pharmaciens y ont répondu.

Il est à noter que les objectifs d'action dans le PRAPS de l'ARS Nouvelle Aquitaine sont tout à fait convergents avec les besoins identifiés par les pharmaciens d'officine (41).

- a) Les informations et outils nécessaires à l'exercice en officine auprès des patients précaires : ce qu'en disent les pharmaciens

Parmi les éléments transmis par les pharmaciens d'officine, la proposition la plus fréquemment rapportée est un outil permettant une coordination entre les établissements assurant la prise en charge et les intervenants médicaux et paramédicaux du circuit de ville (tels que les pharmaciens, médecins de ville, infirmiers, psychologues) :

- Outil donnant accès aux droits en direct ;
- Outil permettant d'avoir accès à l'historique médicamenteux du patient ;
- Outil permettant de connaître les professionnels de santé assurant le suivi du patient ;
- Outil de traduction afin d'assurer une bonne information auprès des patients non francophones.

Ceci permettrait de sécuriser les délivrances, de s'assurer que le patient ne se rend pas dans plusieurs pharmacies dans un intervalle de temps court et éviter les chevauchements d'ordonnances. De plus, en cas de doute ou de questionnement du pharmacien, avoir les coordonnées des professionnels de santé entourant le patient peut s'avérer utile. En effet, les patients en situation de précarité peuvent avoir des situations de santé complexes, nécessitant l'intervention de plusieurs professionnels de santé. Assurer un suivi global et une coordination entre ces professionnels de santé est nécessaire pour une prise en charge de qualité. Certains pharmaciens nous expliquent fractionner les traitements pour les patients dont la conservation est difficile (squat, sans domicile fixe etc...) permettant d'éviter les pertes, vols, et dégradation des médicaments.

Plusieurs répondants font part d'un besoin de formation quant aux prises en charge possibles et aux institutions existantes. En effet, ce n'est pas un thème abordé lors des études de pharmacie et cela peut s'avérer utile en pratique. L'enquête que nous avons menée auprès des officines de Bordeaux Métropole démontre le manque de formation notamment par la non connaissance des établissements d'accueil d'urgence, des CCAS et des services de PASS.

Des pharmaciens donnent l'idée d'une carte à puce pour les bénéficiaires de l'AME, de la même façon que pour les cartes vitales, favorisant la sécurité et une bonne traçabilité de l'historique médicamenteux.

Enfin, 3 % d'entre eux souhaitent avoir une solution pour la prise en charge des médicaments non remboursés.

b) Les informations et outils nécessaires à l'exercice en officine auprès des patients précaires : des propositions

- Outil donnant accès aux droits des patients en direct :

Il existe un site, disponible sur Ameli.fr (*Cf Annexe 9*), le CDR : Consultation des Droits, accessible aux établissements de santé via la carte CPS des pharmaciens où l'accès aux droits des patients est possible en direct y compris pour les numéros temporaires de sécurité sociale et pour d'autres caisses que les patients affiliés à la CPAM. Une recherche par nom du patient est possible. Il serait intéressant de développer l'accès à ce site aux professionnels de santé libéraux tels que les pharmaciens d'officine.

- Outil permettant de connaître le circuit de soin du patient, les professionnels intervenants et les traitements médicamenteux prescrits et dispensés : l'application Paaco-Globule.

Cette application sécurisée est à destination des professionnels de santé et professionnels médicaux-sociaux. Elle a été créée dans le but de favoriser l'échange interprofessionnel en ville et à l'hôpital, ainsi que la coordination du parcours de santé du patient. Elle met à disposition un journal de communication instantané, le planning des rendez-vous du patient, une « documenthèque » regroupant les différents documents tels que bilan médicamenteux, ordonnances, résultats d'analyses médicales et un espace traitement. Ainsi, les professionnels intervenants auprès du patient ont toutes les informations nécessaires à une prise en charge efficiente. Paaco-Globule est porté par l'ARS Nouvelle Aquitaine depuis 2012 comme outil de coordination des parcours. L'accord du patient est nécessaire pour créer son dossier. (*Cf annexe 10*) (69).

Au service de la PASS de Bordeaux, un « Passeport Santé » a été mis en place grâce à un travail coordonné entre la PASS, le Samu Social, et l'ARS. Le but de ce carnet est la coordination des soins, le regroupement d'informations notamment des informations de prévention telles que la couverture vaccinale et les dépistages. Ce document pourrait être apporté en officine et complété par les pharmaciens lorsque les patients arrivent dans le parcours de droit commun.

Des freins sont à noter à ce « Passeport Santé » : il s'agit d'un travail chronophage pour l'équipe soignante, dans un cadre où le temps est précieux et les patients oublient régulièrement de l'apporter.

- Outil de traduction afin d'assurer une bonne information auprès des patients non francophones :

ISM Interprétariat est une association à but social et non lucratif dont l'objectif est de permettre l'accès des personnes non francophones à leurs droits fondamentaux en levant la barrière de la langue. Cette association couvre plus de 180 langues. Ils proposent des traductions de documents écrits, un interprétariat par visioconférence ou par téléphone. (Cf annexe 11) (70)

L'interprétariat par téléphone est particulièrement adapté à la pratique en pharmacie d'officine face à un patient où les conseils et dialogues sont primordiaux pour favoriser une bonne adhésion au traitement.

- c) Des outils d'aide à l'observance

La distribution de piluliers et/ou de fiche de posologie avec un code couleur ou des dessins peut permettre d'améliorer l'observance et la compréhension des patients.

Dans ce cadre, la PASS du CHU de Besançon a, en 2018, élaboré 52 fiches multilingues sur les médicaments les plus souvent prescrits dans leur service. Ces fiches sont traduites en six langues. Elles sont illustrées par des pictogrammes donnant les principales informations concernant l'utilisation, le plan de prise médicamenteuse ainsi que les conseils de sécurité (71). Ces fiches multilingues seraient particulièrement adaptées à l'officine où les pharmaciens sont démunis face à la barrière de la langue, voire à l'analphabétisme de certains de leurs patients. Une mise à disposition et un accès via l'ARS Nouvelle Aquitaine, notamment, de ces fiches permettrait une amélioration de l'adhésion au traitement des populations allophones en situation de précarité. (Cf Annexe 12)

Enfin, certains pharmaciens font part d'un besoin de temps supplémentaire avec ces populations afin de leur transmettre, entre autres, les conditions d'une bonne observance et

d'un bon stockage des médicaments. Ce temps pourrait s'articuler autour d'entretiens spécifiques rémunérés.

2) Proposition de mise en œuvre d'un entretien pharmaceutique destiné aux patients en situation de précarité

Nous nous sommes saisis de la proposition d'entretien thérapeutique à mener avec un patient en situation de précarité, au sein de l'officine. Les pharmaciens d'officines sont des professionnels de santé de proximité et de confiance, qui sont les derniers professionnels de santé à voir les patients avant leur retour au domicile avec leur traitement. La dispensation médicamenteuse constitue la dernière barrière professionnelle et la dernière source d'information pour le patient.

Comme vu précédemment, les entretiens pharmaceutiques permettent une amélioration de l'observance du patient, ainsi qu'une réduction des mésusages et donc une baisse du taux de ré-hospitalisation (54) ce qui participe fortement à une amélioration de la prise en charge globale du patient.

Cet entretien thérapeutique aurait toute sa place en officine, avec le pharmacien, expert du médicament. Il s'agirait d'une nouvelle mission, de sensibilisation et de prévention, qui s'inscrirait dans le cadre d'une politique de santé publique.

Cet entretien peut être construit selon la méthodologie des bilans partagés de médicaments, qui existent en officine depuis janvier 2018.

a) Les bilans de médicaments à l'officine

La HAS définit ces bilans de médicaments comme « une analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement en ayant soin d'optimiser l'impact clinique des médicaments, de réduire le nombre de problèmes liés à la thérapeutique et de diminuer les surcoûts inutiles. Cette démarche impose de mettre en perspective le traitement du patient (issu du bilan médicamenteux) en regard de ses comorbidités, d'éventuels syndromes gériatriques, de ses souhaits, et d'outils

d'évaluation pharmacologique comme ceux de détection de médicaments potentiellement inappropriés ».

L'objectif de ces bilans est de diminuer les risques d'effets indésirables liés aux médicaments, d'apporter des réponses aux interrogations des patients concernant leurs traitements, et d'améliorer l'observance thérapeutique. (72)

Ces bilans sont actuellement limités aux personnes âgées de 65 ans ou plus ayant une Affection Longue Durée (ALD) avec au moins cinq traitements prescrits depuis six mois ou plus, ou les personnes âgées de 75 ans ou plus ayant au moins cinq traitements prescrits depuis six mois minimums.

b) L'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique du patient est née dans le souhait d'aider les patients diabétiques à gagner en autonomie en adaptant leur traitement à leurs besoins. En 1996, l'OMS a déclaré comme incontournable les séances d'éducation thérapeutique pour tout patient ayant une maladie chronique.

En 1998, selon l'OMS : « L'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante, et de façon permanente, de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leur famille) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, afin de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie ». (66)

Les ateliers d'éducation thérapeutique sont pluridisciplinaires. Or, à l'officine, il s'avère difficile de mettre en place de tels ateliers. Nous souhaitons donc incorporer dans nos entretiens un temps d'éducation en santé, afin d'expliquer brièvement la pathologie et les mécanismes d'action et les effets attendus et indésirables des médicaments, ceci dans le but d'accroître l'adhésion du patient à son traitement.

- c) Construction de l'entretien pharmaceutique et étude de faisabilité sur quelques patients

L'entretien que nous avons imaginé comprend un temps de discussion autour des habitudes de vie du patient, son acceptation du traitement, ce que le patient connaît de sa pathologie, son observance, et un temps d'éducation sur ses médicaments.

Il s'inscrit dans une aide à la prise en charge et à l'observance des populations en situation de précarité. Il concerne donc les populations majeures en situation de précarité, et peut néanmoins se construire sur la même base que les bilans de médications, à la suite de laquelle nous remettons au patient un plan personnalisé de traitement rappelant les posologies de ses médicaments. Il sera également l'occasion de remettre au patient des informations utiles dont les coordonnées de la PASS locale.

Afin de construire cet entretien dédié aux personnes en situation de précarité, nous nous sommes appuyés sur le bilan partagé de médication établi selon les recommandations de l'assurance maladie et de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) (73):

- Recrutement du patient,
- Recueil d'informations,
- Analyse du traitement,
- Entretien conseil,
- Suivi de l'observance a posteriori.

c-1) Recrutement du patient

Pour un tel entretien, les critères d'éligibilité sont :

- Age supérieur ou égal à 18 ans,
- Langue parlée : Français, ou accompagné par une tierce personne permettant la traduction, ou possibilité de recours à une plateforme de traduction (langue disponible en direct ou prise de rendez-vous)
- Critère de situation de précarité : bénéficiaire de la CSS ou AME.

Si le patient remplit les critères d'éligibilité, il est alors nécessaire de lui exposer les objectifs de cet entretien, afin de recueillir son consentement et son adhésion.

c-2) Recueil d'informations

Les informations à recueillir sont les suivantes :

- Informations générales :
 - Nom et Prénom ;
 - Âge ;
 - Sexe ;
 - Taille ;
 - Poids ;
 - Adresse (s'il y a lieu) ;
 - Coordonnées du médecin traitant (s'il y a lieu) ;
 - Coordonnées de l'infirmier à domicile (s'il y a lieu) ;
 - Pharmacie référente ;
 - Langue maternelle.
- Antécédents médicaux et comorbidités,
- Habitudes de vie :
 - Mode de vie (seul, concubinage, en famille) ;
 - Lieu de vie (hébergement individuel, hébergement collectif, foyer, squat, sans domicile) ;
 - Habitudes alimentaires (régime particulier, nombre de repas quotidien, consommation de pamplemousse...)
 - Consommation d'alcool et/ou de drogue ;
 - Aides existantes (infirmier, auxiliaire de vie, aide-ménagère, kinésithérapeute, portage des repas...)
 - Moyen de conservation des traitements (réfrigérateur disponible, endroit fixe ou non).
- Nature de la couverture sociale et date d'échéance,
- Médicaments prescrits,

- Connaissances du patient sur ses traitements (le patient sait-il citer ses médicaments ? Sait-il donner leurs indications ?),
- Observance du patient : questionnaire d'évaluation de l'observance Ameli (*Cf Annexe 13*),
- Automédication éventuelle,
- Besoins particuliers du patient.

L'évaluation du niveau de précarité des patients est réalisée par le calcul du score EPICES. Cette évaluation est, en elle-même, l'objet d'une partie de l'entretien.

c-3) Analyse du traitement

L'analyse du traitement se fera grâce à l'historique du patient sur le logiciel pharmaceutique si possible, ainsi qu'aux dernières ordonnances et boîtes de médicaments apportées par le patient. Il est nécessaire de vérifier que chaque médicament a bien une indication dans la situation pathologique du patient, en regard de ses antécédents médicaux.

Si besoin, un appel téléphonique au médecin traitant doit être envisagé.

