



HAL
open science

La dispensation des produits de santé aux patients en situation de précarité: étudier et optimiser la prestation pharmaceutique dans les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) en Nouvelle-Aquitaine

Aurélie Labadie

► To cite this version:

Aurélie Labadie. La dispensation des produits de santé aux patients en situation de précarité: étudier et optimiser la prestation pharmaceutique dans les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) en Nouvelle-Aquitaine. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03351956

HAL Id: dumas-03351956

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03351956>

Submitted on 22 Sep 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°90

MEMOIRE DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES DE PHARMACIE HOSPITALIERE

Tenant lieu de

THESE D'EXERCICE

Pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Le 15/09/2021 à Bordeaux (33)

Par **Aurélié LABADIE**

Née le 19/01/1992 à Talence (33)

**LA DISPENSATION DES PRODUITS DE SANTE AUX
PATIENTS EN SITUATION DE PRECARITE**

**Etudier et optimiser la prestation pharmaceutique dans
les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)
en Nouvelle-Aquitaine**

DIRECTEUR DE THESE

Madame le Docteur Aimée Minot

Membres du jury

Mme le Professeur Marine Aulois-Griot
Mme le Docteur Aimée Minot
Mme le Docteur Annie Burbaud
Mme le Professeur Florence Taboulet

Président
Membre
Membre
Membre

Remerciements

Au **Professeur Aulois-Griot**, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury.

Au **Docteur Annie Burbaud**, pour m'avoir aidé à mettre en place ce projet et conseillé dans ce travail, je vous remercie de faire partie de ce jury.

Au **Professeur Florence Taboulet**, pour avoir accepté de juger ce travail et pour votre disponibilité.

A ma directrice de thèse, le **Docteur Aimée Minot**, merci pour la confiance que tu m'accordes depuis ces deux dernières années et qui m'a permis de mener à bien ce travail. Une nouvelle aventure va maintenant commencer, c'est une chance de continuer d'apprendre avec toi et j'espère être à la hauteur de tes attentes.

A **Elsa Jugie**, pour votre aide précieuse et votre disponibilité. Ce projet n'aurait certainement pas abouti sans votre appui, j'espère que nous pourrions poursuivre ce travail ensemble.

A **ma famille**, sans qui rien de tout cela n'aurait été possible, à votre soutien sans faille tout au long de ce parcours du combattant. A **ma maman**, ta force et ta sensibilité, à **mon papa**, ta douceur et ta générosité, ce travail reflète les valeurs que vous m'avez transmises. A **ma (petite) sœur**, ta tête en l'air et tes oups nous auront bien occupés... tu es aujourd'hui devenue une jeune femme épanouie, je suis très fière de toi.

A **mes mamies, mon parrain, mes zinzins préférés**, à ces vacances et ces Noël passés tous ensemble. Que ces moments de partage durent toujours. A **mon papi**, j'aurais aimé que tu sois là, je sais que tu aurais été fier de nous. On ne choisit pas sa famille mais si j'avais pu, j'aurais fait tout pareil.

A **mes copains d'abord**, à **ma team vendredi** depuis plus de 10 ans. A **Marlène**, tu es un véritable pilier pour moi et tu as contribué au maintien de mon moral presque au beau fixe pendant toutes ces années, merci pour ton franc parler et tes punchlines toujours bien trouvées. A **Simon**, mon ami, mon allié sans faille des soirées qui n'en finissent pas... notre voyage aux Etats-Unis restera gravé, mon sac à dos sera toujours prêt pour partir avec toi ! A **Anaïs**, ta bonne humeur et ton optimisme ont toujours été une vraie bouffée d'oxygène et malgré ton retour à la vie parisienne tu es toujours là pour les événements qui comptent (même si des fois tu te plantes de train). A **Pierre-Arnaud**, quatrième pilier de notre team vendredi, c'est promis, un jour on ira au BK ensemble. A **Romain, Jean-Ba, Duf, Damien, Thibaut, Max, Zigzag, Antoine**, vous êtes une vraie bande de malades. Merci de faire partie de ma vie, merci pour la richesse de ces moments partagés, j'ai beaucoup évolué à vos côtés.

A ma vieille **Marjo**, tout a commencé il y a plus de vingt ans à dos de poney... même si aujourd'hui on a des plannings souvent incompatibles, tu es toujours près de moi. Pas besoin de longs discours, cela fait bien longtemps que tu fais partie de ma famille.

A **Marin**, depuis ce fameux TP nous sommes devenus binômes à la fac puis dans la vie de tous les jours. On a partagé tellement de moments, on a rigolé (beaucoup), on s'est engueulé (un peu) et on clôture ensemble ces études (enfin surtout moi, parce que tu n'es pas encore Professeur). Je n'aurais jamais été là où j'en suis sans toi, cela représente beaucoup pour moi et je t'en serai éternellement reconnaissante. J'espère pouvoir te voir longtemps trainer les pieds dans les couloirs de l'hôpital jusqu'à mon bureau (avec ou sans café). Félicitations pour ton parcours qui ne fait que commencer.

A **Alix**, mon bibou, je suis heureuse d'avoir eu la chance de découvrir ta bienveillance, ton soutien, ta bonne humeur... et bien sûr ta voix légendaire. A ces litres de thé et toutes ces heures à râler qui ont finalement porté leurs fruits ! Ton parcours est à la hauteur de ta force de caractère, je sais que tu arriveras au bout en marquant les esprits. Je serai toujours là, tu sais déjà tout.

A **Jess**, il faudrait au moins autant de pages que cette thèse pour décrire la personne que tu es. J'ai eu la chance de croiser ta route et je suis fière d'être devenu ton amie. On se rappellera de nos arrivées en stage toujours à l'heure, de nos soirées toujours raisonnables (-+==+), et des cheese naans (triple double fromage) qui m'ont souvent fait traverser Bordeaux à une heure tardive ! Je ne garde que de bons souvenirs de ces années passées à tes côtés et de ces quelques mois de collocation (sauf peut-être les trucs chelous que tu mettais dans tes cheveux...). Ton lit et ton bol seront toujours prêts à t'accueillir, ne t'en fais pas ! Merci pour tout, comme tu sais je ne te lâcherai plus (nein nein). Sans oublier **Ecume**. Miaou.

A ma **Camille**, j'admire ton courage et ta détermination. Ne doute jamais de toi, tu es une personne exceptionnelle et une amie hors du commun. A New-York, Boston et nos destinations futures.

A **Lucas**, Lulu, Lucluc... à ces années de fac passées ensemble, à nos deux séjours à Rungis, à ces congrès marqués par le peu d'heures de sommeil, à toutes ces soirées au FDO, à ton hoquet, au coronavirus de Marseille et tant d'autres souvenirs. On est arrivés au bout, ça y est !

A **Antoine et Anita**, on se souviendra du Bootleg, de la flûte, des lumières bleues, de la bulle et des soirées sans limite.

A **Claire**, tes pétages de plomb auront animé mon dernier semestre. A notre bocal de graines et surtout à nos traditionnels verres en afterwork. Tu es une personne solaire (pour ne pas dire lampadaire) et je suis heureuse d'avoir fait ta connaissance de plus près.

A **Olivier**, le phénomène venu tout droit de Marseille, avec toi on ne s'ennuie jamais et c'est toujours un plaisir de te revoir ! A ces soirées mémorables passées en ta compagnie, dans ta coloc infernale.

A **Elodie**, nous avons partagé des semestres puis d'autres moments depuis quelques temps puisque tu fais partie de la team dorénavant.

A **Julien**, tu es le pharmacien qui m'a prouvé qu'on pouvait travailler différemment, avec une curiosité et une ouverture d'esprit exceptionnelles, tu es un vrai puits de sciences. C'est une chance d'avoir pu apprendre avec toi, mon internat a pris un véritable tournant cette année-là et j'aurais aimé que cela dure plus longtemps.

A **mes co-internes (Pauline, Océane, Jordan, Clément, Ruben, Magali, Sacha, Julie...)**, à toutes ces équipes qui m'ont accueillie, m'ont fait grandir et m'ont appris à appréhender la profession de pharmacien telle que je la conçois aujourd'hui. A **toute l'équipe de Saint-André** qui va devoir me supporter encore quelques temps. Merci pour tout ça, j'espère ne jamais vous décevoir et continuer d'être animée par la passion de ce métier que j'ai choisi.

Table des matières

PARTIE I : SANTE ET PRECARITE EN FRANCE, ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE ET ROLE DU PHARMACIEN	13
A. NIVEAU DE VIE, PAUVRETE, PRECARITE : DEFINITIONS	13
B. HISTORIQUE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE CONCERNANT L'ACCES A UNE COUVERTURE SOCIALE	15
C. LA PRECARITE ET SES CONSEQUENCES SUR LA SANTE	18
D. LA PRECARITE ET SES CONSEQUENCES SUR NOTRE SYSTEME DE SANTE	22
1. <i>Santé et précarité : un engagement national et international</i>	22
2. <i>Financement et coût de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)</i>	23
3. <i>Financement et coût de l'aide médicale d'état (AME)</i>	25
E. LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE, UNE OFFRE DE SOINS DESTINEE AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE	28
F. ACCES AUX MEDICAMENTS ET IMPORTANCE DU ROLE DU PHARMACIEN AU SEIN DU DISPOSITIF DES PASS	32
PARTIE II : ETUDE DE L'ACCES AUX MEDICAMENTS ET PRODUITS DE SANTE POUR LES PATIENTS RELEVANT DE LA PASS EN NOUVELLE-AQUITAINE	35
A. DESCRIPTION DE L'OFFRE DE SOINS	35
B. ETUDE DES MODES DE DISPENSATION DES MEDICAMENTS ET PRODUITS DE SANTE	36
1. <i>Accès aux médicaments et produits de santé</i>	37
2. <i>Modalités de dispensation des traitements</i>	38
3. <i>Difficultés rencontrées par les PASS interrogées</i>	40
PARTIE III : ETUDE OBSERVATIONNELLE D'UNE COHORTE DE PATIENTS SUIVIS PAR LA PASS DE L'HOPITAL SAINT-ANDRE	44
A. DESCRIPTION DE LA STRUCTURE	44
B. MISE EN PLACE D'UN ESPACE DEDIE A LA DISPENSATION DES TRAITEMENTS AUX PATIENTS SUIVIS PAR LA PASS	45
C. ETUDE OBSERVATIONNELLE D'UNE COHORTE DE PATIENTS	47
1. <i>Données sociodémographiques</i>	47
2. <i>Données relatives au parcours du patient</i>	51
3. <i>Données relatives aux médicaments prescrits</i>	54
4. <i>Données relatives à la dispensation des traitements</i>	58
5. <i>Principales difficultés rencontrées</i>	60
PARTIE IV : OPTIMISATION DE LA PRESTATION PHARMACEUTIQUE DES PASS DE NOUVELLE-AQUITAINE	63
A. ACCES AUX PRODUITS DE SANTE	63
B. BARRIERE DE LA LANGUE	64
C. AMELIORATION DE LA COMMUNICATION ENTRE LES DIFFERENTS INTERLOCUTEURS	66
D. ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES	69
CONCLUSION	71
ANNEXES	73
BIBLIOGRAPHIE	103
SERMENT DE GALIEN	107

Liste des annexes

<i>ANNEXE 1 - SCORE EPICES</i>	73
<i>ANNEXE 2 - QUESTIONNAIRE "DISPENSATION DES MEDICAMENTS ET PRODUITS DE SANTE - PASS NOUVELLE-AQUITAINE"</i>	74
<i>ANNEXE 3 – DOTATION DE MEDICAMENTS DEDIEE A LA DISPENSATION POUR LES PATIENTS DE LA PASS</i>	80
<i>ANNEXE 4 – PATHOLOGIES CHRONIQUES RETROUVEES CHEZ LES PATIENTS DE LA PASS DE SAINT-ANDRE ENTRE JUIN ET OCTOBRE 2020</i>	82
<i>ANNEXE 5 - PLAN DE PRISE VIERGE DU CHU DE BORDEAUX</i>	84
<i>ANNEXE 6 – ORDONNANCE VISUELLE DU CCAS DE LA VOULTE-SUR-RHONE</i>	85
<i>ANNEXE 7 – EXEMPLES DE FICHES MULTILINGUES UTILISEES AU CHU DE BESANÇON</i>	90
<i>ANNEXE 8 – INSTRUCTION « PRESERVATION DE LA CONTINUITE DES SOINS DES PATIENTS PRIS EN CHARGE PAR LA PASS, PAR LA DISPENSATION DE MEDICAMENTS PAR LES PHARMACIES DU CHU DE BORDEAUX »</i>	94
<i>ANNEXE 9 – UTILISATION DU SERVICE DE CONSULTATION DES DROITS (CDR) AMELI</i>	98

Liste des abréviations

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

UC : unité de consommation

OCDE : Organisation de coordination et de développement économiques

COS : centre d'observation de la société

HCSP : Haut Conseil de la santé publique

EPICES : évaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les centres d'examens de santé

CES : centres d'examens de santé

PUMa : protection universelle maladie

CMU : couverture maladie universelle

CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire

CNLE : Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

AMD : aide médicale départementale

AME : aide médicale d'Etat

ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé

LFSS : loi de financement de la sécurité sociale

CSS : complémentaire santé solidaire

Drees : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques

Onpes : Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale

AVC : accident vasculaire cérébral

BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

SSR : soins de suite et de réadaptation

TSA : taxe de solidarité additionnelle

URSSAF : Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

ACOSS : Agence centrale des organismes de sécurité sociale

CNAM : caisse nationale d'assurance maladie

IGF : Inspection générale des finances

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

CSBM : consommation de soins et de biens médicaux

CNAM-TS : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

PLANIR : plan local d'accompagnement du non recours, des incompréhensions et des ruptures

PASS : permanence d'accès aux soins de santé

PRAPS : Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis

DHOS : Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins

PUI : pharmacie à usage intérieur

ARS : agence régionale de santé

MIGAC : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie

T2A : tarification à l'activité

MIG : mission d'intérêt général

PIRAMIG : pilotage des rapports d'activité des missions d'intérêt général

DAF : dotation annuelle de financement

AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

EMPP : équipe mobile psychiatrie, précarité, migrants

ELSA : équipe de liaison en soins addictologiques

ETP : équivalent temps plein

IDE : infirmier diplômé d'Etat

CHU : centre hospitalier universitaire

CEID : comité d'étude et d'information sur la drogue et les addictions

SAEMNA : service d'accompagnement et d'évaluation des mineurs non accompagnés

VHC : virus de l'hépatite C

VHB : virus de l'hépatite B

TSO : traitement de substitution aux opiacés

G-CSF : granulocyte-colony stimulating factor

ORL : oto-rhino-laryngologique

OSIAP : ordonnances suspectes, indicateur d'abus possibles

CCAS : centre communal d'action sociale

AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien

IEC : inhibiteur de l'enzyme de conversion

ISRS : inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine

IRSNA : inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

IPP : inhibiteur de la pompe à protons

CDR : consultation des droits

OMS : Organisation mondiale de la santé

AREB : anémie réfractaire par excès de blastes

Table des figures

FIGURE 1 : EVOLUTION DU NIVEAU DE VIE MEDIAN ANNUEL EN FRANCE, ENTRE 1996 ET 2017	13
FIGURE 2 : CHRONOLOGIE DE MISE EN PLACE DES DIFFERENTS DISPOSITIFS D'ASSURANCE MALADIE POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE	17
FIGURE 3 : EVOLUTION DE LA STRUCTURE DES RECETTES DU FONDS DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE DEPUIS SA CREATION	23
FIGURE 4 : SCHEMA SIMPLIFIE DU FINANCEMENT DE LA CSS	23
FIGURE 5 : SCHEMA SIMPLIFIE DU FINANCEMENT DE L'AME	25
FIGURE 6 : EVOLUTION DU NOMBRE ET DU COUT TRIMESTRIELS MOYENS PAR BENEFICIAIRE DE L'AME DEPUIS 2009	26
FIGURE 7 : EVOLUTION DE LA DEPENSE GLOBALE D'AME DE 2009 A 2019	27
FIGURE 8 : REPARTITION DES PASS EN NOUVELLE-AQUITAINE	35
FIGURE 9 : LIEUX DE DISPENSATION DES MEDICAMENTS ET PRODUITS DE SANTE	37
FIGURE 10 : ORIENTATION DES PATIENTS RELEVANT DE LA PASS LORS D'UNE SORTIE D'HOSPITALISATION	38
FIGURE 11 : PROFESSIONS DES DIFFERENTES PERSONNES CHARGES DE LA DISPENSATION (PAR STRUCTURE)	39
FIGURE 12 : DETAIL DES INFORMATIONS DONNEES LORS DE LA DISPENSATION D'UNE ORDONNANCE (PAR STRUCTURE)	40
FIGURE 13 : DIFFICULTES D'ACCES PAR CLASSES DE MEDICAMENTS ET PRODUITS DE SANTE PAR STRUCTURES	40
FIGURE 14 : EVOLUTION DE L'ACTIVITE DE LA PASS DE SAINT-ANDRE AU COURS DU TEMPS	45
FIGURE 15 : PAYS D'ORIGINE DES PATIENTS DE LA COHORTE	48
FIGURE 16 : REPARTITION DES NATIONALITES DES PATIENTS DE LA COHORTE PROVENANT D'AFRIQUE	49
FIGURE 17 : REPARTITION DES NATIONALITES DES PATIENTS DE LA COHORTE PROVENANT D'EUROPE	49
FIGURE 18 : ETAT DES DROITS DES PATIENTS DE LA COHORTE POUR L'ACCES AUX MEDICAMENTS ET PRODUITS DE SANTE	50
FIGURE 19 : PROVENANCE DES PATIENTS DE LA COHORTE	52
FIGURE 20 : REPARTITION DES MOTIFS DE CONSULTATION AYANT CONDUIT A LA DISPENSATION DE TRAITEMENTS	53
FIGURE 21 : REPARTITION DES PRINCIPALES PATHOLOGIES CHRONIQUES	54
FIGURE 22 : PROPORTION DES DIFFERENTS TYPES DE TRAITEMENTS DISPENSES	56
FIGURE 23 : NOMBRE DE LIGNES DISPENSEES PAR CLASSE THERAPEUTIQUE, PROPORTION DE TRAITEMENTS AIGUS ET CHRONIQUES	57
FIGURE 24 : NOMBRE DE PATIENTS PAR JOUR A LA PUI, MOYENNE ET TENDANCE GLOBALE	59

Table des tableaux

TABLEAU 1 : EVOLUTION DU TAUX DE PAUVRETE ET DU NOMBRE DE PERSONNES "PAUVRES" ENTRE 1996 ET 2018	14
TABLEAU 2 : EVALUATION DE LA DOTATION MIG EN FONCTION DE L'ACTIVITE ANNUELLE	31
TABLEAU 3 : AXES D'AMELIORATION PROPOSES PAR LES STRUCTURES INTERROGEEES EN NOUVELLE-AQUITAINE	42
TABLEAU 4 : CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DES PATIENTS DE LA COHORTE	48
TABLEAU 5 : DUREES DE SUIVI DES PATIENTS DE LA COHORTE	51
TABLEAU 6 : MEDICAMENTS ET CLASSES THERAPEUTIQUES INSCRITS AU LIVRET ET INDISPENSABLES A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SUIVIS PAR LA PASS	68

Partie I : Santé et précarité en France, enjeux de santé publique et rôle du pharmacien

A. Niveau de vie, pauvreté, précarité : définitions

Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) (1), « le niveau de vie est égal au revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unité de consommation (UC) », généralement calculées selon l'échelle de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) : 1 UC pour le premier adulte du ménage, 0,5 pour les autres personnes de 14 ans ou plus et 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans. Ainsi, le niveau de vie tient compte de la taille et de la composition du foyer ; il est identique pour tous les membres d'un même ménage.

Le niveau de vie médian est la valeur du niveau de vie qui partage la population en deux parties égales.

En 2017, le niveau de vie médian annuel était de 20 820 € (Figure 1).

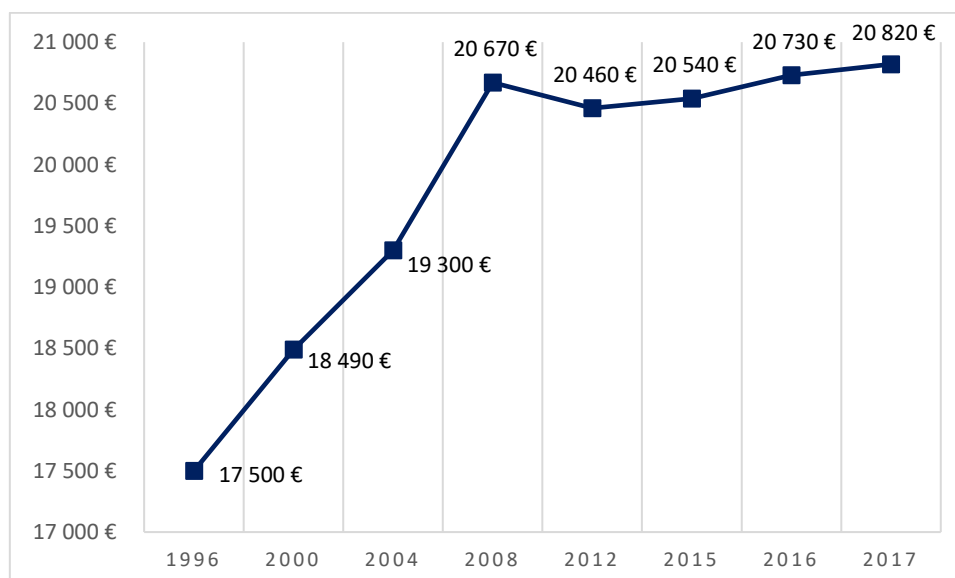


Figure 1 : Evolution du niveau de vie médian annuel en France, entre 1996 et 2017

Le seuil de pauvreté est un indicateur relatif, généralement fixé à 50 % ou à 60 % du niveau de vie médian au niveau européen. Selon l'édition 2020 des tableaux de l'économie française publiée par l'Insee (2), le seuil de pauvreté en France correspond à 60 % du niveau de vie médian de la population ; il s'établit à 1041 euros par mois pour une personne seule en 2017.

Le taux de pauvreté correspond à la proportion d'individus dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. Ce taux était de 14,8 % en 2018, ce qui représentait 9,3 millions de personnes (Tableau 1).

Année	Taux de pauvreté (seuil à 60 %)	Nombre de personnes
1996	14,6 %	8 292 000
2000	13,7 %	7 951 000
2004	12,7 %	7 495 000
2008	13,2 %	7 952 000
2012	14,2 %	8 760 000
2016	14,0 %	8 783 000
2017	14,1 %	8 889 000
2018	14,8 %	9 327 000

Tableau 1 : Evolution du taux de pauvreté et du nombre de personnes "pauvres" entre 1996 et 2018

Le taux de pauvreté a atteint son minimum en 2004, pour réaugmenter à partir de 2005 et de manière plus marquée après la crise économique de 2008 (2). Il est important de préciser que le taux de pauvreté est variable selon la catégorie socioprofessionnelle. Par exemple, en 2017, le taux de pauvreté est de 15 % pour les ouvriers et de 3,4 % pour les cadres et professions intellectuelles supérieures.

Cette notion de pauvreté englobe généralement celle de précarité, dont les définitions sont multiples, la rendant difficile à évaluer. Selon le Centre d'observation de la société (COS), « le terme *précarité* fait le plus souvent référence à la *précarité du statut du travail* » mais « la *précarité* peut aussi faire référence aux difficultés sociales en général, telles que la *pauvreté*, le *chômage*, le *temps partiel subi* ou d'autres *problématiques* » (3). Selon le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), « la *précarité* ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'évènements et d'expériences qui débouchent sur des situations de *fragilisation économique, sociale et familiale* (4) ». Un des outils actuels d'évaluation est le score individuel de précarité EPICES (évaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les centres d'examens de santé), établi en 1998, qui constitue un indicateur permettant de prendre en compte le caractère multidimensionnel de la précarité. Il donne la possibilité de mesurer, au niveau individuel, les situations de précarité sociale et économique (5). Il est calculé grâce à un questionnaire de 42 questions (*Annexe 1*) incluant différents critères tels que l'absence de couverture maladie, la composition familiale, les relations sociales, la pratique physique, l'emploi, le niveau d'études ou encore la catégorie socio-professionnelle. Il a été généralisé à l'ensemble des centres d'examens de santé (CES) à partir de l'année 2002 et évalué en 2004, ce qui a permis de montrer sa pertinence pour détecter et quantifier la précarité (5,6).

En France, l'accès à une couverture sociale est étroitement lié à cette notion de précarité puisqu'il s'inscrit dans une politique d'aide sociale depuis la crise des années 70 et dans une démarche de réduction des inégalités de santé depuis les années 90.

B. Historique législatif et réglementaire concernant l'accès à une couverture sociale

A l'issue de la Seconde Guerre mondiale, la protection sociale mise en place est destinée aux résidents en France : la nationalité et la régularité du séjour ne constituent pas des critères déterminants pour l'accès aux prestations. Ainsi, en 1945, un étranger pouvait être affilié à la sécurité sociale s'il résidait en France et cotisait par son activité professionnelle, alors qu'un Français non-résident ne le pouvait pas. C'est à partir des années 70 que la condition de séjour régulier intègre le droit à la protection sociale, notamment dans le cadre de la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse, alors non autorisée pour les femmes étrangères ne justifiant pas des conditions de résidence. De plus, la croissance du chômage à partir de 1975 conduit à la mise en place d'une vaste politique d'aide sociale afin d'étendre la population concernée par la protection sociale. Par la suite, la loi de 1993 relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France généralise l'usage de la condition de séjour régulier au sein de la protection sociale et exclut les étrangers en situation irrégulière de l'assurance maladie (7).

A partir de la fin des années 90, différentes lois se sont ensuite succédées dans le but de réduire les inégalités d'accès aux soins, notamment concernant les patients en situation de précarité. Ce cheminement, détaillé ci-après, a abouti en 2016 à la réforme de la protection universelle maladie (PUMA) (8) et à la loi de financement de la sécurité sociale de décembre 2019 (9) qui déterminent le fonctionnement actuellement en vigueur (Figure 2).

Dans un premier temps, la loi du 27 juillet 1999 (10) a établi la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) qui permettait une affiliation au régime général d'assurance maladie sous la condition de résider en France. La CMU consistait en un « panier de soins couverts » auxquels un tarif était fixé et par conséquent imposé aux professionnels de santé. La CMU complémentaire (CMU-C) était une protection complémentaire santé gratuite pour toute personne résidant de manière régulière en France, de façon ininterrompue depuis plus de trois mois et appartenant à un foyer avec plafond annuel de 8 653,16 € en métropole pour une personne seule. Cette protection assurait la prise en charge du ticket modérateur, du forfait hospitalier et des frais supplémentaires concernant les soins dentaires, les soins en lunetterie et les prothèses dentaires et auditives dans la limite des tarifs fixés par arrêté ; elle dispensait de l'avance de frais et de la prise en charge de certains soins. Selon le Conseil

national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE), à la fin de l'année 2015, 5,39 millions de personnes bénéficiaient de la CMU-C, soit une augmentation de 3,5 % en un an (11). La CMU-C avait pour but de faire disparaître l'aide médicale départementale (AMD), mais l'exigence de régularité de séjour pour y accéder a conduit au maintien d'un dispositif d'aide médicale spécifique pour les étrangers en séjour irrégulier, appelée aide médicale d'Etat (AME). Ce dispositif créé en 1999 est défini par l'article L251 du code de l'action sociale et des familles (12) et permettait initialement aux étrangers en situation irrégulière résidant en France mais ne remplissant pas la condition de régularité de séjour de bénéficier d'un accès aux soins. Par la suite, la loi de finances rectificative pour 2003 instaure la condition de résidence ininterrompue de trois mois en France pour accéder à l'AME et une prise en charge réduite aux soins urgents et vitaux pour les personnes ne remplissant pas la condition de régularité de séjour.

L'AME permet la prise en charge à 100 % d'un « panier de soins » comparable à celui des assurés sociaux à l'exception des médicaments à faible service médical rendu remboursés à 15 %, des médicaments princeps dès lors qu'il existe un générique, de la procréation médicalement assistée, des cures thermales et des lunettes, prothèses dentaires et audioprothèses prises en charge seulement à hauteur de la part obligatoire. Cette aide est accordée par périodes d'un an, renouvelables. Le plafond de ressources fixé est identique à celui de la CMU-C. Selon un rapport du CNLE, la population concernée est plutôt jeune, puisque 41 % ont moins de 30 ans ; et 57 % sont des hommes (11). Le dispositif d'AME inclut plusieurs entités :

- L'AME de droit commun qui offre une couverture santé aux étrangers en situation irrégulière pouvant démontrer une résidence d'au moins trois mois en France.
- Le dispositif des soins urgents et vitaux permettant l'accès aux soins pour les étrangers en situation irrégulière non-éligibles à l'AME lorsque la gravité de leur état de santé le justifie. Il ne donne lieu à aucune ouverture de droits mais permet de compenser *a posteriori* les dépenses engagées par les hôpitaux.
- L'AME dite « humanitaire » 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.
- L'AME dont peut bénéficier toute personne gardée à vue, qu'elle réside ou non en France, si son état de santé le justifie

Le fait de définir un plafond annuel de revenu pour l'accès à ces dispositifs génère un effet pénalisant pour les personnes situées juste au-dessus du seuil. Cela a conduit en 2005 à la mise en place de l'aide

au paiement d'une complémentaire santé (ACS) dans le cas où les ressources du foyer sont légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU-C (majoration du plafond de 35 %). L'ACS donne droit pendant un an à une aide financière pour payer une assurance complémentaire santé choisie sur une liste de contrats sélectionnés par le ministère de la Santé et permet de réduire le montant de la cotisation annuelle. Selon le CNLE en 2015, 1.35 millions de personnes bénéficiaient de l'ACS, soit une hausse de 12,6 % par rapport à 2014 (11).

Afin de simplifier l'accès aux droits d'assurance maladie pour les personnes qui en sont dépourvues, la réforme de la protection universelle maladie est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016 (8). 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 trois mois à l'ouverture des droits est maintenu, et un délai de six mois par an est exigé pour le renouvellement (11). Elle est garantie douze mois après la fin de validité du titre de séjour par le décret n°2017-240 du 24 février 2017 (13).

Enfin, l'ACS a été fusionnée avec la CMU-C en application de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 (14), donnant lieu à la complémentaire santé solidaire (CSS) à partir du 1^{er} novembre. Celle-ci est attribuée à titre gratuit aux personnes dont les ressources sont inférieures au plafond d'attribution de la CMU-C et en contrepartie d'une participation financière aux personnes dont les ressources correspondent à l'attribution de l'ACS. Cette participation financière est définie selon l'âge de l'assuré et plafonnée à 30 € par mois.

