



HAL
open science

La pharmacie d'officine, lieu d'éducation et d'accès à la santé pour les personnes en situation de précarité?: enquête auprès de pharmaciens d'officine en Meurthe et Moselle

Nadia Perrot

► To cite this version:

Nadia Perrot. La pharmacie d'officine, lieu d'éducation et d'accès à la santé pour les personnes en situation de précarité?: enquête auprès de pharmaciens d'officine en Meurthe et Moselle. Sciences pharmaceutiques. 2006. hal-01731921

HAL Id: hal-01731921

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731921v1>

Submitted on 14 Mar 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

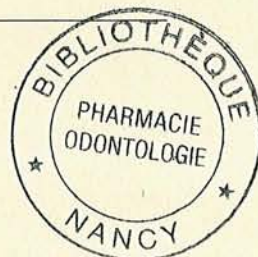
T/PH/N(2006(41))

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ – NANCY 1

2006

DOUQUE

FACULTÉ DE PHARMACIE



**LA PHARMACIE D'OFFICINE, LIEU D'EDUCATION ET
D'ACCES A LA SANTE POUR LES PERSONNES EN
SITUATION DE PRECARITE ?**

Enquête auprès de pharmaciens d'officine en Meurthe et Moselle

THESE

Présentée et soutenue publiquement

Le 3 juillet 2006

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par Nadia PERROT
née le 15 août 1979

Membres du jury

Président : Mme Emmanuelle BENOIT, Maître de Conférences

Juges : Mme Dora LIBAN, Docteur en Pharmacie,

Mme Huguette BOISSONNAT-PELSY, Docteur en Sciences Odontologiques

BU PHARMA-ODONTOL



D

104 075333 3

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ – NANCY 1
2006

FACULTE DE PHARMACIE

**LA PHARMACIE D'OFFICINE, LIEU D'EDUCATION ET
D'ACCES A LA SANTE POUR LES PERSONNES EN
SITUATION DE PRECARITE ?**

Enquête auprès de pharmaciens d'officine en Meurthe et Moselle

THESE

Présentée et soutenue publiquement

Le 3 juillet 2006

pour obtenir
le Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

par Nadia PERROT
née le 15 août 1979

Membres du jury

Président : Mme Emmanuelle BENOIT, Maître de Conférences
Juges : Mme Dora LIBAN, Docteur en Pharmacie,
Mme Huguette BOISSONNAT-PELSY, Docteur en Sciences Odontologiques

Membres du personnel enseignant 2005/2006

Doyen

Chantal FINANCE

Vice Doyen

Francine PAULUS

Président du Conseil de la Pédagogie

Pierre LABRUDE

Responsable de la Commission de la Recherche

Jean-Claude BLOCK

Directeur des Etudes

Gérald CATAU

Responsable de la Filière officine

Gérald CATAU

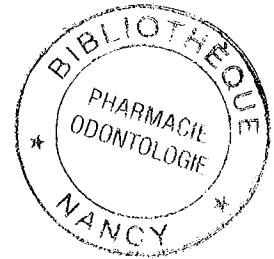
Responsables de la Filière industrie

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Isabelle LARTAUD

Responsable de la Filière hôpital

Jean-Michel SIMON

**DOYEN HONORAIRE**

M. VIGNERON Claude

PROFESSEURS HONORAIRES

Mlle BESSON Suzanne

Mlle GIRARD Thérèse

M. JACQUE Michel

M. LECTARD Pierre

M. LOPPINET Vincent

M. MARTIN Jean-Armand

M. MORTIER François

M. MIRJOLET Marcel

M. PIERFITTE Maurice

PROFESSEURS EMERITES

M. BONALY Roger

M. HOFFMAN Maurice

M. SIEST Gérard

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Mme FUZELLIER Marie-Claude

Mlle IMBS Marie-Andrée

M. MONAL Jean-Louis

Mme POCHON Marie-France

Mme ROVEL Anne

Mme WELLMAN-ROUSSEAU Marie Monica

PROFESSEURS

M. ASTIER Alain

M. ATKINSON Jeffrey

M. AULAGNER Gilles

M. BAGREL Alain

M. BLOCK Jean-Claude

Mme CAPDEVILLE-ATKINSON Christine

Mme FINANCE Chantal

Mme FRIANT-MICHEL Pascale

Mlle GALTEAU Marie-Madeleine

M. HENRY Max

M. JOUZEAU Jean-Yves

M. LABRUDE Pierre

Mme LARTAUD Isabelle

Mme LAURAIN-MATTAR Dominique

M. LALLOZ Lucien

M. LEROY Pierre

M. MAINCENT Philippe

M. MARSURA Alain

M. MERLIN Jean-Louis

M. NICOLAS Alain

M. REGNOUF de VAINS Jean-Bernard

M. RIHN Bertrand

Mme SCHWARTZBROD Janine

M. SIMON Jean-Michel

M. VIGNERON Claude

Pharmacie clinique

Pharmacologie cardiovasculaire

Pharmacie clinique

Biochimie

Santé publique

Pharmacologie cardiovasculaire

Virologie, immunologie

Mathématiques, physique, audioprothèse

Biochimie clinique

Botanique, mycologie

Bioanalyse du médicament

Physiologie, orthopédie, maintien à domicile

Pharmacologie

Pharmacognosie

Chimie organique

Chimie physique générale

Pharmacie galénique

Chimie thérapeutique

Biologie cellulaire oncologique

Chimie analytique

Chimie Thérapeutique

Biochimie

Bactériologie, parasitologie

Droit officinal, législation pharmaceutique

Hématologie, physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme	ALBERT Monique	Bactériologie - virologie
Mme	BANAS Sandrine	Parasitologie
Mme	BENOIT Emmanuelle	Communication et santé
M.	BOISBRUN Michel	Chimie Thérapeutique
Mme	BOITEUX Catherine	Biophysique, Audioprothèse
M.	BONNEAUX François	Chimie thérapeutique
M.	CATAU Gérald	Pharmacologie
M.	CHEVIN Jean-Claude	Chimie générale et minérale
M	CLAROT Igor	Chimie analytique
Mme	COLLOMB Jocelyne	Parasitologie, conseils vétérinaires
M.	COULON Joël	Biochimie
M.	DANGIEN Bernard	Botanique, mycologie
M.	DECOLIN Dominique	Chimie analytique
M.	DUCOURNEAU Joël	Biophysique, audioprothèse, acoustique
M.	DUVAL Raphaël	Microbiologie clinique
Mme	FAIVRE Béatrice	Hématologie
M.	FERRARI Luc	Toxicologie
Mle	FONS Françoise	Biologie végétale, mycologie
M.	GANTZER Christophe	Virologie
M.	GIBAUD Stéphane	Pharmacie clinique
Mle	HINZELIN Françoise	Mycologie, botanique
M.	HUMBERT Thierry	Chimie organique
M.	JORAND Frédéric	Santé, environnement
Mme	KEDZIEREWICZ Francine	Pharmacie galénique
Mle	LAMBERT Alexandrine	Biophysique, biomathématiques
Mme	LEININGER-MULLER Brigitte	Biochimie
Mme	LIVERTOUX Marie-Hélène	Toxicologie
Mle	MARCHAND Stéphanie	Chimie physique
Mme	MARCHAND-ARVIER Monique	Hématologie
M.	MENU Patrick	Physiologie
M.	MERLIN Christophe	Microbiologie environnementale et moléculaire
M.	NOTTER Dominique	Biologie cellulaire
Mme	PAULUS Francine	Informatique
Mme	PERDICAKIS Christine	Chimie organique
Mme	PERRIN-SARRADO Caroline	Pharmacologie
Mme	PICHON Virginie	Biophysique
Mme	SAUDER Marie-Paule	Mycologie, botanique
Mle	THILLY Nathalie	Santé publique
M.	TROCKLE Gabriel	Pharmacologie
M.	ZAIYOU Mohamed	Biochimie et biologie moléculaire appliquées aux médicaments
Mme	ZINUTTI Colette	Pharmacie galénique

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme	GRISON Geneviève	Pratique officinale
-----	------------------	---------------------

PROFESSEUR AGREGE

M.	COCHAUD Christophe	Anglais
----	--------------------	---------

ASSISTANTS

Mme	BEAUD Mariette	Biologie cellulaire
Mme	BERTHE Marie-Catherine	Biochimie
Mme	MOREAU Blandine	Pharmacognosie, phytothérapie
Mme	PAVIS Annie	Bactériologie

SERMENT DES APOTHICAIRES



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 instruit 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 couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION,
NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES
THESES, CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES
COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

REMERCIEMENTS

à Mme BENOIT, pour sa patience, ses conseils et son aide pour mener à bien cette thèse.

à Mme BOISSONNAT, responsable de la branche Santé du Mouvement ATD Quart-Monde : merci de m'avoir proposé ce sujet et de m'avoir ouverte à des réalités que je ne connaissais pas.

à Mme LIBAN et Mme SIBUE pour leur aide dans l'élaboration du questionnaire et dans son analyse.

à Mr GERARD, président du FSPF de Meurthe et Moselle, d'avoir accepté de diffuser le questionnaire par le syndicat et à tous les pharmaciens qui ont pris le temps de répondre à mon enquête.

aux militants et aux alliés santé du Mouvement ATD Quart-Monde, pour leur accueil, leur franchise, leur volonté de faire avancer les choses ensemble en visant le mieux de chacun.

à toute ma famille, mes parents, mes grands-parents, mes frères. Merci pour vos prières, pour votre soutien inconditionnel et sans pression... pendant tout ce temps...

à tous mes amis, en particulier Kate, Céline, PP, Hélène et Pierre, Viviane, ... et tous ceux qui m'ont supportée, merci pour vos encouragements et votre fidélité.

à Manu, merci de m'avoir laissé travailler cette thèse et d'avoir été présent... ça y est elle est finie ! On peut commencer la page suivante...

et pour finir à Celui sans qui je n'existerai pas, à Celui qui fait toute chose bonne en Son temps, merci pour ton amour, ta paix, et ta fidélité incomparables, merci pour tes promesses. Merci Jésus de tenir ma vie dans tes mains.