Cette analyse vise à déceler les éventuels problèmes que peut avoir le patient avec ses traitements :

- Interaction médicamenteuse
- Contre-indication
- Posologie et rythme d'administration
- Problèmes de galénique
- Clinique du patient et critères de suivi biologique (insuffisant rénal ou hépatique par exemple)

c-4) Entretien conseil

Lors de l'entretien, un plan de posologie devra systématiquement être fourni au patient (*Cf Annexe 14*), ainsi que toute aide possible afin de garantir son adhésion au traitement.

Il sera également fait un rappel de la pathologie, son mécanisme, et les règles hygiéno-diététiques à observer afin d'optimiser l'efficacité de son traitement.

c-5) Intervention pharmaceutique

A la suite de l'entretien, le pharmacien devra rédiger un rapport bref sur la conclusion de cet entretien, qui sera à faire parvenir au médecin traitant. A ce moment, l'éventuelle détection de médicaments inappropriés devra être décrit, ainsi que les difficultés de prise ou de conservation pour le patient (galénique, mode de conservation, heure de prise), afin d'améliorer au mieux son traitement. Le médecin prendra alors la décision de modifier ou non sa prescription.

Un retour sur l'observance du patient est également nécessaire.

De plus, l'entretien pharmaceutique est le lieu idéal afin d'expliquer au patient l'intérêt du Dossier Pharmaceutique (DP) et l'utilité pour le patient et les professionnels de santé qui l'entourent. Si le patient donne son accord, l'ouverture du DP peut avoir lieu lors de l'entretien. De la même façon, la mise en place du suivi et de la coordination des soins du patient via l'application Paaco-Globule peut être discuté à ce moment, afin de recueillir le consentement du patient pour l'ouverture de son dossier.

c-6) Suivi de l'observance

Un suivi de l'observance est à établir, de la même façon que pour le bilan de médication, six mois après ce premier entretien, puis l'année suivante. Ceci permettant de suivre l'évolution du patient et d'évaluer l'impact et le bénéfice de l'entretien. Si le traitement est alors modifié, il faudra à nouveau effectuer un entretien complet, et ce dès le changement de traitement si possible.

L'évaluation de l'observance se fera en suivant le questionnaire disponible sur Ameli (*Cf Annexe 14*).

3) Test de l'entretien sur 4 patients

a) Recrutement des patients

La pharmacie de la Pyramide à Bordeaux, dans laquelle j'ai travaillé, et où la fréquentation de population précaire est quotidienne (notamment par la présence du foyer Leydet à proximité), a accepté de mettre à notre disposition un espace de confidentialité pour nos entretiens. Nous avons donc contacté le foyer Leydet, afin de savoir s'ils avaient des patients correspondant aux critères d'éligibilité qui seraient à même de participer à cet entretien. Il s'agit d'une structure LHSS (Lit Halte Soins de Santé).

Les structures dénommées « lits halte soins santé » accueillent temporairement des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue.

Elles ont pour missions :

- De proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés, qui leur seraient dispensés à leur domicile si elles en disposaient, et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ;
- De mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ;
- D'élaborer avec la personne un projet de sortie individuel.

Elles sont ouvertes vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année. La durée prévisionnelle de séjour est de 2 mois, éventuellement renouvelables. Elles disposent d'une équipe pluridisciplinaire (74).

Les bénéficiaires sont logés dans une chambre seule, et les repas sont organisés par le foyer.

Il est difficile de recruter des patients sans travailler dans l'officine dans laquelle les entretiens sont possibles. C'est pourquoi nous sommes passés par un cabinet infirmier exerçant sur le quartier. Ils ont pu nous fournir des contacts de patients concernés par notre recherche, que

nous avons joint par téléphone. Nous avons alors pu mener l'entretien avec Madame J, Madame L et Madame D.

b) Madame F

b-1) Entretien pharmaceutique

Madame F âgée de 44 ans, originaire du Tchad est arrivée en France en 2019. Elle est actuellement hébergée au foyer Leydet dans le quartier Nansouty de Bordeaux. La patiente est bénéficiaire de la CSS.

Le score EPICES de Mme F est de 81,07, soit supérieur à 30 qui a été établi comme le seuil de pauvreté. Nous rappelons que 100 est le score de pauvreté maximal (18).

Madame F souffre d'une hépatite B ainsi que d'une pneumopathie à cytomégalo virus (CMV).

Le traitement de Madame F est le suivant (*Cf annexe 15*) :

- Prednisone 7,5mg le matin (dosage en cours de diminution)
- Sulfaméthoxazole 800mg + Triméthoprime 160mg trois fois par semaine
- Valaciclovir 500mg le matin et le soir
- Tenofovir 245mg le matin
- Paracétamol 1g en cas de douleurs

La patiente est autonome dans la gestion de son traitement, ne se sert pas de pilulier, connaît bien sa pathologie et les noms de ses médicaments. En revanche, elle ne sait pas dans quelle indication est prescrit chacun de ses médicaments.

Lors de l'évaluation de l'observance, Madame F nous fait part de rares oublis de l'antibiotique. En effet ce médicament est pris trois fois par semaine et non tous les jours, ce qui ne facilite pas l'observance. D'autre part, Madame F est musulmane et suit le Ramadan. Les horaires de repas imposés peuvent être une contrainte pour la prise de médicament et le respect des horaires habituels. La patiente adapte donc les horaires de prises à ses horaires de repas.

La patiente ne ressent pas d'effets indésirables particuliers.

Le questionnaire d'évaluation de l'observance de Madame F a donné un score de 4. Il s'agit d'une faible observance, due principalement aux oublis de l'antibiotique.

b-2) Intervention pharmaceutique

L'entretien avec Madame F a duré une vingtaine de minutes. Nous avons rappelé les modalités de prises des différents médicaments, ainsi que la raison de prescription de chacun d'entre eux. Nous avons expliqué à Madame F l'utilité d'un pilulier, notamment en raison de la prise trois fois par semaine de l'antibiotique. Nous avons remis à Madame F un plan de soin médicamenteux rappelant les horaires de prises et les indications des différentes molécules. Nous avons, avec l'accord de la patiente, ouvert le dossier pharmaceutique sur sa carte vitale. De la même façon, nous avons recueilli le consentement de la patiente concernant l'ouverture de son dossier sur l'application Paaco-Globule. Nous en avons informé le médecin afin qu'il se connecte, s'il le souhaite, sur l'application.

c) Madame J

c-1) Entretien pharmaceutique

Nous avons rencontré Madame J âgée de 67 ans originaire du Sénégal. Elle vit actuellement avec ses enfants dans un appartement, et est bénéficiaire de la CSS, que ses filles renouvellent chaque année. Le score EPICES de Mme J est de 56,8. Madame J a une bonne hygiène de vie, ne fume pas, ne boit pas d'alcool et mange trois repas par jour.

La patiente souffre de diabète, d'hypercholestérolémie et d'hypertension, et ce, depuis plusieurs années. Son traitement est le suivant : (*Cf annexe 16*)

- Metformine 500 mg le matin et le soir
- Sitagliptine 100 mg le matin
- Ramipril 5 mg le matin
- Atorvastatine 10 mg le soir
- Paracétamol 1g en cas de douleurs

La patiente est autonome dans la gestion de son traitement, ne se sert pas de pilulier et connaît bien ses médicaments et leurs indications. Initialement, la sitagliptine n'était pas prescrite à Madame J, et la metformine était dosée à 1000 mg matin et soir. La patiente s'est plainte de crampes, diarrhées et douleurs digestives. Suite à cela, le traitement a été réévalué par le médecin traitant. Depuis, la patiente tolère bien son traitement.

Il arrive que la patiente ait recours à l'automédication, notamment pour les principaux maux de l'hiver, ce sont alors ses enfants qui se chargent d'aller à la pharmacie.

Le questionnaire d'évaluation de l'observance de Madame J a donné un score de 4, soit une faible observance d'après le questionnaire disponible sur Ameli. En effet, il est arrivé à la patiente d'être en rupture de médicaments, ou de prendre son traitement en retard par rapport aux heures habituelles dû à des occupations de la vie quotidienne.

c-2) Intervention pharmaceutique

L'entretien a duré environ vingt minutes. Nous avons rappelé à la patiente les modalités de prises des différents médicaments, ainsi que la raison de prescription de chacun d'entre eux, et nous l'avons sensibilisée sur les effets indésirables possibles. Nous avons également expliqué l'intérêt d'un pilulier à la patiente, et lui avons conseillé de faire renouveler son ordonnance quelques jours avant la fin de cette dernière afin de ne pas être à nouveau en rupture de médicaments. Un plan de soin médicamenteux a été remis à Madame J. Nous avons, suite à son accord, ouvert le dossier pharmaceutique sur sa carte vitale et avons recueilli son consentement pour l'ouverture de son dossier sur Paaco-Globule. Elle était satisfaite de l'entretien et des rappels que nous avons pu faire.

d) Madame L

d-1) Entretien pharmaceutique

Madame L, 64 ans, d'origine portugaise, bénéficiaire de la CSS, a accepté de nous rencontrer pour un entretien à la pharmacie. Elle vit seule dans son appartement. Le score EPICES de Mme L est de 63,31.

La patiente ne fume pas et ne consomme pas d'alcool, mange deux fois par jour. Son IMC est de 38,5 kg/m², elle est donc atteinte d'une obésité sévère.

La patiente n'a pas de maladie chronique diagnostiquée, elle est traitée pour des troubles de l'endormissement par du Noctamide® 2 mg à raison de 2 comprimés le soir. (Cf annexe 17)

Cette posologie n'est pas prise en charge par l'assurance maladie, l'AMM étant de 2mg par jour. Elle doit donc régler le complément sans quoi le traitement ne peut être délivré à cette dose. Du Dafalgan® Codéiné est prescrit trois fois par jour, la patiente l'utilise occasionnellement dans le cadre de douleurs articulaires ou lombaires. La patiente connaît bien ses médicaments et les gère seule.

Elle est amenée à avoir besoin de soins infirmiers pour des injections d'anti inflammatoires, deux à trois fois par an en moyenne pour des douleurs arthrosiques. Madame L a été opérée il y a quelques années pour une prothèse de genou.

La patiente ne ressent pas de difficulté quant à sa prise en charge médicale. Cependant, nous pouvons penser, au vu de son âge et de son IMC, qu'un bilan complet serait indiqué. La patiente nous indique en effet qu'elle n'a eu aucune analyse depuis plusieurs années.

Son évaluation de l'observance est très bonne.

d-2) Intervention pharmaceutique

L'entretien a duré environ quinze minutes, nous avons sensibilisé la patiente au besoin d'un bilan sanguin afin de s'assurer qu'aucune pathologie sous-jacente ne se déclare. Nous avons également rappelé à la patiente les règles hygiéno-diététiques à respecter afin d'améliorer son poids.

Nous avons pris contact avec le médecin traitant de la patiente afin de prescrire un traitement hypnotique satisfaisant qui n'engendre pas de frais pour la patiente. Le médecin doit revoir la patiente afin de réévaluer son traitement sédatif et de lui prescrire un bilan biologique complet.

e) Madame D

e-1) Entretien pharmaceutique

Madame D, 35 ans, d'origine Sénégalaise est bénéficiaire de l'AME depuis le 22 décembre 2020. Elle vit avec son mari et ses cinq enfants dans un petit appartement à Bordeaux. La patiente ne fume pas, ne boit pas d'alcool et est actuellement enceinte. Le score EPICES de Mme D est de 79,89.

Madame D est traitée pour un diabète gestationnel avec deux injections de Novorapid® par jour (midi et soir) (Cf annexe 18). Elle a été formée par des infirmiers libéraux afin de se faire elle-même l'injection d'insuline. Les infirmiers passent plusieurs fois par semaine afin de vérifier le suivi des glycémies de la patiente, et d'adapter le traitement au besoin. La patiente gère bien son traitement et a adapté son régime alimentaire suite au diagnostic de diabète gestationnel. Elle a recours à l'automédication occasionnellement avec du Doliprane®.

La patiente est arrivée en France en décembre 2019 avec sa famille. Auparavant, ils ont passé une dizaine d'année en Espagne, où ils avaient le statut de réfugiés. Une fois arrivée sur le territoire français, et afin de faire la demande d'AME, la patiente doit justifier de trois mois de résidence en France. Or, en mars 2020 les conditions sanitaires menant au confinement strict en France n'ont pas permis à cette patiente de réaliser ses démarches administratives. Elle a donc patienté jusqu'en juin 2020 afin de faire la demande d'AME. Suite à cette demande, les papiers de Madame D ont été égarés par le service. Elle a dû faire une nouvelle demande, qui a été acceptée en décembre 2020, soit un an après son arrivée sur le territoire français.

Au cours de cette année, elle a payé ses consultations et frais médicamenteux.

Son mari avait la nationalité espagnole, les démarches administratives ont donc été plus simples pour lui après son arrivée en France. Il est actuellement bénéficiaire de la CSS, couvrant également les enfants.

Madame D nous a fait part du parcours très compliqué qu'elle a vécu afin d'acquérir ses droits aux soins.

e-2) Intervention pharmaceutique

Il y a eu un défaut d'informations et d'orientation vers la PASS de la part des professionnels de santé rencontrés par Madame D. Nous lui avons transmis les coordonnées de la PASS afin d'anticiper les demandes de renouvellement de droits. La patiente doit prendre contact avec les assistantes sociales de la PASS. Nous lui avons rappelé de lancer la procédure de renouvellement de l'AME avant la date d'échéance.