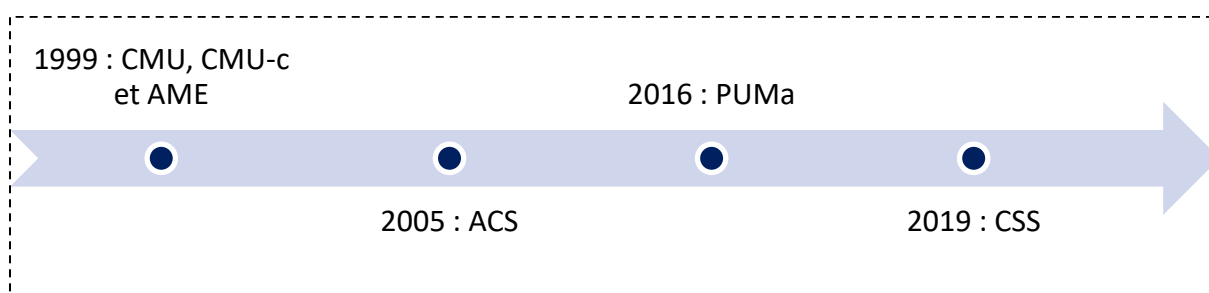


Figure 2 : Chronologie de mise en place des différents dispositifs d'assurance maladie pour les personnes en situation de précarité

Ainsi, la prise en charge sociale des personnes en situation de précarité s'inscrit dans une logique de protection de la santé publique globale puisque les conséquences sur la santé de cette population sont multiples et entraînent également des répercussions sur la population générale.

C. La précarité et ses conséquences sur la santé

En 2000, le HCSP estimait que le phénomène de précarisation touchait 20 à 25 % de la population totale vivant en France, soit 12 à 15 millions de personnes. La précarité est susceptible d'impacter de manière significative la santé de cette population car elle favorise l'apparition d'un état de santé dégradé par rapport à la population générale (4). De plus, le cumul de problèmes sociaux est associé à un risque croissant de maladies et de troubles (15). D'après une étude de la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (Drees), il existe une différence significative d'état de santé à âge égal entre les bénéficiaires de la CMU et les non bénéficiaires (16). Selon un rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (Onpes), « *il semble que, subies d'une manière prolongée, les conditions de vie des personnes en situation précaire soient à même d'induire, de déclencher ou de révéler des pathologies latentes et d'expliquer ainsi une plus grande prévalence de pathologies avérées dans les milieux défavorisés* (17) ». De plus, les comportements délétères sont généralement corrélés aux caractéristiques sociales, comme la consommation d'alcool (15), de tabac ou autres drogues (18) ou encore l'association de plusieurs substances (19). L'environnement, les conditions de travail, les liens sociaux, le niveau d'étude, la catégorie socio-professionnelle ont également un impact non négligeable sur l'état de santé et sur la mortalité (20,21). D'après une étude menée conjointement par la Drees et Santé Publique France en 2017 (22), les principaux indicateurs de santé s'améliorent avec la catégorie socioprofessionnelle : sur la période 2009-2013, l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers était de 6,4 ans pour les hommes et de 3,2 ans pour les femmes ; en 2013, 36,4 % des personnes sans diplôme déclaraient avoir un problème de santé chronique contre 24,3 % des personnes avec un niveau d'étude supérieur à bac +2.

La prévalence des pathologies somatiques telles que les maladies respiratoires, métaboliques ou cardiovasculaires est plus importante chez les personnes en situation de précarité. Par exemple, le risque de développer un diabète de type 2 est inversement corrélé au statut socio-économique (23) ; en 2017 la prévalence du diabète était plus élevée de 67% chez les femmes et de 32% chez les hommes appartenant au quintile le plus défavorisé de la population par rapport au quintile le plus favorisé (22). Les maladies respiratoires et séquelles d'accidents ou de maladies graves sont plus représentées chez les personnes sans-domiciles par rapport à une population ayant un logement personnel (24). Ces pathologies ne sont pas spécifiques de cette population mais surreprésentées dans leurs formes aggravées (15). Ainsi, la mortalité et le taux d'hospitalisation sont augmentés dans le quintile le plus défavorisé par rapport au quintile de la population le plus favorisé (22), respectivement :

- De 50 % et de 16 % pour les cardiopathies ischémiques
- De 30 % et de 13 % pour les accidents vasculaires cérébraux (AVC)
- De 53 % et 65 % pour la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Les souffrances psychiques, troubles du comportement, états dépressifs (21) et autres problèmes de santé mentale (25) sont également surreprésentés. Les maladies du système nerveux, les psychoses chroniques ou alcooliques, les schizophrénies, délires et troubles névrotiques sont plus fréquentes parmi les personnes sans logement fixe. En effet, une étude de 2003 estimait que près d'un sur quatre d'entre eux connaissait des états dépressifs fréquents et un sur dix souffrait d'une pathologie du système nerveux, soit nettement plus que dans la population générale (24). L'absence d'activité professionnelle est également un facteur de risque de dépression, de consommation d'alcool, de tabac et de substances psychoactives, pouvant conduire à un état de santé dégradé (26).

L'analyse des médicaments consommés plus spécifiquement par les bénéficiaires de l'AME montre une augmentation significative de la consommation d'antiviraux systémiques, de médicaments des dépendances et toxicomanies, d'anti-inflammatoires et analgésiques, d'antinéoplasiques et d'antidiabétiques par rapport au reste de la population. En revanche, ils consomment moins de médicaments des troubles psychiques (ce qui traduit probablement un défaut de prise en charge psychiatrique) et moins de médicaments associés à des pathologies bénignes. Concernant les séjours hospitaliers, les spécialités les plus représentées sont l'obstétrique (27 % des séjours d'AME de droit commun) la pneumologie (7 %) et l'hépatogastro-entérologie (6 %) (27).

L'état de santé altéré des personnes en situation de précarité est non seulement lié à des conditions de vie plus précaires que la population générale mais également à une différence de perception de l'état de santé et de la croyance dans les systèmes de santé (5,21). Ce phénomène est appelé « gradient social de santé ». Ainsi, d'après Fieulaine et al., les patients en situation de précarité apparaissent comme ayant moins de pratiques préventives, un moindre recours aux soins et plus de pratiques à risque (25). Si l'on prend l'exemple du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), Desgrées du Loû (28) estiment que 35 à 49 % des migrants originaires d'Afrique subsaharienne ont acquis le VIH après leur arrivée en France, ce qui montre une nécessité d'améliorer la prévention dans cette population et la compréhension des déterminants de ces infections survenues en France. Ces différences de rapport au corps et à la santé entraînent inévitablement une sous-déclaration de certains troubles par les patients en situation de précarité et un retard à la prise en charge (29).

Cette population connaît également une plus grande difficulté d'accès aux soins que la population générale, secondaire notamment au manque d'information sur les démarches et lieux permettant un accès gratuit à des soins ou examens. De plus, certains traitements, recommandations ou examens préconisés sont inadaptés aux conditions de vie ou de travail de ces patients. Ces inégalités de recours

aux soins, induisent une fréquence plus importante des problèmes de santé mais également un retentissement plus important sur les plus démunis.

Desprès et al. (30) estiment que « *le cumul de vulnérabilités sociales apparait comme le facteur le plus important du renoncement aux soins* ». Ce dernier est notamment motivé par l'absence de couverture maladie et des difficultés financières : selon l'étude Précar, 52 % des patients consultant les centres de soins gratuits déclaraient avoir déjà renoncé à des soins médicaux curatifs pour des raisons financières (31). L'absence d'assurance maladie complémentaire constitue le facteur principal du renoncement : selon Desprès et al. (30), les personnes sans complémentaire renoncent deux fois plus que les autres aux soins les moins bien couverts par le régime obligatoire ; selon le rapport de la Drees, 53 % des personnes sans complémentaire santé déclarent renoncer aux soins, contre 33 % des personnes bénéficiaires de la CMU-C et 23 % des bénéficiaires d'une complémentaire santé hors CMU-C (22). Le rapport d'activité 2019 du fonds de la complémentaire santé solidaire (32) met en avant le fait qu'un tiers des personnes éligibles à la CMU-C et à l'ACS se restreignent sur les soins médicaux et montre également que l'accès à la CSS permet de faire reculer le renoncement à ces consultations de 4,8 points.

Ainsi, en 2018, la population éligible à la CMU-C en métropole était comprise entre 6,5 et 7,7 millions de personnes. Avec une moyenne mensuelle de 4,4 millions de bénéficiaires, le taux de non-recours au dispositif était donc compris entre 32 et 44 %. En ce qui concerne l'ACS, le nombre de personnes éligibles si situait entre 3,1 et 4,4 millions de personnes ; avec une moyenne mensuelle de 1,4 million de bénéficiaires, le taux de non-recours était compris entre 38 et 57 %. De plus, le taux d'utilisation des attestations ACS s'établissait seulement à 77 % en 2019, ce qui s'explique en partie par la complexité du dispositif et des démarches administratives, les différentes pratiques d'accompagnement de la part des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), le manque d'information sur le dispositif en entreprise et parmi les professionnels de santé ou encore la barrière de la langue (32).

Concernant l'AME, l'enquête Premiers pas (33) montre que seules 51 % des personnes éligibles en bénéficient et que, même après cinq ans de résidence en France, 35 % des personnes sans titre de séjour n'ont pas l'AME. Les principaux motifs de non-recours au dispositif retrouvés dans l'enquête étaient la complexité des démarches ou l'incapacité de fournir un justificatif de résidence ou de revenu.

Le recours tardif aux soins est donc notamment lié aux difficultés d'accès aux droits en matière de santé, parfois secondaire à une incapacité à faire valoir ces droits ou encore à la complexité des démarches administratives. L'aide d'une personne compétente est souvent nécessaire pour seconder les personnes en situation de précarité dans l'accès aux soins. En effet, les situations s'avèrent parfois

complexes notamment pour les ressortissants étrangers durant leurs trois premiers mois de séjours en France (ou dans l'impossibilité de prouver leur présence durant plus de trois mois), les détenteurs d'un visa ou encore les personnes couvertes par un régime différent d'assurance maladie. Ainsi, la prise en charge sociale des populations migrantes relève en France de dispositifs multiples, ne répondant que partiellement aux besoins, les différents pays n'ayant pas nécessairement d'accord entre eux. Dans ces cas-là, les difficultés administratives, la méconnaissance des droits et des structures ainsi que la barrière de la langue constituent des obstacles fréquents à l'accès aux soins et aux droits (34).

Par ailleurs, Perret et al. (35) évaluent en 2019 la part du refus de soins à 22 % des femmes sans domicile bénéficiaires de l'AME ou de la CMU, pouvant être expliqué par les difficultés de communication des médecins avec les patients et la complexité des démarches administratives conditionnant le remboursement des soins (27). Ainsi, le fonds de la complémentaire santé solidaire finance des travaux permettant d'étudier l'impact de l'interdiction des dépassements d'honoraires pour les bénéficiaires de la CMU-C sur les honoraires totaux, les dépassements moyens et le volume d'activité des médecins et dentistes libéraux. En effet, cette interdiction conduit à une baisse non négligeable de la rémunération à l'acte pour les médecins de secteur 2 et les dentistes libéraux lorsque la proportion de bénéficiaires de la CMU-C augmente, encourageant ces derniers à refuser la prise en charge de ces patients ou à augmenter les tarifs des autres consultations. Cependant, d'après les recherches de la Chaire santé Dauphine, la baisse des dépassements par acte n'a pas d'impact significatif sur les honoraires totaux des médecins de secteur 2 et des dentistes libéraux qui acceptent les patients bénéficiaires de la CMU-C (36).

Tous ces éléments entraînent pour les personnes en situation de précarité de réelles difficultés pour faire valoir leurs droits et en assurer la continuité, ce qui induit inévitablement un risque de non recours aux droits et aux soins. L'accumulation de plusieurs de ces facteurs peut constituer un frein à l'insertion ou la réinsertion sociale, maintenir les personnes dans cette situation de précarité et impacter de manière non négligeable notre système de santé.

La prise en charge médico-sociale de cette population est donc un véritable enjeu de santé publique, faisant partie intégrante des réformes du système de santé depuis la fin du XX^{ème} siècle.

D. La précarité et ses conséquences sur notre système de santé

1. Santé et précarité : un engagement national et international

Selon les éléments précédemment cités, la prise en charge des populations en situation de précarité apparaît comme indispensable et primordiale à la fois pour l'amélioration de l'état de santé des bénéficiaires mais aussi pour la population générale.

En milieu urbain, cela s'inscrit dans une démarche de santé publique cohérente, notamment en matière de lutte contre la propagation des maladies contagieuses, dans un objectif de diminution du développement de maladies graves et de résistance aux traitements qui impacteraient *in fine* la population générale. De plus, ne pas assurer un accès aux soins primaires aux personnes en situation de précarité cumulant des handicaps sanitaires et sociaux peut augmenter le risque sanitaire associé à un retard de soins et conduire la société à devoir assumer des dépenses plus importantes, notamment hospitalières (27). L'enquête Premier pas suggère également que toute mesure visant à limiter les droits offerts par l'AME mettrait en danger l'état de santé de cette population et laisserait le poids de leur prise en charge aux services d'urgence et aux associations (33). A titre d'exemple, Guillon et al. montrent 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 (37).

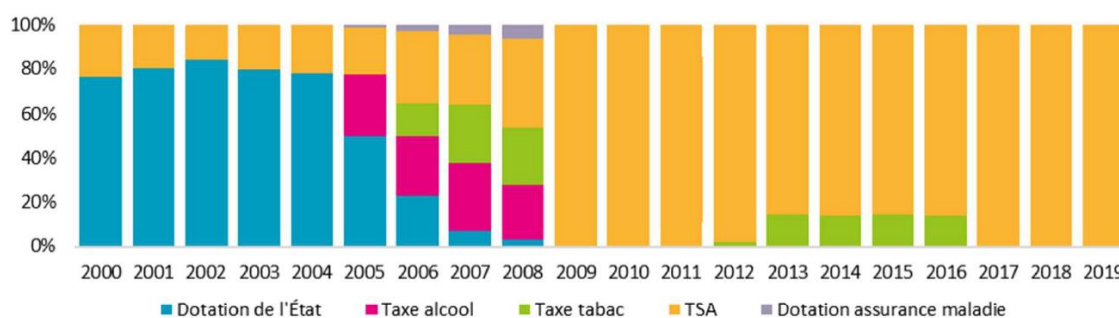
En milieu rural, les difficultés de prise en charge sanitaire ou médico-sociale diffèrent et semblent plutôt orientées vers des problématiques gériatriques. Ainsi, les difficultés sociales des patients impactent la possibilité de trouver une orientation adéquate au sein de l'institution ou auprès de structures d'hébergement ou de soins de suite et de réadaptation (SSR) et allongent par conséquent de manière non négligeable les durées moyennes d'hospitalisation.

Au niveau international, les engagements de la France incluent la Convention des Nations-Unies sur les droits économiques, sociaux et culturels qui pose un droit à la santé de manière non discriminatoire dans les cas d'urgence et de protection des personnes vulnérables (enfants et femmes enceintes). Au niveau européen, la Convention européenne des droits de l'homme, la Charte sociale européenne et la Charte des droits fondamentaux précisent les conditions de l'accès aux soins de tout individu sans condition relative à la régularité de résidence (27).

2. Financement et coût de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

Le financement de la CSS est assuré par le fonds de la CSS, anciennement fonds de la CMU-C, établissement public national à caractère administratif créé par la loi du 27 juillet 1999. Le fonds est chargé à la fois du financement de la CSS et du contrôle des dépenses liées à ces dispositifs.

Le financement du fonds est intégralement assuré par la taxe de solidarité additionnelle (TSA) en application de la LFSS de 2017 (Figure 3).



Source : Fonds de la Complémentaire santé solidaire

Figure 3 : Evolution de la structure des recettes du fonds de la complémentaire santé solidaire depuis sa création

La TSA est assise sur les cotisations des contrats d'assurance maladie souscrits auprès des sociétés ou entreprises d'assurance, mutuelles ou institution de prévoyance, selon des taux variables en fonction des types de contrats. L'ensemble des contrats d'assurance comprenant des garanties d'assurance-maladie est donc soumis à cette taxe, qu'ils soient individuels ou collectifs, à adhésion obligatoire ou facultative, responsables ou non-responsables, souscrits à titre professionnel ou privé, que le mode de financement provienne de l'employeur ou directement de l'assuré (38). Elle est recouvrée par l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) Ile-de-France auprès des organismes complémentaires. Les recettes sont ensuite versées chaque trimestre au fonds de la CSS par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) (Figure 4).

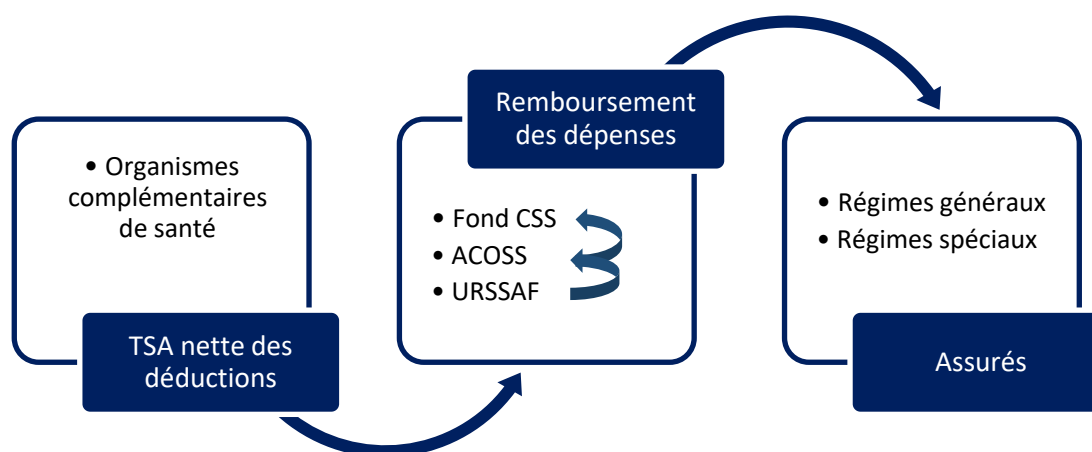


Figure 4 : Schéma simplifié du financement de la CSS

Selon le rapport d'activité du fonds (32), l'assiette de la TSA, correspondant au montant annuel des sommes assujetties à la taxe, était de 38,7 milliards d'euros en 2019. La même année, le montant de la TSA recouvré par l'URSSAF a atteint un montant total de 5,2 milliards d'euros, soit une augmentation de 3,4% par rapport à 2018. Un montant de 2,64 milliards d'euros a été affecté au fonds pour le financement des dispositifs, soit 5 2% du montant total de la taxe (2,32 milliards pour la CMU-c/CSS et 292 millions pour l'ACS). Les 2,48 milliards restants ont été affectés aux branches famille et sécurité sociale de la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM).

Les bénéficiaires de la CSS peuvent choisir entre leur organisme d'assurance maladie d'affiliation et un organisme complémentaire inscrit sur la liste nationale pour la gestion de leurs droits. En cas d'absence de choix, l'organisme d'assurance maladie obligatoire est désigné par défaut. Fin 2019, 8 % des bénéficiaires de la CMU-C avaient opté pour la gestion par un organisme complémentaire, tous régimes confondus (32). Ainsi, la répartition des dépenses du fonds est globalement de 80 % pour les paiements aux régimes de base et 20 % pour les déductions aux organismes complémentaires. Le remboursement des dépenses prises en charge est effectué de deux façons différentes :

- Acomptes réguliers sur la base de forfaits et versements complémentaires à hauteur des dépenses réellement engagées pour les régimes obligatoires d'assurance maladie
- Déduction des montants dus au titre de la TSA chaque trimestre pour les organismes complémentaires. Dans le cas où le montant des déductions est supérieur au montant de la TSA, les organismes sont remboursés par l'URSSAF.

En 2019 le nombre de bénéficiaires de la CMU-C/CSS était de 5,85 millions soit 4,3 % supplémentaires par rapport à 2018 et la dépense globale s'élevait à 2,4 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes (2,2 milliards) et des organismes complémentaires (205 millions). La dépense moyenne annuelle par bénéficiaire était donc de 413 € quel que soit le mode de gestion, soit un coût moyen de 415 € pour les trois principaux régimes et 394 € pour les organismes complémentaires. Les catégories de dépenses les plus importantes se répartissaient de la manière suivante : 25 % pour les honoraires des médecins et professions paramédicales ; 20 % pour les forfaits CMU-C (dentaire, optique, aides auditives) ; 18 % pour les prestations hospitalières ; 16,5 % pour les médicaments. Les trois quarts des dépenses étaient destinés aux soins de ville et le quart restant aux soins hospitaliers. L'évolution de la dépense mensuelle en soins de ville pour la CMU-C a suivi celle de la dépense de ville au titre du ticket modérateur des affiliés à la CNAM, tout en restant inférieure, ce qui s'explique par une population plus jeune que la population générale.

En ce qui concerne l'ACS, le nombre de bénéficiaires fin 2019 s'élevait à 1,71 millions, soit une augmentation de 4 % par rapport à 2018 mais seulement 1,30 million des bénéficiaires ont utilisé leur

attestation. Ainsi, le montant total des crédits d'impôts ACS déclarés s'élevait à 393 millions d'euros, soit une moyenne annuelle par bénéficiaire de 320 €.

3. Financement et coût de l'aide médicale d'état (AME)

L'AME est une prestation d'aide sociale mentionnée dans le code de l'action sociale et des familles et non dans le code de la sécurité sociale. Elle ne répond donc pas à une logique contributive et ses bénéficiaires ne sont pas considérés comme des assurés sociaux. Ainsi, elle est financée par le budget de l'Etat qui rembourse théoriquement le montant intégral à l'assurance maladie, hors coûts de gestion, dans le cadre de la mission « Santé ». Cette mission est composée de deux programmes, dont le programme 183 « Protection maladie » qui finance quasi-exclusivement l'AME et représente 82 % des crédits de la mission, soit 934,4 millions d'euros en 2020 avec un coût trimestriel moyen estimé par bénéficiaire de 709 euros. La majorité de cette dotation (95 %) permet de financer l'AME de droit commun, le reste étant alloué à l'AME soins urgents (4,3 %), à l'AME dite « humanitaire » destinée aux évacuations sanitaires d'étrangers résidant à Mayotte et à l'aide médicale pour personnes en garde à vue. La particularité des soins urgents est qu'ils sont financés à la fois par l'Etat, à hauteur d'une dotation forfaitaire de 40 millions d'euros, et par l'assurance maladie, pour un montant de 29,6 millions d'euros en 2018 (39) (Figure 5).

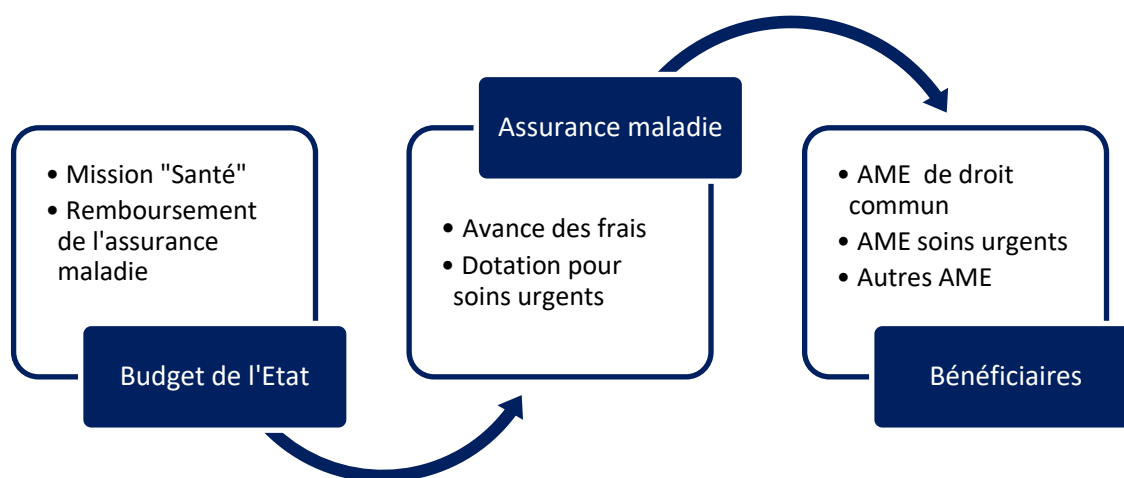


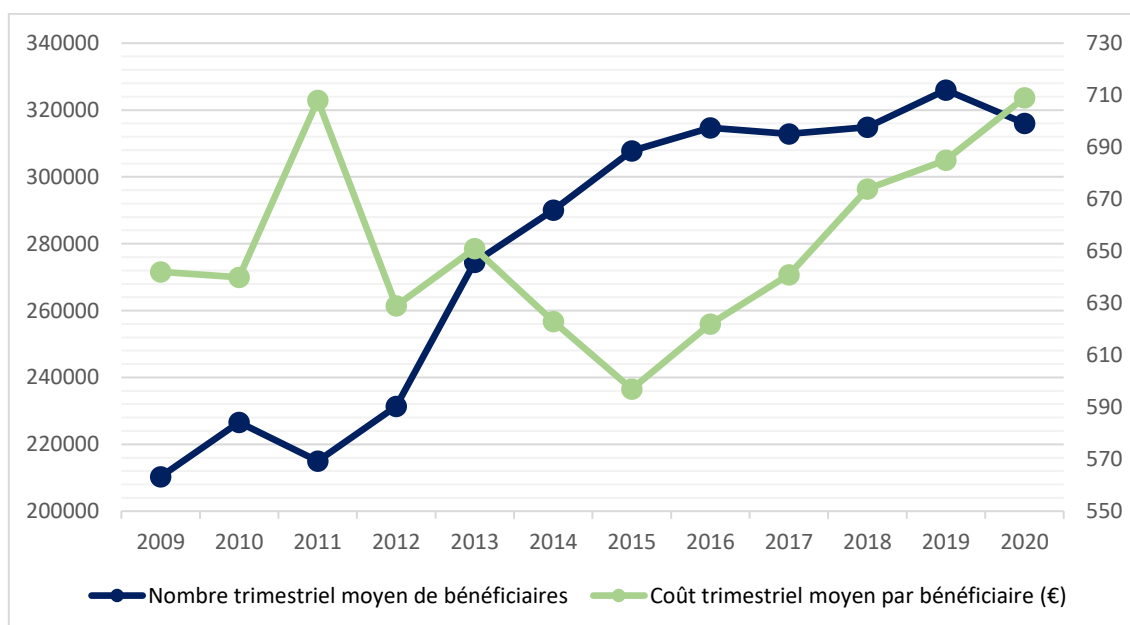
Figure 5 : Schéma simplifié du financement de l'AME

Cependant, la gestion administrative à l'hôpital représenterait près de 5 % du montant total de dépenses réalisées au titre de l'AME et du dispositif soins urgents et vitaux, non intégrée dans le budget de l'Etat. De plus, les modalités de facturation des soins ne permettent pas aux hôpitaux d'imputer la totalité des dépenses à destination des étrangers en situation irrégulière au titre de l'AME ou du dispositif soins urgents et cela conduit à enregistrer certaines créances comme irrécouvrables. Le rapport de 2019 de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale des affaires

sociales (IGAS), estime que « les dépenses prodiguées aux étrangers en situation irrégulière pourrait être sous-évaluées d'au moins 8 %, en raison des dépenses inscrites en créances irrécouvrables et de celles qui n'ont jamais fait l'objet d'émission de titres » (27).

En 2018, 318 106 étrangers en situation irrégulière bénéficiaient de l'AME, et le coût total s'élevait à 904 millions d'euros, les deux tiers de cette dépense étant représentés par les soins hospitaliers. Cette répartition peut être expliquée par l'état de santé dégradé de cette population nécessitant une prise en charge hospitalière ou par une intégration partielle voire inexistante au système de santé de droit commun. En effet, l'hôpital constitue un point de passage obligé pour les personnes en situation de précarité ne pouvant justifier trois mois de résidence en France, ce qui confère à l'institution hospitalière un rôle de premier recours sanitaire pour cette population. Néanmoins, la part de soins de ville progresse de façon constante depuis 2012, ce qui signe un processus encore inachevé de normalisation de l'accès au système de soins permettant une prise en charge précoce et une probable économie de la dépense hospitalière (27).

Parmi les bénéficiaires de l'AME en 2018, 54 % étaient des hommes, 48 % avaient entre 18 et 39 ans, 22 % étaient mineurs. Concernant l'origine des étrangers en situation irrégulière, plus de deux tiers des bénéficiaires de l'AME et des soins urgents provenaient d'Afrique du nord ou d'Afrique subsaharienne, la nationalité algérienne étant la plus représentée. L'analyse du nombre de bénéficiaires et du coût moyen trimestriel montre une évolution constante jusqu'à stabilisation à partir de 2015 (Figure 6).

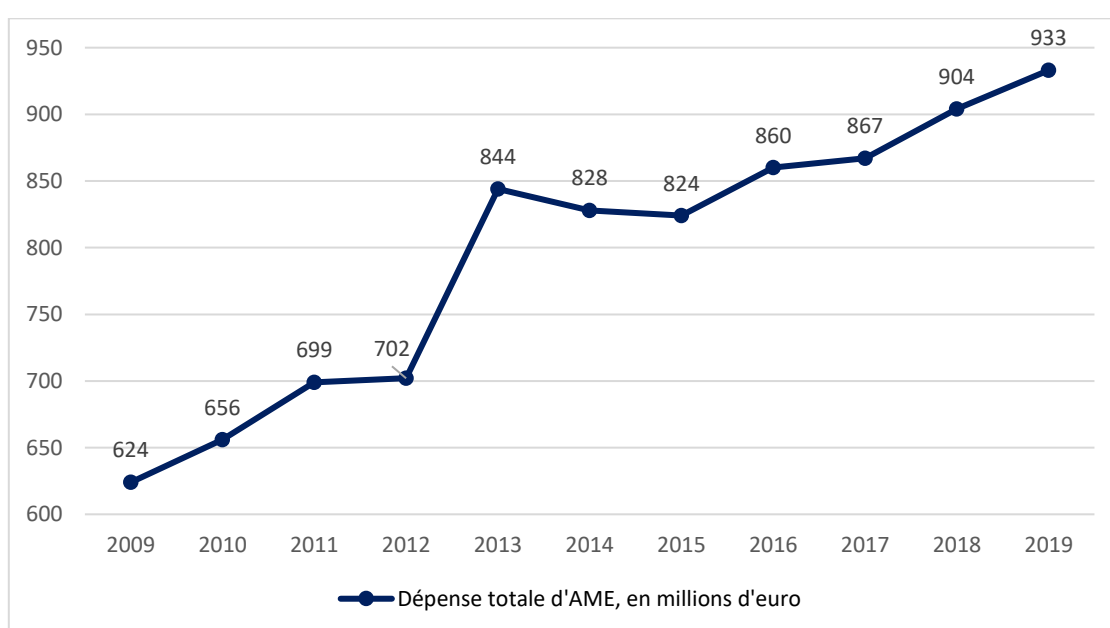


Source : rapport n°2301 de l'Assemblée nationale, commission des finances d'après les données de la direction de la sécurité sociale

Figure 6 : Evolution du nombre et du coût trimestriels moyens par bénéficiaire de l'AME depuis 2009

La diminution du nombre de bénéficiaires en 2011 s'explique par l'instauration d'un droit de timbre de 30 € supprimé l'année suivante. A partir de 2012, la hausse progressive du coût trimestriel moyen par bénéficiaire jusqu'en 2015 pourrait s'expliquer par l'évolution de la dépense moyenne hospitalière, majoritairement due à l'augmentation des traitements lourds et coûteux comme les chimiothérapies et les séances de dialyse (39).

La dépense totale dédiée à l'AME de 2009 à 2019 a évolué de la même manière : la mise en place du droit de timbre en 2011 a entraîné un ralentissement de la croissance du coût global de l'AME suivi d'un rebond à sa suppression (Figure 7).