SOMMAIRE

Table des figures (p 7)

INTRODUCTION (p 9)

1^{ère} PARTIE : GENERALITES (p 10)



I.1 DONNEES RECENTES SUR LA PRECARITE (p10)

I.1.1 Définition (p 10)

I.1.2 Chiffres sur la précarité en France et en Lorraine (p 12)

I.1.3 Avancées législatives (p 14)

I.2 LE MOUVEMENT ATD QUART-MONDE (p19)

I.2.1 Objectifs (p 19)

I.2.2 Engagements et représentativité (p 20)

I.3 LE CROISEMENT DES SAVOIRS (p21)

I.3.1 Définition (p 21)

I.3.2 Mise en œuvre en Lorraine (p 22)

I.4 RECHERCHE/ACTION :

LA PHARMACIE : un lieu d'éducation et d'accès à la santé (p 25)

2^{ème} PARTIE : ENQUETE (p 27)

II.1 METHODOLOGIE (p 27)

II.1.1 Construction du questionnaire (p 27)

II.1.2 Echantillon (p 28)

II.1.3 Déroulement de l'enquête (p 29)

II.1.4 Questionnaire (p 30)

II.2 RESULTATS DE L'ENQUETE (p 35)

II.2.1 Résultats question par question (p 35)

1^{ère} partie : présentation des pharmaciens (p 36)

2^{ème} partie : les personnes en situation de précarité : généralités (p 43)

3^{ème} partie : attentes des personnes en situation de précarité ressenties par le pharmacien (p 51)

4^{ème} partie : problèmes rencontrés à la pharmacie avec les personnes en situation de précarité (p 57)

5^{ème} partie : attentes du pharmacien (p 82)

6^{ème} partie : autres commentaires (p 88)

II.2.2 Synthèse des résultats (p 89)

II.2.2.1 Ce qui caractérise les pharmaciens ayant répondu (p 89)

II.2.2.2 Ce qui caractérise les personnes en situation de précarité selon les pharmaciens de l'enquête (p 90)

II.2.2.3 Les problèmes que les pharmaciens rencontrent avec les personnes en situation de précarité (p 91)

II.2.2.4 Attitudes suivies par les pharmaciens pour la résolution des problèmes (p 92)

3^{ème} PARTIE : DISCUSSION (p 93)

III.1 LE PHARMACIEN CONNAIT BIEN LA POPULATION DE SON QUARTIER (p 94)

III.1.1 ELEMENTS QUI MONTRENT QUE LE PHARMACIEN CONNAIT BIEN LA POPULATION DE SON QUARTIER (p 94)

III.1.1.1 Dans l'enquête (p 94)

III.1.1.2 Eléments extérieurs à l'enquête (p 96)

III.1.2 IMPORTANCE D'UNE BONNE CONNAISSANCE DE LA POPULATION DE SON QUARTIER (p 99)

III.1.2.1 Pour le pharmacien (p 99)

III.1.2.2 Pour les personnes en situation de précarité (p 100)

III.1.3 COMMENT AIDER LE PHARMACIEN A MEUX CONNAITRE LA POPULATION DE SON QUARTIER (p 100)

III.1.3.1 Outils pratiques (p 100)

III.1.3.2 Outils théoriques (p 102)

III.2 LE PHARMACIEN LEVE LES OBSTACLES FINANCIERS DANS L'ACCES AUX SOINS PHARMACEUTIQUES (p 104)

III.2.1 OBSTACLES FINANCIERS DANS L'ACCES AUX SOINS PHARMACEUTIQUES (p 104)

III.2.1 Obstacles dans la réalisation des tiers payants (p 104)

III.2.1.1 Rappel sur les tiers payants à la pharmacie (p 104)

III.2.1.2 Obstacles dans la réalisation des tiers payants (p 107)

III.2.2 Obstacles liés à la présence de produits non remboursés ou partiellement remboursés (p 110)

III.2.2.1 Médicaments non remboursés ou partiellement remboursés (p 110)

III.2.2.2 Dispositifs médicaux partiellement remboursés (p 111)

III.2.2 ELEMENTS DE L'ENQUETE QUI MONTRENT COMMENT LE PHARMACIEN LEVE LES OBSTACLES FINANCIERS (p 112)

III.2.2.1 Obstacles liés au tiers payant (p 112)

III.2.2.2 Obstacles liés aux produits non remboursés ou partiellement remboursés (p 114)

III.2.2.3 Comparaison des attitudes suivies devant les obstacles financiers (p 115)

III.2.3 COMMENT AIDER LE PHARMACIEN A MIEUX LEVER LES OBSTACLES FINANCIERS? (p 116)

III.2.3.1 Importance de lever les obstacles financiers pour les personnes en situation de précarité (p 116)

III.2.3.2 Outils pour lever les obstacles financiers à la pharmacie (p 117)

III.2.3.2.1 Pour les tiers payants (p 117)

III.2.3.2.2 Pour les produits non remboursés ou partiellement remboursés (p 119)

III.3. LES PHARMACIENS LEVENT LES OBSTACLES DE COMMUNICATION (p 121)

III.3.1 ELEMENTS QUI MONTRENT QUE LES PHARMACIENS SONT AMENES A LEVER DES OBSTACLES DE COMMUNICATION (p 121)

III.3.1.1 Dans l'enquête (p 121)

III.3.1.2 Eléments extérieurs à l'enquête (p 124)

III.3.2 IMPORTANCE DE BIEN COMMUNIQUER AVEC LES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE (p 124)

III.3.3 OUTILS POUR AIDER LE PHARMACIEN A LEVER LES OBSTACLES DE COMMUNICATION (p 126)

III.3.3.1 Contre les barrières de langage et d'illettrisme (p 126)

III.3.3.2 Pour améliorer la perception mutuelle (p 128)

CONCLUSION (p 131)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES (p 133)

Annexe 1 : Les différentes approches de la pauvreté (p 135)

Annexe 2 : Les dispositifs destinés à améliorer la prise en charge des plus défavorisés : CMU et AME (p 136)

Annexe 3 : Schéma de la méthodologie du projet recherche/action (p 137)

Annexe 4 : Lettre d'accompagnement du questionnaire (p 138)

Annexe 5 : Thèmes retenus pour la construction du questionnaire : extraits du rapport d'expertise sur la relation soignant soigné (p 139)

Annexe 6 : Questionnaire version d'analyse (p 140)

Annexe 7 : Liste des communes citées et liste des communes d'exercice des 156 pharmaciens syndiqués de Meurthe et Moselle (p 148)

Annexe 8 : Résultats de l'enquête : tableaux de résultats (p 151)

Annexe 9 : Liste des réponses ouvertes (p 174)

TABLE DES FIGURES

- FIG 1 : Répartition des pharmaciens selon leur âge (p 36)
- FIG 2 : Répartition des pharmaciens dans les différentes zones de pauvreté (p 38)
- FIG 3 : Comparaison de la répartition des pharmaciens ayant répondu par rapport aux pharmaciens interrogés (p 39)
- FIG 4 : Durée d'exercice dans le quartier actuel (p 40)
- FIG 5 : Répartition selon la participation à un réseau (p 41)
- FIG 6 : Coût de la prise en charge des personnes en situation de précarité (p 44)
- FIG 7 : Motifs du coût supérieur de la prise en charge des personnes en situation de précarité (p 45)
- FIG 8 : Connaissance des coordonnées des différents services (p 48)
- FIG 9 : Répartition des pharmaciens suivant le pourcentage de CMU estimé dans la clientèle (p 49)
- FIG 10 : Répartition des pharmaciens dans les différentes zones d'exercice selon le pourcentage de CMU estimé dans la clientèle (p 50)
- FIG 11 : Principales demandes des personnes en situation de précarité (p 52)
- FIG 12 : Pourcentage de CMU servies pendant les gardes (p 53)
- FIG 13 : Comparaison du pourcentage de CMU dans la clientèle et du pourcentage de CMU servi pendant les gardes (p 54)
- FIG 14 : Pourcentage de la clientèle CMU servie pendant les gardes (p 55)
- FIG 15 : Comparaison du pourcentage de CMU dans la clientèle et du pourcentage de CMU servies pendant les gardes (p 56)
- FIG 16 : Problèmes d'illettrisme et de langage (p 58)
- FIG 17 : Problèmes de mise à jour de la carte vitale (p 59)
- FIG 18 : Nature des problèmes de mise à jour de la carte vitale (p 60)
- FIG 19 : Nature des problèmes de renouvellement de la CMU (p 62)
- FIG 20 : Attitudes suivies pour la délivrance en cas de rupture des droits CMU (1) (p 64)
- FIG 21 : Attitudes suivies pour la délivrance en cas de rupture des droits CMU (2) (p 65)
- FIG 22 : Gestion du dossier après rupture des droits CMU (p 66)
- FIG 23 : Attitudes suivies pour la délivrance lorsqu'un médicament n'est pas remboursé (p 68)
- FIG 24 : Cas des dispositifs à remboursement LPPR avec dépassement faible (p 69)
- FIG 25 : Attitudes suivies pour la délivrance si le patient ne règle pas la différence (produits LPPR) (1) (p 71)
- FIG 26 : Attitudes suivies pour la délivrance si le patient ne règle pas la différence (produits LPPR) (2) (p 72)
- FIG 27 : Comparaison de la fréquence des Accidents de Travail chez les personnes en situation de précarité par rapport à l'ensemble de la population (p 73)
- FIG 28 : Comparaison de la durée d'explication des différents conseils (p 75)
- FIG 29 : Comparaison de la fréquence du conseil en médication officinale pour les personnes précaires par rapport aux autres personnes (p 76)
- FIG 30 : Actions de conseil du pharmacien (p 77)
- FIG 31 : Initiative des démarches de conseil (p 78)
- FIG 32 : Fréquence des démarches de conseil pour les personnes en situation de précarité par rapport aux autres patients (p 79)
- FIG 33 : Actions pour le MAD des personnes âgées (p 80)
- FIG 34 : Y a t il d'autres populations pour lesquelles vous effectuez ces démarches ? (p 81)
- FIG 35: Problèmes caractéristiques des personnes en précarité (p 83)
- FIG 36: Etat de santé des précaires par rapport aux autres populations (p 84)

- FIG 37 : Volonté de formation (p 86)
- FIG 38 : Comment se former ? (p 86)
- FIG 39 : Le tiers payant à la pharmacie (p 104)
- FIG 40 : Si les droits ne sont pas ouverts, le pharmacien n'est pas remboursé (p 107)
- FIG 41 : Réalisation d'un tiers payant pour la sécurité sociale (p 107)
- FIG 42 : Réalisation d'un tiers payant pour la mutuelle (p 108)
- FIG 43 : Comparaison des attitudes adoptées en cas d'obstacles financiers (p 114)
- FIG 44 : Les quatre fonctions de l'accueil (p 127)

INTRODUCTION

L'évolution de la pharmacie d'officine oblige la profession à se poser la question : la pharmacie de quartier est-elle et veut-elle rester un lieu d'éducation à la santé et d'accès aux soins pour tous ?