Nous avons également transmis à la patiente une fiche conseil sur les règles hygiéno-diététiques concernant le diabète. (*Cf annexe 19*)

f) Résultats des entretiens et discussion

L'entretien commence avec le calcul du score EPICES. Les patientes rencontrées ont répondu avec facilité à ces questions, qui étaient perçues comme une intention d'aide.

Suite à ces entretiens, nous avons relevé plusieurs freins :

- Le lieu de l'entretien : mener l'entretien en pharmacie nous ferme la porte à plusieurs patients en difficulté pour se déplacer, nous pourrions dans ce cas proposer ces entretiens au domicile des patients.
- La barrière de la langue qui nous a empêchés de mener des entretiens avec des patients concernés par notre travail. Or, ce sont ces patients qui nécessitent un accompagnement renforcé dans l'accès aux soins. Nous pourrions alors faire appel aux services d'interprétariat de l'association IMS Interprétariat.
- La difficulté pour certains patients d'accéder à un historique médicamenteux exhaustif, et/ou de relever les antécédents médicaux et comorbidités. D'où l'utilité particulièrement intéressante des dossiers pharmaceutiques ou de l'accès à l'application PAACO-GLOBULE.
- L'absence d'aide de la part des médecins : cela ne facilite pas le ciblage des patients en besoin.

Nous avons, lors de ces entretiens remis des outils aux patients : coordonnées de la PASS, plan de soin médicamenteux.

Le recrutement des patients s'est avéré plus compliqué sans travailler dans la pharmacie où nous avons conduit les entretiens. En effet, la clientèle de la pharmacie dans laquelle je travaille est très peu précaire et ne se prêtait pas à ces entretiens.

Cependant, les aspects positifs de ces entretiens sont nombreux.

Les patientes nous ont donné un bon retour de ces entretiens. Elles étaient satisfaites d'avoir un temps attribué à elle seule, et nous avons pu répondre à leurs questions et problématiques.

Dans le cas où les patientes sont entourées (Madame F par le Foyer Leydet, Madame J par ses enfants) les démarches administratives afin de renouveler les droits CSS ou AME sont bien comprises.

Dans le cas de Madame D, parlant moins bien français et entourée uniquement par son mari dans la même situation qu'elle, les démarches sont plus longues et compliquées. La patiente n'avait pas connaissance du service de la PASS ni des associations existantes.

Il ressort un réel besoin de ces populations : prendre le temps nécessaire afin de leur rappeler les indications de leurs traitements, les mettre en garde face aux éventuels effets indésirables, les sensibiliser à l'observance et aux règles hygiéno-diététiques.

Conclusion

En France de nombreux dispositifs sanitaires et sociaux existent afin de lutter contre la précarité et l'exclusion, citons notamment : les minima sociaux, les aides de santé, les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé.

Malgré leur mise en place, la pauvreté augmente sur le territoire. Rappelons qu'en 2018 le taux de pauvreté était le plus haut depuis 1975 avec 14,8 % de la population française. Parmi eux, les plus pauvres avaient un niveau de vie inférieur à 19,6 % du seuil de pauvreté.

Chaque année, et de surcroît avec le contexte sanitaire actuel, ces taux augmentent, assombrissant le paysage social français. Le bilan du premier confinement mené par l'INSEE (75) donne les résultats suivants :

- Un quart de la population française pensait rencontrer des difficultés financières (loyer, crédit, charges) pour l'année à venir, dont 85 % des personnes ayant déjà connu de telles difficultés dans les 12 mois précédant la crise du COVID.
- Parmi les 10 % des ménages les plus pauvres, 35 % perçoivent une dégradation de leur situation financière. Cette proportion est deux fois plus faible pour les 10 % des ménages les plus aisés.
- Au second trimestre 2020, la perte du revenu disponible brut des ménages est la plus forte sur un trimestre depuis 1949 : une diminution de 2,7 % après une première diminution de 0,8 % au premier trimestre.

En outre, un ralentissement durable de l'activité économique entrainerait une baisse de retour vers l'emploi des bénéficiaires de minima sociaux, ce qui, à terme, engendrerait une augmentation des demandes de ces minima sociaux.

Nous pouvons donc nous attendre à une hausse du taux de pauvreté en condition de vie durant l'année 2020, notamment dû à une insuffisance des ressources. Le seuil de pauvreté, le taux de pauvreté ainsi que le niveau de vie médian de la population française devraient également être impactés.

Afin de faire face à ces difficultés, les Permanences d'Accès Aux Soins de Santé sont des éléments incontournables dans cette lutte contre l'exclusion et la précarité. Cependant, les moyens humains et financiers alloués à ces PASS sont souvent discordants avec les besoins du terrain. En effet, les demandes et consultations ne cessent d'augmenter, sans augmentation financière ou de personnel.

Comme démontré dans notre travail, les pharmaciens hospitaliers permettent de réduire le nombre de visites aux urgences en intervenant en prévention auprès des patients et en les sensibilisant sur les effets indésirables prévisibles et les risques de mésusages. De plus, l'amélioration de l'adhésion au traitement, consécutif aux interventions pharmaceutiques, permet aux patients d'être autonome dans leur traitement et d'améliorer leur prise en charge globale.

A l'officine, d'après notre enquête au sein de la métropole bordelaise, les populations en situation de précarité sont très présentes. Les pharmaciens sont demandeurs de formation, de liens interprofessionnels, d'outils et de temps supplémentaire afin d'améliorer la prise en charge sanitaire de ces populations.

C'est pourquoi l'entretien proposé en officine peut être une solution aux moyens humains manquant à l'hôpital et permettre de réduire les ruptures de parcours de soin. Le pharmacien d'officine, hormis son expertise médicamenteuse, a un rôle social de par sa proximité quotidienne avec les patients, qui aurait toute sa place dans un tel entretien.

Il est primordial aujourd'hui d'agir à l'unissons afin de favoriser un meilleur accès aux soins et une meilleure prise en charge des populations en situation de précarité. Proposer des axes d'amélioration permet de dynamiser cet aspect de santé publique dans des circonstances sanitaires actuelles difficiles.

Annexe 1 – Score EPICES simplifié

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

Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.



N° 50741#06

Demande d'aide médicale de l'Etat (AME)

(Articles L. 251-1 à L. 252-4 du Code de l'action sociale et des familles)

Vous pouvez compléter ce formulaire à l'écran, l'imprimer, puis l'envoyer à votre organisme d'assurance maladie

L'aide médicale de l'Etat, si votre séjour en France n'est pas régulier, peut prendre en charge vos dépenses de santé pour les soins dispensés en ville et dans un établissement de santé. Le droit à l'AME, d'une durée de 12 mois, est subordonné à une double condition de résidence en France (3 mois minimum) et de ressources qui doivent être inférieures à un certain seuil (conditions non exigées pour les mineurs). Si ces conditions sont remplies, vous serez convoqué(e) pour la remise de votre carte d'admission à l'AME.

Le droit à l'AME est ouvert également pour les personnes qui se trouvent à votre charge : conjoint(e), concubin(e), partenaire d'un PACS, enfants mineurs ou enfants jusqu'à l'âge de 21 ans s'ils poursuivent des études ou sont dans l'incapacité permanente de travailler, cohabitant(e) (personne non mentionnée précédemment qui se trouve à votre charge effective, totale et permanente depuis plus de douze mois, par exemple un neveu de 25 ans).

Le demandeur et les personnes à charge

Rubrique "Nom" :

indiquez votre nom de famille. Il s'agit du nom de naissance suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu).

Rubrique "Si vous n'avez pas d'adresse personnelle ou si vous êtes hébergé(e)" :

joignez à la demande une attestation de domiciliation établie par un Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale (CCAS ou CIAS) ou un organisme agréé, ou une attestation sur l'honneur, établie par la personne qui vous héberge.

Vous devez joindre la copie de l'un **des documents suivants qui prouve votre identité et celle des personnes qui sont à votre charge (conjoint(e), partenaire d'un PACS, concubin(e), enfants et cohabitant(e)) et vivent en France** :

- passeport (copie de toutes les pages, y compris les vierges),
- carte nationale d'identité (copie recto verso),
- titre de séjour antérieurement détenu,
- extrait d'acte de naissance ou livret de famille,
- tout autre document de nature à attester votre identité et celle des personnes à votre charge.

Pour le(la) cohabitant(e), vous devez joindre une déclaration sur l'honneur, signée par vous-même et cette personne, attestant qu'elle vit sous votre toit et se trouve à votre charge effective, totale et permanente depuis plus de douze mois.

Votre durée de résidence en France

Vous résidez en France depuis plus de trois mois. Joignez la copie d'un des documents ci-dessous :

- passeport indiquant la date d'entrée en France (toutes les pages, même blanches),
- contrat de location ou quittance de loyer datant de plus de trois mois,
- facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone datant de plus de trois mois,
- avis d'impôt ou avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu (ASDIR), à la taxe foncière ou d'habitation,
- quittance de loyer ou facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone, datant de plus de trois mois, établie au nom de l'hébergeant lorsque le demandeur est hébergé par une personne physique,
- attestation d'hébergement établie par un centre d'hébergement et de réinsertion sociale datant de plus de trois mois,
- attestation de domiciliation établie par un organisme agréé, datant de plus de trois mois, si vous n'avez pas de domicile,
- tout autre document de nature à prouver que cette condition est remplie.

Vos ressources et celles des personnes à votre charge et obligation alimentaire

Indiquez la **nature** et le **montant** de vos **ressources et de celles des personnes à votre charge, perçues en France et à l'étranger (imposables ou non)**, pendant les douze derniers mois (si vous avez plusieurs enfants, indiquez, dans la même colonne, le montant total de leurs ressources).

Joignez les **documents relatifs à vos ressources** en votre possession.

Les **ressources des membres de votre famille** habitant en France, en situation régulière (**père, mère, conjoint, enfants**), ne sont pas prises en compte pour vous attribuer l'aide médicale de l'Etat. En revanche, après votre admission à l'aide médicale, le préfet est habilité à leur demander le remboursement des sommes versées à ce titre.

Un contrôle de vos déclarations peut être opéré auprès de l'administration fiscale ou d'autres organismes (art. L.114-12, L.114-14 et L.114-19 du Code de la sécurité sociale).

S 3720e



N° 11573*06

Demande d'aide médicale de l'Etat (AME)

(Articles L. 251-1 à L. 252-4 du Code de l'action sociale et des familles)

Le demandeur

Nom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Prénom(s) Date de naissance

Nationalité : Européenne * Autre pays

N° de Sécurité sociale ou d'AME *(si vous en avez un)*

N° d'allocataire *(allocations familiales - si vous en avez un)*

Adresse en France N° tél. portable

Code postal Commune

Si vous n'avez pas d'adresse personnelle ou si vous êtes hébergé(e) ► cochez la case et joignez les justificatifs mentionnés dans la notice

Avez-vous déjà bénéficié de l'AME ? non si oui , année département :

- Si vous, ou l'une des personnes à votre charge, avez reçu des soins au cours du dernier mois ► cochez la case

IMPORTANT : lorsque la demande a été déposée après le début d'une hospitalisation ou de soins, la décision d'admission à l'AME prend effet au jour d'entrée dans l'établissement ou à la date des soins. Pour cela, il est nécessaire que la demande ait été présentée dans un délai d'un mois à compter du jour d'entrée dans l'établissement ou de la délivrance des soins. Les droits sont alors ouverts rétroactivement. Vous devez fournir les justificatifs des soins reçus à l'hôpital ou en ville en votre possession.

Votre durée de résidence en France

- Vous résidez en France de façon stable depuis le (joignez les justificatifs mentionnés dans la notice)

Les personnes à votre charge résidant en France (conjoint(e), partenaire d'un PACS, concubin(e), enfants et cohabitant(e))

Nom	Prénom(s)	Lien de parenté	Date de naissance

Vos ressources et celles des personnes à votre charge

Indiquez les montants cumulés au cours des douze derniers mois et joignez les justificatifs mentionnés dans la notice

Nature des ressources	Vous	Votre conjoint(e), partenaire d'un PACS ou concubin(e)	Enfant(s)	Cohabitant(e)
► Ressources perçues à l'étranger	€	€	€	€
► Salaires	€	€	€	€
► Pensions, retraites et rentes	€	€	€	€
► Autres ressources (aides financières, sommes d'argent versées par un tiers, etc) <i>Précisez la nature</i>	€	€	€	€
► Avez-vous perçu des prestations versées par l'assurance maladie, la caisse d'allocation familiale, le Pôle Emploi ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
► Etes-vous logé(e) à titre gratuit ? <i>Si oui, depuis quelle date ?</i>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
► Pensions alimentaires versées	€	€		€

Je, soussigné(e), certifie sur l'honneur avoir pris connaissance de l'ensemble des informations figurant sur le présent formulaire et que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts. En cas de déclaration incomplète ou erronée, la décision d'admission à l'aide médicale peut être retirée. Vous devrez alors rembourser le montant des dépenses prises en charge par l'aide médicale de l'Etat (article L. 252-3 du Code de l'action sociale et des familles). Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, art. L. 114-1 7-1 du Code de la sécurité sociale).

Fait à Signature du demandeur :

Ci-contre, cachet de l'organisme ainsi que les nom et coordonnées de la personne ayant aidé le demandeur à compléter le document

La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

* Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, République de Slovaquie, Roumanie, Royaume-Uni, Slovénie, Suède, Suisse.