Source : L'aide médicale d'Etat : diagnostic et propositions, d'après la Direction de la Sécurité Sociale – Rapport IGF et IGAS – Octobre 2019

Figure 7 : Evolution de la dépense globale d'AME de 2009 à 2019

Selon le rapport 2019 de l'IGF et de l'IGAS, l'AME répond à un objectif de santé publique et de pertinence de la dépense et correspond à 0,6 % des dépenses publiques de santé en France (27). A titre de comparaison, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élevait à 3037 euros par habitant en 2018 contre 2022 euros pour les bénéficiaires de l'AME (39).

Malgré une volonté gouvernementale et législative d'amélioration de l'accès à une couverture sociale pour ces populations, les dispositifs restent nombreux, soumis à des conditions parfois complexes et sujets à des modifications fréquentes au fil des lois. Tout cela conduit inéluctablement à des difficultés de compréhension et d'accès, *a fortiori* pour les personnes en situation de précarité.

Par conséquent, depuis 2014, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS) met en place plusieurs démarches destinées à favoriser l'accès aux droits et aux prestations, regroupées dans le programme PLANIR, plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures (40). Ces démarches sont adaptées au public concerné pour garantir un accès réel aux droits et aux soins à l'ensemble de la population.

De plus, en parallèle de l'adoption de nouvelles lois concernant la sécurité sociale, d'autres dispositifs à destination de ces population, tels que les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), ont également été mis en place au cours de ces vingt dernières années.

E. Les permanences d'accès aux soins de santé, une offre de soins destinée aux personnes en situation de précarité

La loi du 29 juillet 1998 (41) d'orientation relative à la lutte contre les exclusions a conduit à la mise en place de programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) dont l'élaboration et la mise en œuvre sont coordonnés par le représentant de l'Etat dans la région. Selon l'article 71 de cette loi, le PRAPS *« comporte des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de soins, de réinsertion et de suivi qui sont mises en œuvre chaque année, dans chaque département, pour améliorer la santé des personnes démunies [...]. Il s'attache à définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes [...] »*. Dans le cadre de ces programmes régionaux, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des PASS, *« adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits »*. Ces établissements *« concluent avec l'Etat des conventions prévoyant [...] la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes »*.

Un premier rapport de l'IGAS en 2000 montre que l'objectif quantitatif de mise en place des PASS dans les hôpitaux est atteint et préconise de définir plus précisément leurs missions et d'évaluer leur accomplissement (42). En effet l'enquête souligne que la qualité des dispositifs est très largement liée aux partenariats locaux existants et à l'engagement des autorités de tutelle, que la lisibilité est souvent insuffisante, que les différentes PASS fonctionnent de manière hétérogène et que le problème de continuité des soins reste non négligeable en ce qui concerne la distribution de médicaments qui devrait être à la disposition de chaque PASS.

Selon une enquête sur les PASS lancée par la Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins (DHOS) en 2003 (43), la moyenne d'âge des patients consultant les PASS était de 41 ans et 50,5 % des patients étaient de nationalité étrangère. Le motif principal de venue à la PASS était souvent une pathologie aigüe ou une pathologie chronique d'origine psychologique ou psychiatrique. Parmi ces patients, 39,5 % étaient sans ressources, 39 % n'avaient aucune couverture sociale à l'entrée et 63,5 % n'avaient pas de logement personnel. L'étude montrait que la facilitation de l'accès aux soins pour les publics précaires et la prise en charge médicosociale semblaient influencées par le degré de communication entre les professionnels de santé et la complexité des caractéristiques sociales des patients. Cependant, il apparaissait également que certaines PASS ne disposaient pas de protocoles permettant d'assurer la continuité des soins et toutes n'avaient pas développé le même niveau de partenariat entre les différents acteurs. Le deuxième bilan de l'application de la loi relative à la lutte contre les exclusions rédigé en 2003 par l'IGAS (44) mettait également en avant que « *les acteurs hospitaliers n'utilis[ai]ent pas suffisamment les services de la PASS, dont le rôle doit être régulièrement rappelé* ». De plus ce bilan montrait que les PASS ne possédaient pas d'outils de mesure fiables et homogènes de leur activité qui permettraient de mieux cerner les besoins des patients, l'évolution de la demande de soins et l'efficacité du service proposé. Concernant la problématique d'accès aux médicaments et produits de santé, la position des responsables d'établissement était partagée selon ce rapport : certains estimaient qu'il leur appartenait d'assurer la délivrance des produits pharmaceutiques malgré l'absence de budget dédié et d'autres mettaient en avant la réglementation interdisant aux pharmacies à usage intérieur (PUI) de délivrer des médicaments non rétrocédables aux patients externes. Le rapport concluait qu'une « *attention particulière [devait] être portée au problème de la délivrance des produits pharmaceutiques* ». En effet, il est important de préciser qu'à cette période, les établissements publics de santé étaient financés sur la base d'une dotation globale, qui représentait une dotation de fonctionnement reconduite de façon uniforme selon un taux de croissance fixé chaque année. Aucun budget n'était donc alloué spécifiquement à la prise en charge de ces patients et à la dispensation des médicaments et produits de santé.

Ainsi, cinq ans après la création des PASS, des améliorations restaient à mettre en place afin d'assurer une plus grande efficacité des missions et atteindre les objectifs fixés.

Les circulaires n°DHOS/P1/2008/180 et DHOS/RH4 n°2009-215 mentionnaient une nécessité de renforcer l'organisation des PASS pour l'accès aux soins des publics en situation de précarité et des migrants. A la suite des différentes enquêtes menées, la DHOS publie en 2008 un guide contenant des recommandations et des indicateurs permettant d'organiser une PASS, dans le but de permettre aux différents intervenants de réaliser un diagnostic de l'organisation en place et de définir d'éventuels axes d'amélioration (45).

En 2009, les permanences se sont également développées sous des formes variables, conduisant à la mise en place de PASS spécialisées en soins psychiatriques ou buccodentaires, permettant de répondre de manière plus adaptée à des demandes grandissantes.

Malgré ces différentes mesures, une étude de Médecins du monde en 2010 (46) a fait le constat d'une mise en place inégalement effective sur le territoire, avec parfois des dysfonctionnements plus ou moins importants. Une grande diversité des moyens et des modes d'organisation a été mise en évidence par cette enquête de terrain, mais également un manque global de personnel médical dédié à la PASS avec parfois l'absence de consultations de médecine générale.

La circulaire du 18 juin 2013 (47) relative à l'organisation et au fonctionnement des PASS a ensuite permis de « *fournir un référentiel pour les PASS et une base de recueil d'informations sur les PASS pour les Agences Régionales de Santé (ARS)* » dans le but d'harmoniser les pratiques et proposer un accompagnement efficace dans les établissements où elles existent. En effet, les problématiques sociales et le profil des personnes en situation de précarité évoluent au fil du temps, non seulement du fait de l'évolution de la législation mais aussi suite à l'affluence de publics porteurs de lourdes difficultés telles que les populations migrantes fortement marginalisées. Ainsi, il est précisé dans cette circulaire qu'une PASS doit :

- Offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun
- Agir à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement pour faciliter repérage et prise en charge de ces patients.

En 2019, la moitié de la file active des PASS était représentée par des patients éligibles à l'AME en attente d'ouverture des droits ou de renouvellement et des demandeurs d'asile (27). Ainsi, les PASS ont pour objectifs principaux la réinsertion des patients dans le système de soin en faisant valoir les droits sociaux et l'accès à une couverture sociale (AME, PUMA, CMU-C, CSS), l'accès à un suivi soignant, au plateau technique de l'hôpital et aux traitements. Cette activité est donc non seulement destinée aux patients mais également aux professionnels de santé de l'établissement, aux partenaires extérieurs et à tous les professionnels agissant dans le réseau local de la précarité. Elles doivent être un partenaire actif du réseau afin de sensibiliser les différents intervenants et faciliter le repérage et la prise en charge des personnes en situation de précarité.

Le financement de ces structures relève de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Cette dotation a été créée au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) dès l'instauration de la tarification à l'activité

(T2A) en 2004, afin de maintenir un financement spécifique pour certaines missions difficilement quantifiables assurées par les établissements de santé. Elle est donc destinée à compenser les charges liées à l’accomplissement de certaines missions d’intérêt général. La liste exhaustive des missions d’intérêt général (MIG) est fixée de manière annuelle par arrêté ; la MIG concernant les PASS est la MIG U02 intitulée « Les permanences d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L. 6112-6 du code de la santé publique, dont la prise en charge des patients en situation précaire par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé ». Le guide de contractualisation des dotations finançant les MIG (48) précise que les activités de facilitation de l'accès aux soins, de prise en charge, de délivrance des médicaments et d'accompagnement, hors hospitalisations et consultations facturables, de patients en situation de précarité, relèvent du financement par la MIG PASS, différente de la MIG précarité.

La MIG précarité est une dotation destinée aux établissements recevant beaucoup de patients en situation de précarité et vise à compenser les surcoûts organisationnels et structurels générés par l'accueil de ces populations dans une proportion plus forte que la moyenne. Il s'agit majoritairement de frais de personnel dédié et de factures impayées. L'enveloppe est répartie entre tous les établissements dont la part de séjours CMU/CMU-C/AME dépasse un seuil fixé.

La MIG PASS permet le financement des activités de facilitation de l'accès aux soins, de prise en charge et d'accompagnement, hors hospitalisations et consultations facturables, de patients en situation de précarité. Le pilotage, la coordination et l'évaluation de ces permanences sont également intégrées dans le financement. Le montant de la dotation correspond pour l'essentiel aux surcoûts associées aux moyens dédiés en ressources humaines auxquels s'ajoutent les frais de structure de l'entité (48). Le budget de la PASS doit donc intégrer les frais de personnel ainsi que tous les frais liés à l'activité tels que les dépenses pharmaceutiques, frais d'examen médicaux, prestations d'interprétariat, frais de transport... Le montant du budget annuel ou dotation MIG, est calculé sur la base d'un seuil minimal d'activité annuelle (Tableau 2).

MONTANT DU BUDGET ANNUEL (dotation MIG)	SEUIL MINIMAL D'ACTIVITÉ 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

Tableau 2 : Evaluation de la dotation MIG en fonction de l'activité annuelle

En 2010, 42,4 millions d'euros ont été délégués aux PASS dont 37,6 millions pour des PASS en établissements et 4,8 millions pour des PASS extérieures (48). En 2019, 77 millions ont été alloués à la

MIG PASS. Les crédits sont délégués globalement aux ARS dans une « base MIGAC ». La répartition par établissement et par mission s'effectue ensuite sur la base d'une contractualisation entre l'ARS et les établissements de santé. Chaque PASS transmet régulièrement plusieurs indicateurs à l'ARS, permettant de vérifier l'adéquation entre l'activité et le montant de la dotation. L'ARS peut ensuite rééquilibrer la répartition des moyens entre les établissements. En effet, la campagne annuelle de pilotage des rapports d'activité des missions d'intérêt général (PIRAMIG) a pour objectif d'évaluer la pertinence de la dotation allouée aux établissements et permettre le cas échéant de réévaluer et répartir de manière plus équitable les financements. Les données recueillies sont accessibles à la fois aux établissements, aux ARS et à la DGOS.

Les PASS psychiatriques ne bénéficient pas de la dotation MIG mais sont financées sur la dotation annuelle de financement (DAF) qui rémunère la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie au titre de l'activité de psychiatrie des établissements de santé publics. Ces budgets, comme pour les PASS dentaires, ont été élaborés en 2009, en tenant compte des modalités d'organisation, des actes spécifiques et des dépenses particulières. Ce budget devra donc être adapté au regard de ses spécificités.

Actuellement, on dénombre 430 PASS dont 368 généralistes, 18 dentaires et 44 psychiatriques sur le territoire. En 2017, une enquête nationale de la Fédération des acteurs de la solidarité menée auprès de 190 structures, dont 143 PASS, montrait que les modalités de fonctionnements restaient très variables en fonction des structures, notamment en ce qui concerne l'accès aux médicaments et aux produits de santé. Ainsi, seuls 38 % des répondants indiquaient que les traitements étaient toujours remis aux patients, 5 % ne leur remettaient jamais et 24 % ne savaient pas par quel biais les patients récupéraient leurs médicaments (49).

F. Accès aux médicaments et importance du rôle du pharmacien au sein du dispositif des PASS

Le circuit de dispensation des traitements aux patients relevant de la PASS est un circuit spécifique, permettant une délivrance hospitalière à titre gratuit de traitements la plupart du temps disponibles en ville et non rétrocédables.

L'activité de dispensation des médicaments et produits de santé auprès de cette population n'est pas détaillée dans les différents référentiels, malgré son importance évidente. En effet, le guide publié par la DHOS en 2008 (45) préconise l'utilisation de protocoles formalisés avec la pharmacie concernant l'accès aux médicaments ainsi que l'intégration des pharmaciens au comité de pilotage sans pour autant en préciser les modalités.

D'après l'enquête de Médecins du monde en 2010 (46), « *les procédures de remise de traitements ne sont parfois pas opérationnelles* ». De plus, elles ne sont pas toujours connues du personnel hospitalier, ce qui complique d'autant plus le parcours du patient. Ce dernier est souvent obligé de consulter plusieurs intervenants avant de pouvoir obtenir ses traitements, et parfois de revenir à plusieurs reprises en fonction de la disponibilité des produits. De plus, les modalités d'accès aux médicaments et produits de santé étaient très variables : certaines PASS remettaient directement les traitements aux patients pour des durées différentes, d'autres les réorientaient vers la pharmacie de l'établissement ou une officine de ville conventionnée, certaines ne remettaient jamais les traitements et orientaient les patients vers Médecins du monde. A l'issue de cette enquête, l'organisation préconisait la mise en place de fiches de liaison ou de protocoles simples et adaptés afin de « *garantir l'accès à la pharmacie avec la délivrance systématique et gratuite de médicaments durant toute la durée nécessaire pour les personnes sans droits ouverts à la couverture maladie, y compris pour les personnes sans droit potentiel* ». Malgré la mise à jour des obligations réglementaires des PASS par la circulaire de 2013 (47), les modalités d'accès aux médicaments ne sont actuellement pas détaillées de manière plus précise. D'après l'enquête menée par la Fédération des acteurs de la solidarité en 2017 (49), les principaux freins d'accès à la pharmacie étaient les horaires non concordants avec ceux de la PASS ou encore l'absence de lien entre les différents services.

Selon les établissements, les contraintes rencontrées sont donc variables et parfois nombreuses, telles que l'absence d'organisation claire du parcours du patient, la difficulté de repérage au sein de l'établissement pour les patients, le manque de communication entre les différents services, le manque d'organisation définie au sein de la PUI (ressources pratiques, logistiques, humaines), l'éloignement géographique, la barrière de la langue, l'indisponibilité de certains produits à l'hôpital devant être commandés, les difficultés d'accès au matériel médical...

Les conséquences pour les patients sont multiples : certains sont perdus de vue après la consultation, sortent sans traitement ou ne les renouvellent pas à échéance, ce qui conduit à des ruptures thérapeutiques, des complications de pathologies déjà existantes et parfois à des hospitalisations. Ces difficultés entraînent à terme un surcoût pour les établissements de santé.

Une évaluation des pratiques professionnelles en 2016 au sein de l'hôpital universitaire Henri-Mondor de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) montrait l'importance de l'implication du pharmacien hospitalier pour l'amélioration de la prise en charge des patients en situation de précarité (50). Ainsi, à l'issue d'un audit organisationnel, des actions correctives ont été mises en place :

- Diffusion d'une lettre à l'ensemble de l'hôpital afin de rappeler le circuit, les horaires et lieux de consultation et dispensation des médicaments, les modalités d'accueil à la pharmacie et les contacts des différents intervenants
- Elaboration d'un document de synthèse à destination des patients permettant de préciser les lieux de dispensation des différents produits (matériel médical, médicaments, diététique...)
- Réalisation d'ordonnances spécifiques préremplies pour tous les services de l'hôpital comportant une liste de spécialités choisies parmi les plus prescrites au cours de l'étude rétrospective
- Formalisation d'un nouveau lieu d'accueil dans la zone de dispensation externe à la pharmacie, avec mise en place d'un stock physique de 89 spécialités

Six mois après la mise en place de ces actions, l'évaluation a montré une augmentation significative du nombre d'ordonnances dispensées par jour, ce qui laisse à penser que de nombreux patients quittaient l'établissement sans avoir récupéré leurs traitements. De plus, l'optimisation du circuit au sein de la PUI a permis de diminuer le temps de dispensation par patient de moitié (13,9 minutes versus 6,1 minutes après la mise en place des mesures correctives). Par conséquent, le temps d'attente des patients a également régressé, malgré l'augmentation du nombre de dispensations.

D'après tous ces éléments, la prise en charge des patients en situation de précarité implique de nombreux professionnels et services différents. La formalisation du circuit est donc primordiale mais ne peut fonctionner qu'avec une communication de bonne qualité entre les différents intervenants ainsi qu'une réflexion commune afin de faciliter l'accès aux produits de santé pour les patients en situation de précarité.

Actuellement, les rapports annuels de la campagne de PIRAMIG ainsi que l'enquête nationale des PASS ne comportent que peu de données sur la pharmacie, que ce soit en termes de ressources financières, humaines ou encore du type de médicaments et produits de santé dispensés. Les modalités de dispensation des traitements et d'accès aux produits de santé tels que les lecteurs de glycémie ne sont pas détaillées de manière précise dans les différents référentiels, ce qui conduit inévitablement à une hétérogénéité des pratiques d'une structure à l'autre et à des défauts de prise en charge des patients.

L'objectif de ce travail est d'étudier l'accès aux médicaments et produits de santé au sein des PASS de Nouvelle-Aquitaine afin d'optimiser la prestation pharmaceutique destinée aux patients en situation de précarité relevant de cette prise en charge.

Partie II : étude de l'accès aux médicaments et produits de santé pour les patients relevant de la PASS en Nouvelle-Aquitaine

A. Description de l'offre de soins

La région Nouvelle-Aquitaine compte 49 PASS réparties dans les différents départements (Figure 8). Parmi ces structures, on compte quarante-deux PASS généralistes, trois PASS psychiatriques, deux PASS bucco-dentaires, une PASS pédiatrique et une PASS maternité.

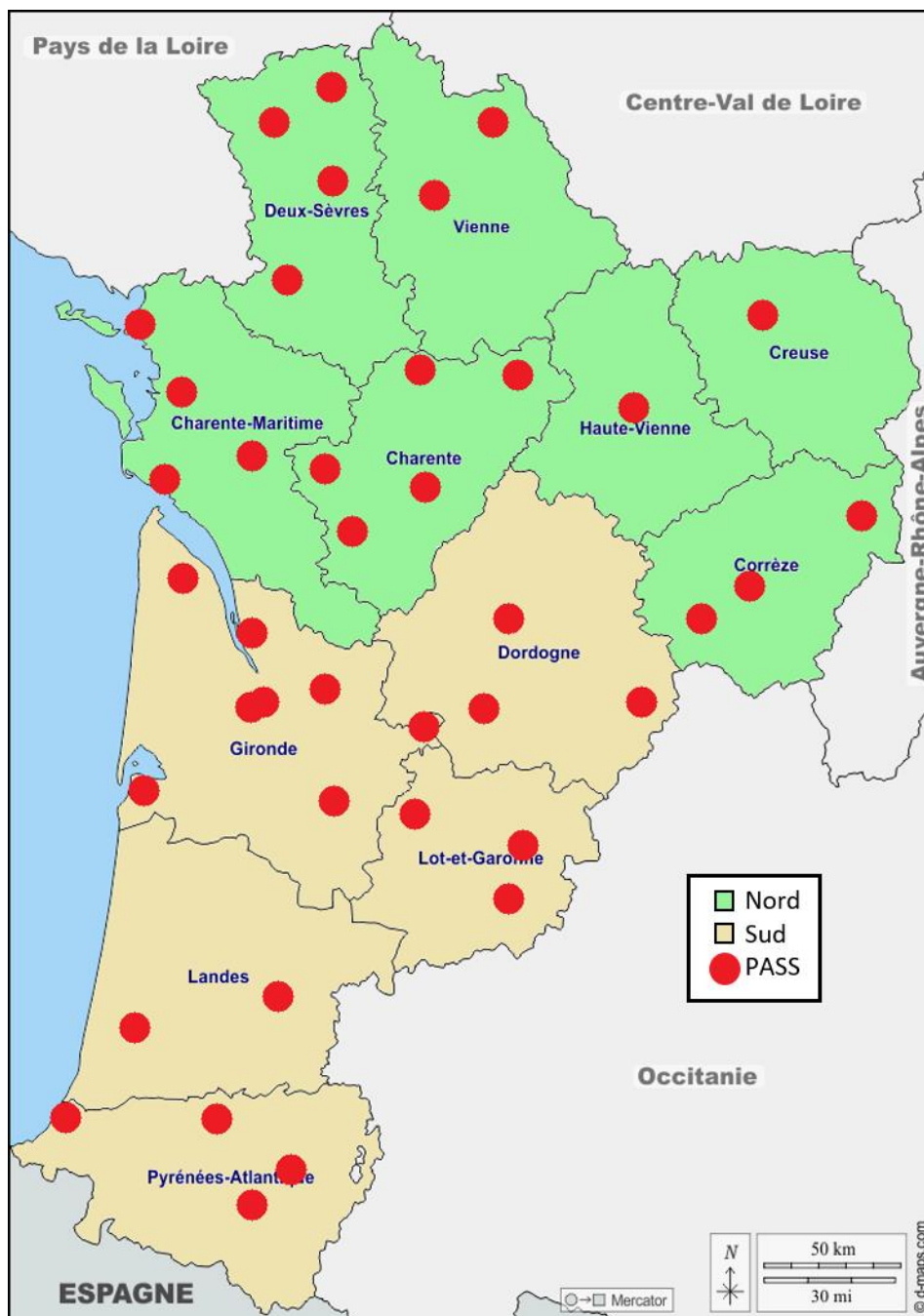


Figure 8 : Répartition des PASS en Nouvelle-Aquitaine

Suite à la publication de la circulaire de 2013, l'ARS est chargée de « *mettre en œuvre de façon coordonnée les bonnes pratiques d'organisation et d'évaluation et garantir l'accessibilité et la cohérence d'action des acteurs dans les permanences pour l'accueil, l'orientation et la prise en charge de toutes personnes en situation de précarité sur l'ensemble de la région [...] avec l'appui des PASS régionales* ».

La mission de coordination régionale des PASS est une mission déléguée par l'ARS en charge du pilotage du dispositif. Elle a pour objectif d'harmoniser le fonctionnement de chacune des PASS de la région, joue un rôle d'appui et d'expertise auprès des différentes structures, veille à l'amélioration des compétences de professionnels sur les modes de prise en charge spécifique des personnes en situation de précarité, impulse et assure le suivi de l'évaluation de l'activité des PASS. En Nouvelle-Aquitaine, la coordination repose sur deux interlocuteurs différents entre lesquels sont répartis les différents départements (Figure 8) :

- La partie Nord regroupe la Corrèze, la Creuse, la Haute-Vienne, la Vienne, les Deux-Sèvres, la Charente et la Charente-Maritime. Elle comprend 21 PASS, dont une PASS mobile psychiatrique.
- La partie Sud comprend 28 PASS et regroupe la Gironde, les Pyrénées-Atlantiques, la Dordogne, les Landes et le Lot-et-Garonne. Elle comprend 28 PASS, dont deux PASS bucco-dentaires, deux PASS psychiatriques, une PASS pédiatrique, une PASS maternité et deux PASS mobiles.

B. Etude des modes de dispensation des médicaments et produits de santé

Dans un premier temps, un questionnaire a été élaboré en collaboration avec la coordinatrice des PASS Sud et la conseillère médicale du pôle promotion de la santé de l'ARS Nouvelle-Aquitaine (*Annexe 2*). L'objectif était d'étudier les modalités d'accès aux médicaments et produits de santé pour les patients relevant de la PASS en Nouvelle-Aquitaine, en vue d'élaborer des propositions d'amélioration et d'harmonisation. Concernant l'accès aux médicaments, les questions ciblaient plus précisément le mode de dispensation des traitements, les explications données aux patients et le suivi d'observance. Pour les produits de santé hors médicaments, l'objectif était de connaître les modalités d'accès aux lecteurs de glycémie et consommables ainsi qu'au petit matériel d'orthopédie (bas de contention, atèles, cannes anglaises). En effet, ces produits sont très souvent gérés par les services de kinésithérapie ou encore les ingénieurs biomédicaux, indépendamment de la PUI de l'établissement. De plus, la plupart des lecteurs de glycémie sont issus de dons de laboratoires privés aux services d'endocrinologie notamment.

Après validation du questionnaire, 47 PASS sur les 49 structures de la région ont été sollicitées par mail par le biais des coordinatrices des PASS Nord et Sud de Nouvelle-Aquitaine début mars 2021. Les PASS bucco-dentaires ont été exclues du recueil de données, car les problématiques d'accès aux médicaments et produits de santé ne sont pas communes aux autres types de PASS. Les résultats ont été analysés début mai 2021, soit deux mois après la diffusion du questionnaire.

1. Accès aux médicaments et produits de santé

Au total, 30 structures (63,8 %) ont répondu au questionnaire sur les 47 sollicitées ; le taux de réponse pour les PASS du secteur Nord était de 52,4 % et de 73,1 % pour celles du secteur Sud. Parmi les structures ayant répondu, 28 établissements (93,3 %) permettent la dispensation de médicaments sans frais, et ce jusqu'à obtention des droits. Les deux structures restantes ont établi une convention avec une pharmacie d'officine.

Les médicaments sont dispensés la plupart du temps au sein même du service de la PASS (40,0 %), de la PUI (30,0 %) ou des deux services selon la disponibilité des produits (20,0 %). En ce qui concerne les produits de santé, 14 structures (46,7 %) ne les dispensent pas à l'heure actuelle et 13 structures les dispensent dans le service (43,3 %) (Figure 9).

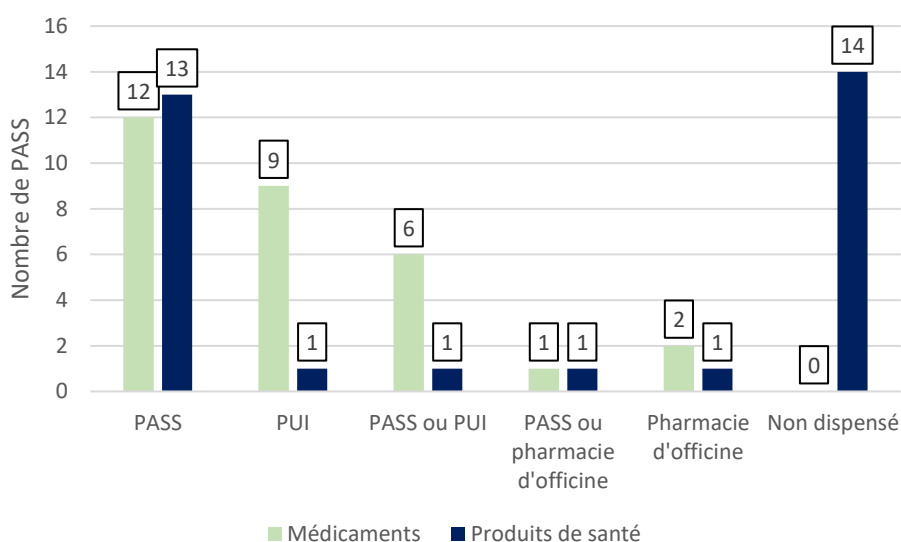


Figure 9 : Lieux de dispensation des médicaments et produits de santé

Parmi les 14 structures qui ne dispensent pas de produits de santé à leur patientèle, 2 n'ont jamais été confrontées à cette demande, 2 mentionnent des problèmes d'accès seulement aux lecteurs de glycémie et 2 seulement au petit matériel d'orthopédie (attelles, cannes anglaises...).

Il est important de préciser que parmi les 16 structures qui dispensent ces produits de santé, 15 d'entre elles signalent tout de même des difficultés d'approvisionnement pour les patients. En effet, aucun circuit pérenne n'est actuellement établi au sein de la région Nouvelle-Aquitaine, ce qui entraîne une grande hétérogénéité d'accès à ces produits. Ainsi, leur dispensation repose la plupart du temps sur des dons de particuliers ou d'autres services, des prêts ou des gratuités fournies par des laboratoires privés.

Dans les cas où les traitements sont délivrés en dehors du service, le lieu de dispensation est indiqué aux patients dans 96,7 % des cas (29/30). Lors d'une sortie d'hospitalisation, les patients relevant d'une prise en charge par la PASS sont majoritairement orientés vers le service plutôt que vers le lieu de dispensation (Figure 10).

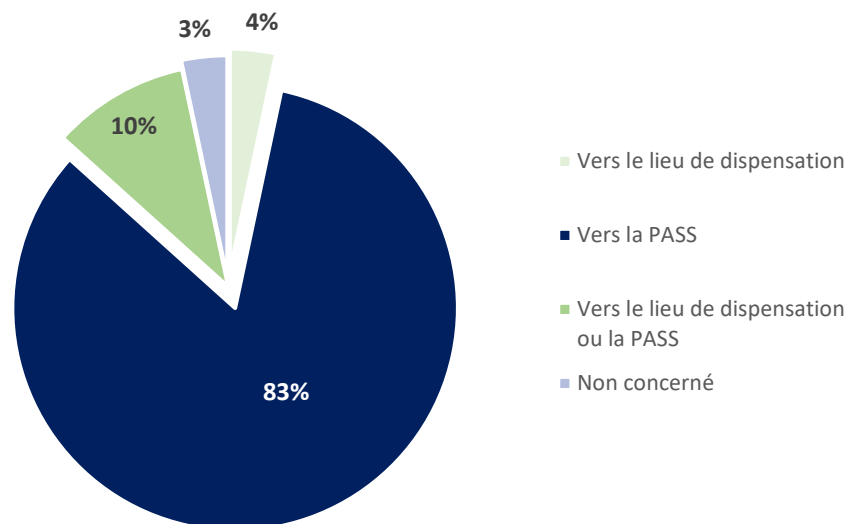


Figure 10 : Orientation des patients relevant de la PASS lors d'une sortie d'hospitalisation

2. Modalités de dispensation des traitements

Les fonctions et le nombre d'interlocuteurs chargés de la dispensation sont variables selon les PASS. En effet, 40 % des PASS ne s'appuient que sur un corps de métier pour la dispensation des traitements, 27 % sur deux professions différentes et 10 % sur trois professions. Les infirmiers et les préparateurs en pharmacie sont les deux professions les plus représentées, respectivement dans 17 et 12 structures. Les assistant(e)s de service social ne sont généralement sollicités qu'en cas d'absence de l'infirmier chargé de la dispensation. En revanche, les pharmaciens, internes et externes en pharmacie ne dispensent les traitements que dans 7 structures (23,3 %) (Figure 11).