Si la réponse peut sembler évidente au premier abord, elle mérite toutefois d'être creusée surtout quand on commence à considérer les relations du pharmacien d'officine avec les populations en situations de précarité. Définies comme des populations en danger d'exclusion du système, en particulier du système de soins, il est intéressant de voir comment la pharmacie assure envers eux son service de proximité.

Lancée dans le cadre d'une réflexion sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité, cette thèse étudiera plus particulièrement les outils que les pharmaciens d'officine utilisent pour remplir ce rôle de proximité, d'éducation et d'accès à la santé auprès des personnes défavorisées.

Notre étude s'articulera de la manière suivante :

Dans une première partie, nous donnerons quelques éléments de présentation de cette population ainsi que des données récentes concernant leur santé et leur accès aux soins. Puis nous expliquerons le contexte du projet de recherche sur la pharmacie, lieu d'accès à la santé et à la prévention, initié par le Mouvement ATD Quart-Monde.

La deuxième partie exposera l'enquête réalisée auprès des pharmaciens d'officine à propos des difficultés rencontrées, des rôles qu'ils assurent, du regard qu'ils portent sur leurs clients en situation défavorisée.

Enfin, la troisième partie sera consacrée à une discussion des résultats de l'enquête. Cette discussion aura pour but de montrer comment le pharmacien joue son rôle de proximité auprès de personnes défavorisées, mais aussi quels sont les moyens qui peuvent être mis à sa disposition pour l'aider à faire de sa pharmacie un lieu d'accès à la santé et à la prévention pour les personnes en situation de précarité.

1^{ère} PARTIE : GENERALITES

Après avoir évoqué les données récentes sur la précarité en France, nous présenterons le Mouvement ATD Quart Monde impliqué dans l'accompagnement des personnes en situation précaire. Nous verrons notamment comment ce mouvement a initié le croisement des savoirs entre les universitaires et les plus démunis pour avoir une meilleure compréhension de la réalité. Enfin, nous présenterons le lancement du projet recherche action sur la pharmacie développée par la branche santé du mouvement.

I.1 DONNEES RECENTES SUR LA PRECARITE

I.1.1 Définition

Que signifie précaire ? Le terme issu du latin juridique *precarius* (« obtenu par la prière ») s'applique à un être ou à une situation dont l'avenir, la durée, la solidité sont incertains. La précarité économique et/ou sociale, à laquelle de nombreuses personnes sont confrontées, menace la construction d'une existence stable et sereine¹.

La précarité est d'abord **une absence de sécurité**.

Diverses formes de précarité existent, qui touchent à tel ou tel domaine de la vie. Un adulte sans travail, un enfant en difficulté à l'école, une famille vivant dans un logement insalubre, ou encore une mère qui, faute d'argent, peine à nourrir ses enfants : voilà des personnes fragilisées, confrontées à des situations dont l'équilibre est instable. Dans son avis du 11 février 1987, le Conseil Economique et social français (CES) a proposé une définition de la précarité : c'est « l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. »²

¹ Damien-Guillaume AUDOLLENT, Daniel FAYARD, Combattre l'exclusion, Ed Les essentiels Milan, 1999

² Joseph Wresinski, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, Conseil économique et social, JO n° 4074 du 28 février 1987

Cette absence de sécurité fait naître **un implacable mécanisme d'accumulation**.

Née d'un manque de sécurité, la précarité peut concerner les ressources, le logement, le travail, la santé, la formation... Mais « *quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante* »³, le danger qu'elle représente est multiplié, selon l'analyse du CES. Alors un souci en créant un autre, il est de plus en plus difficile de faire face. A mesure que diverses formes de précarité s'accroissent, l'insécurité s'aggrave ; en s'enchaînant, les carences et les difficultés constituent une sorte de « cercle vicieux ». Lorsqu'elles perdurent au point de dominer l'existence tout entière, la personne est alors confrontée à la grande pauvreté, dont la conséquence ultime est l'exclusion, c'est-à-dire la mise à l'écart de cette personne.

L'étude du CREDES (Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé) réalisée de septembre 1999 à mai 2000⁴ sur le thème « Précarité, risques et santé » montre comment la combinaison des différents facteurs (logement, travail, entourage familial, revenus, protection sociale, santé...), leur interdépendance, conduit à une infinité de situations de précarité et à leur hétérogénéité. Il n'y a donc pas une catégorie de « pauvres » mais il y a **des personnes en situations** de précarité.

D'après le CES, de tels mécanismes créent une situation qui « compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de pouvoir à nouveau assumer ses responsabilités ». Les nombreuses dimensions du processus montrent qu'une solution partielle (un travail retrouvé, un relogement ou une allocation...) ne peut suffire à briser l'enfermement. Lutter contre cette spirale nécessite de **s'attaquer à tous les aspects imbriqués les uns dans les autres. C'est le principe d'indivisibilité des droits de l'homme qui donne une nouvelle façon d'envisager la dignité humaine**⁵.

³ Joseph WRESINSKI *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, Conseil économique et social, JO n° 4074 du 28 février 1987

⁴ Marc COLLET, Georges MENAHEM, Valérie PARIS, Hervé PICARD, *Précarités, risque et santé*, Questions d'économie de la santé, bulletin n°63 janvier 2003, CREDES

⁵ Joseph WRESINSKI, *Les plus pauvres, révélateurs de l'indivisibilité des droits de l'homme*, Cahier de Baillet, Editions Quart Monde 1998

I.1.2 Chiffres sur la précarité en France et en Lorraine

Il existe différentes approches de la pauvreté. La plupart des chiffres existants sur la précarité sont issus d'études sur la pauvreté institutionnelle et sur la pauvreté monétaire (cf. annexe n°1 p 135). Mais en réalité, il n'y a pas de chiffres précis décrivant le nombre de personnes vivant dans une situation de précarité. Plusieurs indicateurs peuvent donner une idée de la population concernée :

. le seuil de pauvreté :

- actuellement on estime que plus de quatre millions de personnes vivent en France sous le seuil de pauvreté (698,22 euros/mois en 2001)⁶.

. les minimas sociaux :

- au 31 décembre 2002, 3 millions de personnes sont allocataires des huit minima sociaux dont les trois principaux sont le Revenu d'Insertion Minimum (RMI), l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) et l'Allocation de Parent Isolé (API)⁷.

. la CMU et la CMU complémentaire :

- au 31 décembre 2004, 1,6 millions de personnes étaient affiliés à l'assurance maladie sur critère de résidence (Couverture Maladie Universelle de base) dont 300 000 dans les Départements d'Outre-mer (17% de la population des DOM contre 2% dans la Métropole).⁸

- la CMU complémentaire concerne 4,6 millions de personnes (chiffre stabilisé depuis 2001) dont 600 000 dans les DOM.

- les taux de couverture varient selon les départements de 3,2% à 13% en métropole, et atteignent 34% dans les DOM. En métropole, les taux les plus élevés s'observent toujours dans un croissant sud sud-est et au nord de la France.

⁶ Observatoire national de la pauvreté, *La pauvreté en France et en Europe, les chiffres clés*, ANPE, DARES, CNAF, 2000 www.carelpres.co.uk

⁷ Katia JULIENNE, *La situation des personnes défavorisées et les politiques de lutte contre les exclusions : un bilan des études récentes*, Dossiers solidarité et santé N°3 juillet- septembre 2004

⁸ Bénédicte BOISGUERIN, *Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2004*, Etudes et Résultats n°433 octobre 2005, DREES

En Lorraine, un rapport publié par l'INSEE **en 2004** donne quelques chiffres sur la précarité et la grande pauvreté dans notre région⁹ :

- sur les revenus :

le revenu moyen annuel disponible par habitant en Lorraine était un des plus faible de toutes les régions françaises (13 053 euros, soit le 19^{ème} rang des régions françaises).

5% des salariés lorrains touchaient un salaire net horaire de 5,2 euros, niveau qui situe la Lorraine au 20^{ème} rang des régions françaises. Ceci est à relier à une proportion relativement élevée d'ouvriers non qualifiés.

- sur le chômage :

le taux de chômage lorrain au 2^{ème} trimestre 2003 était de 9,3% (12^{ème} rang des régions françaises) mais la Lorraine étant plus sensible que d'autres régions à la conjoncture économique, les périodes de ralentissement touchent fortement la région par des baisses d'emploi et une hausse du chômage.

3% de la population touchait le RMI au 31 décembre 2002 (contre 3,8% au niveau national).

- sur les Zones Urbaines Sensibles (ZUS) (zones où la politique de la ville doit mettre en œuvre en priorité les actions sociales) :

7,3% de la population lorraine vivait dans les 38 ZUS recensées dans la région (contre 7,6% au niveau national).

le taux de chômage dans les ZUS était de 33.2% au 2^{ème} trimestre 2002 dans les ZUS (4 fois plus que le taux de chômage moyen de la région).

la Lorraine était au 8^{ème} rang des régions françaises pour l'importance de son parc HLM.