S 3720e

Pour l'établissement de votre carte d'admission à l'AME, vous devez joindre, **IMPERATIVEMENT**, à cette demande, votre photo d'identité récente (format 3,5 x 4,5 cm) ainsi que celle de chacune des personnes à votre charge âgées de 16 ans et plus, mentionnée sur la demande d'AME.

Les photos, en couleur, doivent être prises de face, tête nue, être récentes et parfaitement ressemblantes.

NE PAS UTILISER D'AGRAFES NI D'ADHESIFS

► **LE DEMANDEUR**

• Nom

• Prénom(s)

• Date de naissance

COLLER
LA PHOTOGRAPHIE
ICI

► **CONJOINT(E), PARTENAIRE D'UN PACS OU CONCUBIN(E)**

• Nom

• Prénom(s)

• Date de naissance

COLLER
LA PHOTOGRAPHIE
ICI

► **ENFANT DE PLUS DE 16 ANS**

• Nom

• Prénom(s)

• Date de naissance

COLLER
LA PHOTOGRAPHIE
ICI

► **ENFANT DE PLUS DE 16 ANS OU COHABITANT(E)**

• Nom

• Prénom(s)

• Date de naissance

COLLER
LA PHOTOGRAPHIE
ICI



N° 52269#02

Demande de Complémentaire santé solidaire

NOTICE

Avec la Complémentaire santé solidaire :

- vous ne payez plus vos dépenses de santé chez le médecin, le dentiste, le pharmacien, à l'hôpital, etc...;
- vous bénéficiez de tarifs sans dépassement chez les médecins ;
- la plupart des lunettes, prothèses dentaires et auditives sont intégralement prises en charge.

En fonction de vos ressources, une participation financière peut être due. Le montant de cette participation varie selon l'âge de chaque personne du foyer au 1er janvier de l'année d'attribution.

Qui peut bénéficier de la Complémentaire santé solidaire ?

Pour bénéficier de la Complémentaire santé solidaire, vous et les membres majeurs de votre foyer devez :

- bénéficier de la prise en charge de vos frais de santé par l'assurance maladie ou maternité en raison de votre activité professionnelle ou de votre résidence stable et régulière en France.
- avoir des ressources qui ne dépassent pas le plafond fixé annuellement.

Comment remplir votre demande ?

▶ LA COMPOSITION DE VOTRE FOYER (p1)

Le droit à la Complémentaire santé solidaire est ouvert pour vous-même et pour chaque membre de votre foyer. Vous devez donc renseigner les informations concernant chaque membre du foyer qui se compose de :

- vous-même,
- votre conjoint(e), votre concubin(e) ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS,
- vos enfants ou ceux de votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS, âgés de moins de 25 ans, à votre charge réelle et continue :
 - qui vous sont fiscalement rattachés,
 - ou qui ont fait leur propre déclaration de revenus mais qui vivent sous votre toit,
 - ou qui reçoivent une pension alimentaire fiscalement déductible (sauf si elle fait suite à une décision judiciaire).
- des autres personnes de moins de 25 ans, y compris des enfants, à votre charge réelle et continue, qui vous sont rattachés fiscalement (ou à votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS).

Si la personne à charge vit en couple (marié(e), concubin(e) ou partenaire PACS) ou a des enfants ou d'autres personnes de moins de 25 ans à charge, elle doit faire une demande individuelle. C'est le cas, par exemple, si l'un de vos enfants âgé de 22 ans habite chez vous et a un enfant.

Vos parents qui vivent sous votre toit doivent également faire une demande individuelle.

▶ VOUS-MEME ET LES PERSONNES DE VOTRE FOYER BENEFICIAIRES D'AIDES (p1)

Dans cette rubrique, vous devez indiquer si vous ou un membre de votre foyer bénéficiez du revenu de solidarité active (RSA) ou en a fait la demande (et avez une demande de Complémentaire santé solidaire en cours à ce titre), de l'allocation adultes handicapés (AAH), de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ou de l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV), de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI).

Dans l'éventualité où votre foyer ne pourrait pas bénéficier de la Complémentaire santé solidaire, la demande d'un jeune âgé de 18 à 25 ans de votre foyer pourra être étudiée individuellement s'il bénéficie ou a demandé à bénéficier du RSA.

▶ LES RESSOURCES DE VOTRE FOYER (p2)

Vous devez nous faire connaître toutes les ressources, perçues en France ou à l'étranger et dont chaque membre de votre foyer a disposé au cours des douze derniers mois précédant votre demande.

Vous n'avez pas à nous déclarer les ressources suivantes, elles ne sont pas prises en compte lors de l'étude de votre demande :

- le revenu de solidarité active (RSA) et la prime d'activité,
- certaines prestations familiales : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, l'allocation de rentrée scolaire, l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant et le complément de libre choix du mode de garde,
- certaines prestations liées à la dépendance : la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne, les majorations pour tierce personne ainsi que la prestation de compensation du handicap, l'allocation compensatrice pour tierce personne et l'allocation personnalisée d'autonomie,
- certaines prestations liées à la maladie ou à la maternité : les indemnités complémentaires et allocations de remplacement versées aux non-salarié(e)s,
- autres prestations : les bourses d'études de l'enseignement soumises à conditions de ressources, les aides et secours financiers à caractère ponctuel versés par des organismes à vocation sociale ou affectés à des dépenses dans les domaines du logement, des transports, de l'éducation et de la formation, les indemnités et allocations versées aux volontaires en service civique, etc..
- les revenus du capital qui ne sont pas imposables : livret A, livret jeune, livret développement durable par exemple.

S37111

NOTICE (suite)

Toutes les autres ressources sont prises en compte. Pour certaines d'entre elles vous n'avez pas à en indiquer le montant dont nous disposons par ailleurs (exemples : allocations familiales, allocations chômage...). Votre caisse peut vérifier vos ressources auprès des banques, services fiscaux...

Vous trouverez, ci-dessous des précisions pour vous aider à compléter la rubrique "Ressources" de votre demande de Complémentaire santé solidaire. Reportez-vous pour cela au numéro de la rubrique "Ressources" correspondante sur le formulaire.

Important : vous n'avez pas à remplir la rubrique "Ressources" si vous et votre conjoint bénéficiez du RSA ou si vous avez déposé une demande de RSA et disposez d'une attestation de la Caf ou de la MSA. Pensez à joindre l'attestation qui vous a été remise par votre Caf ou la MSA.

- 1 Déclarez le total des montants nets imposables figurant sur chaque bulletin de salaire des 12 derniers mois ou sur chaque justificatif de versement (exemple : sommes perçues au titre de la pré-retraite). Doivent aussi être déclarées les indemnités de congés payés si elles ne sont pas versées par l'employeur, les rémunérations de stage de formation (autre que celles versées par Pôle Emploi) et des contrats de solidarité. Un abattement sera pratiqué sur le montant de vos revenus nets imposables pour en déduire le montant de la CSG et de la CRDS soumises à l'impôt sur le revenu.
- 2 Indiquez le revenu professionnel tel que déclaré pour le calcul des cotisations sociales pour la dernière année civile ou le dernier bénéfice agricole forfaitaire connu. Si aucune déclaration n'a été faite, indiquez les revenus professionnels de l'année dernière et joignez un justificatif.
- 3 Indiquez le montant du chiffre d'affaires de la dernière année civile. Un abattement sera appliqué sur ce montant en fonction du type d'activité.
- 4 Indiquez si vous ou l'un des membres de votre foyer percevez des allocations de Pôle Emploi ou une rémunération de stage de formation professionnelle versée par Pôle Emploi.
- 5 Indiquez si vous ou l'un des membres de votre foyer percevez ou avez perçu des indemnités journalières, une pension d'invalidité, une rente au titre d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle.
- 6 Déclarez vos pensions de retraite (de base et/ou complémentaire) et rentes, qu'elles soient imposables ou non, ainsi que l'allocation veuvage, la pension de réversion, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV).
- 7 Indiquez si vous percevez des prestations familiales et/ou des aides au logement versées par la CAF ou la MSA.
- 8 Indiquez la/les pension(s) alimentaire(s) perçue(s), que leur versement fasse suite ou non à une décision de justice. Les pensions et obligations alimentaires que vous versez seront déduites de vos ressources selon votre dernier avis d'imposition.
- 9 Indiquez si vous êtes propriétaire de votre logement ou si vous êtes logé(e) gratuitement : un montant forfaitaire sera ajouté aux ressources que vous nous déclarez.
- 10 Déclarez le montant des sommes placées qui n'ont pas produit de revenus au cours des douze derniers mois : par exemple assurance vie, actions n'ayant pas généré de revenus etc. Ce montant sera intégré à hauteur de 3% de sa valeur.
- 11 Autres ressources : déclarez ici vos autres ressources: par exemple les aides financières versées régulièrement par une institution, l'allocation de demande d'asile, les ressources perçues à l'étranger, les bourses d'étude de l'enseignement non soumises à conditions de ressources (ne déclarez pas les bourses qui vous ont été accordées à vous ou à un membre de votre foyer après étude de vos ressources).

Important : toute rentrée d'argent, même si elle n'est pas imposable, est considérée comme une ressource et doit être déclarée (ex : gains aux jeux, dons familiaux etc...)

Les revenus de placement soumis à l'impôt ne sont pas à mentionner dans l'imprimé, il en est de même pour les revenus du patrimoine. Ils sont pris en compte selon les informations qui figurent sur votre dernier avis d'imposition connu ou votre dernier avis de situation déclarative à l'impôt.

En revanche, si vous possédez un bien ou un terrain qui n'est pas loué, une valeur locative sera intégrée dans vos ressources. Pensez alors à nous fournir l'avis de taxe foncière et l'avis de taxe d'habitation correspondant à ce bien.

Vous souhaitez corriger une erreur ? Vous avez besoin d'aide ?

Vous bénéficiez du droit à l'erreur

Vous avez la possibilité de corriger les informations que vous avez déclarées dans ce formulaire en application du droit à l'erreur

Pour ce faire, ou si vous désirez des informations complémentaires, ou nous rencontrer, vous pouvez prendre contact avec votre caisse d'Assurance Maladie :

Assurance maladie : par téléphone au 3646 (service 0,06 euro/min + prix appel) ou consultez le site www.ameli.fr

MSA : par téléphone contactez votre caisse de MSA ou consultez le site www.msa.fr

Vous pouvez également vous adresser à la mairie, aux services sociaux, à une association et consulter le site www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr

S3711i



N° 12504*08

Demande de Complémentaire santé solidaire

(articles L.861-1 et suivants, articles R.861-2 et suivants)

Merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents.
Pour plus d'informations, veuillez vous reporter à la notice.

▶ LA COMPOSITION DE VOTRE FOYER

▪ Vous-même

Vos nom et prénoms :

(nom de famille (de naissance) suivi de votre nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Votre n° de sécurité sociale (si vous en avez un) :

Votre n° d'allocataire (allocations familiales, si vous en avez un) :

Votre date de naissance :

Votre nationalité : française européenne* autre

Votre adresse :

Code Postal : Commune :

Si vous n'avez pas d'adresse personnelle, nom et adresse de l'organisme auprès duquel vous avez élu domicile

(Par exemple : un Centre Communal d'Action Sociale, une association agréée) :

Code Postal : Commune :

▪ Votre situation familiale a-t-elle changé au cours des 12 derniers mois ? oui non

Si oui, vous êtes : célibataire marié(e) - en concubinage - pacsé(e) séparé(e) - divorcé(e) veuf ou veuve

▪ Votre conjoint(e), votre concubin(e) ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS

Ses nom et prénoms :

(nom de famille (de naissance) suivi de son nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Son n° de sécurité sociale (s'il/elle en a un) :

Son n° d'allocataire (allocations familiales, s'il/elle en a un) :

Sa date de naissance :

Sa nationalité : française européenne* autre

* Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, République de Slovaquie, Roumanie, Royaume-Uni, Slovénie, Suède et Suisse.

▪ Les autres personnes de moins de 25 ans à votre charge réelle et continue

(y compris les bénéficiaires du RSA jeune)

Nom et prénom	Nationalité (1)	Lien de parenté	Garde alternée (2)	Date de naissance	N° de sécurité sociale
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

(1) Renseignez de la manière suivante : "FRA" si vous êtes de nationalité française, "EEE" si vous appartenez à l'un des pays de la liste des pays Européens, "AUT" si vous n'êtes pas dans l'une ou l'autre de ces situations.

(2) Cochez la case, s'il s'agit d'un enfant considéré fiscalement en garde alternée.

▶ VOUS-MEME ET LES PERSONNES DE VOTRE FOYER BENEFICIAIRES D'AIDES

Nom et prénom	A demandé le RSA	Bénéficiaire déjà du RSA	Demande Complémentaire santé solidaire en cours	Bénéficiaire de l'AAH (1)	Bénéficiaire de l'ASPA (2) ou de l'ASV (3)	Bénéficiaire de l'ASI (4)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Allocation aux adultes handicapés

(2) Allocation de solidarité aux personnes âgées

(3) Allocation supplémentaire vieillesse

(4) Allocation supplémentaire invalidité

▶ LES RESSOURCES DE VOTRE FOYER

Ne pas remplir si vous, votre conjoint (e), concubin(e) ou partenaire PACS êtes concerné(e)s par le RSA.