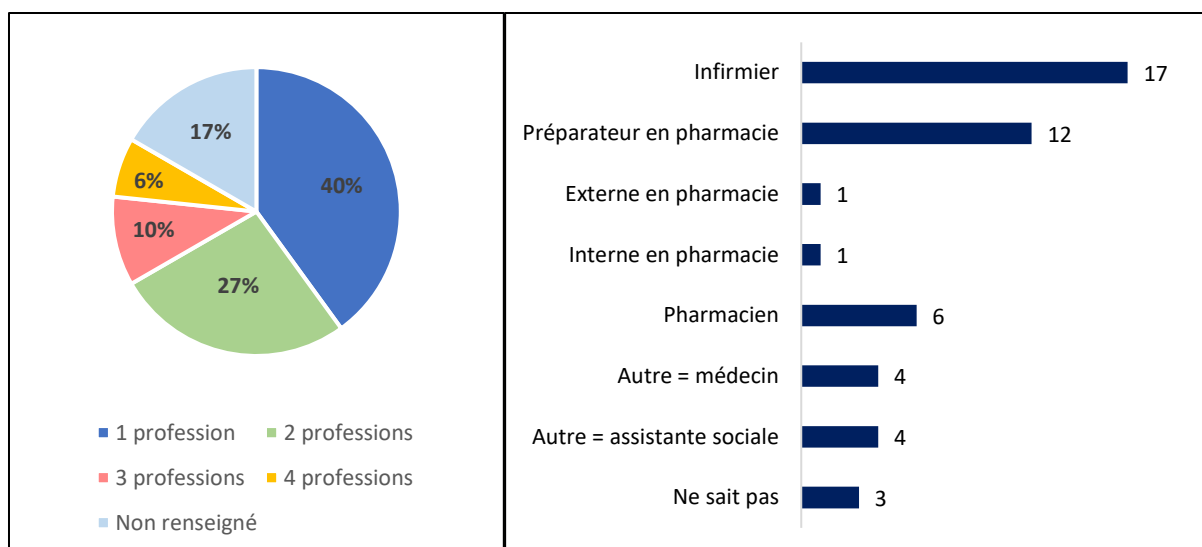


Figure 11 : Professions des différentes personnes chargées de la dispensation (par structure)

Aucune des PASS interrogées ne dispose actuellement d'une présence pharmaceutique au sein du service et pour 40 % d'entre elles seulement, il existe une procédure permettant de définir les interactions entre la PASS et la pharmacie de l'établissement ou de l'officine conventionnée.

Pour toutes les structures interrogées, le nombre de personnes chargées de la dispensation et l'équivalent temps plein moyen sont difficiles à quantifier car cette mission n'est jamais entièrement dédiée à une seule personne et peut être variable en fonction des journées.

La quasi-totalité des structures (29/30) vérifient de manière systématique les droits des patients avant toute dispensation. Lorsque la dispensation fait intervenir l'équipe de la PUI, cette dernière est avertie de l'absence ou de la rupture de droits par différents moyens (tampon, bon, téléphone ou fax) ; dans 8 des structures interrogées (26,7 %), les traitements sont récupérés directement par un professionnel de la PASS ou par le patient, systématiquement accompagné par un membre du service.

Sept PASS (23 %) disposent d'une dotation à partir de laquelle ils réalisent la dispensation. Celle-ci est réévaluée régulièrement dans 4 de ces structures (57 %). Pour les PASS ne possédant pas de dotation, la dispensation est réalisée directement par la PUI.

Au total, 86,7 % (26/30) des structures fournissent une explication détaillée de l'ordonnance au patient, 56,67 % (17/30) détaillent les modifications éventuelles par rapport à la dispensation précédente et 40 % (12/30) réalisent de l'éducation thérapeutique. Pour deux structures (6,67 %), l'explication détaillée de l'ordonnance est réalisée uniquement par le médecin prescripteur lors de la consultation (Figure 12).

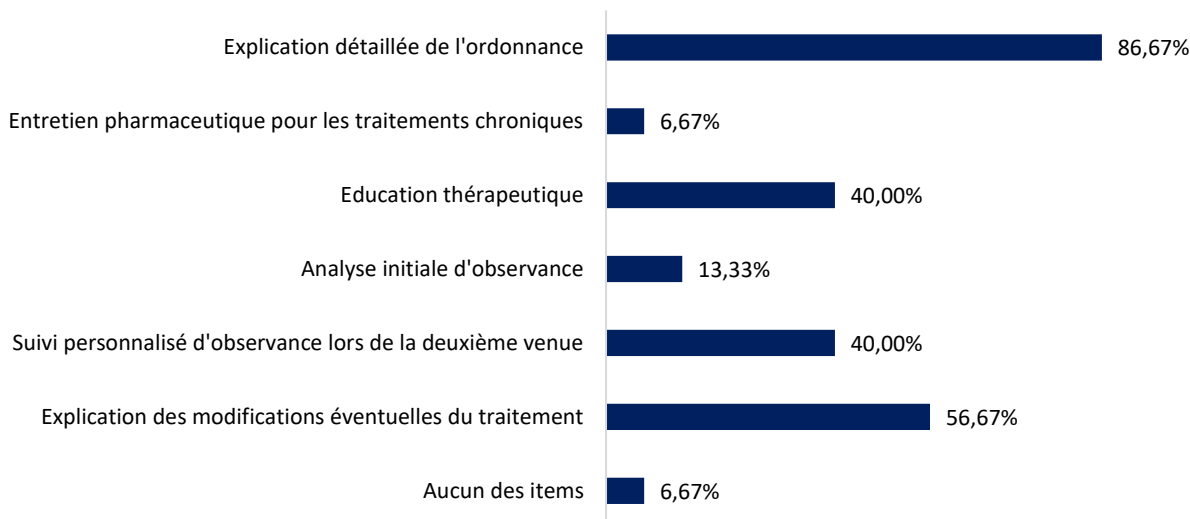


Figure 12 : Détail des informations données lors de la dispensation d'une ordonnance (par structure)

3. Difficultés rencontrées par les PASS interrogées

D'après les structures interrogées, les produits pour lesquels l'accès est le plus difficile sont les attelles, orthèses et cannes anglaises (80 %), les lecteurs de glycémie et consommables (73 %) ainsi que les bas de contention (67 %). Concernant les médicaments, aucune PASS ne mentionne de difficultés d'accès aux antibiotiques ou antalgiques, 6 mettent en avant une difficulté d'accès aux médicaments inscrits sur la liste des stupéfiants ou assimilés et 3 aux anticancéreux (Figure 13).

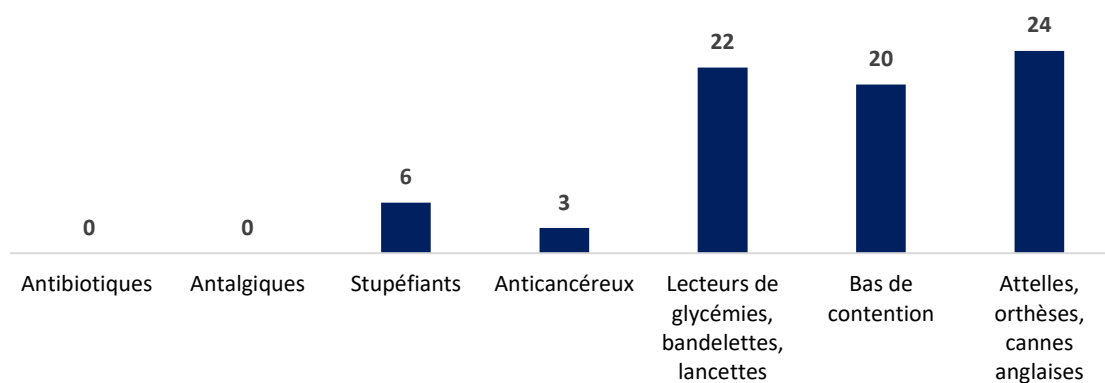


Figure 13 : Difficultés d'accès par classes de médicaments et produits de santé par structures

Parmi les 28 services dépendants de la PUI pour l'accès aux médicaments, 8 d'entre eux peuvent accéder facilement à des médicaments hors livret. En revanche, 17 PASS n'ont pas la possibilité de commander des médicaments spécifiques quand il n'existe pas d'équivalence au livret de l'hôpital.

Selon les différents services, ces difficultés d'accès sont principalement liées à un problème de disponibilité sur le lieu de dispensation et/ou d'une impossibilité de commander les médicaments et produits nécessaires (76,7 %).

Parmi les structures ne mentionnant pas de difficultés d'accès aux produits de santé, 2 d'entre elles n'ont jamais rencontré la nécessité de se procurer des lecteurs de glycémie, 4 bénéficient de dons par des laboratoires ou par d'autres services de l'établissement, une a la possibilité d'accéder à du matériel d'orthopédie via la convention signée avec une officine de ville et une peut récupérer des lecteurs de glycémie de manière très ponctuelle auprès du service biomédical. Au total, aucune des PASS interrogées ne dispose d'un circuit prédéfini d'accès aux produits de santé tels que les lecteurs de glycémie et le matériel d'orthopédie (attelles, cannes anglaises, bas de contention...).

Ainsi, les principales difficultés rencontrées par les répondeurs étaient :

- L'accès au petit matériel et produits de santé non fournis par la PUI pour 8 structures
- L'impossibilité de dispenser des médicaments hors livret ou non remboursés (7 structures)
- Les problèmes d'accès au site de dispensation pour les patients (6) : pharmacie difficile d'accès et/ou éloignée du lieu de consultation
- Les difficultés de communication avec la PUI notamment concernant les différents types de couverture sociale, la dispensation des produits inscrits sur la liste des stupéfiants ou assimilés, l'aide à la recherche d'équivalences au livret, l'absence d'accueil du patient par la pharmacie... (6)
- Les horaires du lieu de dispensation inadaptés à l'activité du service (3)
- La barrière de la langue (3)
- Le temps consacré à l'activité de dispensation (2)
- Le budget limité (1)

Par l'intermédiaire du questionnaire, trois axes principaux d'amélioration ont été proposés par les structures interrogées. Les solutions proposées sont résumées dans le Tableau 3 ci-après.

Axes d'amélioration	Nombre de structures	Exemples de propositions émises par les répondeurs
Accès aux produits de santé (lecteurs de glycémie, petit matériel d'orthopédie, lunettes...)	10 (33 %)	Etablir une convention avec une officine de ville
		Instaurer des dotations dans les services
		Etablir une convention avec un opticien
Accès au médicament	7 (23 %)	Limiter la restriction des prescriptions avec l'opportunité de commander des médicaments hors livret ou non remboursés sur justification
		Mettre en place une dotation de médicaments au sein du service notamment pour dispenser les traitements en dehors des horaires d'ouverture de la pharmacie ou pour les médicaments fréquemment utilisés
Compréhension du traitement par le patient	6 (20 %)	Mettre à disposition des outils d'aide à la traduction ou des supports visuels pour expliquer l'ordonnance et/ou l'accès au lieu de dispensation
		Mettre en place de l'éducation thérapeutique pour certains traitements comme les insulines ou les anticoagulants
		Expliquer de manière détaillée les ordonnances lors de la dispensation à la pharmacie
		Mettre en place une analyse d'observance par la pharmacie

Tableau 3 : Axes d'amélioration proposés par les structures interrogées en Nouvelle-Aquitaine

Deux structures ont également mis en en avant une nécessité d'améliorer la communication avec la pharmacie, notamment par le biais d'une aide à la recherche d'équivalence pour les médicaments non disponibles ou encore l'ouverture d'un accès direct à la PUI pour le patient dans le cadre d'un renouvellement d'ordonnance. En effet, un établissement ne permet pas aux patients d'accéder directement à la PUI, obligeant le personnel de la PASS à aller y récupérer les traitements pour chaque ordonnance, même en cas de renouvellement mensuel d'une prescription préétablie par le service. L'une des PASS mobile de la région souhaite également avoir l'opportunité de récupérer les traitements directement à la PUI de l'établissement plutôt que par le biais d'une convention avec une officine de ville.

Malgré les disparités de fonctionnement, la majorité des structures interrogées soulèvent un problème majeur d'accès aux produits de santé tels que les lecteurs de glycémie, les attelles, orthèses, cannes anglaises... Aucune d'entre elle n'a à ce jour mis en place de circuit dédié à leur distribution. De plus, la barrière de la langue rend souvent difficile la bonne compréhension de l'ordonnance par les patients, ce qui pourrait être amélioré par la mise à disposition d'outils d'aide à la dispensation, comme l'ont souligné plusieurs PASS.

En parallèle de la diffusion du questionnaire, une étude observationnelle a été réalisée au sein de la PUI de l'hôpital Saint-André auprès des patients relevant d'une prise en charge par la PASS pour lesquels au moins une dispensation a été réalisée au cours de la période d'intérêt. L'objectif était d'analyser les caractéristiques des patients de la file active, les médicaments les plus prescrits, les principales pathologies ainsi que les difficultés rencontrées au cours de la dispensation des médicaments, dans la perspective de proposer des outils d'amélioration de la prestation pharmaceutique proposée aux patients au sein de la structure et de la région.

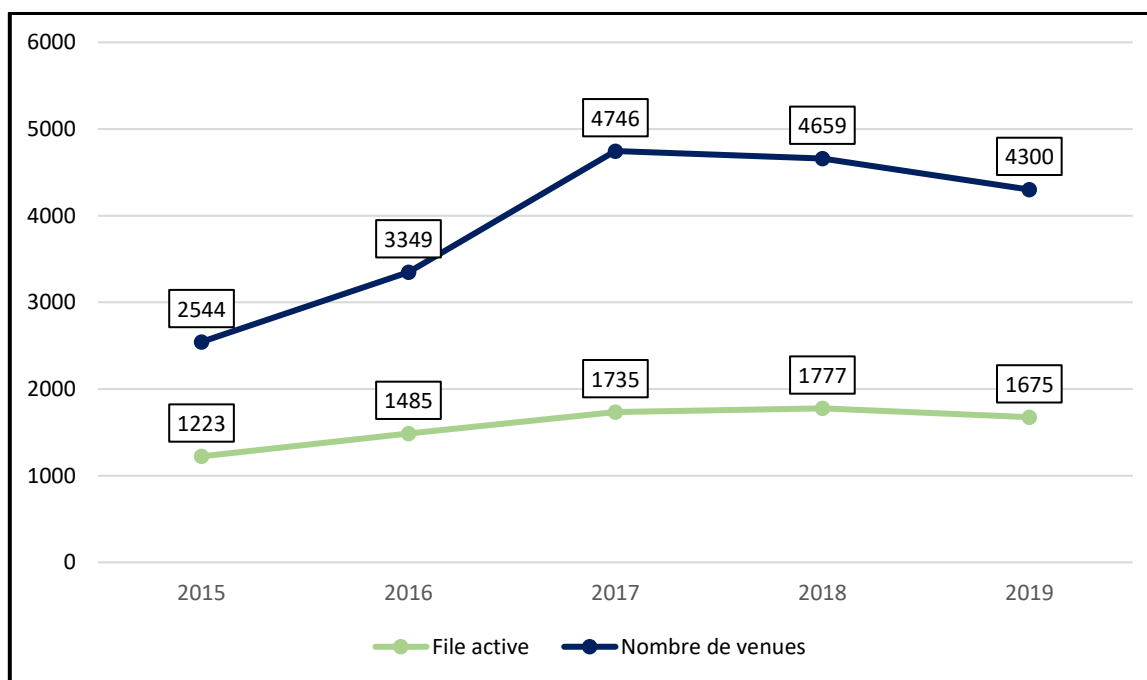
Partie III : Etude observationnelle d'une cohorte de patients suivis par la PASS de l'Hôpital Saint-André

A. Description de la structure

Dès 1995, une consultation médico-sociale a été créée au sein du centre d'Albret par le docteur Gabinsky. Dans le cadre du PRAPS, elle est devenue une PASS généraliste depuis 2000. Par la suite, une PASS bucco-dentaire et une PASS mobile ont également vu le jour au sein de l'hôpital Saint-André. La structure propose des consultations de médecine générale dans le but d'offrir une prise en charge globale dans tous les domaines de la santé. Lorsqu'une prise en charge spécialisée est nécessaire, les professionnels de la structure orientent les patients vers les interlocuteurs adaptés dans le cadre de leur mission de coordination des soins afin que le patient s'inscrive dans un parcours de soins adapté à ses problématiques. La PASS de l'hôpital Saint-André propose également des soins infirmiers tels que la réfection de pansements, la réalisation de bilans biologiques, l'éducation, la prévention et la promotion de la santé. Une psychologue dédiée assure des consultations, des psychothérapies, du soutien psychologique et participe au repérage et à l'aide au diagnostic de pathologies psychiatriques. Une collaboration avec l'équipe mobile psychiatrie, précarité, migrants (EMPP) du centre hospitalier Charles Perrens a également été mise en place dans le but d'offrir des consultations psychiatriques au sein même de la structure. Des consultations conjointes avec un médecin généraliste et un psychiatre ou un infirmier spécialisé en psychiatrie sont également proposées. La prise en charge psychiatrique peut ensuite être poursuivie dans les locaux de l'EMPP si l'équipe le juge nécessaire. Certains patients ayant une vulnérabilité accrue aux addictions, le service de la PASS est également en lien avec les équipes de liaison en soins addictologiques (ELSA).

En 2019, l'équipe pluridisciplinaire de la PASS comportait 1,4 équivalent temps plein (ETP) médical, un interne en médecine générale, 1 ETP d'infirmier diplômé d'Etat (IDE), 1 ETP agent d'accueil, 1,5 ETP assistante sociale et 0,5 ETP psychologue. Les locaux comportent actuellement un bureau d'accueil, deux bureaux pour les assistantes sociales, un bureau de consultations psychologiques ou psychiatriques, une salle de soins infirmiers, un bureau dédié aux intervenants de la PASS mobile, deux bureaux polyvalents et une salle d'attente (51).

La file active du service est en constante augmentation depuis 2015 avec un nombre croissant de patients migrants primo-arrivants avec des pathologies lourdes (Figure 14).



Source : rapport d'activité des PASS du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux (CHU)

Figure 14 : Evolution de l'activité de la PASS de Saint-André au cours du temps

Le service de la PASS ne dispose d'aucune dotation de médicaments ni de présence pharmaceutique au sein du service. Les produits de santé tels que les lecteurs de glycémie ou le matériel d'orthopédie sont actuellement dispensés grâce à des prêts ou des dons mais ils ne peuvent pas être commandés par les professionnels du service et ne font pas partie des produits disponibles à la PUI. Quelques références de pansements sont disponibles à la commande par les infirmières du service directement auprès de la pharmacie des dispositifs médicaux. Quant à la dispensation des médicaments, elle est intégralement réalisée au sein de la PUI où les patients peuvent se rendre par leurs propres moyens à l'aide d'un plan d'accès qui leur est remis après leur venue.

B. Mise en place d'un espace dédié à la dispensation des traitements aux patients suivis par la PASS

Après consultation d'un médecin de la PASS de l'hôpital Saint-André, les patients ont la possibilité de récupérer les traitements prescrits à la PUI après apposition du tampon du service, attestant l'absence ou l'incomplétude de droits de sécurité sociale et la possibilité de bénéficier d'une dispensation hospitalière. Des patients ayant consulté un médecin de ville ou une structure telle qu'un comité d'étude et d'information sur la drogue et les addictions (CEID) peuvent également bénéficier de cette prestation en cas d'absence ou incomplétude des droits, suite à la vérification des droits par les professionnels de la PASS.

Initialement, la dispensation des traitements était effectuée dans la zone de distribution hospitalière au même guichet que le personnel soignant. Cependant, l'absence d'espace de confidentialité, le délai d'attente variable selon les moments de la journée et la multiplicité des interlocuteurs rendaient difficile le suivi des patients et l'explication détaillée de l'ordonnance.

Dans le cadre de la crise sanitaire et afin de limiter la circulation des patients dans l'hôpital, la dispensation a tout d'abord été délocalisée au sein de la PASS. Une extraction des médicaments dispensés à l'unité de gestion de la PASS au cours de l'année précédente a été réalisée afin de déterminer les spécialités les plus dispensées, hors produits stupéfiants. Ces dernières constituaient une dotation initialement située dans le bureau de dispensation du service. Deux externes en pharmacie assuraient la dispensation des traitements aux patients de la PASS dès leur sortie de consultation. Cependant, la totalité des spécialités ne pouvant être stockées au sein du service, les externes étaient amenés à faire de nombreux aller-retours entre la PUI et la PASS. De plus, le nombre de postes d'étudiants en pharmacie étant variables tous les trimestres, la pérennisation de cette activité semblait difficile devant le manque de ressources humaines.

A partir de mai 2020, un nouveau circuit de dispensation a été mis en place au sein de la PUI afin d'optimiser la prise en charge de ces patients. Tout d'abord, un bureau dédié a été aménagé dans la zone de rétrocession afin de définir un espace identifié dans lequel les patients sont reçus pour la dispensation des ordonnances. La délimitation de cet espace permet d'expliquer l'ordonnance pour chaque patient de manière détaillée, de lui remettre un plan de prise si nécessaire et de répondre de manière adaptée à ses interrogations.

La dotation préalablement mise en place a été réévaluée et installée dans le bureau de dispensation dans le but de diminuer le temps d'attente des patients. Elle compte actuellement 91 références (*Annexe 3*) et est réévaluée régulièrement par les internes et un pharmacien sénior afin de correspondre aux besoins parfois fluctuants, notamment selon les saisons. Le renouvellement des stocks est effectué par les externes à l'aide des ordonnances dispensées. La dispensation est encadrée par un pharmacien et effectuée par des étudiants en pharmacie le matin et par les internes le reste de la journée.

Par la suite, l'objectif était de mettre en place un suivi plus individualisé des patients afin d'améliorer la prestation pharmaceutique proposée à la file active du service. Un recueil de données précis sous forme de tableau a donc été mis en place pour une durée de cinq mois.

C. Etude observationnelle d'une cohorte de patients

Dans le cadre de ce travail, les éléments ont été recueillis de manière exhaustive du 1^{er} juin 2020 au 30 octobre 2020 afin d'obtenir une cohorte représentative de la file active de la PASS et ainsi déterminer les médicaments les plus dispensés et les pathologies les plus représentées.

Les informations suivantes étaient recueillies au moment de la dispensation et *a posteriori* grâce au dossier médical du patient :

- Données socio-démographiques : âge, sexe, origine, situation (demandeur d'asile, situation irrégulière, titulaire d'un visa...), état des droits de sécurité sociale
- Données relatives au parcours du patient : provenance, motif de consultation, pathologie(s), dates de première et dernière venue
- Données relatives aux médicaments prescrits : nombre de lignes de traitements par ordonnance et par classe thérapeutique, type de traitement (aigu ou chronique), présence de stupéfiants sur la prescription
- Données relatives à la dispensation : réalisation d'un entretien pharmaceutique, durée consacrée et explications données

Après cinq mois d'activité, 860 patients ont été accueillis à la pharmacie et 1664 ordonnances dispensées.

1. Données sociodémographiques

La moyenne d'âge des patients était de 33,9 [5-84] ans et 74,5 % des patients étaient des hommes. Environ 13 % des patients se déclaraient comme mineurs, rendant leur prise en charge médicale particulièrement complexe du fait de l'absence de représentant légal pour certains actes. Cependant, après une évaluation de plusieurs semaines par le service d'accompagnement et d'évaluation des mineurs non accompagnés (SAEMNA), au moins sept d'entre eux n'ont pas été reconnus mineurs. Concernant les origines ethniques, plus de la moitié des patients venaient d'Afrique, environ 20 % venaient d'Europe et seuls 3,37 % des patients étaient de nationalité française. La plupart des patients de nationalité française étaient des sans-abris avec souvent des comorbidités psychiatriques et/ou addictologiques ; d'autres étaient en situation de rupture familiale ou de perte d'emploi avec des droits incomplets. Pour 18,95 % des patients, la nationalité n'était pas renseignée dans le dossier médical (Tableau 4).

Tableau 4 : Caractéristiques démographiques des patients de la cohorte

	GLOBAL	Moyenne mensuelle	Médiane
Age moyen	33,86	34,67	31,00
Nombre de patients < 18 ans (%)	110 (12,79)	29,8 (12,10)	31,00
Hommes (%)	641 (74,53)	177,6 (72,79)	173,00 (75,22)
Femmes (%)	219 (25,47)	66,4 (27,21)	62,00 (26,96)
Sex ratio H/F	2,93	2,68	2,54
Origine européenne (%)	171 (19,88)	51,2 (21,18)	49,00 (21,30)
Nationalité française (%)	29 (3,37)	7,8 (3,25)	7,00 (3,48)
Origine africaine (%)	442 (51,40)	129,4 (52,81)	132,00 (52,96)
Origine asiatique (%)	72 (8,37)	17,8 (7,07)	15 (7,01)
Origine américaine (%)	12 (1,40)	4,4 (1,74)	5,00 (2,05)
Nationalité inconnue (%)	163 (18,95)	41,2 (17,21)	41,00 (16,38)

Les 697 patients pour lesquels la nationalité était connue provenaient de 76 pays différents (Figure 15). Les patients provenaient majoritairement d'Algérie (12,8 %), du Maroc (10,3 %), de Bulgarie (10,2 %) ou de Guinée Conakry (7,5 %). En règle générale, les pays de provenance des patients migrants sont majoritairement des pays avec une situation politique ou économique instable. Un quart de ces patients (218/860) étaient demandeurs d'asile au moment du recueil de données.

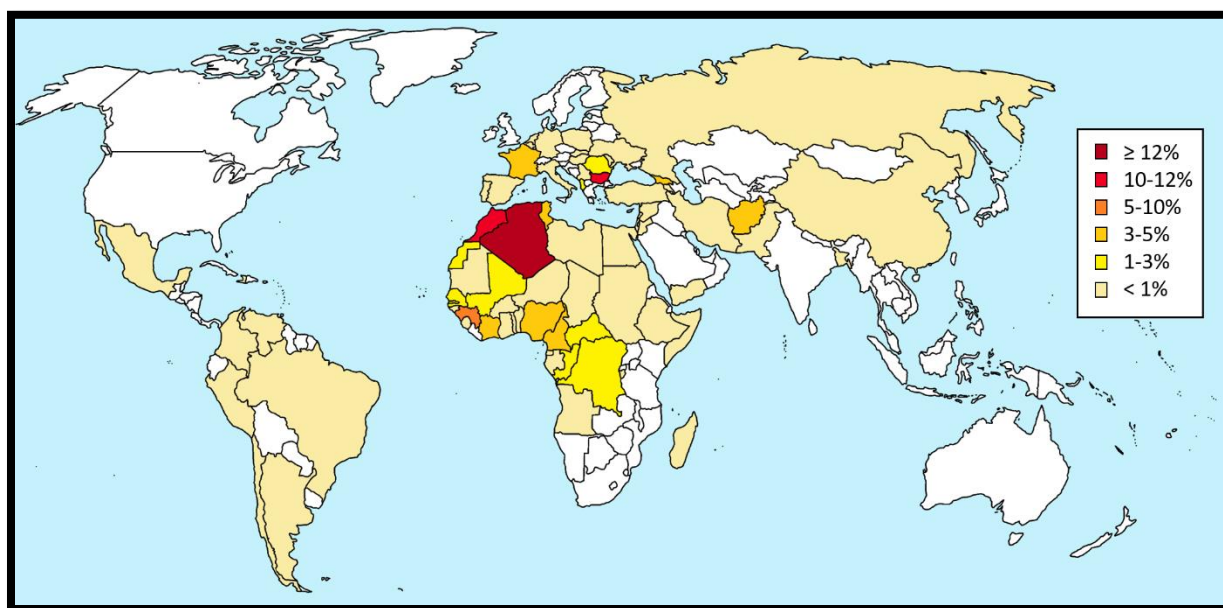


Figure 15 : Pays d'origine des patients de la cohorte

Plus de la moitié des patients provenaient de 37 pays du continent africain, principalement d'Algérie (20 %), du Maroc (16 %) et de la Guinée Conakry (12 %) (Figure 16).

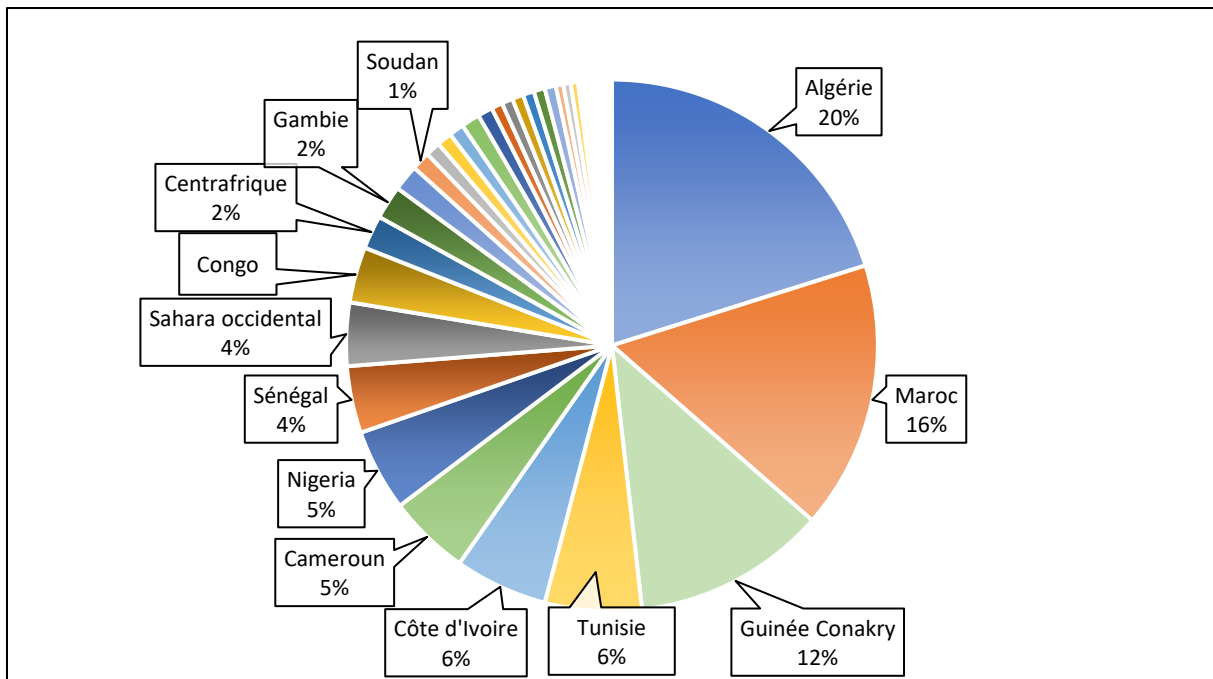


Figure 16 : Répartition des nationalités des patients de la cohorte provenant d'Afrique

Environ 20 % des patients étaient des ressortissants de pays européens. Parmi les dix-huit états représentés, la Bulgarie (37 %), la France (15 %), la Géorgie (11 %), l'Albanie (10 %) et la Roumanie (9 %) étaient majoritaires (Figure 17).