⁹ INSEE sous la direction de William ROOS, *Pauvreté, précarité en Lorraine 2004*, rapport d'avril 2004, Economie Lorraine Dossiers n°18

- sur les minima sociaux :

6% de la population lorraine bénéficiait des minima (RMI, AAH et API). Cela concerne plutôt les jeunes isolés et les personnes âgées. (C'est en Meurthe et Moselle que ce taux de bénéficiaires des minima est le plus fort)

1 personne sur 9 qui perçoit des allocations (CAF/MSA*) était dans des situations de pauvreté/précarité avérées (perception de minima ou absence de tout revenu de travail).

11,5% de la population de moins de 65 ans vivait sous le seuil de pauvreté (698,22 euros/mois en 2001, rapport INSEE 2004, revenus avec prise en compte des prestations CAF/MSA). Plus de 120 000 personnes seraient juste au-dessus de ce seuil de pauvreté.

On constate donc que la précarité n'est pas un phénomène marginal mais qu'il touche une part importante de la population, que ce soit en Lorraine comme sur le plan national.

Voyons à présent les avancées législatives qui ont permis d'engager la lutte contre la précarité dans notre pays.

I.1.3 Avancées législatives pour l'accès aux droits

Adoptée à la suite de la Seconde guerre Mondiale et de ses horreurs, la Déclaration universelle des droits de l'homme¹⁰ expose ce que signifie appartenir à la famille humaine. Elle consacre l'indivisibilité et l'interdépendance de tous les droits. Elle reste la base de toutes les lois visant un effectif accès à ces droits.

* CAF/MSA= Caisse d'Allocations Familiales/ Mutualité Sociale Agricole (organismes de versement des minima sociaux)

¹⁰ La Déclaration universelle des droits de l'homme, coll. « Folio », Gallimard, 1988

Dans le prolongement du rapport WRESINSKI (1987), et sous l'impulsion de Geneviève de Gaulle-Anthonioz alors présidente d'ATD Quart Monde, le Conseil économique et social entreprend entre 1992 et 1995, une évaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté et recommande une meilleure cohérence de l'action publique. Il faudra particulièrement veiller à :

- donner un rôle important aux plus pauvres comme acteurs directs dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes locaux et nationaux de lutte contre la pauvreté.
- mettre en priorité nationale la destruction de la misère par une politique d'ensemble cohérente. ¹¹

Les différentes lois et rapports publiés dans cette période montrent les avancées législatives pour garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif à tous les droits fondamentaux.

Loi du 1^{er} décembre 1988 ¹²

Elle instaure la création du **Revenu d'Insertion Minimum (RMI)**.

Elle prévoit également **l'affiliation automatique** à l'assurance personnelle des allocataires n'ayant pas de droits ouverts au régime général de l'assurance maladie.

Loi sur la réforme de l'aide médicale du 29 juillet 1992 ¹³

Elle a pour objectif une meilleure gestion des dossiers et un paiement plus rapide des prestataires de soins:

- les allocataires du RMI bénéficient du remboursement à 100% de leurs dépenses de santé, **avec dispense d'avance** des frais de soins.
- les procédures de dépôt de dossiers d'aide médicale sont simplifiées
- l'aide médicale est accordée pour une période d'un an **à titre préventif**, ce qui permet une prise en charge rapide des malades.

¹¹ Joseph WRESINSKI, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, Conseil économique et social, JO n° 4074 du 28 février 1987

¹² Loi du 1^{er} décembre 1988, Ministère des solidarités de la santé et de la famille www.sante-gouv.fr

¹³ Loi du 29 juillet 1992 sur la réforme de l'aide médicale, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, www.sante-gouv.fr

Rapport du Haut Comité de Santé Publique de 1994¹⁴

Ce rapport souligne deux points fondamentaux :

- **la situation économique** des personnes en grande pauvreté est l'un des principaux déterminants ayant **un impact sur la santé**.
- les **inégalités** en matière d'accès aux soins sont **importantes**.

Loi sur la protection sociale du 25 juillet 1994¹⁵

Elle permet l'**affiliation de tout demandeur** à la sécurité sociale avec **vérification a posteriori des droits**. Sa circulaire du 21 mars 1995 réaffirme que l'intégration de tous dans le système de droit commun est la seule politique compatible avec l'éthique médicale et le plein respect de la dignité humaine.

Rapport au Comité Economique et Social du 27 juillet 1995¹⁶

Il s'agit d'un rapport d'évaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté. Pour la première fois, des personnes en situation de précarité participent à l'appréciation des politiques qui sont destinées à transformer leurs conditions.

Le rapport met en évidence

- un problème d'inadéquation : **ce n'est pas parce qu'on a une couverture sociale partielle ou totale que l'on se soigne**.
- la **méconnaissance des droits** par les usagers.
- **une inadaptation du système de santé** dont les moyens sont orientés en priorité vers les réponses techniques au détriment du soutien des familles dans leurs propres capacités.

¹⁴ Haut Comité de Santé publique, *La santé en France*, Rapport général, La Documentation Française, Paris, Novembre 1994

¹⁵ Loi sur la protection sociale du 25 juillet 1994 et Circulaire n°95-08 du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, www.sante-gouv.fr

¹⁶ Evaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté, Rapport au Comité Economique et Social, JO du 27 juillet 1995.

Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998¹⁷ et sa circulaire du 8 septembre 1998

Cette loi pose les fondements de la lutte nationale contre les exclusions. Elaborée en concertation avec des acteurs sociaux, la loi pose comme principe l'égalité de dignité de tous les êtres humains, et comme objectif l'accès de tous aux droits fondamentaux, dans les domaines de l'emploi, du logement, de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance.

Citons quelques articles phares :

Art. 1 La lutte contre les exclusions est un **impératif national** fondé sur le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation.

Art. 67 L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un **objectif prioritaire de la politique** de santé.

Art. 71 Chaque région doit établir un programme pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Art. 76 Il prévoit la création des Permanences d'Accès aux Soins et à la Santé (PASS), lieux d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation et de soins.

Art.143 Les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté doivent se multiplier dans les établissements scolaires.

Art. 153 Un Observatoire National de la pauvreté et de l'exclusion sociale est chargé de recueillir les informations et de coordonner les actions sur le plan national.

La circulaire redéfinit les caractéristiques des populations en situation précaire :

- **leur recours aux soins est tardif et effectué dans l'urgence**
- leurs **pathologies sont non spécifiques** mais parvenues à **un stade évolué**
- elles ont des difficultés, voire **l'incapacité à faire valoir leurs droits** à l'assurance maladie.
- leur **crainte d'affronter les structures de soins, parfois même les professionnels administratifs et sanitaires** est un frein à leur accès aux soins.

¹⁷ Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 et Circulaire du 8 septembre 1998 relative à la mise en œuvre de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, Ministère des solidarités, de la santé et des familles, www.sante-gouv.fr

Loi sur la Création de la CMU du 27 juillet 1999¹⁸

La création d'une Couverture Maladie Universelle garantit à tous une prise en charge des soins **par un régime d'assurance maladie** et, aux personnes dont les revenus sont les plus faibles, **le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance des frais**. L'attribution de la CMU et de la CMU complémentaire se fait sous condition de ressources avec un plafond qui varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge (cf. annexe 2 p 136).

Son entrée en application est intervenue le 1^{er} janvier 2000.

Loi relative à la politique de Santé Publique du 9 août 2004¹⁹

L'objectif de cette loi est de réduire la morbidité et la mortalité évitables et en particulier celles des populations fragilisées afin de réduire les inégalités de santé.

Elle choisit la région comme niveau optimal de planification des actions et de la coordination.

Les outils mis à disposition pour son application sont :

- la Conférence Régionale de Santé, lieu de concertation entre les acteurs de santé et de la région.
- le Plan Régional de Santé Publique, aboutissement de cette concertation et évalué tous les 5 ans.
- le Groupement Régional de Santé publique chargé de la mise en œuvre de ce plan.

Si les différentes lois présentées ci-dessus établissent les droits des plus démunis à accéder au système de soins, au travail, au logement, on constate dans la réalité **un décalage entre le droit et l'application effective du droit**.

Seul l'exercice effectif et intégral des droits établis par les lois peut garantir le respect de l'égalité de dignité de tous.

¹⁸ Loi portant création d'une Couverture Maladie Universelle du 27 juillet 1999, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, www.sante-gouv.fr

¹⁹ Loi relative à la politique de Santé Publique du 9 août 2004, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, www.sante-gouv.fr

C'est pourquoi, de nombreuses associations ont accompagné l'application des différentes lois sur le terrain en aidant les personnes en situation précaire à prendre connaissance des droits que la loi leur accordait. Parmi ces associations, le Mouvement ATD quart-Monde s'est impliqué de manière forte dans le recueil d'informations sur le terrain auprès des populations défavorisées, l'évaluation des politiques de santé et leur impact sur les plus démunis.

I.2 LE MOUVEMENT ATD QUART-MONDE

I.2.1 Objectifs

Le Mouvement ATD (Aide à Toute Détresse) Quart Monde est un mouvement de défense des Droits de l'Homme, apolitique, aconfessionnel. Reconnu d'utilité publique, le Mouvement s'est engagé avec des personnes vivant dans la grande pauvreté pour défendre les convictions suivantes :

- **la misère n'est pas fatale. Elle est une violation des droits de l'Homme ;**
- **les Droits de l'Homme sont indivisibles.** Sans la jouissance des droits économiques, sociaux et culturels aussi bien que des droits civiques et politiques, aucune personne, aucune famille ne peut vivre dans la dignité et assumer ses responsabilités ;
- l'assistance ne suffit pas pour permettre aux personnes et aux familles les plus démunies de sortir de la misère et de mettre en œuvre leur projet de vie : **la prise en compte de leur pensée et de leur expérience est indispensable si l'on veut vaincre la misère.**

Le Mouvement ATD Quart Monde a été fondé en 1957 par Joseph Wresinski (prêtre) dans un bidonville de la région parisienne. Geneviève de Gaulle Anthonioz en a été la présidente, de 1964 à 1998. Le président actuel est Pierre Saglio.