☞ **Précisez cette période des douze derniers mois :**

du
 mois année
 au
 mois année

☞ **Indiquez le montant cumulé au cours de ces douze mois** (indiquez "0" en l'absence de ressources) (si le nombre de colonnes n'est pas suffisant, complétez votre déclaration sur papier libre)

	Vous	Votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS	Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans	Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans
			Nom : Prénom :	Nom : Prénom :
1 Salaires nets imposables	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
2 Derniers revenus annuels professionnels non salariés (année civile précédente)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
3 Si vous êtes micro-entrepreneur, dernier chiffre d'affaires connu (année civile précédente)				
• vente de marchandises et fourniture de logement	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
• prestations commerciales et artisanales	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
• activités libérales	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
4 Percevez-vous ou avez-vous perçu des allocations chômage ou une rémunération de stage de formation professionnelle ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
5 Percevez-vous ou avez-vous perçu des indemnités journalières, une pension d'invalidité, une rente au titre d'un accident du travail/maladie professionnelle ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
6 Retraites de base et complémentaire (y compris veuvage)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
7 Percevez-vous des prestations familiales, des aides au logement ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
8 Pension(s) alimentaire(s) perçue(s)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
9 Etes-vous propriétaire de votre logement ou logé(e) gratuitement ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
10 Ressources placées n'ayant pas rapporté de revenus (par exemple : assurance vie)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
11 Autres ressources (dons, gains aux jeux ...) Précisez la nature :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €

☞ **Veillez nous fournir le(s) justificatif(s) suivant(s)** (Vous devez présenter les originaux ou des photocopies lisibles) :

Nous nous réservons la possibilité de revenir vers vous si ces informations s'avèrent insuffisantes pour l'instruction de votre dossier.

Votre situation	Justificatif(s) à fournir
Votre foyer et ses ressources (pour toutes les personnes du foyer quel que soit son âge)	- Avis d'impôt ou avis de situation déclarative à l'impôt (ASDIR) - Avis de taxe foncière, de taxe locale d'habitation
Si vous avez résidé à l'étranger au cours des 12 mois précédents	Les justificatifs de situation fiscale et sociale du(des) pays concerné(s)
Si vous avez demandé le RSA et/ou si un des membres de votre foyer a plus de 18 ans et moins de 25 ans et a fait une demande de RSA jeune ou bénéfice du RSA jeune	L'(les) attestation(s) de ressources présumées inférieures au montant forfaitaire du RSA, délivrée(s) par la CAF ou la MSA (pour le demandeur du RSA uniquement)

▶ LE CHOIX DE VOTRE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

- Pour bénéficier de la Complémentaire santé solidaire vous devez choisir l'organisme qui sera votre interlocuteur.

Vous pouvez choisir, pour vous et les membres de votre foyer, soit votre caisse d'assurance maladie, soit l'un des organismes (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) figurant dans la liste des organismes participant à la Complémentaire santé solidaire, que vous trouverez sur le site www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr ou que vous pouvez demander à votre caisse d'assurance maladie.

Si vous choisissez une mutuelle, une institution de prévoyance ou une société d'assurance, votre caisse d'assurance maladie l'informerait de votre choix, si vos droits à la Complémentaire santé solidaire sont reconnus, en lui transmettant les pages 3 et 4.

BON A SAVOIR :

- Si vous bénéficiez d'une complémentaire santé obligatoire d'entreprise, vous pouvez demander à votre employeur une dispense d'adhésion à cette complémentaire pendant la durée de votre Complémentaire santé solidaire. Un courrier de demande de dispense à cette complémentaire est disponible sur le site www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr
- Si les membres de votre foyer ne choisissent pas le même organisme que vous, photocopiez les pages 3 et 4 en autant d'exemplaires que d'organismes différents choisis en prenant soin de les compléter. Vous pouvez aussi les télécharger sur le site www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr
- Si vous choisissez un organisme complémentaire figurant dans la liste des organismes habilités à gérer la Complémentaire santé solidaire et que l'année suivante vos ressources ne vous permettent plus de bénéficier de la Complémentaire santé solidaire, cet organisme aura l'obligation de vous proposer de prolonger votre protection d'une année supplémentaire à un tarif préférentiel

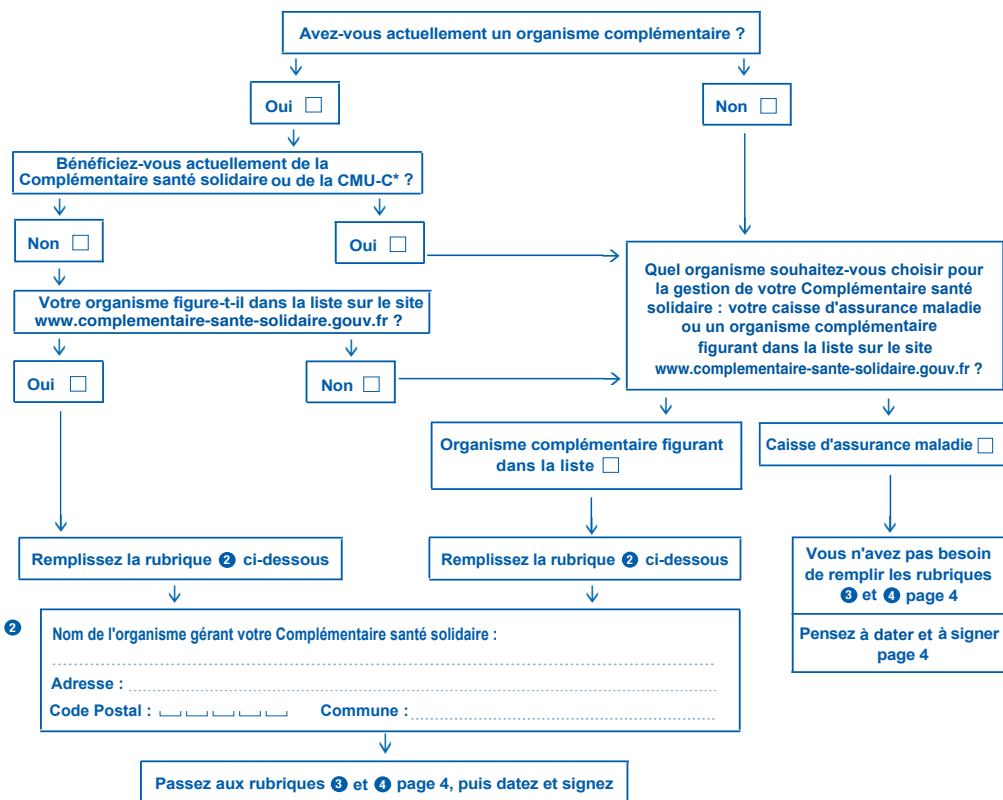
- Comment choisir votre organisme Complémentaire santé solidaire ?

Pour faire votre choix, complétez les rubriques qui figurent ci-dessous. Mais attention, les possibilités de choix sont différentes selon votre situation.

IMPORTANT : Si vous n'indiquez aucun choix, votre caisse d'assurance maladie sera désignée comme votre organisme Complémentaire santé solidaire. Si lors d'une première demande, vous avez déjà une complémentaire santé gérée par un organisme figurant dans la liste des organismes participant à la Complémentaire santé solidaire, vous devez la conserver.

Laissez-vous guider :

- 1 Cochez les cases en fonction de votre situation



* Si vous êtes bénéficiaire de l'ACS, cochez NON

▶ VOUS AVEZ FAIT LE CHOIX D'UN ORGANISME COMPLEMENTAIRE FIGURANT SUR LA LISTE

3 Personnes du foyer (y compris le demandeur) ayant choisi le même organisme :

Nom et prénom	Lien de parenté avec le demandeur	Garde alternée (1)	Date de naissance	N° de sécurité sociale	Code de l'organisme d'assurance maladie (2) (si différent du demandeur)
		<input type="checkbox"/>	____/____/____	____-____-____	
		<input type="checkbox"/>	____/____/____	____-____-____	
		<input type="checkbox"/>	____/____/____	____-____-____	
		<input type="checkbox"/>	____/____/____	____-____-____	
		<input type="checkbox"/>	____/____/____	____-____-____	

(1) Si votre enfant est considéré fiscalement en garde alternée, cochez la case correspondante

(2) Disponible sur l'attestation papier qui accompagne votre carte Vitale

4 Vos coordonnées :

Indiquez ci-dessous les coordonnées d'un des membres de votre foyer parmi la liste des personnes du tableau 3 qui sera l'interlocuteur de votre organisme complémentaire.

Nom et prénoms :
 (Nom de famille (de naissance) suivi de votre nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Adresse :

Code Postal : _____ Commune :

Adresse mail :

Téléphone : _____

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et liberté" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données renseignées auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des données. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amendes et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale). La décision attribuant la Complémentaire santé solidaire peut aussi être annulée. Vous devrez alors rembourser les sommes versées à tort.

L'authenticité et la sincérité de vos déclarations peuvent être contrôlées à des fins de lutte contre la fraude auprès d'autres organismes de sécurité sociale, de Pôle emploi, des caisses assurant le service des congés payés ou de l'administration fiscale (articles L.114-12 et L.114-14 du Code de la sécurité sociale) et/ou auprès d'organismes tiers : banques, assurances, opérateurs de téléphonie (articles L.114-19 et suivants du Code de la sécurité sociale).

Le contenu de vos déclarations peut également être communiqué au personnel habilité des organismes mentionnés aux articles L.114-12 et L.114-14 du Code de la sécurité sociale à des fins de contrôle et de lutte contre la fraude.

En cas de disproportion marquée entre les éléments de ressources que vous déclarez et votre train de vie, vous pouvez faire l'objet d'une procédure d'évaluation par votre caisse d'assurance maladie et votre droit à prestation peut être refusé ou remis en cause (articles L.861-2-1, R.861-15-1 à R.861-15-7 du Code de la sécurité sociale).

▶ Je certifie sur l'honneur avoir pris connaissance de l'ensemble des informations figurant sur le présent formulaire et que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts et sincères.

Fait à :

Le : ____/____/____

Signature du demandeur

▶ Si le dossier est rempli par un organisme agréé, merci de mentionner le nom et les coordonnées de l'organisme qui l'a rempli.

Cachet de l'organisme

DROITS A LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE

(A compléter par la caisse d'assurance maladie)

sans participation financière du ____/____/____ au ____/____/____

moyennant paiement d'une participation financière

Cachet de la caisse d'assurance maladie
gérant la couverture maladie de base

Annexe 4 - Questionnaire

Dans le cadre d'un travail de thèse, nous vous adressons ce questionnaire dans le but de faire l'état des lieux des connaissances sur la prise en charge des personnes en situation de précarité en officine.

L'objectif de cette enquête est de proposer à partir de votre expérience, des pistes d'amélioration de la prise en charge des patients en situation de précarité à l'officine.

- 1) Dans quelle ville exercez-vous ?
- 2) Comment identifiez-vous un patient en situation de précarité ?
 - a. Couverture sociale (Absence complète ou partielle de couverture, AME, CSS(Ex CMU-c ou ACS)...)
 - b. Signes extérieurs de précarité
 - c. Barrière de la langue
 - d. Autres (préciser)
- 3) Dans votre exercice officinal courant, recevez-vous des patients en situation de précarité, et si oui, à quelle fréquence ?
 - a. Plus d'un par jour
 - b. Une fois par jour
 - c. Une à deux fois par semaine
 - d. Une à deux fois par mois
 - e. Moins d'une fois par mois
 - f. Jamais
- 4) Pouvez-vous hiérarchiser ces critères de 1 (critère le plus important) à 4 (critère mineur) dans l'identification d'un patient en situation de précarité ?
 - Couverture sociale (Absence complète ou partielle de couverture, AME, CMU-c...)
 - Signes extérieurs de précarité
 - Barrière de la langue
 - Autres (préciser)
- 5) Pour une même ordonnance, la dispensation des traitements à un patient en situation de précarité vous prend-elle :
 - a. Beaucoup plus de temps
 - b. Un peu plus de temps
 - c. Le même temps
 - d. Moins de temps
 - e. Beaucoup moins de temps

- 6) Quelles difficultés rencontrez-vous lors de la dispensation des traitements à des patients en situation de précarité ?
- a. Barrière de la langue
 - b. Sentiment d'insécurité
 - c. Soupçons de mésusage
 - d. Autres (préciser) :
- 7) Connaissez-vous le rôle des établissements suivants dans la prise en charge des patients précaires :
- a. Les établissements d'accueil d'urgence Oui / Non
 - b. Le Centre communal d'action sociale Oui / Non
 - c. Les Permanences d'Accès aux Soins et à la Santé (PASS) Oui / Non
 - d. Autres (précisez)
- 8) De quels éléments d'informations auriez-vous besoin pour vous aider face aux difficultés rencontrées lors de la dispensation des traitements aux patients en situation de précarité ?
- 9) Quelles sont vos idées afin d'améliorer la prise en charge des patients en situation de précarité à l'officine ?