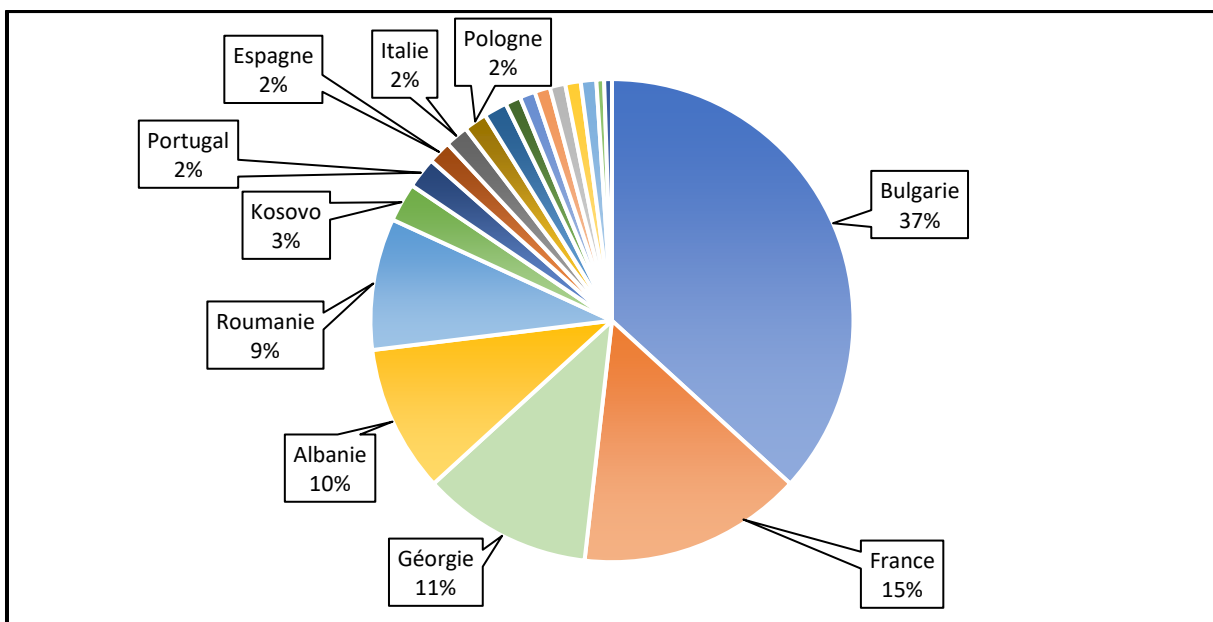


Figure 17 : Répartition des nationalités des patients de la cohorte provenant d'Europe

Lors de la dispensation, la majorité des patients (59 %) n'avaient aucun droit ouvert et les démarches n'avaient pas encore été débutées, 34 % des patients avaient une demande d'ouverture de droits en cours et 3 % des patients bénéficiaient de droits incomplets (Figure 18).

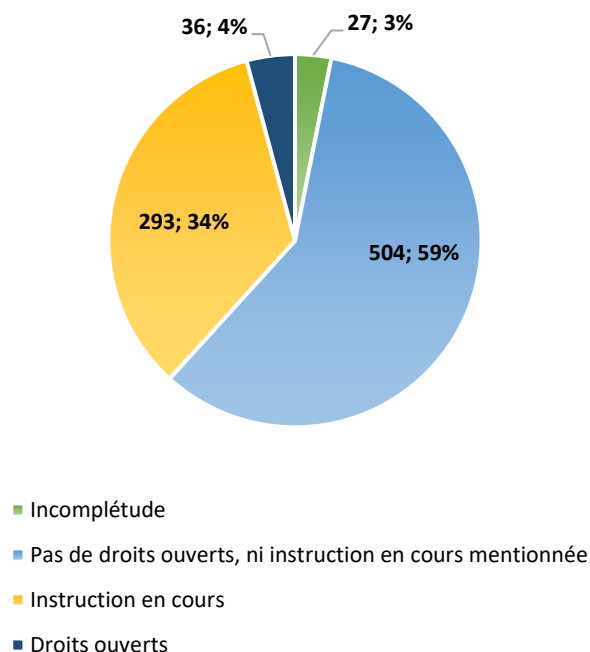


Figure 18 : Etat des droits des patients de la cohorte pour l'accès aux médicaments et produits de santé

Dans notre étude, les patients étaient comptabilisés dans la catégorie « pas de droits ouverts, ni instruction en cours mentionnée » lorsqu'aucun dossier social n'était débuté dans le logiciel de l'établissement et qu'aucun rendez-vous avec un travailleur social n'était mentionné. Parmi ces 504 patients, 271 (53,8 %) n'avaient jamais consulté la PASS adultes :

- 140 (27,8 %) avaient exclusivement consulté la PASS dentaire
- 60 (11,9 %) provenaient uniquement d'une consultation extérieure au CHU
- 47 (9,3 %) avaient seulement une ordonnance provenant des urgences
- Les 24 autres patients avaient bénéficié de plusieurs consultations à la PASS dentaire, aux urgences et/ou dans des structures extérieures au CHU

Cependant, cette proportion est probablement surestimée car certains patients peuvent avoir entrepris des démarches dans une structure extérieure à l'hôpital sans que cela ne soit mentionné dans le dossier.

Après analyse des résultats, on constate que malgré la présence du « tampon PASS » et la vérification des droits lors de la dispensation des traitements, 36 patients avec des droits suffisants pour bénéficier

d'une dispensation en ville ont tout de même obtenu une dispensation hospitalière. Cela peut s'expliquer par une vérification non systématique des droits par le personnel de la PASS pour les patients connus ou provenant d'une structure extérieure, ainsi que par la méconnaissance des différents types de droits par le personnel de la pharmacie en charge de cette activité.

2. Données relatives au parcours du patient

Le nombre moyen de venue par patient était de 1,91 [1-17], avec une médiane de 1. Parmi les 377 patients venus au moins deux fois, la durée moyenne de suivi était de 1,3 mois. En moyenne, 64,74 % des patients reçus par mois sont de nouveaux patients (Tableau 5). Le délai d'obtention des droits de 3 à 5 mois après l'arrivée sur le territoire français explique les durées courtes de suivi de ces patients.

Tableau 5 : Durées de suivi des patients de la cohorte

	Moyenne	Médiane
Nombre total de patients par mois	244 [196-293]	230
Nombre de nouveaux patients par mois (%)	172 (64,74)	163
Durée de suivi, en mois	0,56	0
Durée de suivi pour les patients venus au moins deux fois, en mois	1,3	0,9

Parmi ces patients, 50 (5,8 %) sont venus au moins 5 fois. La moyenne du nombre de venues pour ces patients est de 7, avec une médiane de 6, et la durée moyenne de suivi de 2,78 mois avec une médiane de 2,93. Une fréquence élevée du nombre de venues associée à une durée de suivi courte est liée au choix de notre structure d'effectuer des dispensations hebdomadaires pour les stupéfiants et les benzodiazépines prescrites à des posologies élevées, afin de limiter le surstockage et le risque de mésusage. En revanche, une durée de suivi plus élevée que la moyenne s'explique lorsque certains patients se retrouvent dans une « impasse sociale », notamment en l'absence de justificatif d'identité ou en cas de droits ouverts dans un autre pays de l'union européenne.

La majorité des patients provenait d'une consultation à la PASS généraliste de Saint-André (57,9 %) ou de la PASS odontologie (18,4 %). Les autres patients avaient obtenu une ordonnance par le biais d'une consultation externe, d'un passage aux urgences ou d'une sortie d'hospitalisation (Figure 19). Néanmoins, ces derniers ont l'obligation de se rendre dans le service de la PASS avant dispensation afin d'effectuer une vérification des droits par les professionnels du service et de mettre en place un suivi par une assistante sociale si nécessaire. A la PUI, le patient est pris en charge seulement si le tampon du service y figure, attestant de la possibilité d'une dispensation hospitalière gratuite.

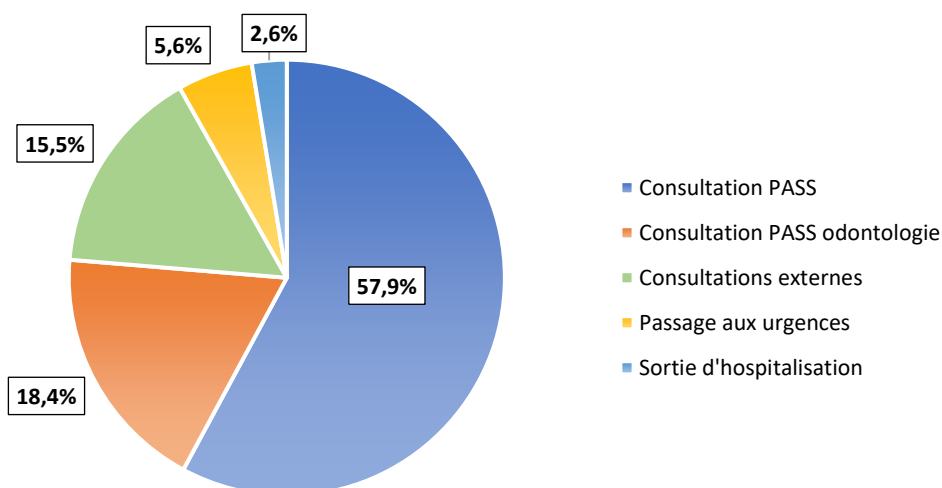


Figure 19 : Provenance des patients de la cohorte

Les trois principaux motifs de consultation retrouvés dans le dossier médical informatisé étaient (Figure 20) :

- Dentaire : 19 % des consultations, ce qui correspond à la part d'ordonnances provenant de la PASS odontologique.
- Renouvellement d'un traitement déjà existant : environ 15 % des consultations. Ce traitement pouvait avoir été préalablement introduit par les professionnels de la PASS, un médecin d'une autre structure ou encore dans leur pays d'origine.
- Douleurs : 12,8 % des consultations. Il s'agissait en grande majorité de douleurs aiguës (86,9 %) telles que des céphalées, des arthralgies, des lombalgies ou encore des douleurs post-traumatiques. Concernant les douleurs chroniques, on retrouvait principalement des lombalgies, des douleurs neuropathiques ou des douleurs secondaires à des pathologies telles que la drépanocytose ou la maladie de Buerger.

7,45 % des dispensations correspondaient à des renouvellements d'ordonnance par la pharmacie, sans que le patient n'ait bénéficié d'une consultation. Pour 4,33 % des consultations, le motif n'était pas connu car les patients provenaient d'une structure extérieure au CHU (Figure 20).

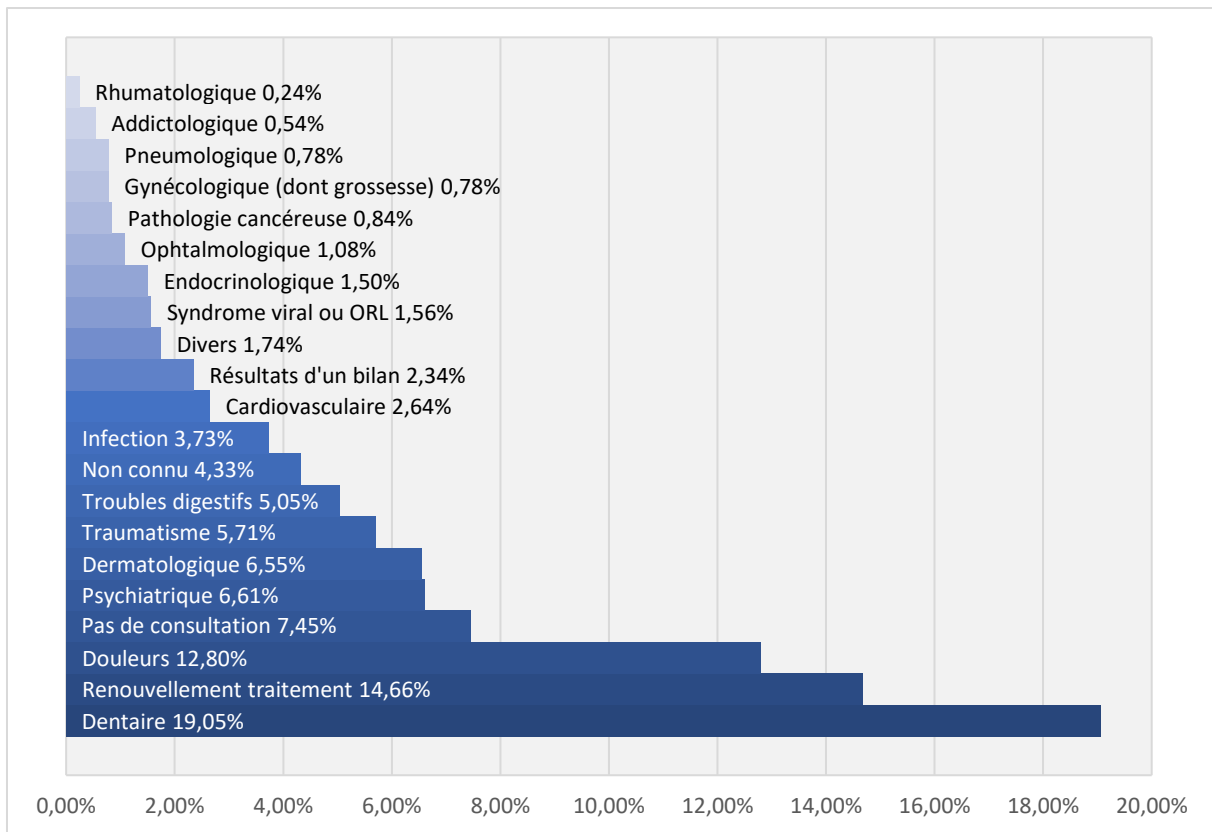


Figure 20 : Répartition des motifs de consultation ayant conduit à la dispensation de traitements

Les différentes pathologies ont été étudiées par patient, après exclusion de ceux ayant consulté uniquement la PASS odontologique, ce qui représentait au total 714 patients dont 296 étaient atteints d'au moins une maladie chronique.

Les affections aiguës étaient majoritairement représentées par des infections locales ou systémiques telles que la gale (40 patients), les mycoses cutanéomuqueuses (23 patients) ou encore les infections à *Helicobacter pylori* (16 patients).

Par ailleurs, plusieurs patients ont consulté pour la prise en charge ponctuelle de troubles du sommeil (40 patients) ou d'anxiété (26 patients) n'ayant pas nécessairement conduit à une prise en charge psychiatrique ou psychologique par la suite.

Les principales pathologies chroniques rencontrées (Figure 21) étaient de nature cardiologique (21,3%) avec une majorité de 61 patients atteints d'hypertension artérielle, 15 patients atteints d'une cardiopathie et 10 patients présentant une fibrillation atriale.

La deuxième catégorie de pathologies chroniques la plus représentée était la psychiatrie (20,9% des pathologies chroniques) avec 99 patients. Parmi eux, 42 patients souffraient d'un syndrome de stress post-traumatique diagnostiqué lors d'une consultation avec un psychiatre. Pour 40 patients, le

diagnostic psychiatrique n'était pas formellement posé mais un suivi régulier a été mis en place. Concernant les troubles endocriniens et métaboliques, 66 patients étaient atteints de diabète et 13 de dysthyroïdie. Enfin, 15 % des patients atteints d'une pathologie chronique présentaient un trouble de l'usage de l'alcool, de substances psychoactives ou de médicaments (benzodiazépines, tramadol, codéine, prégabaline...). Concernant les infections chroniques, 19 patients étaient infectés par le VIH, 12 par le virus de l'hépatite C (VHC) et 8 par le virus de l'hépatite B (VHB) ; 5 patients étaient atteints d'une tuberculose pulmonaire. Le détail des différentes pathologies chroniques est présenté en *Annexe 4*.

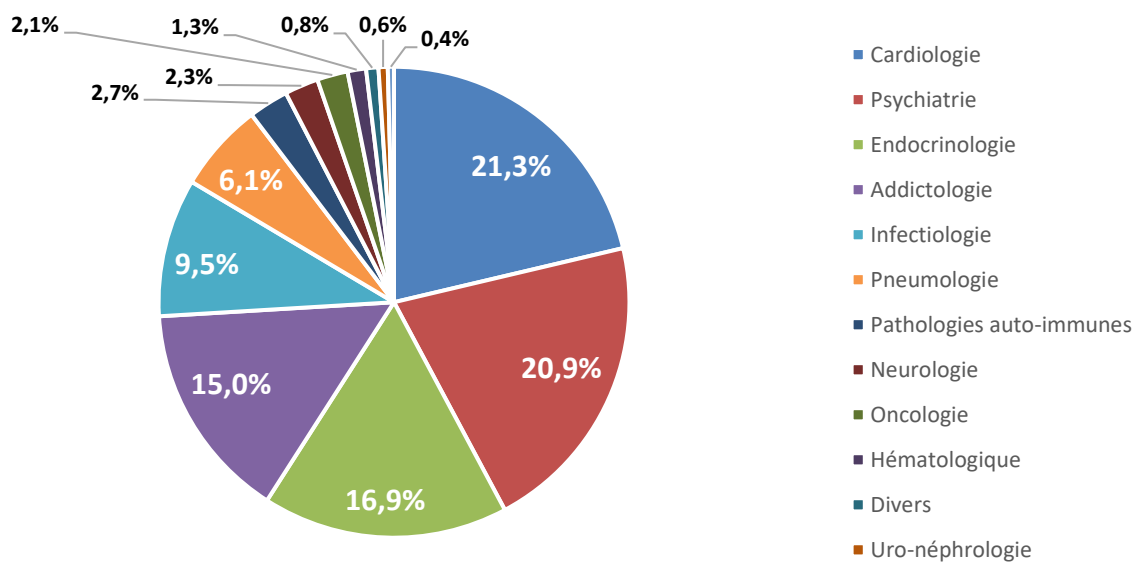


Figure 21 : Répartition des principales pathologies chroniques

3. Données relatives aux médicaments prescrits

Au total sur les 1664 ordonnances, 4183 lignes de traitements ont été dispensées soit une moyenne de 2,51 lignes de traitements par ordonnance et une médiane de 2. 66,8% des dispensations concernaient des traitements aigus avec une moyenne de 2,1 lignes par ordonnance et une médiane de 2. Pour les traitements chroniques, le nombre moyen de lignes sur l'ordonnance était de 3,36 avec une médiane de 3.

Les différents traitements dispensés ont été répartis en 19 grandes catégories afin de mettre en évidence les classes les plus représentées :

- Antalgiques et anti-inflammatoires par voie systémique ou locale
- Médicaments du système cardiovasculaire

- Médicaments utilisés en psychiatrie : antipsychotiques, benzodiazépines, hydroxyzine...
- Médicaments utilisés en neurologie : antiépileptiques, dont la gabapentine et la prégabaline quelle que soit leur indication
- Médicaments utilisés en addictologie : traitements de substitution aux opiacés (TSO), substituts nicotiques
- Médicaments du système digestif : antispasmodiques, inhibiteurs de la pompe à protons, pansements gastriques...
- Médicaments d'endocrinologie : antidiabétiques oraux, insulines, hormones thyroïdiennes...
- Médicaments de pneumologie : inhalateurs indiqués dans la prise en charge de la BPCO ou de l'asthme
- Médicaments de dermatologie : traitements topiques, notamment dermocorticoïdes et anti-acnéiques
- Antibiotiques par voie systémique
- Antifongiques et antiparasitaires par voie systémique ou locale
- Antiviraux locaux et systémiques
- Immunosuppresseurs
- Traitements utilisés en oncologie : anticancéreux par voie orale
- Facteurs de croissance : facteur de stimulation des colonies de granulocytes (G-CSF)
- Collyres y compris antibiotiques
- Traitements de la sphère oto-rhino-laryngologique (ORL) : prise en charge des pathologies saisonnières, antibiotiques par voie locale...
- Traitements de supplémentation : potassium, fer, bicarbonate de sodium par voie orale...
- Divers : traitements topiques (crème pour prise en charge de la crise hémorroïdaire, lotion antipoux), antihistaminiques, produits de contraste...

Les catégories de traitements les plus dispensées étaient les antalgiques et anti-inflammatoires, les médicaments du système cardiovasculaire, les psychotropes, les antibiotiques, les médicaments du système digestif et les médicaments d'endocrinologie. La catégorie « divers » était également très représentée (10,88 %) (Figure 22).

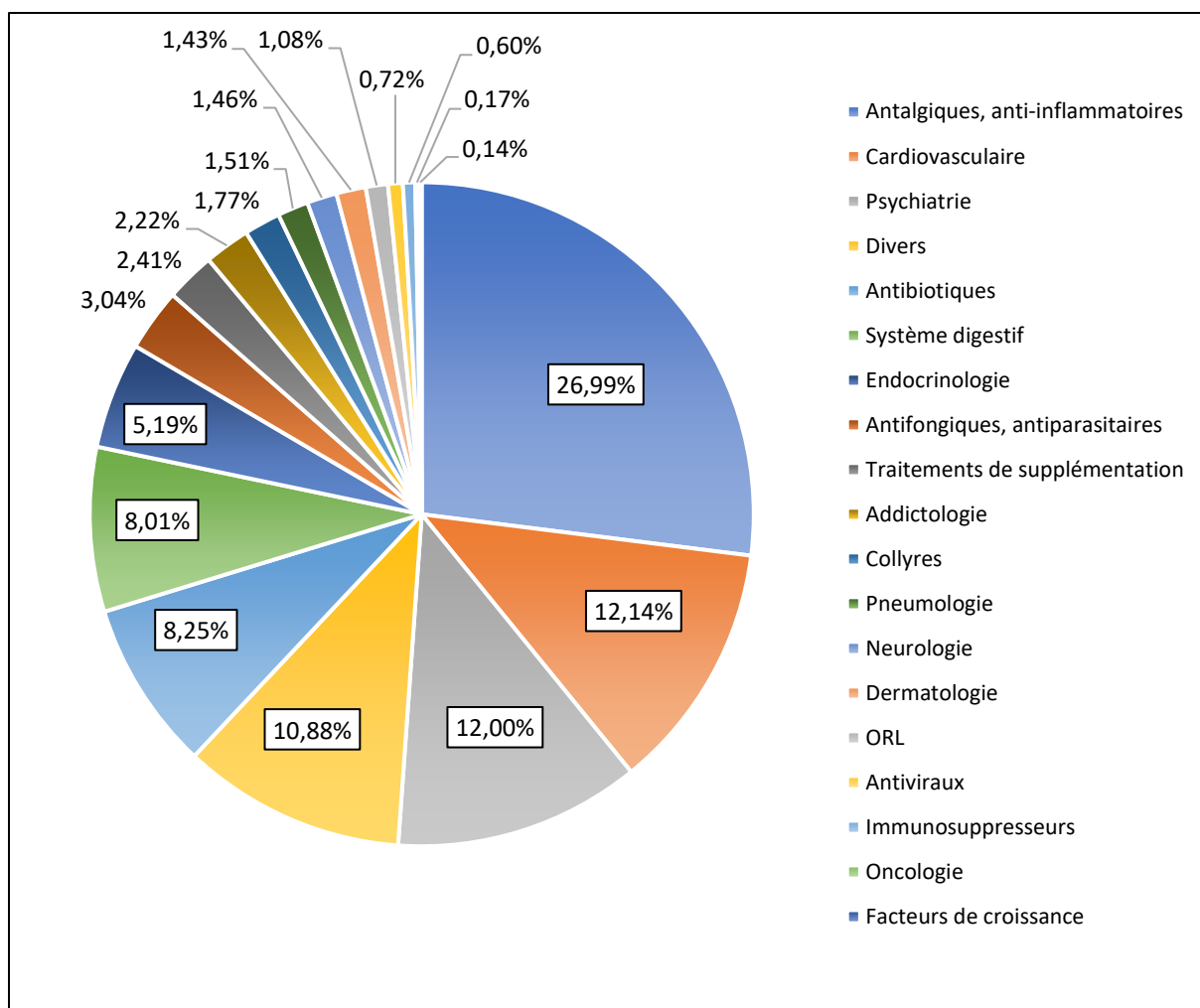


Figure 22 : Proportion des différents types de traitements dispensés

Pour les patients avec une ordonnance de traitements aigus, les médicaments les plus dispensés étaient par ordre décroissant : les antalgiques et anti-inflammatoires, la catégorie « divers », les antibiotiques, les médicaments du système digestif, les psychotropes, les antifongiques et les antiparasitaires.

Pour les traitements chroniques, on retrouvait en premier lieu les médicaments du système cardiovasculaire, les psychotropes, les médicaments d'endocrinologie, les antalgiques et les médicaments du système digestif (Figure 23).

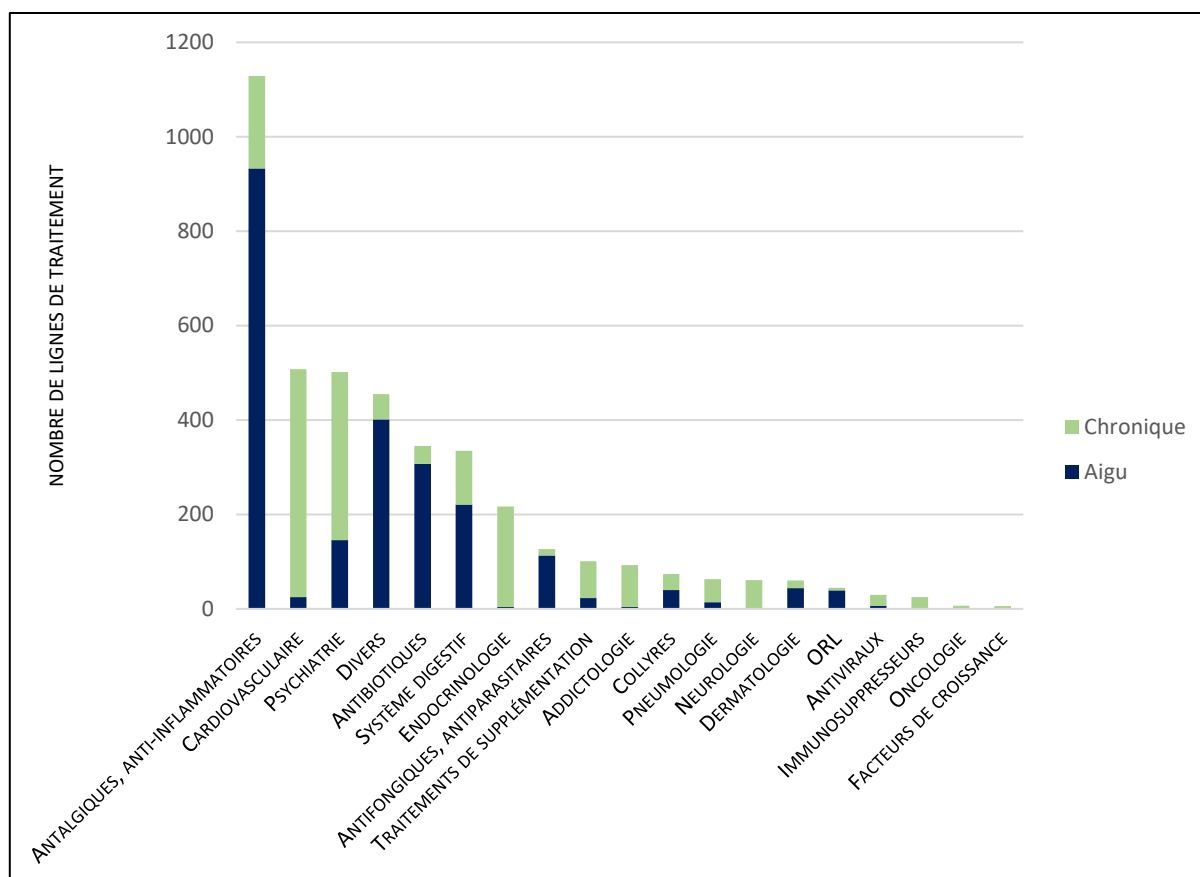


Figure 23 : Nombre de lignes dispensées par classe thérapeutique, proportion de traitements aigus et chroniques

En termes de nombre de dispensation, les dix molécules les plus retrouvées étaient, par ordre décroissant, le paracétamol (822 dispensations), le lansoprazole (139), l'amoxicilline (92), le tramadol (91), les bains de bouche Eludril® (89), la cyamémazine (89), l'hydroxyzine (78), le paracétamol codéiné (71), la metformine (70) et l'oxazépam (69). En nombres d'unités dispensées, les dix molécules étaient le paracétamol (21284 comprimés), la metformine (4756), la cyamémazine (2988), le lansoprazole (2974), l'oxazépam (2793), l'amoxicilline (2294), le tramadol (2069), le Pylera® (2040), l'atorvastatine (1755) et le paracétamol codéiné (1749).

59 (3,55 %) dispensations concernaient des produits stupéfiants ou assimilés tels que des morphiniques ou des TSO (méthadone, buprénorphine). On retrouvait également 4 dispensations de zolpidem et 2 dispensations de clorzépatate 20 milligrammes.

Depuis le 24 mai 2021, la prégabaline est également considérée comme un médicament assimilé stupéfiant et doit dorénavant être prescrite sur ordonnance sécurisée, pour une durée limitée à 6 mois. En effet, commercialisée en 2005, la prégabaline fait l'objet d'une enquête officielle d'addictovigilance depuis 2012. Les troubles de l'usage de cette molécule n'ont cessé d'augmenter au cours de ces dernières années dans les pays occidentaux, notamment en France, la hissant au premier rang des

molécules citées dans l'enquête d'addictovigilance OSIAP (ordonnances suspectes, indicateur d'abus possibles) (52). De plus, des signaux inquiétants émergent, comme l'augmentation du risque de décès par overdose en cas d'association aux opiacés (53). Cependant, malgré la mise en difficulté du corps médical, en particulier des pharmaciens d'officine, il n'existe aucun consensus de prise en charge de cette addiction. Les prescripteurs de la PASS sont particulièrement sensibilisés aux risques d'abus de prégabaline et en tiennent compte lors de l'initiation et du suivi d'un traitement, ou lors d'une demande de renouvellement chez un nouveau patient. Ainsi, ils remplacent de manière systématique cette molécule par un autre médicament, généralement de l'hydroxyzine avec une réévaluation à sept jours. En ce qui concerne la pharmacie, la prégabaline a volontairement été exclue de la dotation de médicaments située dans le bureau de dispensation.

Lors du recueil de données, la nouvelle réglementation n'était pas en vigueur mais 6 patients avaient une prescription de prégabaline pour la prise en charge de douleurs neuropathiques, de manière conforme aux indications et recommandations. En revanche, 19 patients étaient concernés par un trouble de l'usage : parmi eux, 3 possédaient une ordonnance rédigée par des médecins extérieurs au service de la PASS (médecin généraliste, CEID, médecin interniste) et un patient avait obtenu une prescription par un médecin de la PASS. La prescription de ce dernier a par la suite été stoppée une fois le trouble de l'usage repéré. Pour les 15 autres patients, le trouble de l'usage a rapidement été détecté par les prescripteurs de la PASS qui ont refusé d'établir une prescription.

Au cours du recueil, 16 signalements ont été effectués auprès du centre régional d'addictovigilance : 14 concernaient la prégabaline, 1 le tramadol et 1 le clonazépam.

4. Données relatives à la dispensation des traitements

Le temps de dispensation moyen par patient est variable selon le nombre de lignes sur l'ordonnance, le type de médicaments prescrits, la compréhension du patient ou encore la barrière de la langue. Le temps moyen consacré par patient est donc très difficile à estimer et variable en fonction de l'activité. La vérification des droits des patients préalable à la dispensation est chronophage et nécessite parfois l'intervention d'un pharmacien senior en cas de doute sur l'éligibilité du patient. Par la suite, la dispensation dure au minimum 5 minutes et peut aller jusqu'à 45 minutes dans certains cas.

Au cours de la période de recueil, le nombre moyen de patients accueillis par jour était de 15,4 avec une médiane de 15 et un intervalle compris entre 6 et 31 patients. La tendance globale était à l'augmentation de l'activité quotidienne entre juillet et octobre (Figure 24). Cela peut s'expliquer en partie par la fin de la première période de confinement pendant laquelle l'activité avait fortement diminué.