1.2.2 Engagements et représentativité.

Présents aujourd'hui dans 25 pays, les membres du Mouvement ATD Quart Monde s'engagent :

- pour permettre à des familles très démunies de faire valoir leur droit par des actions menées dans les domaines de l'accès au savoir, de la formation, de la santé, du logement, de la prise de parole ;
- pour rassembler des personnes de toute condition refusant la persistance de la grande pauvreté ; ces personnes créent des solidarités avec les plus pauvres et suscitent l'expression d'un courant d'opinion porteur de ce refus de la misère ; un engagement civique du plus grand nombre pour refuser la misère est nécessaire pour avoir un impact concret.
- pour qu'au plan local, national ou international, les aspirations des familles les plus pauvres soient prises en compte.

Le Mouvement ATD Quart Monde mène des actions

- avec les personnes en situation de pauvreté : des actions essentiellement de type culturel pour donner les moyens à ces personnes de devenir réellement des partenaires et pour créer du lien social (université populaire, bibliothèque de rue, semaines de l'avenir partagé,...).
- auprès de la société pour que l'ensemble des citoyens change son regard sur les plus pauvres et les considère comme des personnes ayant leur dignité (Journée internationale du refus de la misère le 18 octobre).
- auprès des responsables, à tous les niveaux, de la commune aux instances internationales, pour que les lois, les textes, les procédures tiennent compte de la vie, de la pensée et des aspirations des personnes en situation de pauvreté. Ainsi, ATD Quart Monde, avec d'autres associations, a eu un rôle décisif dans le vote, en 1998, par le parlement français, de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

Le Mouvement ATD Quart Monde a été largement porteur du courant qui bouscule l'idée que « l'on n'a rien à apprendre des pauvres » mais qui affirme bien au contraire que c'est aussi par leur prise de parole et par leur participation aux actions de lutte contre la pauvreté que l'effectivité de l'accès aux droits se construit.

C'est l'échange entre professionnels et usagers qui permet une meilleure connaissance de la réalité. Cet échange a été nommé « croisement des savoirs ».

I.3. LE CROISEMENT DES SAVOIRS

I.3.1 Définition

De nombreux professionnels sont conscients que leurs prestations et leurs interventions en direction des publics exclus ne produisent pas toujours les effets escomptés, quand bien même elles s'inscrivent dans le droit fil des enseignements reçus, des dispositions institutionnelles législatives, voire des plans d'action mis en œuvre avec les autres partenaires.²⁰

De l'autre côté, J. WRESINSKI, en travaillant avec les plus pauvres, avait acquis la conviction que les pauvres ont une connaissance unique de leurs conditions de vie et du monde qui les entoure.

Or, les relations entre les gens qui ont l'expérience de la pauvreté, les professionnels et les institutionnels ne sont pas faciles. Il y a de part et d'autre une incompréhension de fond qui fait peur, des préjugés, des références professionnelles, personnelles ou sociales, qui envahissent la façon d'agir ou de réagir.

Les trois types de savoirs, le savoir des scientifiques, le savoir de l'action et le savoir des pauvres, ne sont pas des entités séparées. Mais souvent il s'ignorent, ne se rencontrent pas, donc ne peuvent se féconder, se construire ensemble.

Le croisement des savoirs rassemble donc l'ensemble des actions qui visent à réunir ces trois savoirs pour qu'ils construisent ensemble.

Historiquement, c'est le colloque international à l'UNESCO, en 1961, organisé par le mouvement ATD Quart Monde, qui rassemble le premier, des gens d'action et des chercheurs. Il se propose d'élaborer de nouvelles méthodes de protection et de promotion sociale en s'appuyant sur l'expérience de vie des familles très démunies, sur leurs aspirations et leurs projets.

Suivent alors une série d'actions pour promouvoir les formations et les recherches fondées sur les savoirs d'expérience des plus pauvres :

²⁰ Daniel FAYARD, *Professions et pauvreté : le défi de la formation*. Editions Quart Monde, Revue Quart-Monde 2002/2, 182 :4-5

deux personnes dont la situation est ou a été à la limite de la précarité

- une dizaine de professionnels de santé dont la moitié sont impliqués dans des actions de santé auprès de ce public :

- un orthophoniste,
- un opticien,
- un pharmacien représentant d'un syndicat de pharmaciens,
- un dentiste représentant d'un syndicat de dentistes,
- un gynécologue de quartier,
- un correspondant social de la CPAM,
- un correspondant des professionnels de santé de la CPAM,
- un travailleur social intervenant dans l'accompagnement de la grande marginalité,
- une infirmière en centre éducatif et scolaire,
- une secrétaire administrative intervenant dans une structure d'accueil.

L'objectif du projet de recherche action était d'identifier les problèmes existants dans la relation entre soignants et soignés et de proposer des pistes pour améliorer la prévention et l'accès aux soins.

Il a fallu toutefois réfléchir à une méthodologie qui permettrait des espaces de parole égalitaires et respectueux de chacun, pour que ce ne soient pas seulement les professionnels qui prennent la parole et réfléchissent, tandis que les personnes en situation précaire ne soient réduites qu'à présenter leur vie et leurs difficultés.

C'est pourquoi, le mouvement ATD Quart Monde s'est associé à deux partenaires pour réaliser le projet de recherche action : un cabinet de sociologie chargé d'optimiser la prise en compte de « l'intégralité de la parole de chacun » et le service municipal Nancy Ville Santé pour contribuer à la professionnalisation et à l'évaluation de la démarche.

Une fois la méthodologie définie (cf. annexe 3 p 137) et les partenaires choisis, le mouvement ATD Quart monde a lancé le projet recherche action sur la relation soignant soigné en 2000. Ce projet a fait l'objet d'un premier rapport publié en 2003. De ce rapport se sont dégagées deux nouvelles pistes de réflexion : « la prévention et l'accès aux soins bucco-dentaires » et « la pharmacie lieu d'éducation et d'accès à la santé pour les personnes en situation de précarité ».

C'est autour de la deuxième piste de réflexion sur la pharmacie que s'est construit le projet recherche action dans lequel est inclus cette thèse. C'est ce que nous allons développer dans la partie suivante.

I.4. RECHERCHE /ACTION :

La pharmacie de quartier : un lieu d'éducation et d'accès à la santé pour les personnes en précarité

Recherche/action participative en Meurthe et Moselle

La lecture du premier rapport d'expertise autour de la relation soignant/soigné publié en 2003 avait mis en lumière l'importance de la pharmacie comme lieu privilégié d'accès aux soins : « la pharmacie devient dans les quartiers l'interlocuteur santé, le lieu ouvert, le conseil gratuit ; le pharmacien est souvent cité comme un référent santé, celui à qui on parle en premier de ses problèmes de santé. »²⁵.

Nous nous sommes penchés sur les thèmes d'échanges entendus dans les débats entre professionnels et personnes en situation de précarité composant le groupe du projet recherche action sur la relation soignant/soigné (voir p 23-24) et retranscrits dans le rapport d'expertise²⁶ et nous en avons dégagé cinq qui concernent la pharmacie :

- le regard de l'autre
- les médicaments non remboursés
- les génériques
- les problèmes de papier ou la dimension sociale de la pharmacie
- l'écoute, l'accompagnement, l'éducation.

Un échantillon choisi du contenu de ces échanges sur les cinq thèmes que nous venons de définir est transcrit en annexe 5 p 139.

Ces 5 thèmes ont servi de base pour **élaborer les trois éléments constitutifs** du projet recherche action sur la pharmacie :

²⁵ Relation soignant/soigné – Le croisement des savoirs- Rapport janvier 2003 Mouvement ATD Quart Monde Etudes et Développement Service Municipal Nancy Ville Santé

²⁶ Relation soignant/soigné – Le croisement des savoirs- Rapport janvier 2003 Mouvement ATD Quart Monde Etudes et Développement Service Municipal Nancy Ville Santé

- une enquête destinée aux pharmaciens d'officine
- des entretiens semi directifs de pharmaciens d'officine travaillant dans des quartiers confrontés à la précarité
- des réunions de groupe avec des personnes en situation de précarité et des professionnels de santé contactés lors du projet de recherche action sur la relation soignant soigné (voir p 23-24).

Ma participation dans ce projet a consisté à

- préparer et réaliser l'enquête auprès des pharmaciens d'officine : c'est ce qui fait l'objet de ma thèse

- retranscrire les entretiens semi directifs des pharmaciens d'officine, entretiens réalisés par une sociologue
- assister aux réunions de groupe avec les personnes en situation de précarité et les professionnels de santé contactés lors du projet de recherche action sur la relation soignant/soigné, puis les retranscrire.

Cette thèse présente donc les résultats de l'enquête réalisée auprès des pharmaciens d'officine et les premières pistes dégagées qui seront par la suite intégrées au projet de recherche action sur la pharmacie.

2^{ème} PARTIE : ENQUETE

II.1 METHODOLOGIE

L'enquête réalisée dans le cadre de cette thèse a pour but d'interroger les pharmaciens d'officine sur les problèmes d'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de précarité qu'ils peuvent rencontrer à la pharmacie. Ces problèmes ont été soulevés dans le premier projet recherche action lancé par le Mouvement ATD Quart en Monde en 2000 autour de la relation soignant /soigné. Comme il n'y avait dans ce projet qu'un seul représentant de la profession de pharmacien (voir p 23-24), il était donc intéressant de connaître l'avis d'un plus grand nombre de pharmaciens par le moyen de cette enquête.

Nous allons voir successivement comment le questionnaire a été construit, quel est l'échantillon qui a été choisi et comment s'est déroulée l'enquête.

II.1.1 Construction du questionnaire

La construction du questionnaire s'est appuyée sur les cinq thèmes dégagés du rapport d'expertise sur la relation soignant soigné²⁷. Ces 5 thèmes sont :

- le regard de l'autre
- les médicaments non remboursés
- les génériques
- les problèmes de papier ou la dimension sociale de la pharmacie
- l'écoute, l'accompagnement, l'éducation.