CABINET DU DOCTEUR
[REDACTED]

N° RPPS



N°AM



CABINET MEDICAL [REDACTED]
65000 TARBES
Téléphone : [REDACTED]

TARBES le, 07/04/2021

Monsieur, [REDACTED]

Né le, 0 [REDACTED]

1/ EUPHON SIROP 300 ML : 2 cuillère(s) à soupes trois fois par jour, perdant 14 jours
(CODEINE PHOSPHATE)

2 boîte(s)

Motif : Toux sèche irritative

2/ DAFALGAN 1000 MG CP : 1 comprimé(s) en cas de douleurs, ne pas dépassez 4
par jour

RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES
EN CAS D'URGENCE COMPOSEZ LE 15
PRISE DE RDV SUR DOCTOLIB POSSIBLE

2

CABINET DU DOCTEUR
[REDACTED]

N° RPPS



N°AM



CABINET MEDICAL [REDACTED]
65000 TARBES
Téléphone : [REDACTED]

TARBES le 07/04/2021

Monsieur [REDACTED]

Né le [REDACTED]

1/ALPRAZOLAM 0.5 MG CP : 1 comprimé(s) matin ½ comprimé(s) midi, puis 1 comprimé(s) au coucher pendant 21 jours , revenir consulter pour la suite

Motif : Anxiété chronique et social

2 boîte(s)

RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES
EN CAS D'URGENCE COMPOSEZ LE 15
PRISE DE RDV SUR DOCTOLIB POSSIBLE

1

Membre d'une association de gestion agréé. Le règlement par chèque est accepté.

Annexe 6 – Ordonnance d'Euphon

**CABINET DU DOCTEUR
SYLVIE [REDACTED]**

N° RPPS



[REDACTED]

N°AM



[REDACTED]

CABINET MEDICAL [REDACTED]
33000 BORDEAUX
Téléphone : [REDACTED]

BORDEAUX le, 19/04/2021

Monsieur, L. [REDACTED]

Né le, 05/05/2002

1/ EUPHON SIROP 300 ML : 2 cuillère(s) à soupes trois fois par jour, pendant 14 jours

(CODEINE PHOSPHATE)

2 boîte(s)

Motif : Toux sèche irritative

**2/ DAFALGAN 1000 MG CP : 1 comprimé(s) en cas de douleurs, ne pas dépassez
4 par jour**

**RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES
EN CAS D'URGENCE COMPOSEZ LE 15
PRISE DE RDV SUR DOCTOLIB POSSIBLE**



Membre d'une association de gestion agréée. Le règlement par chèque est accepté.

Annexe 7 – Document non officiel de tri des patients à l'accueil de la PASS

DATE :	HEURE :	MOTIF DE VENUE :
NOM :		MEDICAL :
PRENOM :		IDE :
Date de Naissance :		DENTAIRE :
Lieu de naissance :		PSYCHIATRE :
Sexe :		PSYCHOLOGUE :
Nationalité :		SOCIAL :
Adresse :		
Téléphone :		
En FRANCE depuis :		
ASSURANCE MALADIE :		
DOCUMENT PRESENTE :		

Etiquette Patient

Annexe 8 – Formulaire de demande de domiciliation à la PASS

DEMANDE D'ÉLECTION DE DOMICILE

Décret n° 2016-641 du 19 mai 2016 relatif à la domiciliation des personnes sans domicile stable



15548*01

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR	
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	
Nom(s) : _____	
Prénom(s) : _____	
Date de naissance : __/__/____ Lieu de naissance : _____	
Nom(s) et prénom(s) des ayants droit : _____	

Numéro de téléphone : _____	
<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} demande <input type="checkbox"/> Renouvellement	
Numéro d'usager (réservé à l'organisme domiciliaire) : _____	
Demande à élire domicile auprès de l'organisme suivant :	
Nom de l'organisme : <u>Permanence d'Accès aux Soins de Santé</u>	
Responsable de l'organisme (Nom, Prénom, Fonction) : <u>Dr J. Faure</u>	
Si organisme agréé, préfecture ayant délivré l'agrément : <u>Préfecture de la Gironde</u>	
Adresse postale : <u>86 cours d'Albret 33085 Bordeaux Cedex</u>	
Courriel : _____	
Téléphone : <u>05.56.79.58.76</u>	
Fait à _____ le __/__/____ Je certifie l'exactitude de l'ensemble des éléments apportés en vue de la délivrance de cette attestation et m'engage à signaler immédiatement à l'organisme procédant à l'élection de domicile tout changement modifiant cette déclaration. SIGNATURE DU DEMANDEUR	Fait à _____ le __/__/____ SIGNATURE ET CACHET DE L'ORGANISME Le cachet de l'organisme fait office d'accusé de réception.

Tout organisme de domiciliation a obligation d'accuser réception de la demande, de proposer un entretien au demandeur et d'indiquer la décision d'accord ou de refus motivée à la demande dans un délai maximum de deux mois.

PROPOSITION D'ENTRETIEN
Vous êtes convoqué à un entretien le : __/__/____ à __ h __
avec : _____
à l'adresse suivante : _____

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article 441-1 et suivants du code pénal). La loi punit également quiconque utilise une fausse identité ou un document administratif destiné à l'autorité publique (article 443-19 du code pénal).

La loi 78-17 du 06/01/1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données apportées dans ce document. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de l'organisme domiciliaire.

Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique.

Les données issues de ce formulaire seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

DÉCISION RELATIVE A LA DEMANDE D'ÉLECTION DE DOMICILE

Décret n° 2016-641 du 19 mai 2016 relatif à la domiciliation des personnes sans domicile stable

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR	
<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M.
Nom(s) : _____	
Prénom(s) : _____	
Date de naissance : __/__/____	Lieu de naissance : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ORGANISME DOMICILIATAIRE
Nom de l'organisme : <u>PASS</u>
Si organisme agréé, préfecture ayant délivré l'agrément : <u>Préfecture de la Gironde</u>
Numéro d'agrément : <u>2016-09</u>

DÉCISION
Votre demande est : <input type="checkbox"/> acceptée
L'attestation d'élection de domicile se trouve au verso de ce document.
<input type="checkbox"/> refusée
Motif en cas de refus : _____

Orientation proposée : _____

Fait à _____ le __/__/____
SIGNATURE ET CACHET DE L'ORGANISME

Voies et délais de recours : La présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif dans le ressort duquel se situe l'organisme, dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

ATTESTATION D'ÉLECTION DE DOMICILE

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Mme M.

Nom(s) : _____

Prénom(s) : _____

Nom(s) et prénom(s) des ayants droit : _____

A élu domicile auprès de l'organisme suivant :

Nom de l'organisme : Permanence d'Accès aux Soins de Santé _____

Responsable de l'organisme (Nom, Prénom, Fonction) : Dr J Faure _____

Si organisme agréé, préfecture ayant délivré l'agrément : Gironde _____

Adresse postale : 86 Cours d'Albret 33075 Bordeaux Cedex _____

Courriel : _____

Téléphone : 05.56.79.58.76 _____

Son adresse postale est la suivante :

Nom(s) : _____ Prénom(s) : _____

PASS _____

86 cours d'Albret _____

33075 Bordeaux Cedex _____

DURÉE DE L'ATTESTATION

L'élection de domicile est accordée pour une durée d'un an.

Date de validité de l'attestation : __/__/____ au __/__/____

Il est recommandé de demander le renouvellement de l'élection de domicile au moins deux mois avant sa date d'échéance.

Date de première domiciliation au sein de l'organisme : __/__/____

Fait à _____ le __/__/____

SIGNATURE ET CACHET DE L'ORGANISME

Consulter les droits
d'un assuré
(Consultation des DRoits)

CDR

Professionnels de santé concernés
— Etablissements de santé

Professionnels de santé / Etablissements de santé / Consulter l'offre / CDR

Tout savoir sur CDR

A quoi ça sert ?

Définition

CDR (Consultation des DRoits) est un service en ligne gratuit, accessible via un navigateur **Internet** et sécurisé avec une carte de professionnel de santé (CPx). Il est ouvert à certains établissements de santé et à l'ensemble des centres de santé.

Le service a pour objet de **fiabiliser la facturation** : il permet, en l'absence de la carte Vitale de l'assuré, de consulter ses droits à l'assurance maladie obligatoire (AMO), et ce, quelle que soit sa caisse d'affiliation.

Les informations sur un patient sont communes à toutes les caisses d'affiliation (identification, droits, exonération du ticket modérateur, présence ou non d'un médecin traitant, etc.).

Points-forts

- Meilleure connaissance des droits du patient
- Fiabilisation de la facture
- Diminution du nombre de factures en rejet



Porté par l'ARS Nouvelle-Aquitaine et déployé par ESEA Nouvelle-Aquitaine

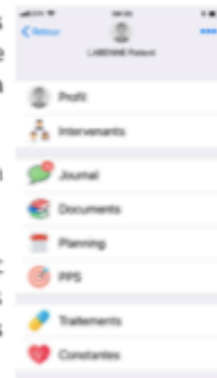
ESEA
e-santé en action



→ À destination des **professionnels de la prise en charge des secteurs médicaux, médico-sociaux et sociaux**. Il favorise le **partage et l'échange** autour du **patient** et facilite une **coordination décloisonnée des parcours** pour un **maintien à domicile sécurisé**.

→ **Accessible en mobilité sur smartphone ou tablette** en version iOS et Android, il est ergonomique et facile d'utilisation.

→ **Sécurisé et agréé HDS (Hébergeur Données de Santé)**, il permet un **partage et un échange d'informations sécurisés** avec les intervenants autour du patient tout en **respectant la gestion des confidentialités**.



→ Ses principales fonctionnalités **facilitent le lien ville-hôpital et fluidifient les échanges**.

→ Déployé **gratuitement** par les équipes de territoire d'ESEA Nouvelle-Aquitaine dans le cadre du déploiement des PTA et de la coordination de parcours et de proximité.



Le journal de communication pour un échange et un partage d'informations plus faciles entre les intervenants de la prise en charge du patient

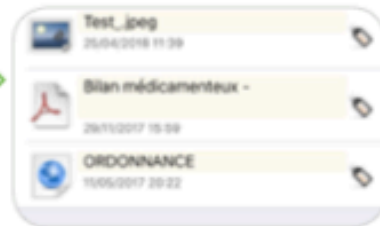


Le planning du patient pour une vision des actions de prise en charge : RDV médicaux, interventions à domicile...

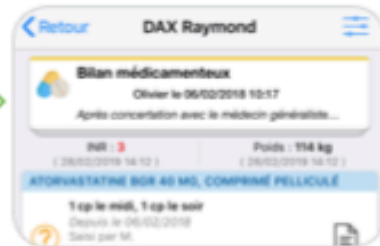




La documenthèque pour une meilleure connaissance du contexte du patient en complément du journal de communication



L'espace traitements et sa vision exhaustive des différents médicaments pris par le patient permettent aux pharmaciens de faire les bilans médicamenteux



Le Plan Personnalisé de Santé pour la vision complète des problèmes de santé identifiés sur le patient et des actions de prise en charge



Un système de notification et d'alertes renseigne sur un nouvel événement dans la prise en charge du patient

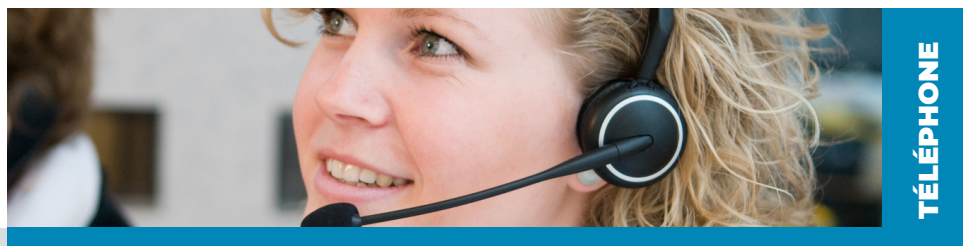


Ces fonctionnalités sont également accessibles en web.

Autant de services pour favoriser le suivi et la coordination des parcours des patients, faciliter la communication entre les professionnels, assurer une vigilance sur la prise en charge.

Application disponible sur





Faire appel à un interprète par téléphone ?

Nos interprètes par téléphone sont disponibles dans 185 langues et dialectes, 24h/24 et 7j/7, depuis toute la France.

Pour faire appel à un interprète, rien de plus simple :

- 1** Appelez le **01 53 26 52 62**. Votre appel sera réceptionné par un coordinateur ISM.
- 2** Plusieurs informations vous seront demandées :
 - votre code utilisateur (fourni par ISM à votre structure),
 - votre nom, et si vous appelez pour la première fois, votre prénom, votre fonction, votre service et votre numéro de téléphone professionnel,
 - la langue ou le dialecte dans lequel vous souhaitez un interprète, et éventuellement le pays d'origine de la personne.Si votre entretien est susceptible de durer plus d'1 heure, merci de le signaler au coordinateur.
- 3** Vous pouvez être mis en relation avec un interprète soit sur RDV, soit en direct (en général, cela prend seulement quelques minutes)
 - Si votre interlocuteur allophone est à distance, signalez-le dès le début. Via notre système d'audioconférence, une fois l'interprète en ligne, le coordinateur appellera la personne pour la mettre en relation avec l'interprète et vous.
 - Si votre interlocuteur ne répond pas, vous avez la possibilité de lui laisser un message par l'intermédiaire de l'interprète.
- 4** En cas de coupure, rappelez-nous rapidement : vous serez remis en ligne avec l'interprète.