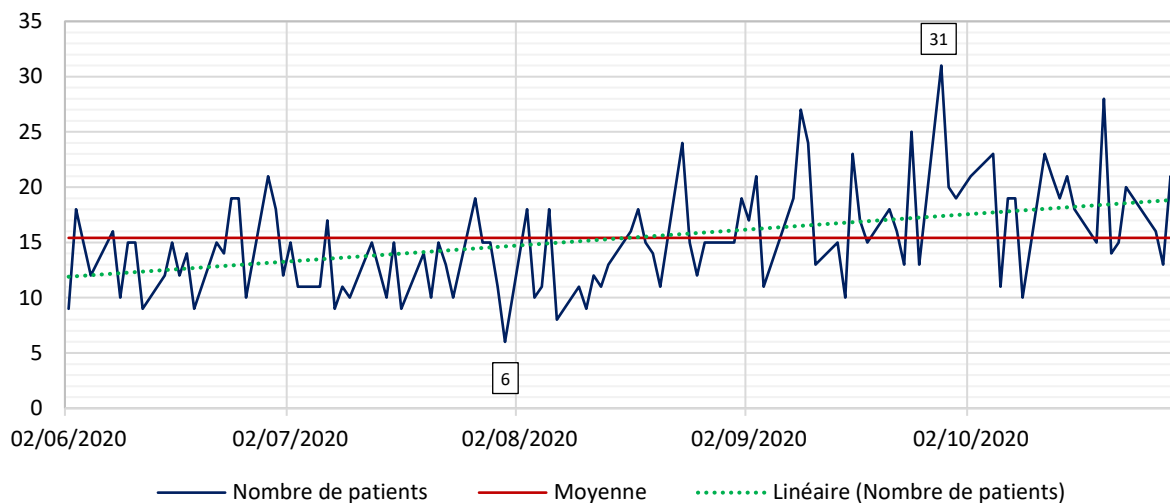


Figure 24 : Nombre de patients par jour à la PUI, moyenne et tendance globale

Ce nombre est néanmoins légèrement sous-estimé car il ne concerne pas les patients avec des prescriptions de médicaments inscrits sur la liste positive des médicaments rétrocédables, tels que les antirétroviraux. En effet, ces derniers sont dispensés par les préparateurs de la rétrocession après création d'une venue dans le logiciel d'admission. Le titre de cession est ensuite édité et transmis au département des affaires financières du CHU, pour facturation rétroactive à l'ouverture des droits du patient. Le coût de ces médicaments n'est donc pas financé par la MIG PASS.

En termes de ressources humaines, il n'y a pas de temps pharmaceutique financé au sein de la MIG. Les externes participent à l'activité à hauteur de trois heures par jour. Quant aux internes, ils se répartissent des demi-journées de dispensation et assurent également l'encadrement quotidien des externes.

Au cours de cette période, certains patients ont pu bénéficier d'un entretien pharmaceutique si cela semblait nécessaire au cours de la dispensation. Les critères principaux d'éligibilité étaient la polymédication, la prescription de médicaments à marge thérapeutique étroite, la nécessité de proposer de multiples équivalences thérapeutiques et la détection de freins majeurs à l'observance par l'équipe de la PASS lors de la consultation ou par l'équipe pharmaceutique lors de la dispensation. Dans ce cas, un plan de prise pouvait être remis au patient et les traitements répartis dans des sachets individuels sur lesquels figurent les posologies ou des symboles pouvant aider à la compréhension. Les principales difficultés rencontrées lors de ces entretiens étaient la barrière de la langue et le manque de ressources humaines pour mettre en place cette activité chronophage et évaluer son impact. En effet, une seule personne étant affectée à la dispensation par demi-journée, l'entretien

pharmaceutique se déroule la plupart du temps au détriment du temps d'attente des autres patients. Au total, 130 entretiens pharmaceutiques ont été réalisés dont 92 ont été menés auprès de patients atteints d'une maladie chronique. Si l'on exclut les dispensations des ordonnances de la PASS odontologie qui comportent uniquement des traitements aigus (antalgiques, antibiotiques et bains de bouche) pour une durée moyenne de sept jours, 1357 dispensations ont été réalisées et cela représentait 716 patients. Parmi eux, 18 patients ont bénéficié de plusieurs entretiens. Au total, environ 15 % de ces patients ont donc bénéficié d'au moins un entretien pharmaceutique.

La proportion de patients ayant bénéficié d'un entretien pharmaceutique ne prend pas en compte les patients avec une prescription de médicaments rétrocédables car ces derniers sont dispensés par les préparateurs et ne sont donc pas recensés dans le tableau de suivi des patients PASS. Le manque de ressources humaines ne nous permet pas actuellement d'effectuer d'entretiens auprès de ces patients, malgré la prescription fréquente d'antirétroviraux.

En parallèle, la PASS du CHU de Bordeaux participe à l'étude PASS-MULTI coordonnée par Marseille et dont l'objectif principal est de mesurer l'impact d'une PASS multidisciplinaire (équipe sociale, médicale, soignante et pharmaceutique) sur le taux de ré-hospitalisations non programmées des patients précaires en sortie d'hospitalisation à 12 mois. Il s'agit d'une étude contrôlée randomisée en ouvert, multicentrique impliquant un bras interventionnel et un bras non interventionnel. L'intervention consiste en la prise en charge globale médicosociale optimisée du patient à l'aide d'un entretien pharmaceutique initial et d'entretiens réguliers, avec le recours à un service d'interpréariat si nécessaire. La mise en place de cette étude nécessite le recrutement d'un attaché de recherche clinique à mi-temps mais sera réalisée à effectif constant pour la pharmacie. Les premières inclusions devraient débuter à la fin de l'année 2021 pour une durée de 2 ans avec un objectif initial fixé à 235 patients. Les résultats nous permettront de connaître l'impact des entretiens pharmaceutiques sur le taux de ré-hospitalisation à 12 mois et d'estimer le temps pharmacien nécessaire à leur réalisation.

5. Principales difficultés rencontrées

Concernant notre structure, les difficultés rencontrées sont en partie similaires à celles de la région, à savoir la barrière de la langue et l'accès aux produits de santé. En revanche, l'accès au médicament n'est pas un problème actuellement puisque la pharmacie commande des médicaments hors livret si nécessaire.

La barrière de la langue reste actuellement la principale difficulté au quotidien. Les langues les plus fréquemment retrouvées dans notre patientèle sont le roumain, le bulgare, l'arabe, l'albanais,

l'espagnol, le portugais, différents dialectes africains et l'anglais. Pour pallier cela, plusieurs outils sont utilisés, tels que des traducteurs en ligne, la remise d'un plan de soin associé à des illustrations ou encore la répartition des médicaments dans des sachets individuels selon le moment de prise. Cependant, l'explication des modalités de prise de certaines formes galéniques reste compliquée et très chronophage en l'absence d'outils pratiques uniformisés auxquels les différents intervenants seraient formés et pourraient se référer. Aucune procédure détaillée et aucun outil validé pour l'aide à la dispensation ne sont actuellement disponibles dans notre structure.

L'accès aux produits de santé tels que les bas de contention ou les lecteurs de glycémie est également variable au sein de notre structure. En effet, le service de la PASS n'a à ce jour aucune possibilité de commander des lecteurs de glycémie, mais seulement les consommables associés (bandelettes, lancettes). Le circuit pour se les procurer ne fait l'objet d'aucune procédure et réside également dans des dons par les patients ou le service d'endocrinologie de l'hôpital. Une dotation de deux lecteurs de glycémie a également été mise en place à la pharmacie dans les cas où le service ne trouve aucune autre solution. Cependant, les consommables disponibles au marché de l'hôpital ne sont pas toujours compatibles avec les lecteurs fournis, ce qui pose de nombreux problèmes pour la prise en charge du patient. Les médecins du service estiment actuellement leurs besoins à une trentaine de lecteurs par an.

Le manque de personnel dédié est également une problématique constante dans notre établissement. En effet, la dispensation est une activité chronophage qui repose principalement sur les internes et les étudiants en pharmacie, en supplément des activités déjà réalisées en routine. Cela implique la formation constante de nouveaux intervenants, environ tous les trois mois, avec un risque de perte d'information non négligeable. De plus, la confrontation à des situations difficiles et à certains profils de patients s'avère parfois délicate pour de jeunes professionnels avec une expérience limitée. L'augmentation du nombre de patients ciblés par les entretiens pharmaceutiques ainsi que l'évaluation de l'observance des patients après les entretiens nous semble donc difficilement envisageable dans le contexte actuel.

Enfin, la méconnaissance des différents types d'aide sociale permettant l'accès aux médicaments et les critères d'éligibilité des patients à une dispensation hospitalière gratuite complique le parcours du patient. En effet, la pharmacie vérifie de manière systématique les droits du patient, malgré la présence du « tampon PASS » sur l'ordonnance, afin de le rediriger vers une officine de ville quand cela est possible. Cependant, la plupart des intervenants sont peu formés à l'utilisation de l'outil de consultation des droits et à son interprétation et ils doivent régulièrement solliciter un pharmacien sénior afin d'obtenir confirmation. Ces multiples étapes allongent également la durée d'attente du

patient, entraînent de nombreuses allées et venues au sein de l'hôpital et génèrent souvent des situations compliquées avec les patients.

L'outil de recueil initialement mis en place pour ce travail a été maintenu et permet actuellement d'inscrire des transmissions pour le suivi des patients et d'alimenter le rapport d'activité annuel.

Partie IV : Optimisation de la prestation pharmaceutique des PASS de Nouvelle-Aquitaine

L'étude des modes de dispensation au sein de la région ainsi que l'étude plus détaillée des patients de notre structure a permis de mettre en lumière les principales difficultés rencontrées par les PASS de Nouvelle-Aquitaine.

A. Accès aux produits de santé

Les difficultés d'accès aux produits de santé tels que les lecteurs de glycémie, attelles, orthèses et cannes anglaises concernent une majorité des structures de la région qui n'ont à l'heure actuelle aucune procédure détaillée quant à l'approvisionnement de ces dispositifs.

Dans un premier temps au CHU de Bordeaux, nous avons priorisé la recherche de solution pour l'accès aux lecteurs de glycémie et sollicité les équipes des différentes PASS afin d'évaluer leurs besoins. Ainsi, nous avons estimé une consommation globale d'environ 76 lecteurs de glycémie par an, soit 40 pour les PASS adultes et 36 pour la PASS maternité. Nous avons ensuite présenté ces résultats au service biomédical qui gère l'achat et l'approvisionnement des lecteurs de glycémie et consommables associés afin de proposer la mise en place d'un marché permettant aux services de commander le matériel nécessaire et de réévaluer les besoins de manière annuelle. Enfin, nous avons sollicité l'accord de l'ARS pour le financement de ces dispositifs dans le cadre de la MIG PASS suite à la réalisation d'un devis auprès du fournisseur actuel du CHU qui estimait le coût annuel pour 80 lecteurs à environ 15 000 € hors taxe.

La solution la plus adaptée identifiée par cette étude est l'intégration au marché des lecteurs de glycémie et des consommables associés pour permettre aux différentes PASS de commander ces produits selon les besoins. La mise en place d'une dotation réévaluée de manière annuelle est alors à envisager, pour permettre aux IDE et sages-femmes de renouveler leur stock en commandant les lecteurs et les consommables directement sur le logiciel dédié. De la même manière que pour le médicament, des fiches explicatives adaptées au modèle retenu devront être élaborées en plusieurs langues pour l'éducation thérapeutique des patients. L'objectif est de permettre aux patients concernés par l'utilisation de ces dispositifs de venir récupérer les consommables de manière mensuelle dans le service et de mettre en place un suivi régulier des glycémies par l'équipe soignante.

Par la suite, nous pourrions étudier la possibilité de rattachement au marché des établissements du groupement hospitalier de territoire (GHT) « Alliance de Gironde », ce qui permettrait à cinq PASS

supplémentaires de bénéficier de l'accès aux lecteurs de glycémie : Arcachon, Blaye, Libourne, Sainte-Foy-la-Grande et Langon. Cela permettrait également d'estimer des quantités de commande plus importantes et potentiellement de diminuer les coûts.

Enfin, nous ne disposons d'aucun circuit établi pour l'accès aux cannes anglaises, attelles, orthèses... qui repose uniquement sur des dons ou des prêts. Nous n'avons actuellement engagé aucune démarche en ce sens.

Une réflexion globale pourrait être menée au sein de la région par le biais d'un groupe de travail dédié afin de mettre en place des solutions pérennes et améliorer la prise en charge des patients concernés en Nouvelle-Aquitaine.

B. Barrière de la langue

La barrière de la langue expose les patients concernés à un risque accru de mauvaise compréhension du traitement et donc de difficultés d'observance pouvant conduire à des complications ou à l'apparition d'effets indésirables (54). Plusieurs études mettent en évidence que la compréhension et l'observance sont plus faibles si les patients sont confrontés à une barrière linguistique (55), pouvant entraîner un risque de complication accru et un taux de réadmission plus élevé chez les patients ne parlant pas la langue du pays (56). A titre d'exemple, deux publications ont montré que les patients traités par anticoagulants faisant face à une barrière linguistique restaient moins longtemps dans la marge thérapeutique (57,58).

De plus, la barrière de la langue conduit le professionnel de santé à limiter la quantité d'informations transmises au patient, en insistant essentiellement sur les modalités de prise, sans s'attarder sur les effets indésirables. Selon Gandhi et al. (59), l'absence d'explication des intervenants au sujet des effets secondaires des médicaments a été associée au signalement d'un nombre plus important de complications et un recours plus fréquent au système de santé, notamment chez les patients ne parlant pas la langue du pays. D'après la Société Santé en français canadienne, « *bon nombre d'erreurs se produisent en dehors du milieu hospitalier et résultent d'une mauvaise communication de la part des intervenants ou du système de santé plutôt que lors de l'administration aux patients hospitalisés* » (54). Cependant, d'après une étude américaine, l'intervention d'un pharmacien pour l'explication des traitements permettrait une meilleure compréhension par les patients, qu'ils parlent la langue du pays ou leur propre langue maternelle. En effet, les problèmes relatifs à l'adhésion médicamenteuse étaient significativement plus fréquents dans le groupe de patients ne parlant pas anglais versus ceux parlant

anglais (31 % versus 12 % ; $p=0.0016$). Après intervention du pharmacien les fréquences étaient respectivement de 22 et 25 %, sans différence significative en fonction de la langue pratiquée (60).

Une réflexion a été menée à la PUI de l'hôpital Saint-André afin de déterminer le type d'outil nécessaire à la bonne compréhension de l'ordonnance par les patients et à la sécurisation de la dispensation. Dans un premier temps, la communication non verbale, les outils de traduction en ligne, la réalisation de plans de prise et l'utilisation d'ordonnances visuelles au moment de la dispensation semblent efficaces pour expliquer les moments de prise. Le plan de prise (*Annexe 5*) est utilisé lorsque le patient est capable de comparer les mots écrits sur les boîtes de médicaments, l'ordonnance et le plan de prise. Le tableau est complété avec le patient à l'aide de l'ordonnance et des boîtes de médicaments. Quant aux ordonnances visuelles du centre communal d'action sociale (CCAS) de la Voulte-sur-Rhône (*Annexe 6*), elles permettent d'identifier les boîtes de médicaments et le plan de prise à l'aide d'un code couleur et de dessins, pour les patients avec des difficultés de compréhension de l'ordonnance écrite.

Cependant, la barrière linguistique constitue toujours un frein quant à l'explication des durées de traitements, des modalités d'utilisation de certaines formes galéniques, des effets indésirables ou encore pour répondre aux éventuelles interrogations des patients. De plus, l'utilisation de ces différents outils est extrêmement chronophage, génère un temps d'attente important pour les patients et ne permet qu'une traduction simpliste des messages clés. Le recours à des interprètes étant difficilement envisageable au vu de l'hétérogénéité de notre patientèle, la solution la plus adaptée à mettre en place semble donc être l'utilisation de fiches multilingues préremplies à compléter avec le patient, comme celles déjà utilisées au CHU de Besançon depuis 2018 (*Annexe 7*). Nous avons pour cela contacté les pharmaciens de cet établissement afin de consulter ces documents et de pouvoir les utiliser dans le cadre d'une collaboration entre nos équipes. En effet, ces fiches sont actuellement disponibles en 6 langues (français, anglais, allemand, arabe, espagnol et russe) et portent sur des médicaments jugés à risque et sur toutes les formes galéniques. Nous avons proposé à l'équipe de Besançon de contribuer à la mise à jour de ces fiches en rajoutant l'albanais, le bulgare et le roumain pour répondre aux besoins de notre patientèle. Pour cela, nous avons contacté une association à but social et non lucratif (ISM interprétariat) afin d'établir un devis pour la traduction des documents. L'estimation du coût pour la traduction en trois langues supplémentaires d'une cinquantaine de fiches se situe dans un intervalle compris entre 2600 € et 5200 €. L'intégralité des fiches n'étant pas encore à notre disposition, il est actuellement impossible d'établir un devis plus précis, dépendant du nombre de mots à traduire.

Ces fiches pourraient par la suite être diffusées auprès des différentes PASS de Nouvelle-Aquitaine par le biais du site de la coordination régionale et/ou le site de l'ARS pour faciliter la dispensation dans les

structures qui le nécessitent. Cependant, les compléments d'information seront toujours délivrés grâce à des systèmes de traduction immédiate, malgré les traductions parfois approximatives pour les termes liés à la santé.

C. Amélioration de la communication entre les différents interlocuteurs

Le manque de communication et de coordination entre les différents interlocuteurs impliqués dans la prise en charge de ces patients a également été évoqué par certaines structures de Nouvelle-Aquitaine, notamment concernant les modalités de prise en charge des médicaments relatives aux différents régimes ou encore l'aide à la recherche d'équivalence au livret de l'hôpital.

Dans un premier temps, la formalisation des interactions entre la pharmacie et le service de la PASS est indispensable pour fluidifier le parcours des patients en situation de précarité et définir les rôles de chacun des intervenants. Ce processus implique la rédaction d'une instruction établie en collaboration entre les équipes médicales et les services de gestion administrative, notamment la direction des affaires financières de l'établissement. Au CHU de Bordeaux, une procédure a été établie depuis 2015 entre les PUI et les différentes PASS (*Annexe 8*). Celle-ci définit les conditions de dispensation aux patients suivis par la PASS, notamment la nécessité d'apposer le « tampon PASS » sur l'ordonnance, permettant d'attester l'éligibilité du patient à la dispensation hospitalière. De plus, le principe de substitution du générique par son princeps est acquis mais les équivalences thérapeutiques proposées par la pharmacie doivent être acceptées par le médecin avant toute dispensation.

D'après l'étude de notre cohorte de patients suivis par la PASS de notre établissement, nous avons dressé une liste de 53 médicaments ou classes médicamenteuses indispensables à la prise en charge de ces patients. Un fichier permettant aux médecins de prescrire directement les médicaments inscrits au livret de l'établissement pourrait également être élaboré de manière systématique par les pharmacies et diffusées auprès des services concernés (Tableau 6).

Médicament ou classe thérapeutique	Spécialité(s) disponible(s) au livret
Paracétamol	
Ibuprofène	
Kétoprofène	
Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) gel	
Tramadol	
Statine	

Médicament ou classe thérapeutique	Spécialité(s) disponible(s) au livret
Acide acétylsalicylique	
Bétabloquant	
Diurétique de l'anse	
Diurétique thiazidique	
Inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC)	
Sartan	
Anticoagulants oraux	
Inhibiteur calcique	
Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS)	
Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA)	
Benzodiazépine demi-vie courte (oxazepam)	
Antipsychotiques de 1 ^{ère} génération (cyamémazine, loxapine, haloperidol)	
Antipsychotiques de 2 ^{ème} génération (rispéridone, olanzapine)	
Hypnotique	
Hydroxyzine	
Metformine	
Sulfamide hypoglycémiant	
Répaglinide	
Laxatif osmotique	
Alginate de sodium et bicarbonate de sodium	
Diosmectite	
Antiémétique	
Anti-diarrhéique	
Inhibiteur de la pompe à protons (IPP)	
Antispasmodique	
Amoxicilline	
Amoxicilline et acide clavulanique	
Métronidazole	
Lévofloxacine, ofloxacine	
Azithromycine	
Ceftriaxone	
Pristinamycine	
Fosfomycine-trométamol	
Bismuth, métronidazole et tétracycline (PYLERA®)	
Ivermectine	
Désinfectant antiparasitaire environnemental	
Antifongique azolé systémique	
Antifongique azolé crème	
Antifongique azolé ovule	

Médicament ou classe thérapeutique	Spécialité(s) disponible(s) au livret
Anti-hémorroïdaire en suppositoire	
Anti-hémorroïdaire en crème	
Dermocorticoïde	
Lotion anti-poux	
Antihistaminique	
Bronchodilatateur Béta-2 mimétique à action rapide et courte durée d'action	
Sérum physiologique	
Bains de bouche	

Tableau 6 : Médicaments et classes thérapeutiques inscrits au livret et indispensables à la prise en charge des patients suivis par la PASS

Cette première version pourrait être partagée avec les pharmacies des différents établissements afin de permettre la mise à disposition de ces traitements aux patients suivis par la PASS. Elle pourrait également être adaptée aux différentes structures selon les spécificités de leur file active.

Cependant, les médicaments délivrés ne peuvent se limiter exclusivement à cette liste restreinte car d'autres médicaments inscrits au livret de l'établissement peuvent également être nécessaires à la prise en charge de ces patients. Dans ce cas le pharmacien doit guider le prescripteur afin de l'aider à prescrire une spécialité disponible.

Enfin, la prescription de médicaments hors livret devrait pouvoir être autorisée si la prise en charge du patient le nécessite, dans des cas exceptionnels en l'absence d'alternative thérapeutique et après concertation avec le médecin prescripteur.

Pour pallier la méconnaissance des modalités de prise en charge de ces patients selon leur régime d'assurance maladie ou l'absence de droits, une fiche récapitulative pourrait être diffusée auprès des différentes pharmacies afin de sensibiliser les équipes impliquées dans la dispensation des traitements. A l'hôpital Saint-André, la vérification des droits des patients sur le site de consultation des droits (CDR) d'Ameli (61) est effectuée de manière systématique. Un document expliquant la lecture des droits sur le CDR a été élaboré et mis à disposition dans le classeur contenant les modes opératoires de dispensation des traitements aux patients relevant de la PASS (*Annexe 9*). Ainsi, si un patient a des droits en cours lui permettant une prise en charge complète des médicaments prescrits en ville, nous lui imprimons l'attestation de droits en cours de validité, et il est orienté vers une officine après avoir averti l'équipe de cette dernière. Si le patient a des droits incomplets ou une AME, seuls les médicaments ne bénéficiant pas d'une prise en charge à 100 % sont dispensés.

Enfin, le partage d'informations entre la pharmacie et le service concernant certaines situations très problématiques et les patients en errance médicale est primordiale. En effet, cela permet aux différentes équipes de coordonner leurs discours et d'éviter la mise en difficulté des différents intervenants. La pharmacie est également une source de signalement pour la PASS, principalement en ce qui concerne le mésusage médicamenteux.

D. Entretiens pharmaceutiques

D'après l'organisation mondiale de la santé (OMS), l'adhérence est le premier déterminant de l'efficacité d'un traitement puisqu'une mauvaise observance atténuée de manière significative le bénéfice clinique attendu (62). Une mauvaise observance et/ou une mauvaise adhésion du patient à la prise en charge de sa pathologie entraînent inévitablement un risque augmenté de complications et par conséquent un surcoût non négligeable pour le système de santé. Ainsi, l'étude IMS Health (63) estime que le système de santé dépense chaque année 9,3 milliards d'euros pour la prise en charge de l'ensemble des coûts liés aux complications évitables grâce à une bonne observance.

Une des solutions pour pallier les problèmes d'observance rencontrés par les patients réside dans la mise en place d'entretiens pharmaceutiques. Par exemple, l'étude Iphodia (64) menée en 2016 comparait deux groupes randomisés de pharmaciens, l'un réalisant des entretiens en plus de la dispensation habituelle et l'autre dispensant les médicaments usuellement pour des patients diabétiques de type 2. Les résultats ont montré que l'accompagnement thérapeutique du patient par le pharmacien suscitait une meilleure adhérence globale du patient pour la prise en charge de son diabète, objectivée notamment par l'amélioration significative du taux d'hémoglobine glyquée à six mois chez les patients bénéficiant des entretiens pharmaceutiques.

Nous n'avons pas retrouvé d'études concernant l'observance et la mise en place d'entretiens pharmaceutiques chez les patients en situation de précarité. Les résultats de l'étude PASS MULTI nous permettront de connaître le réel impact de ces entretiens sur le taux de réhospitalisation de ces patients.

Après analyse des réponses aux questionnaires, peu de structures proposent des entretiens pharmaceutiques actuellement. Concernant notre structure, l'augmentation de la proportion de patients ciblés par ces entretiens est un des axes d'amélioration, ainsi que la mise en place du suivi de l'observance pour les patients vus régulièrement. Cependant, 65 % des patients reçus par mois à la pharmacie étant de nouveaux patients, il nous semble prioritaire de favoriser une explication détaillée des traitements aigus et chroniques pour la totalité des patients, notamment grâce à l'utilisation des fiches multilingues citées précédemment. En effet, le rôle de la PASS est primordial pour l'accès aux

soins des primo-arrivants et pour assurer une transition vers le système de droit commun (65). De plus, comme mis en avant précédemment, le manque de personnel dédié limite l'expansion de cette activité.

Conclusion

Ce travail a permis de mettre en évidence l'existence de problématiques communes dans les différentes PASS de la région Nouvelle-Aquitaine, principalement l'accès aux produits de santé. Cependant, les solutions proposées sont adaptées à notre fonctionnement et ne sont pas généralisables dans leur globalité à toutes les structures. Afin de pallier cela, la collaboration entre les différentes PASS pourrait être renforcée par la création de groupes de travail, la mise en place d'outils communs et la mutualisation d'outils existants par le biais du site de la coordination régionale des PASS et/ou de l'ARS.

Des bulletins d'information pourraient également être diffusés en cas de problématique majeure rencontrée par une ou plusieurs structures afin d'échanger avec les différents professionnels de la région sur les solutions potentielles à mettre à place.

Par exemple, le mésusage de la prégabaline est appréhendé de manière différente selon les établissements et parfois méconnu des prescripteurs ; il n'existe à ce jour aucune recommandation officielle pour la prise en charge des patients concernés. Cette thématique pourrait faire l'objet d'une information aux différents intervenants et d'une réflexion commune par la suite afin de définir une conduite à tenir.

Pour conclure, la formalisation du rôle de la PASS comme préconisé par la DHOS est donc essentielle au vu de la complexité du parcours de ces patients et de la variabilité des organisations selon les structures. La communication entre les différents intervenants est primordiale pour permettre aux patients en situation de précarité de bénéficier d'une prise en charge adaptée et d'intégrer le circuit de droit commun le plus rapidement possible.

Enfin, la réforme de l'AME risque potentiellement d'augmenter la file active des PASS et donc l'activité de dispensation des médicaments. En effet, le décret n°2020-1325 modifie l'article L.252-1 du code de l'action sociale et des familles et notifie que la première demande d'AME doit être déposée par le demandeur auprès d'un organisme d'assurance maladie à compter du 17 février 2021 (66). A titre dérogatoire, cette demande peut être déposée auprès d'un établissement de santé ou une PASS hospitalière dans lequel le demandeur ou un membre du foyer est pris en charge. De plus, la fermeture effective des droits initiaux conditionne dorénavant l'ouverture d'une AME, ne permettant pas une bascule anticipée d'un dispositif à l'autre.

Ces différentes mesures augmentent la complexité d'accès à l'AME et risquent d'entraîner des interruptions dans les parcours de soins des patients et une charge supplémentaire pour les

établissements de santé qui accueilleront potentiellement ces patients sur une période plus longue. Concernant les PUI, l'augmentation des délivrances de traitements est à envisager avec une surcharge d'activité non négligeable à craindre. La mise en place d'outils adaptés, la communication entre les différents intervenants et l'obtention de personnel dédié nous semblent donc aujourd'hui indispensables.

Annexes

Annexe 1 - Score EPICES

Calcul du score EPICES

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 : **Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées**
Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Annexe 2 - Questionnaire "Dispensation des médicaments et produits de santé - PASS Nouvelle-Aquitaine"

Questionnaire

Dispensation des médicaments et produits de santé



PASS

Nouvelle-Aquitaine

IDENTIFICATION DE LA PASS (ville, centre hospitalier) :

GENERALITES :

1 – En sortant d'une consultation, les patients relevant d'une prise en charge par la PASS ont-ils la possibilité d'accéder à des médicaments sans frais au sein de l'établissement ?

OUI	
NON	

2 – Si oui, cela est-il possible jusqu'à l'obtention des droits ?

OUI	
NON	

ACCES AUX MEDICAMENTS ET PRODUITS DE SANTE :

3 – A quel endroit se fait la dispensation des médicaments ?

Au sein de la PASS	
Au sein de la PUI	
Dans une pharmacie de ville grâce à une convention	
Autre, préciser :	

4 – A quel endroit se fait la dispensation des produits de santé hors médicaments (appareils de glycémie, matériel d'orthopédie...) ?

Au sein de la PASS	
Au sein de la PUI	
Dans une pharmacie de ville grâce à une convention	
Ces produits ne sont pas dispensés à l'heure actuelle	
Autre, préciser :	

5 – Bénéficiez-vous d'une présence pharmaceutique au sein du service de la PASS ? Si oui, renseignez le rôle de chacun des intervenants. Si non, passez à la question suivante.

STATUT	RÔLE
Pharmacien	
Interne en pharmacie	
Externe en pharmacie	
Préparateur en pharmacie	

6 – Si la dispensation se fait à l'extérieur du service, l'accès au lieu de dispensation est-il indiqué et expliqué de manière systématique aux patients ?

OUI	
NON	

7 – Existe-t-il une procédure permettant de définir les interactions entre la PASS et la pharmacie ? Si oui, joignez cette procédure au questionnaire.

OUI	
NON	

8 – Lorsqu'un patient suivi par la PASS sort d'hospitalisation :

Il est orienté directement vers le lieu de dispensation des traitements	
Il est orienté vers la PASS pour la suite de prise en charge	
Ne sait pas	
Autre(s), préciser :	

9 – Combien de personnes sont-elles chargées de la dispensation des médicaments ?

Nombre	
ETP	

10 – Quelles sont leurs fonctions ?

FONCTION	NOMBRE
Infirmier(e)	
Préparateur en pharmacie	
Externe en pharmacie	
Interne en pharmacie	
Pharmacien	
Autre(s), préciser :	

11 – Les droits des patients sont-ils vérifiés de manière systématique avant la dispensation des traitements ?

OUI	
NON	

12 – De quelle façon la pharmacie est-elle informée que le patient est en rupture de droits et qu'il peut bénéficier d'une dispensation sans frais ?

13 – Lors de la dispensation des médicaments, les patients bénéficient :

D'une explication détaillée de l'ordonnance, des indications et modalités de prise des traitements	
D'un entretien pharmaceutique pour les traitements chroniques	
D'éducation thérapeutique	
D'une analyse initiale d'observance	

D'un suivi personnalisé de l'observance à partir de la 2 ^{ème} venue	
D'une explication des modifications éventuelles de traitement par rapport à la dispensation précédente	
Aucun des items ci-dessus	
Autre(s), préciser :	

14 – La dispensation est-elle effectuée à partir d'une dotation de médicaments définie ?