²⁷ Relation soignant/soigné – Le croisement des savoirs- Rapport janvier 2003 Mouvement ATD Quart Monde Etudes et Développement Service Municipal Nancy Ville Santé

Avec l'aide du Dr Dora LIBAN, docteur en pharmacie et chargée d'enseignement à la Faculté de pharmacie de NANCY, nous avons élaboré les 6 grandes parties du questionnaire en partant des problèmes rencontrés sur le terrain et en s'attachant à interroger les pharmaciens sur la manière dont ils gèrent ces problèmes.

1. PRESENTATION du pharmacien

2. GENERALITES sur les personnes en situation de précarité

3. ATTENTES des personnes en situation de précarité ressenties par le pharmacien

4. PROBLEMES rencontrés à la pharmacie avec les personnes en situation de précarité

4.1 Sur la délivrance des médicaments sur ordonnance

4.2 Sur le conseil pharmaceutique

5. ATTENTES du pharmacien

6. AUTRES COMMENTAIRES

Le questionnaire comporte 51 items sur quatre pages A4:

- 11 questions à choix multiple (1-7-13-20-23-25-26-28-31-40-43)
- 24 questions à choix simple (4-6-9-10-11-12-15-16-17-19-22-30-33-35-36-37-38-39-41-42-45-49)
- 16 questions ouvertes (2-3-5-8-14-21-24-27-29-32-44-46-47-48-50-51)

Une fois le questionnaire élaboré, une relecture a été réalisée par la sociologue partenaire du projet recherche action sur la pharmacie et par la directrice du projet recherche action.

II.1.2 Echantillon de l'enquête

La délégation santé d'ATD Quart-Monde ayant déjà travaillé avec le président du FSPF (Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France) de Meurthe et Moselle, nous avons choisi de cibler les pharmaciens adhérents à ce syndicat.

Cela concerne 156 pharmaciens titulaires sur les 295 que compte notre département. Le sud du département comptant plus d'adhérents à ce syndicat, est plus représenté que le nord de la Meurthe et Moselle.

II.1.3 Déroulement de l'enquête et méthode d'analyse

Le cabinet de sociologie Etudes et Développement de Pont à Mousson a validé le questionnaire en mars 2005.

Le FSPF a envoyé le questionnaire par mail ou courrier aux 156 pharmaciens titulaires adhérents au FSPF, début mai 2005. Il était accompagné d'une lettre de présentation du projet datée du 18 avril 2005 située en annexe 4 p 135. Cette lettre précisait que les réponses étaient à envoyer au plus tard pour le 31 mai au bureau Etudes et Développement de Pont à Mousson.

Le questionnaire a été adressé aux pharmaciens adhérents au FSPF sans préciser s'il devait être rempli par le titulaire ou l'adjoint.

Nous avons reçu 35 questionnaires jusque début juillet 2005 et un 36^{ème} questionnaire durant l'été 2005. Nous avons enregistré les résultats dans le logiciel d'exploitation Le Sphinx® en septembre 2005 d'où nous avons tiré les analyses des résultats.

II.1.4 Questionnaire

La version d'analyse est placée en annexe 6 p 143 à 147

QUESTIONNAIRE PHARMACIENS D'OFFICINE

1. PRESENTATION

1.1 Vous avez
 entre 25 et 34 ans entre 35 et 44 ans entre 45 et 54 ans 55 ans et plus

1.2 Dans quelle ville exercez-vous ?
Eventuellement dans quel quartier ?

1.3 Depuis combien de temps exercez-vous à cet endroit (en années)?

1.4 Participez-vous à un réseau ? oui non

Si oui, lequel ?

2. LES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE : GENERALITES

2.1 A votre avis, **la prise en charge de la santé** des personnes en situation de précarité génère t elle des dépenses supérieures aux autres populations ?
 oui non ne sais pas

2.2 Si oui, pour quels motifs (2 réponses maximum) ?

- elles ont plus d'ordonnances
- leurs ordonnances contiennent plus de lignes
- elles consultent davantage
- elles font davantage de séjours à l'hôpital
- autre (préciser) :

2.3 Connaissez-vous les **coordonnées** de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé) la plus proche ?

oui non

du correspondant de la Sécurité Sociale de votre secteur ?

oui non

des services sociaux de votre secteur (assistantes sociales) ?

oui non

2.4 Quel pourcentage de personnes bénéficiant de la CMU (Couverture Maladie Universelle) accueillez-vous dans votre officine ?

<10% =10 à 25% >25%

3. ATTENTES DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE RESSENTIES PAR LE PHARMACIEN

3.1 Quelles sont **les principales demandes** des personnes en situation de précarité à la pharmacie ? (3 réponses maximum)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Délivrance d'une ordonnance | <input type="checkbox"/> Médication officinale |
| <input type="checkbox"/> Conseil pharmaceutique | <input type="checkbox"/> Explication de la pathologie |
| | <input type="checkbox"/> Explication du traitement |
| | <input type="checkbox"/> Explication de résultats biologiques |
| | <input type="checkbox"/> Demande de matériel médical |
| | <input type="checkbox"/> Demande de soins |
| <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : | |

3.2 **Lors de vos gardes**, parmi les patients servis, quel est le pourcentage de personnes bénéficiant de la CMU ?

- <10% = 10 à 25% >25%

Quel pourcentage de vos patients CMU vient à la pharmacie pendant les gardes ?

- <10% = 10 à 25% >25%

4. PROBLEMES RENCONTRES A LA PHARMACIE AVEC LES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE.

4.1 Sur la délivrance des médicaments sur ordonnance

- 4.1.1 Rencontrez-vous des problèmes liés à **l'illettrisme** ? oui non problème non perçu
- des problèmes liés au **langage** ? oui non problème non perçu

4.1.2 Rencontrez-vous des problèmes de délivrance **liés à la mise à jour de la carte vitale** ?

- oui non non, plus depuis que la pharmacie est équipée d'une borne de mise à jour

Si oui de quel ordre sont-ils le plus souvent ? (2 réponses maximum) ?

- le patient a oublié de faire sa mise à jour
- le patient n'a pas pu se rendre à la borne
- le patient n'a pas pu se servir de la borne
- autre (préciser) :

4.1.3 Rencontrez-vous des problèmes liés au renouvellement de la CMU ?

- oui non

Si oui de quel ordre sont-ils le plus souvent (2 réponses maximum) ?

- le patient n'a pas rempli ses papiers correctement ou en dehors des délais
- le patient a changé de situation
- il existe des problèmes liés à la gestion du dossier par la Sécurité Sociale
 - temps de traitement trop long du dossier (avec intervalles sans couverture)
 - changement de situation ou de département entraînant des retards
- autre (préciser) :

*4.1.4 Quand il existe une **rupture de droits CMU**, quelle est l'attitude la plus souvent suivie pour la délivrance (2 réponses maximum) ?*

- on ne délivre qu'une partie du traitement seulement
- un crédit est accordé
- le patient règle ses médicaments
- les médicaments ne peuvent être délivrés

4.1.5 Quand il existe une rupture des droits CMU, avez-vous déjà été amenés à (2 réponses maximum) ?

- conseiller le patient sur les différentes mutuelles existantes
- remplir les papiers de demande de mutuelle pour le patient
- effectuer le relais par téléphone avec les services sociaux de la ville et/ou la Sécurité Sociale
- autre (préciser) :

*4.1.6 Quand des **médicaments prescrits ne sont pas remboursés**, comment la délivrance se déroule-t-elle ? (2 réponses maximum)*

- le patient paye la différence
- un crédit est accordé
- seuls les médicaments remboursés sont délivrés
- aucun produit n'est délivré
- autre (préciser) :

*4.1.7 Pour **les dispositifs médicaux à remboursement LPPR** (Liste des Produits et Prestations remboursables), lorsque le dépassement est faible, le plus souvent*

- le patient règle la différence
- le patient ne veut pas ou ne peut pas payer la différence

Si le patient ne règle pas la différence, parmi les propositions suivantes, que pratiquez-vous le plus souvent ? (2 réponses maximum)

- vous proposez un produit totalement remboursé
- vous délivrez une quantité inférieure à celle prescrite
- vous ne faites pas payer le dépassement
- vous ne délivrez pas le produit
- autre (préciser) :

4.1.8 Le pourcentage des ordonnances liées à un accident de travail est-il plus fréquent pour les personnes en situation de précarité ?

- oui
- non
- ne sais pas

4.2 Sur le conseil pharmaceutique

4.2.1 Pour les personnes en situation de précarité, par rapport aux autres patients, vous devez expliquer

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <i>la pathologie</i> | <input type="checkbox"/> moins longtemps | <input type="checkbox"/> aussi longtemps | <input type="checkbox"/> plus longtemps |
| <i>le traitement</i> | <input type="checkbox"/> moins longtemps | <input type="checkbox"/> aussi longtemps | <input type="checkbox"/> plus longtemps |
| <i>les génériques</i> | <input type="checkbox"/> moins longtemps | <input type="checkbox"/> aussi longtemps | <input type="checkbox"/> plus longtemps |
| <i>les résultats biologiques</i> | <input type="checkbox"/> moins longtemps | <input type="checkbox"/> aussi longtemps | <input type="checkbox"/> plus longtemps |
| <i>le fonctionnement des appareils</i> | <input type="checkbox"/> moins longtemps | <input type="checkbox"/> aussi longtemps | <input type="checkbox"/> plus longtemps |

4.2.2 En matière de médication officinale, par rapport aux autres patients, pensez-vous que les personnes en situation de précarité font appel au pharmacien

- plus souvent
- aussi souvent
- moins souvent

4.2.3 Pour les personnes en situation de précarité, vous êtes souvent amenés à (2 réponses maximum)

- conseiller une consultation chez un médecin
- donner des adresses de spécialistes
- prendre un rendez-vous chez un professionnel de santé
- avoir un contact téléphonique avec un professionnel de santé au sujet de la situation de la personne
- vous n'effectuez jamais ces démarches

Si vous effectuez ces démarches, en général (une réponse),

- c'est de votre propre initiative, parce que vous connaissez la situation
- c'est parce que la personne vous a demandé de le faire

Par rapport aux autres patients, vous effectuez ces démarches,

- moins souvent
- aussi souvent
- plus souvent

4.2.4 Pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, vous êtes amenés à (2 réponses maximum)

- interroger les services sociaux
- faire des demandes de prestations supplémentaires pour du matériel non pris en charge
- faire livrer des médicaments
- contacter l'infirmière chargée des soins
- autre (préciser) :

Y a t il d'autres types de population pour lesquelles vous effectuez ces démarches ?