Vous avez une question ?

Contactez notre service Interprétariat par téléphone au **01 53 26 52 62** ou par e-mail : telephone@ism-mail.fr

L'audioconférence

Dans le contexte sanitaire actuel, notre service s'est adapté pour des entretiens avec l'ensemble des participants à distance. Plusieurs interlocuteurs (professionnel, personne allophone, interprète) peuvent ainsi être mis en relation sur des postes téléphoniques distincts.

Votre code utilisateur

Votre code utilisateur est confidentiel, propre à votre structure et utilisable sans limite de temps.

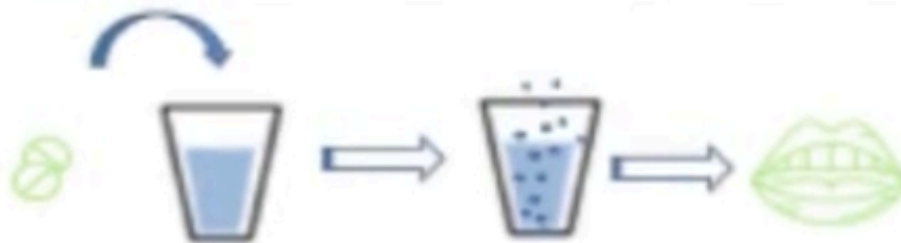
Russe

Doliprane 1g, Таблетка растворимая

Зачем (при каком заболевании) принимать лекарство?

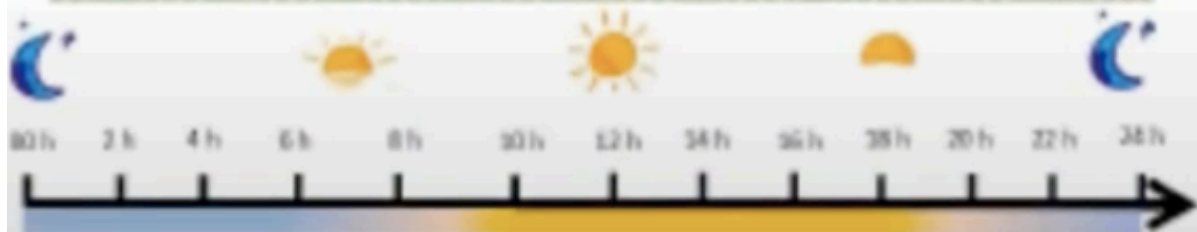
При болях и высокой температуре

Как принимать лекарство?



Растворить полностью в стакане воды и выпить

Когда принимать лекарство? Сколько?



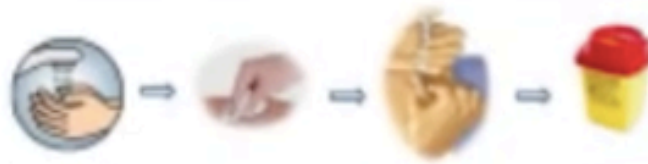
Insulines

ABASAGLAR 300 UI/3 ML INJ KWIKPEN
HUMALOG 300 UI/3ML KWIKPEN STYLO INJ
INSULATARD 1000 UI/10ML INJ FL
INSULATARD NPH FLEXPEN 300 UI/3ML INJ STYLO
NOVOMIX 30 FLEXPEN 300UI/3ML INJ STYLO

¿ Por qué tomar esta medicina ?

Contra la diabetes (reducir la tasa de azúcar en la sangre)

¿ Cómo tomar esta medicina ?



lavarse las manos. Limpiar la piel en el lugar de la inyección
Pellizcar la piel con los dedos
Pinchar perpendicularmente, apretar el pistó de la jeringuilla
Tirar la jeringuilla y/o la aguja en una basura especial

¿ Cuándo tomar esta medicina ? ¿ Y cuántos ?



Adaptar la dosis según la glucemia

Para tener más informaciones, consultar la noticia



Permanence d'accès aux soins (PASS)
Tel. : 03.81.66.86.81
Bâtiment Vert (accès Nord) Niveau 0

ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE D'UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Respect du traitement prescrit : où en est votre patient ?

	Oui	Non
Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Girerd X. et al. Évaluation de l'observance par l'interrogatoire au cours du suivi des hypertendus dans des consultations spécialisées - Arch Mal Cœur Vaiss. 2001 Aug ; 94 (8) : 839-42

Comment évaluer le niveau d'observance de votre patient ?

Votre patient répond par oui ou par non à chacune de ces 6 questions.

- **Si votre patient répond non à toutes les questions,**
il est considéré comme un bon observant.
- **Si votre patient répond oui une ou deux fois,**
il est considéré comme non observant mineur.
- **Si votre patient répond oui trois fois ou plus,**
il est considéré comme non observant.

Ce questionnaire est également disponible sur www.ameli.fr
espace Professionnels de santé>Médecins, rubrique Exercer au
quotidien>Prescriptions>La prescription de médicaments.





PLAN DE POSOLOGIE MEDICAMENTS

 *Ce document n'est pas une ordonnance, c'est un support pour vous accompagner dans la prise de vos médicaments.*

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Médicaments 	Horaires de prise			A quoi sert-il ?	Commentaire(s)
	Matin 	Midi 	Soir 		

Annexe 16 – Ordonnance de Madame J

CABINET MÉDICAL des Drs [REDACTED]
[REDACTED] 33800 Bordeaux - Tél. [REDACTED]

Docteur Jean-Philippe [REDACTED]
Médecine Générale

Consultations sur Rendez-vous du Lundi au Vendredi
Conventionné secteur 1
N° AM : 33 108724 7



Date : 06/04/2021

Madame [REDACTED]
73.5 kg 165.0 cm
Né(e) le 28/10/1953 67 ans

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée mentionnée (AFFECTION EXONÉRANTE)

- 1) JANUVIA 100MG CPR 28 (Sitagliptine 100 mg comprimé)
1 comprimé 1 fois par jour pendant 1 mois.
A renouveler 2 fois
- 2) METFORMINE 500MG EG CPR 90 (Metformine chlorhydrate 500 mg comprimé)
1 comprimé 2 fois par jour pendant 1 mois.
A renouveler 2 fois
- 3) FREESTYLE PAPIILLON EASY BANDEL100
A renouveler 2 fois
- 4) ATORVASTATINE 10MG BGR CPR 30 (Atorvastatine 10 mg comprimé)
1 comprimé 1 fois par jour.
A renouveler 2 fois
- 5) RAMIPRIL 5MG MYLAN PIL CPR SEC 30 (Ramipril 5 mg comprimé)
1 comprimé 1 fois par jour pendant 1 mois.
A renouveler 2 fois

Pharmacie des CAPUCINS
33 Place des Capucins
33800 BORDEAUX
Tél : 05 56 91 91 91
05 56 91 67 05 - 19x - 05 56 31 30 96
www.pharmaciecapucins.fr

AVR. 2021 7/7
24h/24

1 MR 2021
2 AVR 24

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée (MALADIES INTERCURRENTES)

- 1) DOLIPRANE 500MG CPR 16 (Paracétamol 500 mg comprimé)
1 à 2 comprimés 1 à 3 fois par jour selon besoin, en espaçant les prises de 4h minimum.
Avaler avec un peu d'eau, de lait ou jus de fruit, 4 Boîtes.
"Ne pas associer à l'xprim"
A renouveler 2 fois
- 2) AMOXICILLINE 1G MYLAN CPR DISP 14 (Amoxicilline 1 g comprimé dispersible)
1 comprimés 3 fois par jour, pendant 7 jour(s). Dissoudre dans un verre d'eau, remuer jusqu'à ce que le mélange soit homogène et avaler.

Nombre total Prescriptions : 7

Le secrétariat est ouvert du Lundi au Vendredi de 8h30 à 12h et de 13h30 à 17h. En cas d'absence et en cas d'urgence, appeler le 15.

Membre d'une AGA, le règlement des honoraires par chèque est accepté.

Annexe 17 – Ordonnance Madame L

Docteur Bernadette [REDACTED]
[REDACTED]
Tél. : [REDACTED]

Consultations :
Sans RDV : tous les matins
Sur RDV : Mardi matin et Jeudi après-midi
Fermé les Mercredis et Vendredis après-midi
Consultations le Samedi matin

N° PPS [REDACTED]
[REDACTED]

1077/04/2021

re [REDACTED]
[REDACTED]

- Nesbaur de 2mg
2le soir ——— CASP
Lyon

Dafalgan Codeine 3/1 ———
3/1 ———

- Cotranexol 20
2le matin ——— CASP
Lyon

10123143001
N° AM [REDACTED]
[REDACTED]

En cas d'urgence faire le n° du cabinet ou faire 15 - 15.

Membre d'une association agréée, le règlement par chèques est accepté.

[Signature]

Annexe 18 – Ordonnance Madame D



Service d'endocrinologie, diabétologie,
maladies métaboliques et nutrition
Pôle Appareil Digestif Endocrinologie-Diabétologie Nutrition

Tél : 05 57 65 60 78
Fax : 05 57 65 61 03

Hôpital Haut-Lévêque
Avenue de Magellan
33604 PESSAC CEDEX
Téléphone : 05 56 79 56 79



INDROMSHATY

Pr

N.É.

F 30867963 23ans Hqs 0121043112

Nda

e

Pr Vincent RIGALLEAU
Professeur des Universités
Praticien hospitalier

Pr RIGALLEAU Vincent
N°RPPS



10002611254

Pr Kamel MOHAMMEDI
Professeur des Universités
Praticien hospitalier

Pr MOHAMMEDI Kamel
N°RPPS



10100007657

Dr Laurence BAILLET-BLANCO

Praticien hospitalier

Dr BAILLET-BLANCO Laurence
N°RPPS



10003885193

Dr Marie MONLUN-RIBES
Chef Clinique Assistant

Dr MONLUN-RIBES Marie
N°RPPS



10101806486

le 24.02.2021

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue
(Liste ou hors liste) (AFFECTION EXONERANTE)

- NovoRapid 1 U le midi

- 4.5g de sucre 205 - 110
+ insuline

2 fois par 4 fois.

Dr L. BAILLET-BLANCO
PRATICIEN HOSPITALIER
ENDOCRINOLOGIE-DIABETOLOGIE
NUTRITION-MALADIES METABOLIQUES
CHU de Bordeaux - HOPITAL HAUT-LEVÊQUE - 33604 PESSAC

Prescriptions sans rapport avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

Cachet et signature

Médicament substituable, sauf indication contraire - art L5125-23 du CSP



FICHE CONSEILS ALIMENTATION ET DIABETE

Le diabète est une maladie silencieuse avec des complications au niveau de la vue, des reins, du cœur... Il est donc important de prendre de bonnes habitudes pour lutter contre l'avancée de celui-ci.

La perte de poids est un objectif essentiel qui permet d'équilibrer le diabète et donc éviter les complications. Deux choses simples permettent d'aider à atteindre cet objectif :

- Augmenter son activité au quotidien : marche (au moins 20 minutes par jour) ou sport
- Rééquilibrer son alimentation

Comment équilibrer son alimentation ?

- Réduire la consommation de graisses : Il faut privilégier les matières grasses végétales (colza, tournesol, olive) plutôt qu'animales (Charcuterie, fromage, beurre, crème fraîche, ...) qui sont moins bonnes pour la santé.
- Limiter l'alcool : pas plus d'une à deux doses par jour (cidre, vin, apéritif, ...)
- Consommer des glucides en quantité modérée : Il ne faut pas les éliminer de l'alimentation car ils sont une source d'énergie pour le corps. Mais il faut contrôler leur quantité. Les glucides sont représentés par les féculents (pain, riz, pâtes, ...) et les fruits. A la différence des produits sucrés qui sont représentés par les pâtisseries et les boissons sucrées (à prendre de façon modérée et dans des circonstances particulières : fêtes, événements, ...).

Voici une ligne de conduite pour vous aider à composer des repas équilibrés :



Laitages : lait, yaourt, lait de soja

Objectif : 1 par repas, 3 produits laitiers par jour

Éviter : fromage et laitages au lait entier.

Privilégier : les produits allégés en matière grasse.

Féculents : riz, lentilles, pommes de terre, pain, pâtes, ...

Objectif : 1 portion par jour

Privilégier : le pain complet au pain blanc



Diabetoclic.fr®



Légumes : carotte, poireaux, salade, haricots, tomate, ...
Objectif : minimum 2 par jour voire plus
Ils sont riches en fibres et donc bon pour le transit et calment la faim.
Éviter : la cuisson avec du beurre

Fruits : pomme, cerise, kiwi, banane, orange, fraise, ...
Objectif : 2 à 3 fois par jour.
Éviter d'en manger en grande quantité car ils contiennent du sucre



Protéines : viandes, poissons, œufs, fromage, ...
Objectif : max 1 à 2 fois par jour
Privilégier le poisson
Éviter : la charcuterie, la sauce, le fromage, la cuisson avec du beurre
Pour l'huile et le beurre, pas plus d'une cuillère à soupe par repas

ATTENTION, il faut limiter au maximum : sodas, pâtes à tartiner, gâteaux apéritifs, plats préparés, cuisson au beurre, viennoiseries, fromages, les pâtisseries, les chips, les frites, les plats en sauce, ...

Si vous avez des questions ou besoin de soutien, n'hésitez pas à en parler avec votre médecin ou une diététicienne.