OUI	
NON	

Si oui, cette dotation est-elle réévaluée régulièrement ?

OUI	
NON	

Si non, préciser le mode de dispensation :

15 – La pharmacie dispense-t-elle seulement des médicaments inscrits au livret de l'hôpital ?

OUI	
NON	

16 – La pharmacie commande-t-elle des médicaments spécifiques pour lesquels aucune équivalence n'est disponible au livret ?

OUI	
NON	

17 – Avez-vous une idée du coût annuel des médicaments dispensés dans le cadre de la PASS de votre établissement ?

OUI, préciser :	
NON	

DIFFICULTES RENCONTREES ET PISTES D'AMELIORATION

18 – Pour quel(s) type(s) de médicaments ou produits de santé l'accès est-il le plus difficile ?

Antibiotiques	
Antalgiques	
Stupéfiants	
Anticancéreux	
Lecteurs de glycémie, bandelettes, lancettes	
Bas de contention	
Atèles, orthèses, cannes anglaises...	
Autres, préciser :	

19 – Pour quelle(s) raison(s) selon vous ?

Problème de disponibilité de certains médicaments au niveau du lieu de dispensation	
Pas de possibilité de commande au sein de l'établissement	
Difficultés de compréhension des patients	
Difficultés de communication entre la PASS et le lieu de dispensation	
Difficultés de communication avec la pharmacie de l'établissement ou la pharmacie d'officine conventionnée	
Autre(s), préciser :	

20 – Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez concernant l'accès aux médicaments et produits de santé pour vos patients ?

21 – Si vous en aviez la possibilité, que souhaiteriez-vous améliorer ?

22 – Commentaires, remarques :

Accepteriez-vous que nous vous contactions par téléphone ou mail si besoin ?

OUI	
NON	

Si oui, pouvez-vous nous communiquer les coordonnées de la personne à contacter ?

Annexe 3 – Dotation de médicaments dédiée à la dispensation pour les patients de la PASS

ANTALGIQUES ET ANTI-INFLAMMATOIRES	
Paracétamol (DOLIPRANE®) 1g comprimés	400
Paracétamol (DOLIPRANE®) 500 mg gélules	10
Ibuprofène 200 mg comprimés	20
Ibuprofène 400 mg comprimés	20
Kétoprofène LP 100 mg comprimés	60
Tramadol/Paracétamol 37,5 mg/500 mg gélules	90
Tramadol (OROZAMUDOL®) 50 mg comprimés	60
LAMALINE® comprimés	160
CODOLIPRANE® comprimés	100
FLECTOR® 1% gel	10
MEDICAMENTS DU SYSTEME CARDIOVASCULAIRE	
Atorvastatine 20 mg comprimés	30
Atorvastatine 40 mg comprimés	30
Atorvastatine 80 mg comprimés	30
Aspirine Protect 100 mg comprimés	30
Kardégic 75 mg sachets	30
Kardégic 160 mg sachets	30
Bisoce Gé 5 mg comprimés	60
Bisoce Gé 10 mg comprimés	60
Furosémide 40 mg comprimés	90
Furosémide 20 mg comprimés	90
Périndopril 4 mg comprimés	120
Xarelto 20 mg comprimés	30
Candésartan 8 mg comprimés	30
Ramipril 5 mg comprimés	30
Hydrochlorothiazide 25 mg comprimés	30
Coveram 10/10 comprimés	30
Amlodipine 10 mg comprimés	60
Amlodipine 5 mg comprimés	60
MEDICAMENTS DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL	
Escitalopram 10 mg comprimés	60
Escitalopram 5 mg comprimés	30
Alprazolam 0,25 mg comprimés	90
Alprazolam 0,5 mg comprimés	90
Aripiprazole 5 mg comprimés	30
Seresta 10 mg comprimés	90
Seresta 50 mg comprimés	150
Diazépam 5 mg comprimés	30
Loxapac 100 mg comprimés	60
Tercian 25 mg comprimés	180
Brintellix 15 mg comprimés	60
Brintellix 20 mg comprimés	60
Venlafaxine 37,5 mg comprimés	30
Venlafaxine 75 mg comprimés	30
Zolpidem 10 mg comprimés	0
Zopiclone 7,5 mg comprimés	60
Hydroxyzine 25 mg comprimés	100

MEDICAMENTS D'ENDOCRINOLOGIE	
Metformine 500 mg comprimés	30
Metformine 850 mg comprimés	90
Metformine 1000 mg comprimés	180
Gliclazide LM 30 mg comprimés	60
Répaglinide 1 mg comprimés	30
MEDICAMENTS DU SYSTEME DIGESTIF	
Transipeg® sachets	80
Gaviscon® sachets	80
Smecta sachets	10
Trimébutine 100 mg comprimés	10
Vogalène 7,5 mg lyoc	20
Spasfon 80 mg lyoc	60
Lansoprazole 15 mg comprimés	112
Lansoprazole 30 mg comprimés	112
ANTIBIOTIQUES, ANTIPARASITAIRES ET ANTIFONGIQUES	
Amoxicilline 1g comprimés	160
Amoxicilline/Acide clavulanique 500 mg/ 62,5 mg comprimés	48
Amoxicilline / Acide clavulanique (1 g/ 125 mg)	60
Métronidazole 500 mg comprimés	42
Lévofloxacine 500 mg comprimés	14
Azithromycine 250 mg comprimés	8
Fluvermal comprimés	6
Pyostacine 500 mg comprimés	20
Fosfomycine 3g sachets	3
Pylera gélules	120
Ivermectine 3 mg comprimés	30
A-PAR aérosol	5
Auricularum instillation	3
Ketoderm 2% crème	4
Ketoconazole sachet-dose	4
Econazole LP 150 mg comprimés	6
Econazole 1% poudre	4
Econazole 1% crème	6
AUTRES	
Titanoreïne crème	6
Titanoreïne suppositoire	24
Bepanthen pommade	2
Glycérol/Vaseline/Paraffine crème	5
Betneval 0,1% crème	2
Locoïd 0,1% lotion	2
Sebiprox 1,5% shampoing	1
Duo LP Pro lotion antipoux	2
Cétirizine 10 mg comprimés	90
Ventoline 100mg/dose aérosols	3
Physiodose unidose	30
Lysopaine pastilles	72
Eludril Gé bain de bouche	20
Sterdex unidose	3
Kaléorid® 600 mg comprimés	60

Annexe 4 – Pathologies chroniques retrouvées chez les patients de la PASS de Saint-André entre juin et octobre 2020

Pathologies chroniques	Nombre
Addictologie	71
Trouble de l'usage de substances ou d'alcool	71
Cardiologie	101
AOMI	1
Cardiopathie	15
Claudication intermittente	1
Dyslipidémie	3
Insuffisance cardiaque	3
Insuffisance veineuse	2
Maladie de Buerger	1
Myocardite	1
Rétrécissement mitral	1
Sténose aortique	1
Sténose carotidienne	1
Fibrillation atriale	10
Hypertension artérielle	61
Divers	4
Cirrhose plurifactorielle	1
Maladie de Marfan	1
Scoliose	1
Syndrome des jambes sans repos	1
Endocrinologie	80
Diabète	66
Dysthyroïdie	1
Hyperaldostéronisme	1
Hyperparathyroïdie primaire	1
Hyperthyroïdie	3
Hypothyroïdie	5
Maladie de Basedow	2
Thyroïdite de Hashimoto	1
Hématologique	6
Anémie réfractaire avec excès de blastes (AREB)	1
Drépanocytose	1
Hémochromatose secondaire	1
Syndrome myélodysplasique	2
Thrombocytémie essentielle	1
Infectiologie	45
Tuberculose pulmonaire	5
Zona	1
Infection par le virus de l'hépatite B (VHB)	8
Infection par le virus de l'hépatite C (VHC)	12
Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	19

Neurologie	11
Epilepsie	6
Prise en charge post accident vasculaire cérébral (AVC)	5
Oncologie	10
Adénocarcinome pancréatique	1
Adénome surrénalien	1
Cancer du col de l'utérus	1
Cancer du sein	2
Carcinome	1
Fibrome	1
Glioblastome	1
Tumeur vésicale	1
Cancer de la prostate	1
Ophtalmologie	2
Glaucome	2
Pathologies auto-immunes	13
Cirrhose auto-immune	1
Maladie de Crohn	4
Polyarthrite rhumatoïde	1
Psoriasis	4
Spondylarthrite	2
Purpura thrombopénique immunologique	1
Pneumologie	29
Asthme	22
Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)	7
Psychiatrie	99
Dépression	7
Manie délirante	1
Schizophrénie	2
Syndrome anxio-dépressif	2
Trouble bipolaire	2
Trouble psychiatrique non étiqueté	40
Syndrome de stress post-traumatique	42
Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité	1
Trouble de la personnalité, état limite	1
Trouble anxieux généralisé	1
Uro-néphrologie	3
Insuffisance rénale chronique	2
Néphropathie	1
Total général	474

Annexe 5 - Plan de prise vierge du CHU de Bordeaux



PLAN DE PRISE DES MEDICAMENTS
Permanence d'accès aux soins et à la santé






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

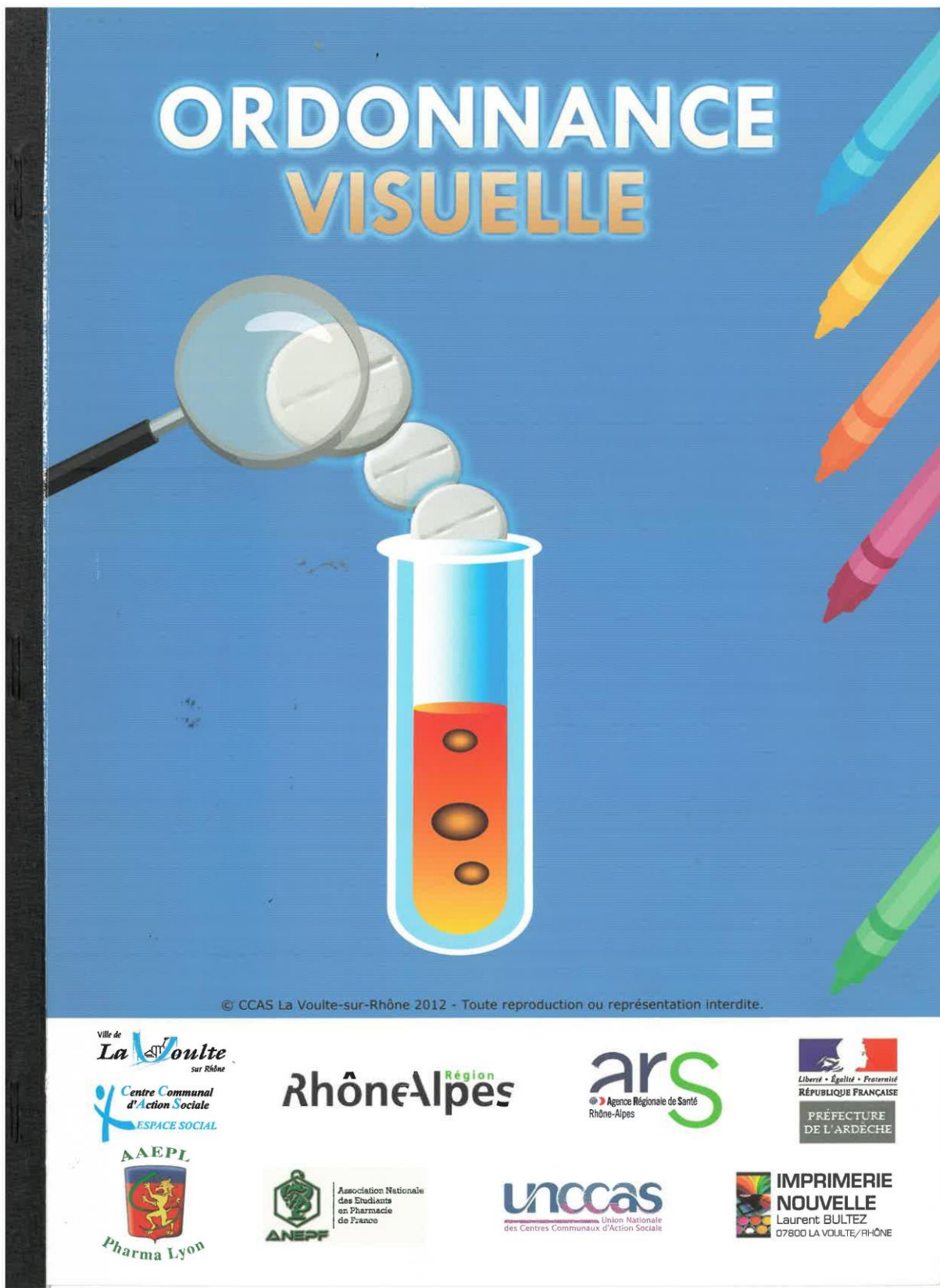
Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Date du jour :

Médicaments  (DCI / noms de spécialité + posologie)	Horaires de prise				Explication(s)
	Matin 	Midi 	Soir 	Coucher 	



NOTICE EXPLICATIVE DE L'ORDONNANCIER

Il se veut pratique, fonctionnel, facile d'utilisation, favorise sa compréhension par les patients et maintien au mieux leur autonomie face à leur santé.

L'ordonnancier se compose de trois documents :

- un tableau détachable
- des gommettes de couleur
- des gommettes imagées

Le tableau

Un par personne et nominatif (**surtout le PRENOM**) et permet de visualiser facilement les différents traitements prescrits par le Médecin. C'est un tableau à double entrée avec une colonne verticale appelée « Référence couleur du médicament » ainsi que trois autres colonnes correspondant à la posologie (matin, midi, soir).

A droite de chaque ligne se trouve une grille mensuelle permettant d'indiquer à l'aide d'un surligneur la durée du traitement. Le patient aura simplement à cocher chaque jour sur le surligneur, au bout du trait de couleur le traitement sera terminé.

Dans chaque case, des heures sont indiquées afin de répondre à une posologie correspondant à une prise de médicament toutes les 2, 3 ou 4 heures... Le pharmacien surlignera les heures de prise.

Les gommettes couleurs

Il s'agit de mettre une «gommette» de même couleur sur la boîte de médicament et dans la première case verticale la « Référence couleur du médicament».

Utiliser le même processus par médicament prescrit

Les gommettes imagées

Elles représentent les formes de médicaments: gélules, cachets, spray, etc. Elles sont à coller dans les cases correspondantes aux périodes de la journée avec leur nombre à chaque prise.

Exemple : Mme Dupond Aline :


















« sirop AAA » : 2 cuillères matin, midi et soir pendant 10 jours

« cachets B » : 1 comprimé toutes les 4 heures pendant 5 jours





« cachets C » : 1 comprimé matin, et ½ comprimé le soir pendant 3 jours

« collyre A L'OEIL » : 3 gouttes le matin à 8h, 1 à midi et 3 le soir pendant 15 jours.

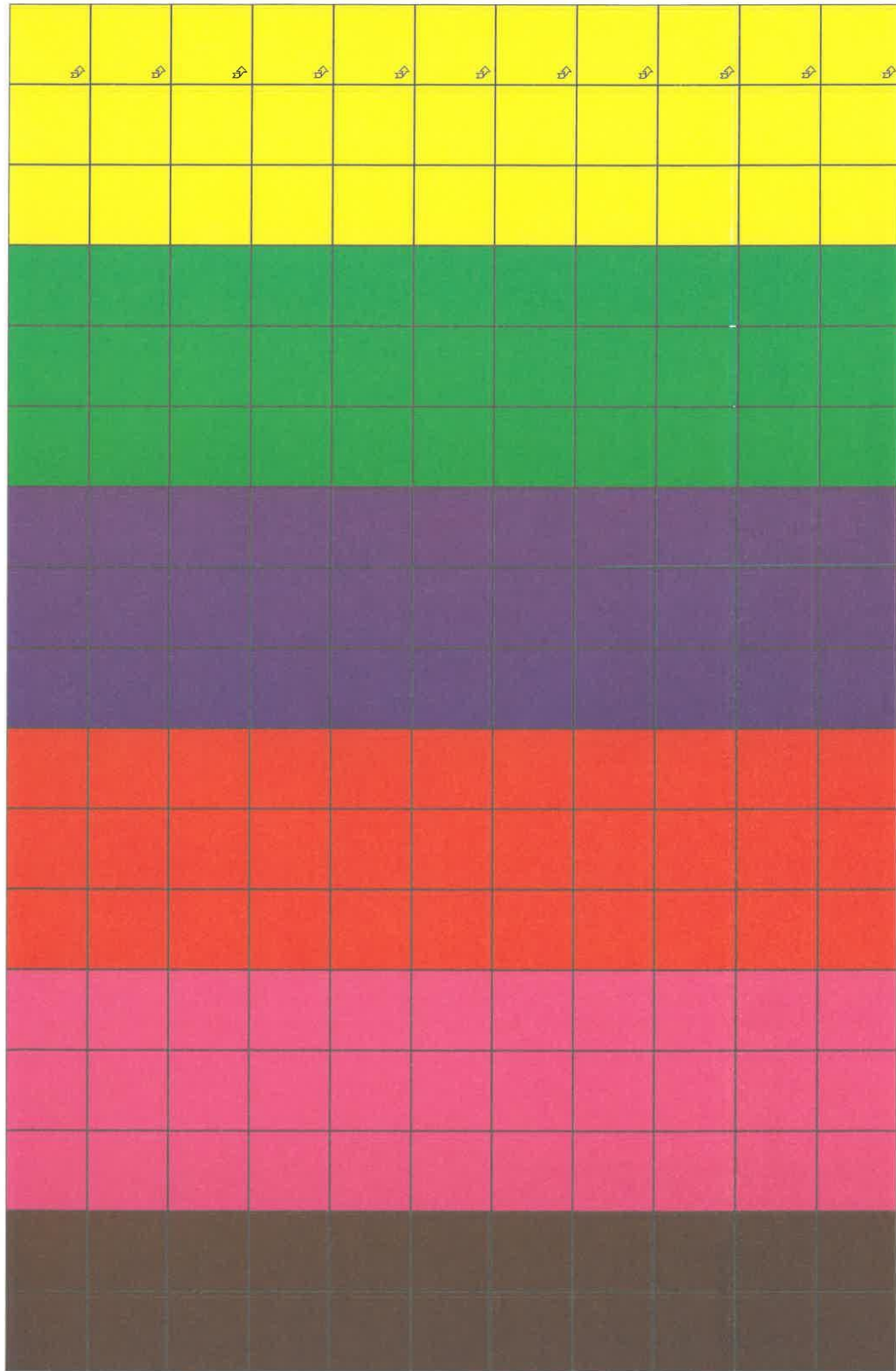
Prénom :ALINE.....

Référence couleur du médicament	Matin	Midi	Soir																																				
	 7h 8h 9h 10h 11h 12h	 13h 14h 15h 16h 17h 18h	 19h 20h 21h 22h 23h	 (Surligner la durée du traitement)																																			
	 7h 8h 9h 10h 11h 12h	 13h 14h 15h 16h 17h 18h	 19h 20h 21h 22h 23h	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1	2	3	4	5	6	7																																	
8	9	10	11	12	13	14																																	
15	16	17	18	19	20	21																																	
22	23	24	25	26	27	28																																	
29	30	31																																					
	 7h 8h 9h 10h 11h 12h	 13h 14h 15h 16h 17h 18h	 19h 20h 21h 22h 23h	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1	2	3	4	5	6	7																																	
8	9	10	11	12	13	14																																	
15	16	17	18	19	20	21																																	
22	23	24	25	26	27	28																																	
29	30	31																																					
	 7h 8h 9h 10h 11h 12h	 13h 14h 15h 16h 17h 18h	 19h 20h 21h 22h 23h	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1	2	3	4	5	6	7																																	
8	9	10	11	12	13	14																																	
15	16	17	18	19	20	21																																	
22	23	24	25	26	27	28																																	
29	30	31																																					

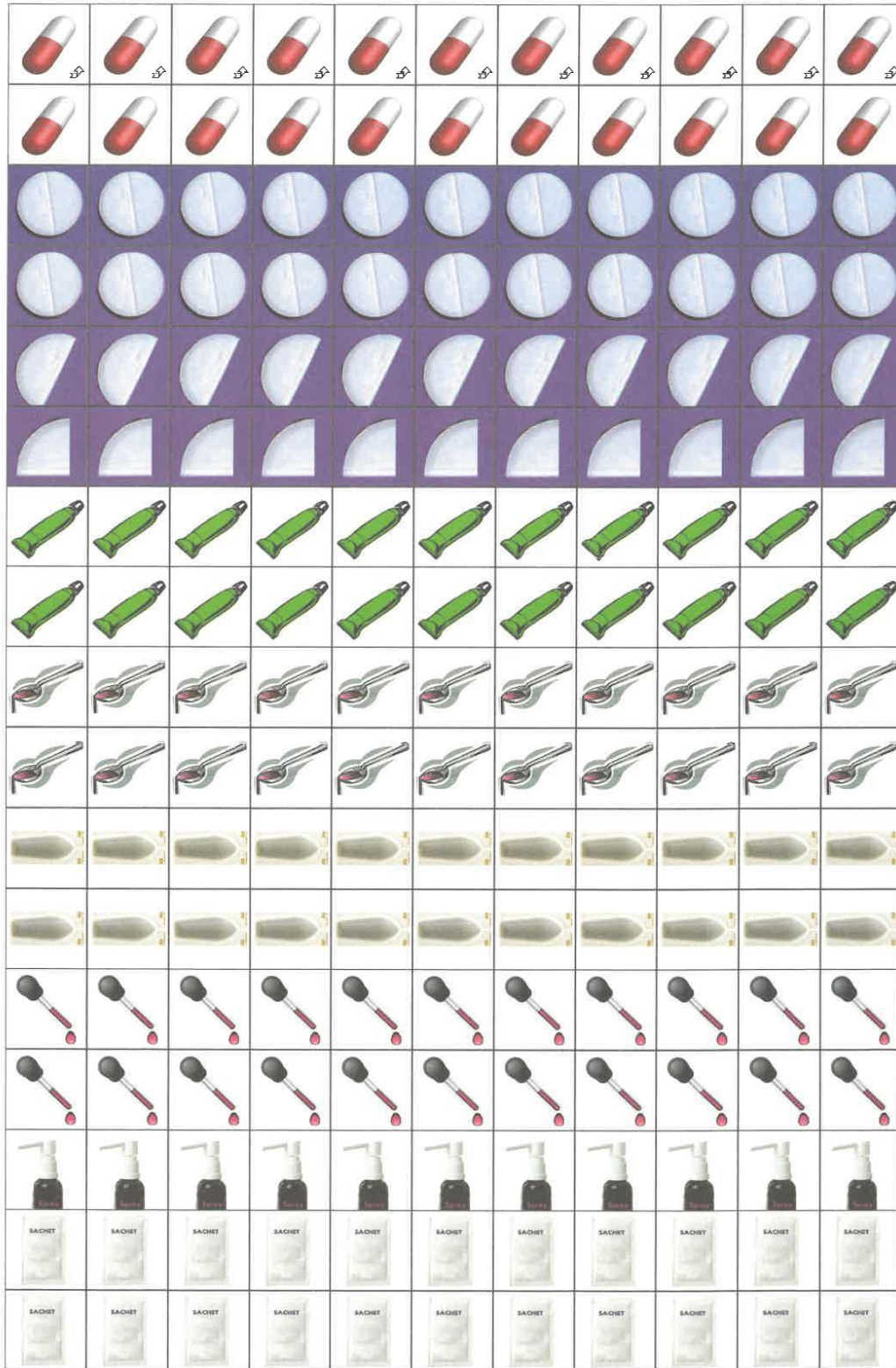
Prénom :

 Référence couleur du médicament	 Matin	 Midi	 Soir	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
	7h 8h 9h 10h 11h 12h	13h 14h 15h 16h 17h 18h	19h 20h 21h 22h 23h	
	7h 8h 9h 10h 11h 12h	13h 14h 15h 16h 17h 18h	19h 20h 21h 22h 23h	
	7h 8h 9h 10h 11h 12h	13h 14h 15h 16h 17h 18h	19h 20h 21h 22h 23h	
	7h 8h 9h 10h 11h 12h	13h 14h 15h 16h 17h 18h	19h 20h 21h 22h 23h	

(Surligner la durée du traitement)



© CCAS La Voulte-sur-Rhône 2012 - Toute reproduction ou représentation interdite.

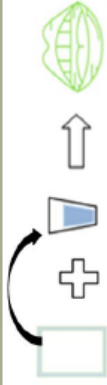


© CCAS La Voulte-sur-Rhône 2012 - Toute reproduction ou représentation interdite.

Annexe 7 – Exemples de fiches multilingues utilisées au CHU de Besançon

Français		Espagnol		Arabe																																																																																																										
Sachet		Bolsita		كيس																																																																																																										
Comment prendre le médicament ?		¿ Cómo tomar esta medicina ?		كيف أتناول الدواء؟																																																																																																										
Ouvrir le sachet, diluer la poudre dans l'eau et boire		Abrir la bolsita, disolver el polvo en el agua y beber		تخليل المسحوق في الماء ثم تربيه																																																																																																										
Quand prendre le médicament ? Et combien ?		¿ Cuando tomar esta medicina ? ¿ Y cuántos ?		متى يمكنني تناول الدواء؟ وكم؟																																																																																																										
 Matin 7:00 / 7:00 am Midi 12:00 / 12:00 am Soir 18:00 / 6:00 pm Nuit 22:00 / 10:00 pm		 Por la mañana 7:00 / 7:00 am Por el almanecer 12:00 / 12:00 am Por la tarde 18:00 / 6:00 pm Por la noche 22:00 / 10:00 pm		 الصباح 7:00 / 7:00 am الزوال 12:00 / 12:00 am المساء 18:00 / 6:00 pm اللخاء 22:00 / 10:00 pm																																																																																																										
<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1	2	3	4	5	6	7																																																																																																								
8	9	10	11	12	13	14																																																																																																								
15	16	17	18	19	20	21																																																																																																								
22	23	24	25	26	27	28																																																																																																								
29	30	31																																																																																																												
1	2	3	4	5	6	7																																																																																																								
8	9	10	11	12	13	14																																																																																																								
15	16	17	18	19	20	21																																																																																																								
22	23	24	25	26	27	28																																																																																																								
29	30	31																																																																																																												
1	2	3	4	5	6	7																																																																																																								
8	9	10	11	12	13	14																																																																																																								
15	16	17	18	19	20	21																																																																																																								
22	23	24	25	26	27	28																																																																																																								
29	30	31																																																																																																												
Pour plus d'information consulter la notice		para tener más informaciones, consultar la noticia		لتزيد من المعلومات، راجع النليل																																																																																																										

Wie ist das Medikament einzunehmen?



Tüte öffnen, den Puder in Wasser lösen und danach trinken

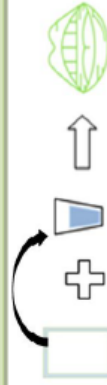
Wann ist das Medikament einzunehmen ? Und wieviel?

Morgens 7:00 / 7:00 am						
Mittags 12:00 / 12:00 am						
Abends 18:00 / 6:00 pm						
Nachts 22:00 / 10:00 pm						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Für mehr Informationen, lesen Sie die Packungsbeilage



How to take this medicine?



Open bag dilute powder in water and drink

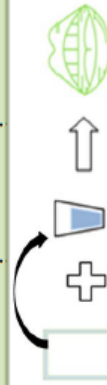
When to take the medicine? In what quantity?

Morning 7:00 / 7:00 am						
Midday 12:00 / 12:00 am						
Evening 18:00 / 6:00 pm						
Night 22:00 / 10:00 pm						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

For further information, read the instructions



Как принимать лекарство?



Открыть пакетик, растворить порошок в воде и выпить

Когда принимать лекарство? Сколько?

Утром 7:00 / 7:00 am						
В обеда 12:00 / 12:00 am						
Вечером 18:00 / 6:00 pm						
Ночью 22:00 / 10:00 pm						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Дополнительную информацию можно найти в описании лекарства





Français Crème

Comment prendre le médicament ?



Se laver les mains et appliquer la crème sur peau sèche et propre
Masser pour faire pénétrer
Se laver les mains

Quand prendre le médicament ? Et combien ?

		
Matin 7:00 / 7:00 am		
Midi 12:00 / 12:00 am		
Soir 18:00 / 6:00 pm		
Nuit 22:00 / 10:00 pm		

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Pour plus d'information consulter la notice



Seule la version électronique du document sur Gesqual est validée.
CHU Besançon – CMECBU210ER05003 v3 – Rédigé le 22/06/2021




Espagnol Crema

¿ Cómo tomar esta medicina ?



Lavarse las manos
Aplicar la crema en la piel seca
La crema debe extenderse perfectamente
Lavarse las manos

¿ Cuando tomar esta medicina ? ¿ Y cuántos ?

		
Por la mañana 7:00 / 7:00 am		
Por el almuerzo 12:00 / 12:00 am		
Por la tarde 18:00 / 6:00 pm		
Por la noche 22:00 / 10:00 pm		

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Para tener más informaciones, consultar la noticia



validation par les équipes de la PASS et de la pharmacie




Arabe كريم

كيف أتناول الدواء ؟



غسل اليدين تطبيق كريم على الجلد الجاف نديك لا خنزق.
غسل اليدين

متى أتناول الدواء؟ وكم؟

		
الصباح 7:00 / 7:00 am		
الزوال 12:00 / 12:00 am		
المساء 18:00 / 6:00 pm		
الليلا 22:00 / 10:00 pm		

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

لغزيد من المعلومات، راجع النليل



Wie ist das Medikament einzunehmen?



Sich die Hände waschen
Die trockene Haut mit der Creme einreiben
Einmassieren
Sich die Hände waschen

Wann ist das Medikament einzunehmen ? Und wieviel?

Morgens 7:00 / 7:00 am						
Mittags 12:00 / 12:00 am						
Abends 18:00 / 6:00 pm						
Nachts 22:00 / 10:00 pm						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Für mehr Informationen, lesen Sie die Packungsbeilage



Seule la version électronique du document sur Gesqual est valide.
CHU Besançon – CMECBU210ER05003 v3 – Rédigé le 22/06/2021 – CBUPS – validation par les équipes de la PASS et de la pharmacie

How to take this medicine?



Wash your hands.
Apply cream on dry skin
Rub to make cream penetrate the skin.
Wash your hands.

When to take the medicine? In what quantity?

Morning 7:00 / 7:00 am						
Midday 12:00 / 12:00 am						
Evening 18:00 / 6:00 pm						
Night 22:00 / 10:00 pm						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

For further information, read the instructions



Как принимать лекарство?



Вымыть руки
Нанести мазь на сухую кожу
Помассировать до впитывания
Вымыть руки


Когда принимать лекарство? Сколько?