- oui non

Si oui, lesquelles ?

5. ATTENTES DU PHARMACIEN

5.1 Donnez 2 caractéristiques qui définissent, selon vous, une personne en situation de précarité :

5.2 Que pensez-vous de la santé des personnes en situation de précarité ?

5.3 Seriez-vous intéressé par une formation concernant la connaissance et l'accès aux soins des personnes en situation de précarité ? oui non

Sous quelle forme ?

6. AUTRES COMMENTAIRES

II.2 RESULTATS DE L'ENQUETE

Dans un premier temps, nous présenterons les résultats de l'enquête, question par question. Puis nous donnerons une synthèse rapide des principales observations qui se dégagent de l'enquête.

III.2.1 Résultats question par question

Nous avons reçu 36 réponses sur 156 questionnaires envoyés aux 156 pharmaciens syndiqués au FSPF de Meurthe et Moselle, ce qui correspond à un taux de réponse de 23%

La présentation des résultats suit l'ordre du questionnaire.

Le questionnaire comporte 6 parties :

1^{ère} partie : présentation des pharmaciens

2^{ème} partie : les personnes en situation de précarité : généralités

3^{ème} partie : attentes des personnes en situation de précarité ressenties par le pharmacien

4^{ème} partie : problèmes rencontrés à la pharmacie avec les personnes en situation de précarité

5^{ème} partie : attentes du pharmacien

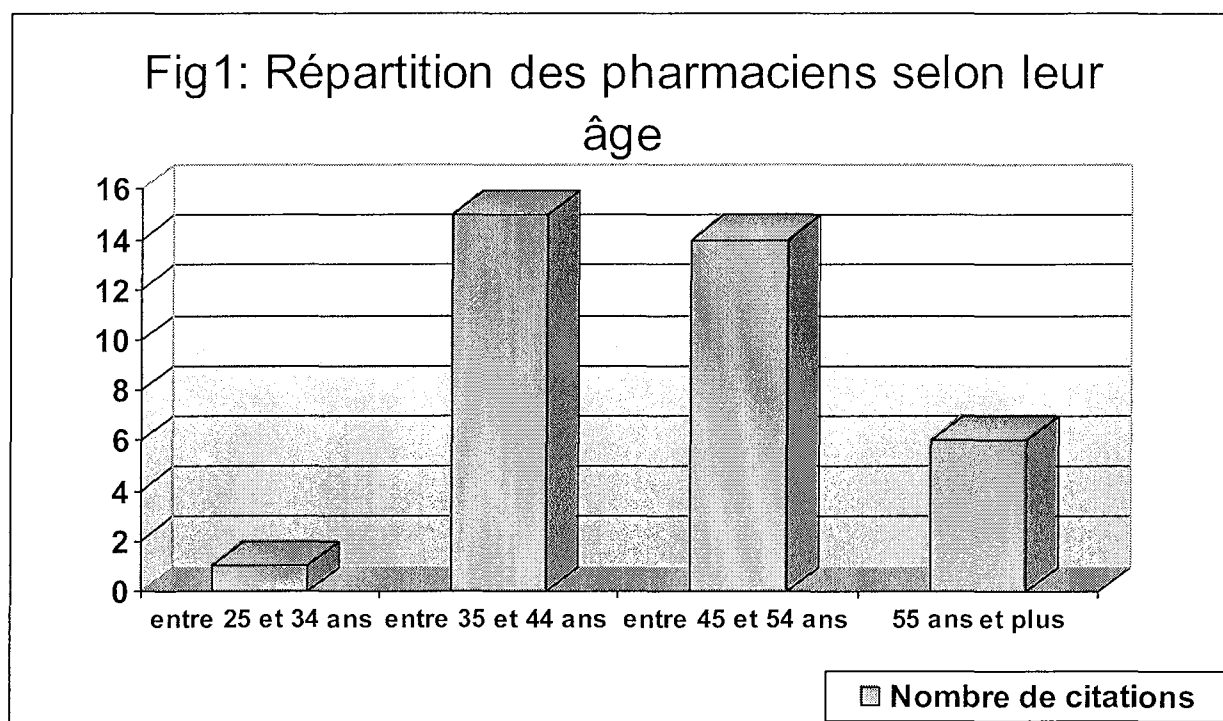
6^{ème} partie : autres commentaires

1^{ère} partie du questionnaire : présentation des pharmaciens

Q1 : Age des pharmaciens : répartition :

Question : Vous avez :

(Résultats : annexe 8, tableau 1 p 151)



La majorité des pharmaciens qui répond a entre 35 et 54 ans.

35 pharmaciens sur 36 ayant répondu (soit 97,2%) ont plus de 35 ans et 20 sur 36 ont plus de 45 ans (soit 55,6%).

Le graphique fait apparaître deux classes majoritaires que l'on peut regrouper : 29 pharmaciens sur 36 ont entre 35 et 54 ans.

Les pharmaciens ayant répondu sont donc des pharmaciens expérimentés, plutôt au milieu de leur carrière professionnelle.

Q2 : Ville ou quartier d'exercice :

Question : Dans quelle ville exercez-vous ? Eventuellement dans quel quartier ?

(Liste des communes citées en annexe 7 p 148)

Le rapport sur la précarité en Lorraine réalisé en 2004 par l'INSEE classe les communes lorraines en huit catégories de pauvreté²⁸. Pour étudier les communes citées par les pharmaciens ayant répondu à notre enquête, nous simplifierons cette classification en regroupant ces huit catégories en quatre :

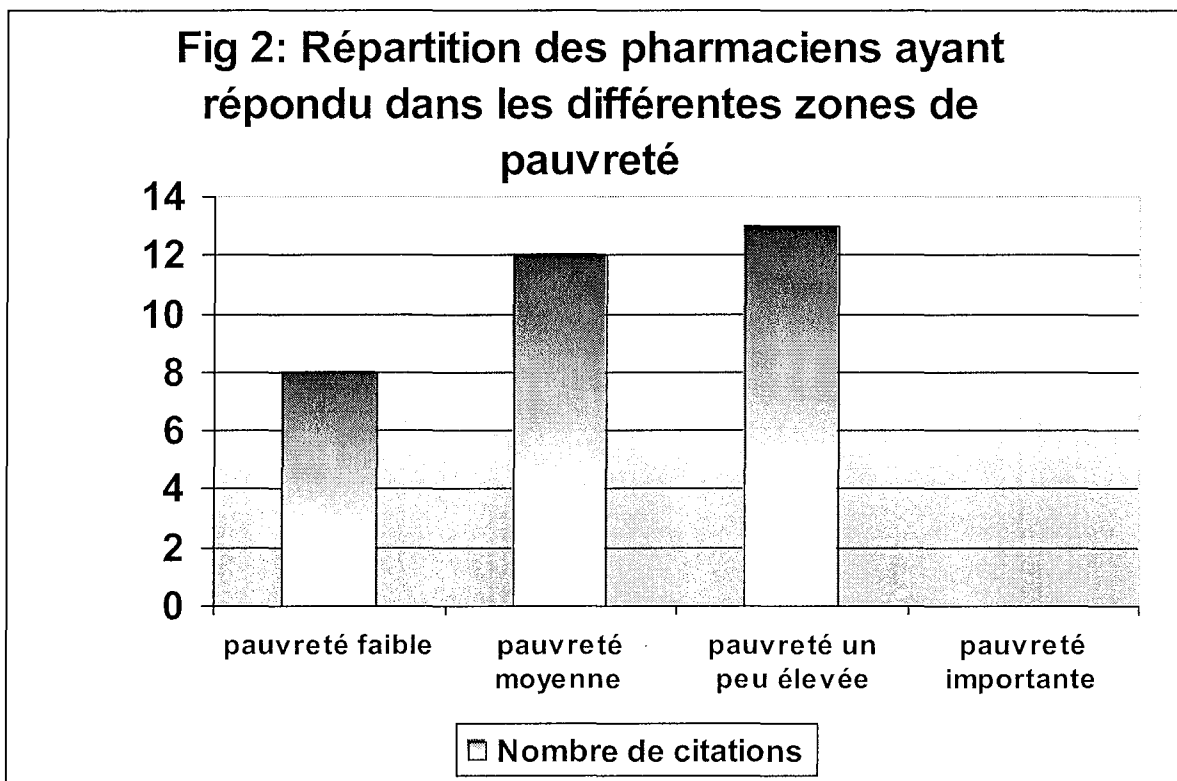
- quartiers de pauvreté faible
- quartiers de pauvreté moyenne
- quartiers de pauvreté un peu élevée
- quartiers de pauvreté importante

Pour situer les pharmaciens ayant répondu, nous comparons leur répartition dans les 4 zones de pauvreté définies ci-dessus, à la répartition des pharmaciens syndiqués au FSPF de Meurthe et Moselle.

La répartition **des pharmaciens ayant répondu** est la suivante :

22,2 % (soit 8 sur 36) des réponses viennent de quartiers classés en pauvreté faible,
33,3 % (soit 12 sur 36) des réponses viennent de quartiers classés en pauvreté moyenne,
36,1 % (soit 13 sur 36) des réponses viennent de quartiers classés en pauvreté un peu élevée.
3 réponses ne peuvent être classées puisque les pharmaciens ne précisent pas leur commune d'exercice.

²⁸ INSEE sous la direction de William ROOS, *Pauvreté, précarité en Lorraine 2004*, rapport d'avril 2004, Economie Lorraine Dossiers n°18



Les pharmaciens ayant répondu sont répartis dans trois zones de pauvreté

Aucun pharmacien ayant répondu, n'exerce dans une commune classée en pauvreté élevée ou très importante. Ces deux catégories renferment des petites communes rurales dans lesquelles on ne trouve pas de pharmacies sauf à Mont-St-Martin. Ces communes sont desservies par des pharmacies implantées dans les villes environnantes.