L'Assurance maladie propose aux personnes ayant un diabète, et prises en charge dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD), de bénéficier du service d'accompagnement Sophia. Il aide les patients à agir pour leur santé afin de mieux vivre au quotidien et de limiter les risques de complications liées au diabète. C'est un service gratuit et sans engagement. Le service Sophia intervient en complément du médecin traitant pour aider les patients à mettre en pratique ses recommandations et adapter leurs habitudes de vie. Il propose une information approfondie sur le diabète ainsi qu'un soutien et des conseils adaptés aux besoins de chacun.

Pour tout savoir sur le service Sophia, consultez ameli-sophia.fr

BIBLIOGRAPHIE

1. Constitution [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
2. vocabulaire_coop_01092010_2010-09-03_14-05-56_834.pdf [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/vocabulaire_coop_01092010_2010-09-03_14-05-56_834.pdf
3. Pauvreté+et+précarité+en+chiffres [Internet]. Observatoire des inégalités. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.inegalites.fr/Pauvrete-et-precarite-en-chiffres>
4. Spira A. Précarité, pauvreté et santé. Bull Académie Natl Médecine [Internet]. avr 2017 [cité 1 mai 2021];201(4-6):567-87. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001407919304467>
5. Définition - Ménage | Insee [Internet]. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1879>
6. Définition - Revenu disponible | Insee [Internet]. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1458>
7. En 2018, les inégalités de niveau de vie augmentent - Insee Première - 1813 [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4659174>
8. Définition - Niveau de vie | Insee [Internet]. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1890>
9. Définition - Pauvreté monétaire / Seuil de pauvreté / Seuil de pauvreté | Insee [Internet]. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1653>
10. Définition - Taux de pauvreté monétaire | Insee [Internet]. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1320>
11. Salaires et revenus en Europe – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238431?sommaire=4238781>
12. Définition - Population active occupée (BIT) | Insee [Internet]. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1837>
13. Définition - Inactifs | Insee [Internet]. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2018>
14. Godefroy.pdf [Internet]. [cité 9 juin 2021]. Disponible sur: <https://onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Godefroy.pdf>
15. L’Insee analyse la pauvreté en conditions de vie de 2004 à 2017 [Internet]. Vie publique.fr. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/23941-linsee-analyse-la-pauvrete-en-conditions-de-vie-de-2004-2017>
16. Définition - Intensité de la pauvreté | Insee [Internet]. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2021>
17. ETP_07_02_2019_Score_EPICES.pdf [Internet]. [cité 8 juin 2021]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-02/ETP_07_02_2019_Score_EPICES.pdf
18. ETP_07_02_2019_Score_EPICES.pdf [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019->

02/ETP_07_02_2019_Score_EPICES.pdf

19. l'Intérieur M de. Glossaire [Internet]. <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Documentation/Definitions-et-methodologie/Glossaire>. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Documentation/Definitions-et-methodologie/Glossaire>
20. Qui est un migrant? [Internet]. Organisation internationale pour les migrations. 2016 [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.iom.int/fr/qui-est-un-migrant>
21. L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers | Insee [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212#consulter>
22. Les revenus et le patrimoine des ménages - Les revenus et le patrimoine des ménages | Insee [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3549502>
23. er1133.pdf [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://onpes.gouv.fr/IMG/pdf/er1133.pdf>
24. Définition - Revenu de solidarité active / RSA / RSA | Insee [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1718>
25. Allocation de solidarité spécifique (ASS) [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12484>
26. Allocation aux adultes handicapés (AAH) [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12242>
27. Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F16871>
28. En quoi consiste l'allocation pour demandeur d'asile (Ada) ? [Internet]. [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F33314>
29. Demander l'asile en France | OFPRA [Internet]. [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/la-procedure-de-demande-d-asile/demander-l-asile-en-france>
30. LOI n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 (1). 2015-1702 déc 21, 2015.
31. Décret n° 2017-240 du 24 février 2017 relatif au contrôle des conditions permettant de bénéficier de la protection universelle maladie. 2017-240 févr 24, 2017.
32. Projet de loi de finances de finances pour 2019 : Santé [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/a18-150-6/a18-150-66.html>
33. Guillon M, Celse M, Geoffard P-Y. Economic and public health consequences of delayed access to medical care for migrants living with HIV in France. Eur J Health Econ [Internet]. 1 avr 2018 [cité 8 juin 2021];19(3):327-40. Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s10198-017-0886-6>
34. En situation irrégulière (AME) : vos droits et démarches | ameli.fr | Assuré [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/gironde/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame>
35. Enquête Premiers pas sur l'accès aux soins des personnes étrangères sans titre de séjour - Irdes [Internet]. [cité 9 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/enquetes/premiers-pas/actualites.html>
36. Projet de loi de finances pour 2018 - notes de présentation [Internet]. [cité 25 avr

- 2021]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/commission/fin/pjlf2018/np/np25/np255.html>
37. Complémentaire santé solidaire : qui peut en bénéficier et comment ? [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-access-droits-soins/complementaire-sante/complementaire-sante-solidaire-qui-peut-en-beneficier-et-comment>
38. Complémentaire santé solidaire (ex-CMU-C) [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10027>
39. ameli.fr - Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/couverture-maladie-universelle-cmu.php>
40. Accueil [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/accueil-gouvernementfr>
41. Les Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) et les Ateliers santé-ville (ASV) - Le site du CNLE [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.cnle.gouv.fr/les-programmes-regionaux-pour-l.html>
42. Circulaire DGS/SP 2 n° 2000-324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire - APHP DAJDP [Internet]. [cité 9 juin 2021]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgssp-2-n-2000-324-du-13-juin-2000-relative-au-suivi-des-actions-de-sante-en-faveur-des-personnes-en-situation-precaire/>
43. PRS_NA_2018_PRAPS_07_2018_0.pdf [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-08/PRS_NA_2018_PRAPS_07_2018_0.pdf
44. Borgetto et al. - Neuf universitaires et chercheurs.pdf [Internet]. [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: https://onpes.gouv.fr/IMG/pdf/cahiers-onpes_n2-231118.pdf
45. Le Projet régional de santé Nouvelle-Aquitaine 2018-2028 [Internet]. [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-nouvelle-aquitaine-2018-2018-est-adopte>
46. Chapitre II : Missions de service public des établissements de santé (Articles L6112-1 à L6112-9) - Légifrance [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000021939870/2010-02-26>
47. 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) - Légifrance [Internet]. [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/37144>
48. dgos_cc_2018_02_16_a_web_pages_hd.pdf [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_cc_2018_02_16_a_web_pages_hd.pdf
49. SANT4 - Bulletin Officiel N°2006-1: Annonce N°69 [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-01/a0010069.htm>
50. DGOS. Précarité : accès aux soins [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite/article/precarite-acces-aux-soins>
51. Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - INSTRUCTION N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en

- place du parcours de santé des migrants primo-arrivants [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=43755>
52. dgos_u01_fiche_mig_precairite_2019.pdf [Internet]. [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_u01_fiche_mig_precairite_2019.pdf
53. A randomised trial of compassionate care for the homeless in an emergency department - The Lancet [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(95\)90975-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(95)90975-3/fulltext)
54. Effect of an In-Hospital Multifaceted Clinical Pharmacist Intervention on the Risk of Readmission: A Randomized Clinical Trial | Clinical Pharmacy and Pharmacology | JAMA Internal Medicine | JAMA Network [Internet]. [cité 2 mai 2021]. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2670037>
55. Leguelinel-Blache G, Dubois F, Bouvet S, Roux-Marson C, Arnaud F, Castelli C, et al. Improving Patient's Primary Medication Adherence. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 16 oct 2015 [cité 25 avr 2021];94(41). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4616785/er481.pdf>
56. er481.pdf [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er481.pdf>
57. Beck F. Usages des drogues et pratiques addictives en France - Analyses du Baromètre santé. 2017;62.
58. Jouanjus E, Lapeyre-Mestre M. Ordonnances suspectes indicateur d'abus possible : résultats de l'enquête OSIAP 2019. *Therapies* [Internet]. mars 2021 [cité 2 mai 2021];76(2):170. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0040595721000275>
59. Tambon M, Ponté C, Micallef J, Lapeyre-Mestre M. Complications cliniques liées à l'abus de prégabaline : données du Réseau français d'addictovigilance. *Therapies* [Internet]. mars 2021 [cité 2 mai 2021];76(2):161-2. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0040595721000135>
60. Arrêté du 12 février 2021 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de prégabaline et fixant leur durée de prescription.
61. Arrêté du 12 juillet 2017 portant modification des exonérations à la réglementation des substances vénéneuses.
62. Gibaja V, Jouanjus E, Tournebize J, Lapeyre-Mestre M. Antitussifs opiacés, les données d'addictovigilance avant et après le 12 juillet 2017. *Therapies* [Internet]. 1 mars 2021 [cité 2 mai 2021];76(2):174. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0040595721000366>
63. Enquête de satisfaction auprès des usagers des PASS du CHU de Bordeaux : hôpital Saint André (évaluation à 3ans) et hôpital Pellegrin (1ere évaluation). [Bordeaux]; 2020.
64. Missions [Internet]. La Cimade. [cité 9 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.lacimade.org/nous-connaître/missions/>
65. - ASTI de Bordeaux [Internet]. [cité 9 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.astibordeaux.fr/>
66. Guide_2015.pdf [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: http://www.comede.org/wp-content/uploads/2018/11/Guide_2015.pdf
67. beh_2_3_4_2012.pdf [Internet]. [cité 5 mai 2021]. Disponible sur:

https://soshepatites.org/actu/pdf/beh_2_3_4_2012.pdf

68. chap._2_Sante_Mentale_et_Precarite_Chambon_ZerougVial.pdf [Internet]. [cité 5 mai 2021]. Disponible sur: http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Articles_RECHERCHE_Orspere-Samdarra/chap._2_Sante_Mentale_et_Precarite_Chambon_ZerougVial.pdf
69. Paaco-Globule : l’outil E-parcours de la Nouvelle-Aquitaine | ESEA - e-santé en action [Internet]. [cité 9 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.esena.fr/programmes/paaco-globule-loutil-e-parcours-de-la-nouvelle-aquitaine>
70. ISM Interprétariat - Le dialogue à trois [Internet]. [cité 9 juin 2021]. Disponible sur: <https://ism-interpretariat.fr/>
71. Sécurisation de la dispensation des médicaments : des fiches multilingues pour les patients en situation de précarité [Internet]. [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.chu-besancon.fr/le-chru/actualites-du-chru/actualite/securisation-de-la-dispensation-des-medicaments-des-fiches-multilingues-pour-les-patients-en-situa.html>
72. Bilan de médication [Internet]. Pharmacie-clinique.fr. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <http://pharmacie-clinique.fr/bilan-de-medication/>
73. sfpc_memo_bilan_partag_de_medication_vdef_dc_2017.pdf [Internet]. [cité 9 juin 2021]. Disponible sur: https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/08/sfpc_memo_bilan_partag_de_medication_vdef_dc_2017.pdf
74. DSS_Carine.D, DGOS_Alexandra.B, DGOS_Olivier.F, DGOS_Stéphane.G, DGOS_Valentine.I, DGS_Com, et al. Système de santé et médico-social [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 9 juin 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/>
75. Barhoumi M, Jonchery A, Lombardo P, Le Minez S, Mainaud T, Raynaud E, et al. Les inégalités sociales à l’épreuve de la crise sanitaire : un bilan du premier confinement. 2020. INSEE.

L'accès aux soins des populations en situation de précarité et axes d'améliorations à l'officine.

Déborah MARTIN
Sous la direction de Aimée MINOT

Résumé :

La précarité augmente sur le territoire français et l'accès aux soins des populations en situation de précarité s'avère insuffisant malgré les dispositifs sanitaires existants. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé ont été mises en place afin d'ouvrir un accès à la santé et favoriser le retour ou l'accès au parcours de droit commun. Dans ce parcours de santé, les pharmaciens d'officine sont des acteurs de santé majeurs et de première ligne car aisément accessibles. Dans ce contexte, nous avons souhaité évaluer par une enquête auprès des pharmaciens officinaux de la région bordelaise s'ils disposaient des outils, formation et informations nécessaires à la prise en charge de ces patients. Des études montrent que les interventions pharmaceutiques (conciliations, entretiens) en milieu hospitalier ont un impact favorable sur l'observance, les risques de mésusages et le taux de ré-hospitalisation. Nous avons donc, suite à l'observation de l'organisation de la PASS et de la Pharmacie à Usage Intérieur de l'hôpital Saint André à Bordeaux, et sur la base des résultats de notre enquête, imaginé des axes d'améliorations de cette prise en charge à l'officine. Le principal outil que le pharmacien peut mettre en œuvre à l'officine est l'entretien pharmaceutique. Nous avons donc construit puis réalisé de tels entretiens à destination des personnes en situation de précarité. De plus il apparaît dans les résultats de notre enquête que la formation des pharmaciens d'officine sur les modalités de prise en charge et les circuits d'accueil des patients précaires est nécessaire et doit être renforcée.

Mots clés :

Précarité ; Pauvreté ; Permanence d'Accès aux Soins de Santé ; PASS ; Droit Commun ; Aide Médicale d'État ; Complémentaire Santé Solidaire ; Accès aux soins ; Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins ; PRAPS