Утром 7:00 / 7:00 am						
В обед 12:00 / 12:00 am						
Вечером 18:00 / 6:00 pm						
Ночью 22:00 / 10:00 pm						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Дополнительную информацию можно найти в описании лекарства



Annexe 8 – Instruction « Préservation de la continuité des soins des patients pris en charge par la PASS, par la dispensation de médicaments par les pharmacies du CHU de Bordeaux »

 CHU Hôpitaux de Bordeaux	Entité d'application : CHU de Bordeaux Emetteur : Fédération Précarité-santé	IN-PHA-113
	INSTRUCTION	Ind : 01 Page : 1/4
Préservation de la continuité des soins des patients pris en charge par la permanence d'accès aux soins (PASS), par la dispensation de médicaments par les pharmacies du CHU de Bordeaux		

1. Contexte

a- Définition des PASS

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont un dispositif créé par l'article L6112.6 du code de santé publique, destiné aux personnes en situation de précarité. Il vise à leur faciliter l'accès au système de santé et à les aider dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Une PASS doit :

- offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun. Ces soins peuvent ne pas être soumis à facturation pour les patients pour lesquels, il apparaît au moment de la réalisation des actes, qu'ils ne pourront bénéficier d'une couverture sociale.
- agir à l'intérieur de l'établissement et à l'extérieur de celui-ci pour faciliter le repérage et la prise en charge de ces patients et construire un partenariat institutionnel élargi.

Tout patient en situation de précarité, qui aurait besoin de soins externes et ne peut y accéder en raison de l'absence d'une couverture sociale, de son incomplétude ou pour d'autres raisons d'ordre social (patient désocialisé, ayant des difficultés à s'orienter, devant être accompagné dans son parcours de soins) pourra bénéficier d'une prise en charge en PASS.

b- Présentation des PASS du CHU de Bordeaux


Des permanences d'accès aux soins sont organisées sur les différents sites du CHU et une fédération « Précarité sante » en assure la coordination.

Les PASS du CHU sont structurées en 3 niveaux :

- **La PASS du Centre d'Albret du GH Saint-André**
 - Permanence pluridisciplinaire : médecins, assistante sociale, IDE,
 - Rôle de référent pour l'ensemble des équipes PASS du CHU
- **La PASS du GH Pellegrin** (rattachée aux urgences adultes du site)
 - Permanence pluridisciplinaire : médecin, assistante sociale, IDE
- **La PASS dentaire** (rattachée à l'unité d'odontologie du GH St-André)
 - Équipe pluridisciplinaire : chirurgiens dentistes, assistante sociale, IDE

Date d'effet : application à effet du 1^{er} janvier 2015

TABLEAU D'APPROBATION				
	POUR LE GROUPE D'ELABORATION	VALIDATION		APPROBATION (responsable d'activité)
Nom :	O. Gerbouin A. Minot	J.F. Rouillard	Séverine Goumi	V. Valentin
Fonction :	Pharmaciens	Médecin Coordonnateur de la fédération Précarité- santé du CHU	Coordinatrice du service social	Secrétaire générale
Date :	15.01/2015	13.1.1.2015	15.01/2015	13.1.2.2015
Signature :				

	Entité d'application : CHU de Bordeaux Emetteur : Fédération Précarité-santé	IN-PHA-113
	INSTRUCTION	Ind : 01 Page : 2/4
Préservation de la continuité des soins des patients pris en charge par la permanence d'accès aux soins (PASS), par la dispensation de médicaments par les pharmacies du CHU de Bordeaux		

2. Textes fondateurs

1. Loi d'orientation n° 98-657 du 29 JUILLET 1998 relative à la lutte contre les exclusions. CSP : code de santé publique (CSP) article L.6112-6.
2. Article L1411-11 du CSP prévoit que le plan régional de santé publique (PRSP), comporte parmi ses programmes et actions, « un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) ».
3. Circulaire DGS/2007/430 du 7 décembre 2007 relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) de 3e génération (2008-2010) donne des recommandations pour l'élaboration des PRAPS de 3e génération.
4. Circulaire DGOS/R4/2013/243 du 18 Juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des PASS.

3. Objet

La présente instruction vise à organiser, à titre exceptionnel, la dispensation de médicaments pour des patients consultant dans l'une des PASS du CHU de Bordeaux, ne disposant pas encore de droits ouverts auprès des organismes d'assurance-maladie pour bénéficier d'un remboursement des prescriptions pharmaceutiques dont ils ont besoin.

Les patients accueillis par la PASS peuvent requérir des médicaments pour répondre à leur besoin de soins urgents. La dispensation ainsi assurée permet de garantir la continuité des soins aux patients, sachant qu'ils sont réorientés vers les dispositifs de droit commun pour le suivi de leur prise en charge, dès qu'ils bénéficient d'une couverture sociale.


Cette dispensation concerne principalement des médicaments dont l'absence entraînerait une altération de l'état de santé grave et durable pour le patient mais aussi les médicaments destinés à éviter la propagation d'une pathologie infectieuse transmissible (sida, tuberculose...)

4. Circuit de mise à disposition des médicaments au titre de la présente instruction

4.1. Qui prescrit ?

- Un médecin exerçant au sein de l'une des PASS ou d'un des services des urgences de l'établissement, en liens avec les PASS.
- Tout médecin hospitalier : la délivrance des médicaments par la pharmacie du site s'effectue avec l'aval du médecin référent PASS ou de l'assistante sociale, confirmant ainsi le statut du patient (tampon PASS).

UNITES PASS	PRATICIENS REFERENTS	ASSISTANTES SOCIALES REFERENTES
PASS Saint-André (Centre d'Albret)	Dr Jean-François ROUILLARD, Dr Isabelle FAURE, Dr Adrienne REIX, Dr Marie BOISVERT	Sandrine LAURENT
PASS Pellegrin adultes	Dr Guillaume VALDENNAIRE, Dr Anne-Celine FAUCHER, Dr Mélanie BOUCHON, Dr Annaig GUEGAN	Sophie ARHEIX
PASS Pellegrin enfants	Dr Pascal PILLET	Karelle PAUMIER
PASS dentaire	Dr Cécile BADET	Alexandra LECHAUDEL

	Entité d'application : CHU de Bordeaux Emetteur : Fédération Précarité-santé	IN-PHA-113
	INSTRUCTION	Ind : 01 Page : 3/4
Préservation de la continuité des soins des patients pris en charge par la permanence d'accès aux soins (PASS), par la dispensation de médicaments par les pharmacies du CHU de Bordeaux		

4.2. Pour qui ?

- Toute patient consultant dans les PASS ou les services d'urgence du CHU dont la couverture sociale est inexistante, incomplète ou en cours de régularisation et qui fait l'objet d'une prise en charge sociale au titre du dispositif PASS.

4.3. Quoi ?

Peuvent être dispensés les médicaments ou autres produits de santé indispensables aux patients, disponibles à la pharmacie et inscrits au livret thérapeutique.

Le principe de la substitution d'un princeps par son générique (inscrit au répertoire des génériques) est acquis.

L'équivalence thérapeutique doit être acceptée par le médecin avant toute dispensation. Le pharmacien ou le préparateur indique sur l'ordonnance l'accord obtenu (date, médecin concerné).

[Pour consulter le livret, portail du CHU. Onglet Pharmacie et Produits de santé - § Livrets thérapeutiques]

Ne font pas partie les articles de pansements, produits de cosmétique ou d'hygiène corporelle, médicaments homéopathiques, d'aromathérapie, de phytothérapie, les bandelettes de glycémie.

4.4 Les étapes de la prise en charge médicamenteuse des patients concernés

- **Patients pris en charge au titre de la PASS ou des services d'urgence du site de Pellegrin**

Les prescriptions sont obligatoirement visées à l'une des assistantes sociales de la PASS (urgences adultes ou urgences pédiatriques).

- Si la prescription est faite par un médecin référent de la PASS

1/ L'assistante sociale s'assure que le tampon PASS a été apposé sur l'ordonnance, la mention manuscrite n'étant pas acceptée. Si ce n'est pas le cas, elle sollicite le médecin référent pour compléter la prescription.

2/ L'assistante sociale adresse le patient aux guichets de la pharmacie pour une délivrance des médicaments en lui indiquant la localisation de la rétrocession.

- Si la prescription émane d'un autre médecin exerçant dans les services d'urgence du site

1/ L'assistante sociale s'assure que le patient relève bien de la PASS et que le tampon PASS a été apposé sur l'ordonnance, la mention manuscrite n'étant pas acceptée.


2/ L'assistante sociale contacte la pharmacie du site de Pellegrin (poste 94910) et s'assure que tous les médicaments prescrits sont bien inscrits au livret et disponibles immédiatement à la pharmacie. En cas de difficultés, elle sollicite un des médecins référents de la PASS pour qu'il intervienne.

3/ L'assistante sociale adresse le patient aux guichets de la pharmacie pour une délivrance des médicaments en lui indiquant la localisation de la rétrocession

- **Patients pris en charge au titre de la PASS de Saint André ou de la PASS dentaire**

Le tampon « PASS » doit être apposé par sur les ordonnances du centre d'Albret et de l'unité d'odontologie. La mention manuscrite n'est pas acceptée.

Les patients se présentent à la pharmacie du site à partir de 12h30.

	Entité d'application : CHU de Bordeaux Emetteur : Fédération Précarité-santé	IN-PHA-113
	INSTRUCTION	Ind : 01 Page : 4/4
Préservation de la continuité des soins des patients pris en charge par la permanence d'accès aux soins (PASS), par la dispensation de médicaments par les pharmacies du CHU de Bordeaux		

5 – Modalités de dispensation

Le préparateur du guichet réceptionne l'ordonnance et vérifie que le tampon « PASS » y est apposé. En cas de difficulté (absence du tampon par exemple), il sollicite un pharmacien sénior qui prend contact avec un des médecins ou odontologistes référents des PASS.

5.1 Médicaments inscrits sur la liste positive des médicaments rétrocédables

Si la prescription concerne des médicaments inscrits sur la liste des médicaments pouvant être rétrocedés (consultables sur le portail du CHU de Bordeaux ou sur ameli.fr), le préparateur :

- crée une venue pour le patient dans SP admission. Les débiteurs ne sont pas renseignés (Organismes et autres débiteurs).
- collecte les médicaments détenus en stock dans le magasin « Rétrocession ».
- saisit obligatoirement ces médicaments sur le logiciel PharmaRétrocession.
- remet les médicaments au patient en donnant toutes les explications nécessaires à leur bon usage.

Le titre de cession est édité et transmis avec l'ordonnance au Département des Affaires Financières (Mme Harel ou Mme Pougnaud).

Le double de l'ordonnance est archivé classiquement pendant la durée légale (3 ans à la date de dispensation).

Le lendemain, le préparateur fait la sortie comptable des médicaments dispensés dans Cpage sur l'UF de rétrocession de la PUI.

5.2 Médicaments non inscrits sur la liste des médicaments rétrocédables mais disponibles à la pharmacie

Si la prescription concerne des médicaments non inscrits sur la liste des médicaments pouvant être rétrocedés mais disponibles et détenus dans le magasin « PUI », le préparateur :

- crée une liste de dispensation nominative dans le logiciel Pharma pour les UG 7671 (PASS Pellegrin) et 7631 (PASS Saint André). Cela génère une liste de sortie sur le logiciel PowerPick.
- Prélève les médicaments dans les stockeurs rotatifs.

Le numéro de dispensation attribué par le logiciel Pharma tient lieu de numéro d'ordonnancier sur le site de Saint-André.

Sur le site de Pellegrin, le préparateur recopie sur l'ordonnancier créé spécifiquement pour les PASS, les médicaments dispensés ; cet ordonnancier est archivé pendant 3 ans.

Lors de la délivrance, le préparateur ou le pharmacien explique au patient les éventuelles substitutions de médicaments ainsi que les modalités de prise du traitement.

L'ordonnance tamponnée par la PUI avec les noms des médicaments et les quantités dispensées est remise au patient.

Une copie de l'ordonnance est archivée pendant le DUA réglementaire soit 3 ans.

Annexe 9 – Utilisation du service de consultation des droits (CDR) Ameli

CONSULTATION DES DROITS

Site AMELI : <https://portail.sesam-vitale.fr/cdr/accueil>

Entrer le code porteur de la carte CPS. Choisir le régime de sécurité sociale présumé du patient. Pour les patients PASS, choisir la CNAM :

The screenshot displays the 'Service de consultation en ligne des droits de l'assuré' interface. At the top, there is a navigation bar with 'Accueil', 'Plus d'infos...', and 'Conditions d'utilisation du service'. The main heading is 'Consulter les droits d'un assuré'. Below this, a grid of logos represents different social security regimes. A red arrow points to the 'Cnam - Caisse Nationale d'Assurance Maladie' logo. To the right, a grey box contains the message: 'Service momentanément indisponible pour la MAGE, veuillez demander l'attestation Vitale.'

Logo	Regime
	Cnam - Caisse Nationale d'Assurance Maladie
	CNMSS - Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale
	CAMIEG - Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières
	MNH - Mutuelle de la Santé et du Social
	MGP - La Mutuelle des Forces de Sécurité
	CRPCEN - Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaires
	ENIM - Etablissement National des Invalides de la Marine
	INTERIALE - Mutuelle de la police et des Préfectures
	CANSSM - Sécurité Sociale dans les Mines
	CAVIMAC - Caisse d'Assurance Vieillesse Invalidité et MALADIE des Cultes
	MSA - Mutualité Sociale Agricole
	MGEN - Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale
	CPRSNCF - Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF
	CCAS - Caisse de Coordination aux Assurances Sociales de la Ratp
	MAEE - Mutuelle des Affaires Etrangères et Européennes
	MCVPAP - Mutuelle Complémentaire de la Ville de Paris, de l'Assistance Publique des Administrations Annexes

Entrer le nom, prénom et date de naissance du patient pour consulter les droits :

Consultation des droits

Identifiant (NIR) : *

OU

Nom : * Date des soins (JMMMAAAA) :

Prénom : *

Date de naissance (JMMMAAAA) :

* Champ obligatoire

Choix du bénéficiaire

[Retour au portail](#)

Informations Légales | Aide

Si rien ne s'affiche et que le commentaire « Bénéficiaire non trouvé » s'affiche, le patient n'a pas de droits.

Pour les patients n'ayant pas de droits, l'écran suivant peut également s'afficher :

Date des soins : 13/10/2020			
Identifiant (NIR) : 1820499111031 50			
Information de l'ouvrant droit			
Nom de famille : ██████████		Nom d'usage :	
Prénom : ██████████			
Information du bénéficiaire des soins			
Nom de famille : ██████████		Date de naissance/rang : ██████████ 1	
Prénom : ██████████			
Code grand régime :	Caisse gestionnaire :	Centre de paiement/clé :	Code gestion :
		Centre de gestion :	
<hr/>			
● Ouverture des droits (régime de base) :		NON	
● Exonération du ticket modérateur :		NON	
● Modulation du ticket modérateur :		NON	
● Complémentaire santé solidaire :		NON	
● Aide à la complémentaire santé (ACS) :		NON	
● Médecin traitant (à la date des soins) :		NON	

[Retour au portail](#) [Retour Liste](#) [Retour Formulaire](#)

Service non disponible

[Informations Légales](#) | [Aide](#)

Dans le cas contraire, l'écran suivant s'affiche :

Date des soins : 13/10/2020			
Identifiant (NIR) : 1930133663201 35			
Information de l'ouvrant droit			
Nom de famille : ██████████		Nom d'usage :	
Prénom : ██████████			
Information du bénéficiaire des soins			
Nom de famille : ██████████		Date de naissance/rang : ██████████ 1	
Prénom : ██████████			
Code grand régime : 01	Caisse gestionnaire : 331	Centre de paiement/clé : 000 8	Code gestion : 89
		Centre de gestion : 0000	
<hr/>			
● Ouverture des droits (régime de base) :	Du 13/07/2018 Au 18/07/2021		
● Exonération du ticket modérateur :			
Exonération limitée aux soins relatifs à l'affection liste	Du 13/07/2018 Au 18/07/2021		
● Modulation du ticket modérateur :	NON		
● Complémentaire santé solidaire :	NON		
● Aide à la complémentaire santé (ACS) :	Du 10/01/2019 Au 18/07/2021		
● Médecin traitant (à la date des soins) :	OUI		
Nom : ██████████	Prénom : ██████████	Numéro : ██████████	

[Retour au portail](#) [Retour Liste](#) [Retour Formulaire](#)

Informations Légales | Aide

Les dates des droits sont renseignées pour chacune des modalités. Dans le cas présenté, le patient à des droits incomplets, il peut donc bénéficier d'une dispensation hospitalière des traitements pour les médicaments qui ne sont pas remboursés intégralement.

ELIGIBILITE A LA PRISE EN CHARGE DANS LE CADRE DE LA PASS

Ouverture des droits (régime de base) : prise en charge des frais sur la base du remboursement de la sécurité sociale (65, 35 ou 15%). Pas de prise en charge de la part mutuelle ni du ticket modérateur.

- ➔ **Le patient peut bénéficier d'une dispensation hospitalière dans le cadre de « l'incomplétude des droits »**

Exonération du ticket modérateur : prise en charge des frais sur la base du remboursement de la sécurité sociale (65, 35 ou 15%). Prise en charge du ticket modérateur mais pas de prise en charge de la part mutuelle.

- ➔ **Le patient peut bénéficier d'une dispensation hospitalière dans le cadre de « l'incomplétude des droits »**

Exonération limitée aux soins relatifs à l'affection liste : le patient bénéficie d'une prise en charge à 100% pour les soins et médicaments relatifs à son affection de longue durée (ALD) : tous les traitements prescrits dans le cadre supérieur d'une ordonnance bizonne sont pris en charge à 100%

- ➔ **Le patient peut bénéficier d'une dispensation hospitalière pour les spécialités prescrites hors ALD**
- ➔ **Le patient est orienté vers la ville pour les traitements prescrits dans le cadre de l'ALD**

Complémentaire santé solidaire (CSS) : issue de la fusion entre les dispositifs de Couverture Maladie Universelle et de l'Aide à la complémentaire Santé (ACS), elle permet la prise en charge à 100% de la part complémentaire non prise en charge par la sécurité sociale. Seuls les traitements non remboursés ne sont pas pris en charge.

- ➔ **Le patient est orienté vers la ville pour la dispensation des traitements**
- ➔ **Le patient peut bénéficier d'une dispensation hospitalière pour les spécialités non remboursées par la sécurité sociale, à l'appréciation du pharmacien du site**

Aide à la complémentaire santé (ACS) : remplacée par la CSS, elle permettait aux patients de bénéficier d'une aide financière pour financer une mutuelle. L'ouverture de ces droits sur le CDR n'atteste pas que le patient a réellement souscrit une mutuelle.

- ➔ **Le patient peut bénéficier d'une dispensation hospitalière dans le cadre de « l'incomplétude des droits »**

Aide médicale d'Etat (AME) : l'AME permet la prise en charge intégrale des traitements médicamenteux à l'exception de ceux remboursés à 15% par la sécurité sociale et ceux non remboursés.

- ➔ **Le patient est orienté vers la ville pour la dispensation des traitements pris en charge par la sécurité sociale à 65% et 35%**
- ➔ **Le patient peut bénéficier d'une dispensation hospitalière pour les traitements remboursés à 15% et non remboursés**

Si le patient est orienté vers la ville, penser à lui imprimer l'écran du CDR pour qu'il puisse le présenter à l'officine

Bibliographie

1. Insee - Institut national de la statistique et des études économiques [Internet]. [cited 2021 Jan 2]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/accueil>
2. Insee. Tableaux de l'économie française - Niveaux de vie - Pauvreté. 2020.
3. Centre d'observation de la société [Internet]. [cited 2021 Jan 2]. Available from: <http://www.observationsociete.fr/>
4. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé - Haut comité de la santé publique. Vol. 53. 1998. 1689–1699 p.
5. Labbe E, Moulin JJ, Gueguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. *La Rev l'Ires*. 2007;53(1):3.
6. Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centre d'examens de santé financés par l'Assurance Maladie - Précarité et inégalités de Santé, Cetaf et Assurance Maladie. 2005;2004-5.
7. Carde E. Quinze ans de réforme de l'accès à une couverture maladie des sans-papiers : de l'aide sociale aux politiques d'immigration. *La Découverte* [Internet]. 2009; Available from: www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/245-le-recours-a-l-aide-medicale-de-l-etat-des-personnes-en-situation-irreguliere-en-france-enquete-premiers-pas.pdf
8. LOI n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 (1) - Légifrance [Internet]. [cited 2021 Jan 2]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031663208/>
9. LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 (1) - Légifrance [Internet]. [cited 2021 Jan 2]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039675317?r=VEIUiyV1f>
10. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle - Légifrance [Internet]. [cited 2021 Jan 14]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000198392/2021-01-14/>
11. Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale - Santé et accès aux soins - Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale (CNLE). 2016;
12. Titre V : Personnes non bénéficiaires de la couverture maladie universelle (Articles L251-1 à L254-2) - Légifrance [Internet]. [cited 2021 Mar 27]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA000006142840/#LEGISCTA000006142840
13. Décret n° 2017-240 du 24 février 2017 relatif au contrôle des conditions permettant de bénéficier de la protection universelle maladie - Légifrance [Internet]. [cited 2021 Jan 14]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034082165/2021-01-14/>
14. LOI n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 (1) - Légifrance [Internet]. [cited 2021 Jan 14]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037847585/#JORFARTI000037847680>
15. Collet M. Dynamiques de précarisation, modes d'adaptation identitaire et interactions avec les logiques de santé. 2001;

16. Raynaud D. L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins - Direction de la Recherche des études de l'évaluation et des Statistiques (Drees). 2003.
17. Cambois E. Les personnes en situation sociale difficile et leur santé. Les Trav 2003-2004 l'Observatoire. 2004;101-26.
18. Beck F. Usages des drogues et pratiques addictives en France - Analyses du Baromètre santé Inpes. Vol. 62. 2017.
19. Fierdepied S, Sturm G, Baubet T. Mode relationnel, addictions et précarité sociale. Psychotr. 2014;20(4):47-69.
20. Blanpain N. L'espérance de vie par catégorie sociale et par diplôme. 2016;
21. Parizot I, Re E, Bazin F, Chauvin P. Santé, inégalités et ruptures sociales - Enquêtes sur la santé et le recours aux soins dans 7 quartiers défavorisés franciliens et proposition d'une méthodologie pour la réalisation d'une enquête représentative en Ile de France. 2005.
22. Etat de santé de la population en France - Rapport Drees et Santé Publique France. 2017.
23. Connolly V, Unwin N, Sherriv P, Bilous R, Kelly W. Diabetes prevalence and socioeconomic status: a population based study showing increased prevalence of type 2 diabetes mellitus in deprived areas. J Epidemiol Community Heal. 2000;54:173-7.
24. De la Rochère B. La santé des sans-domicile usagers des services d'aide - Insee Premiere N° 893-AVRIL 2003. 2003.
25. Fieulaine N, Apostolidis T, Olivetto F. Précarité et troubles psychologiques : l'effet médiateur de la perspective temporelle. Les Cah Int Psychol Soc. 2006;Numéro 72(4):51.
26. Khlal M, Sermet C, Le Pape A Le. Increased Prevalence of Depression, Smoking, Heavy Drinking and Use of Psycho-Active Drugs among Unemployed Men in France. Eur J Epidemiol. 2004;19(5):445-51.
27. Latournerie J-Y, Saulière J, Hemous C, Bartoli F, Fellingier F, Rey J-L. L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions. 2019.
28. Desgrées du Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, et al. Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ? Estimation dans l'Étude ANRS-PARCOURS. 2015;752-8.
29. Geeraert J, Rivollier E. L'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Soins. 2014;59(790):14-8.
30. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins: une approche socio-anthropologique. Quest d'économie la santé [Internet]. 2011;Novembre(170):1-6. Available from: <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>
31. Chauvin P, Parizot I, Menahem G, Guiguet M, Pech N, Lebas J. Précar : Trajectoires de précarité, Etats de santé et Accès aux soins - Rapport final. 1999.
32. Fonds de la complémentaire santé solidaire - Rapport d'activité 2019. 2019;1-50.
33. Jusot F, Dourgnon P, Wittwer J, Sarhiri J. Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas. Quest d'économie la santé. 2019;(245).

34. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France - Rapport 2017. 2017;7.
35. Perret G. Les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes en famille, sans domicile, hébergées en Ile-de-France. 2019;341–50.
36. L'accueil des patients bénéficiaires de la CMU-C : une baisse des dépassements par acte mais pas d'impact sur les honoraires totaux des médecins et dentistes libéraux. Références, le supplément du Fonds la complémentaire santé solidaire. 2020;2:3–6.
37. Guillon M, Celse M, Geoffard P. Economic and public health consequences of delayed access to medical care for migrants living with HIV in France. 2018;327–40.
38. Taxe de solidarité additionnelle - Guide pratique. 2021.
39. Rapport N°2301 de l'Assemblée Nationale. 2020.
40. Fatoux C, Serrano C, Maginot V, Casano JY. PLANIR, une démarche concrète de l'Assurance Maladie pour favoriser l'accès aux droits et aux soins et mieux accompagner les situations à risques. Regards. 2014;N°46(2):99.
41. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions - Légifrance [Internet]. [cited 2021 Jan 14]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000206894/2021-01-14/>
42. De La Breteche L, Guillemot B, Thierry M. Premier bilan de la mise en oeuvre de la loi relative à la lutte contre les exclusions. 2000.
43. Fabre C, Baudot V, Toulemonde S. Evaluation Des Permanences D'Acces Aux Soins De Sante - Résumé de l'étude pour la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins. 2003;
44. Barberye J, De Batz C, Nosmas J-P, Ollivier R. Deuxième bilan de l'application de la loi relative à la lutte contre l'exclusion. 2003.
45. Organiser une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) - Recommandations et indicateurs - Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS). 2008.
46. Etat des lieux des Permanences d'Accès aux Soins de Santé - Rapport de Médecins du Monde. 2010.
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]. [cited 2021 Jan 2]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/37144>
48. Guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général - Version 1 - DGOS.
49. Enquête : le fonctionnement des PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) - Fédération des acteurs de la solidarité. 2017;1–5.
50. Bataille J, Bardo-Brouard P, Cordonnier-Jourdin C, Kini-Matondo W, Simpelaere S, Astier A, et al. Évaluation Des Pratiques Professionnelles : Implication Du Pharmacien Hospitalier Dans L'Amélioration De La Prise En Charge Des Patients En Précarité. Ann Pharm Fr [Internet]. 2017;75(2):121–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pharma.2016.06.003>
51. Rapport d'activité : Permanences d'accès aux soins de santé du CHU de Bordeaux. 2019.

52. OSIAP - Addictovigilance [Internet]. [cited 2021 Jun 8]. Available from: <https://addictovigilance.fr/programmes-dobservation/osiap/>
53. Evoy KE, Sadrameli S, Contreras J, Covvey JR, Peckham AM, Morrison MD. Abuse and Misuse of Pregabalin and Gabapentin: A Systematic Review Update [Internet]. Vol. 81, *Drugs*. Springer International Publishing; 2021. 125–156 p. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40265-020-01432-7>
54. Bowen S. Impact des barrières linguistiques sur la sécurité des patients et la qualité des soins - Rapport final. 2015.
55. Karliner LS, Auerbach A, Napoles A, Schillinger D, Nickleach D, Pérez-Stable EJ. Language Barriers and Understanding of Hospital Discharge Instructions. *Med Care*. 2012;50(4):283–9.
56. Karliner LS, Kim SE, Meltzer DO, Auerbach AD. Influence of Language Barriers on Outcomes of Hospital Care for General Medicine Inpatients. *J Hosp Med*. 2010;5(5):276–82.
57. Rodriguez F, Hong C, Chang Y, Oertel LB, Singer DE, Green AR, et al. Limited English Proficient Patients and Time Spent in Therapeutic Range in a Warfarin Anticoagulation Clinic. 2010;1–6.
58. Bhandari VK, Wang F, Bindman AB, Schillinger D, Bindman AB. Quality of Anticoagulation Control: Do Race and Language Matter? *J Heal Care Poor Underserved*. 2008;19(1):41–55.
59. Gandhi TK, Burstin HR, Cook EF, Puopolo AL, Haas JS, Brennan TA, et al. Drug Complications in Outpatients. *J Gen Intern Med*. 2000;149–54.
60. Westberg SM, Sorensen TD. Pharmacy-related Health Disparities Experienced by Non-English-Speaking Patients: Impact of Pharmaceutical Care. *J Am Pharm Assoc [Internet]*. 2005;45(1):48–54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1331/1544345052843066>
61. GIE SESAM-Vitale - CDR [Internet]. Available from: <https://www.sesam-vitale.fr/cdr>
62. WHO. Adherence to long-term therapies - Evidence for action. 2003.
63. IMS Health, Cercle de réflexion de l'industrie Pharmaceutique. Améliorer l'observance - Traiter mieux et moins cher. 2014.
64. Michiels Y. CA-157: Impact d'un protocole d'informations délivrées en pharmacie d'officine sur l'adhésion des patients diabétiques de type 2 à leur traitement oral : IPhODia, étude randomisée en cluster contre pratique habituelle. *Diabetes Metab*. 2016 Mar 1;42:A78.
65. Tapié de Céleyran F, Astre H, Aras N, Grassineau D, Saint-Val T, Vignier N, et al. Etude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'Accès aux Soins de Santé en France 2016 // Nationwide survey on the characteristics of migrants attending the health service access points in France in 2016. *Santé Publique Fr*. 2017;396–405.
66. Décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 relatif à l'aide médicale de l'Etat et aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 1]. p. 1–3. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=heh_TMdq2CIYco2LXsYqcKp3tk1JvEbwJeVjQ9v950=

Serment de Galien

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruite dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

RESUME

La loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions a conduit à la mise en place de Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Par la suite, la circulaire de 2013 relative à l'organisation des PASS avait pour objectif d'harmoniser les pratiques. Cependant, les fonctionnements restent variables, notamment en ce qui concerne l'accès aux médicaments et aux produits de santé.

L'objectif de ce travail est d'identifier les problématiques des PASS de Nouvelle-Aquitaine quant à l'accès aux traitements et produits de santé, de proposer des solutions harmonisées et d'optimiser la prise en charge des patients.

Un questionnaire a été diffusé auprès des PASS de Nouvelle-Aquitaine et un circuit dédié à la dispensation des traitements aux patients en situation de précarité a été mis en place à la pharmacie à usage intérieur de notre établissement, associé à un suivi des données démographiques, des traitements dispensés et des pathologies retrouvées sur une durée de 5 mois.

Au total, 30 PASS (64 %) ont répondu à l'enquête. Les difficultés majeures étaient l'accès aux produits de santé (lecteurs de glycémie, attelles, cannes anglaises), la barrière de la langue et parfois des difficultés de communication et de coordination entre les interlocuteurs impliqués dans la prise en charge de ces patients. Pendant cinq mois, 860 patients ont été accueillis et 1664 ordonnances analysées, permettant la mise en évidence des pathologies les plus retrouvées et l'élaboration d'une liste des médicaments indispensables pour la prise en charge de ces patients.

D'après ces résultats, l'accès aux produits de santé reste un axe majeur d'optimisation par le biais de la mise en place d'outils mutualisés d'aide à la dispensation permettant de pallier la barrière de la langue et de la mise à disposition de dispositifs médicaux aux patients relevant de la PASS. Une réflexion est actuellement en cours pour améliorer l'accès aux produits de santé et sécuriser la dispensation.

DISCIPLINE

Pharmacie hospitalière

MOTS CLES

Permanence des soins ; personnes sans assurance médicale ; migrants ; inégalités devant les soins ; qualité, accès, évaluation des soins de santé ; dispensation et distribution hospitalière de médicaments ; pharmaciens cliniciens

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR

Université de Bordeaux – UFR Sciences Pharmaceutiques – 146 rue Léo Saignat – 33076 BORDEAUX Cedex