25 réponses sur 36 viennent des quartiers classés **en zone de pauvreté moyenne et un peu élevée.**

Regardons à présent la répartition dans les quatre zones de pauvreté des **pharmaciens syndiqués au FSPF de Meurthe et Moselle interrogés :**

(cf. annexe 7 p 148 : liste des communes d'exercice des 156 pharmaciens interrogés)

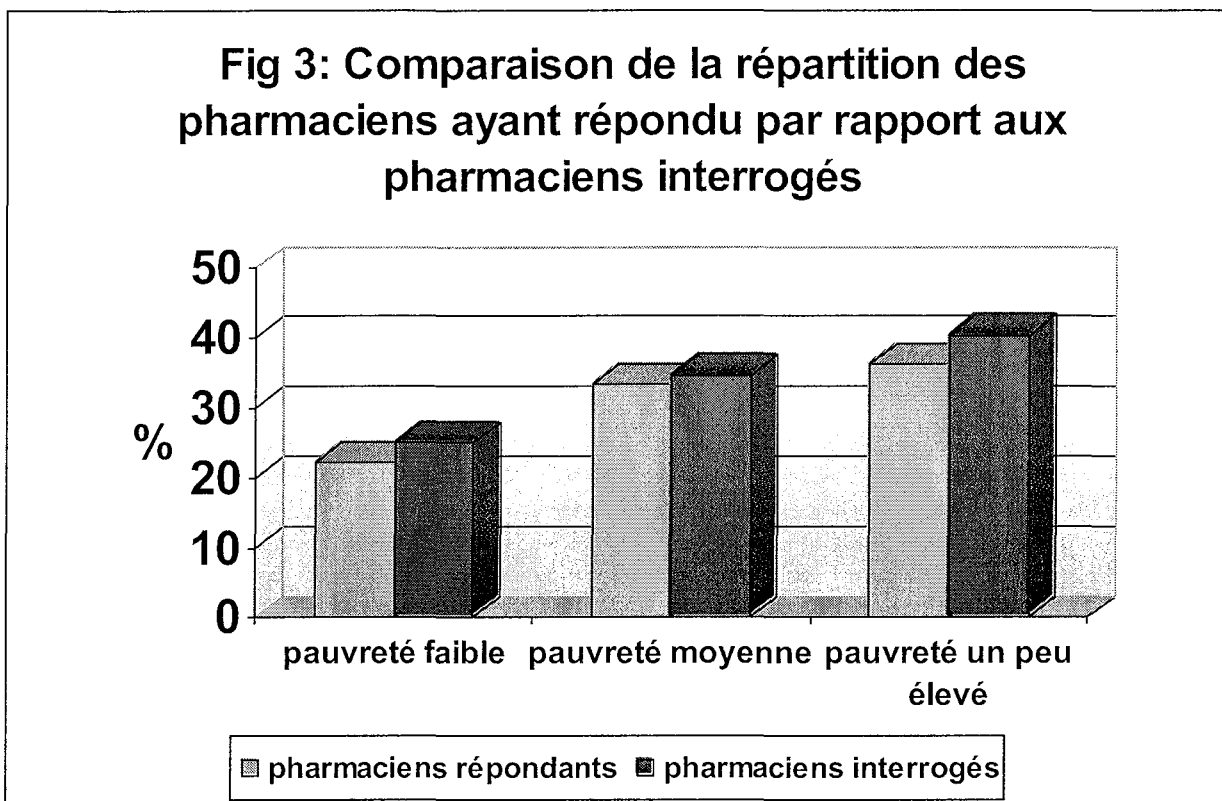
25,0% (soit 39 sur 156) sont dans des quartiers classés en pauvreté faible

34,6% (soit 54 sur 156) sont installés dans des quartiers classés en pauvreté moyenne

40,3% (soit 63 sur 156) sont installés dans des quartiers classés en pauvreté un peu élevée

Aucun pharmacien syndiqué à qui un questionnaire a été envoyé, n'exerce dans une commune appartenant aux catégories de pauvreté élevée et très importante.

La comparaison des deux répartitions donne le graphique suivant :
(Résultats : annexe 8, tableau 2 p 151)



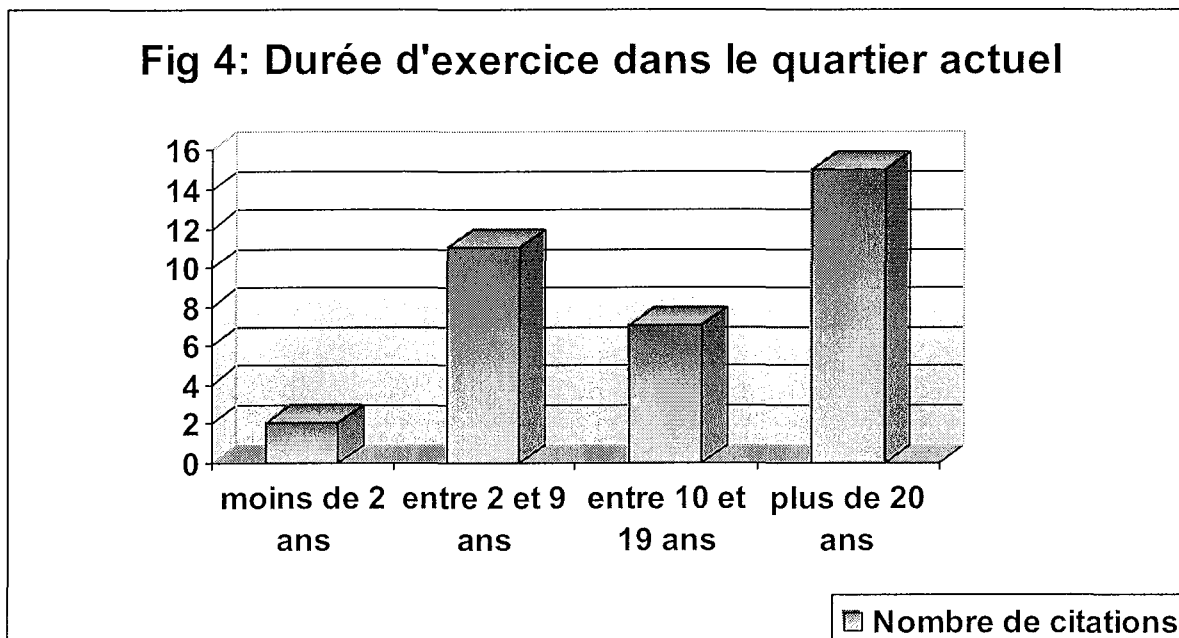
La répartition des pharmaciens qui répondent à l'enquête est sensiblement la même que celle des pharmaciens interrogés

Les pharmaciens ayant répondu, certainement les plus motivés et les plus concernés par ce sujet sur la précarité, exercent effectivement dans des quartiers classés en pauvreté moyenne à un peu élevée ; la plupart de leurs confrères syndiqués au FSPF de Meurthe et Moselle exercent aussi dans des quartiers classés en pauvreté moyenne à un peu élevée.

Q3 : Durée de l'exercice :

**Question : Depuis combien de temps exercez-vous à cet endroit ?
(réponse en années)**

(Résultats : annexe 8, tableau 3 p 152)



Les pharmaciens connaissent pour la plupart bien leur quartier : ils y exercent depuis plus de 10 ans pour presque deux tiers d'entre eux

15 pharmaciens sur 36 soit 41,7% exercent **depuis plus de 20 ans** dans leur quartier actuel.

Si on regroupe davantage, on constate que 22 pharmaciens sur 36 (soit 61,1%) **exercent depuis plus de 10 ans** dans le quartier qu'ils mentionnent à la question 2.

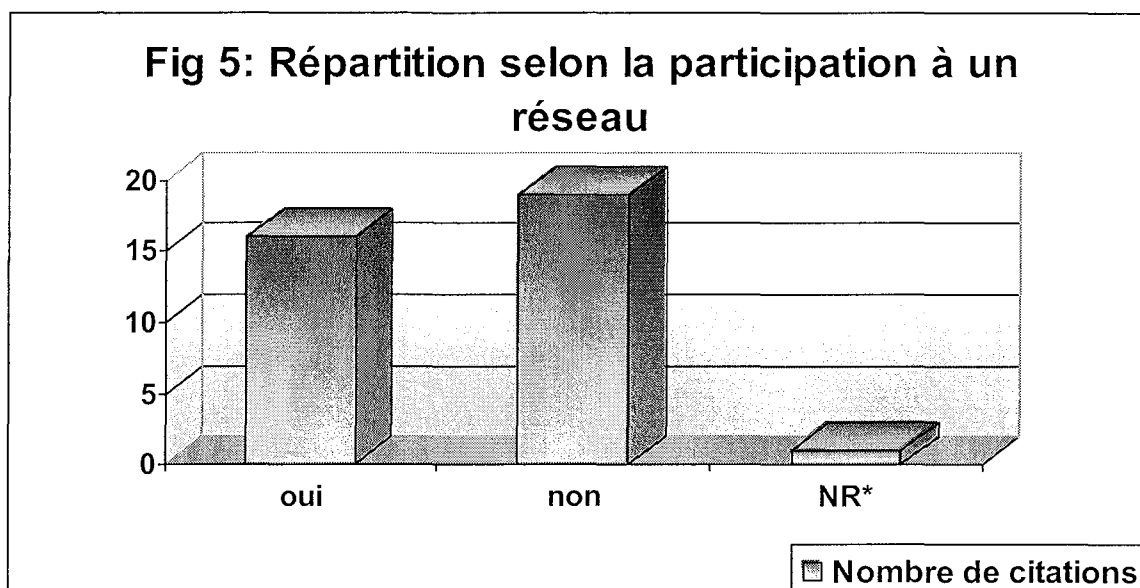
Seuls 2 pharmaciens sur 36 (soit 5,6%) se sont récemment installés (depuis moins de 2 ans) dans leur quartier actuel, ce qui veut dire aussi que 91,6% (33 sur 36) exercent depuis plus de 2 ans dans leur quartier actuel.

Les résultats sur la durée d'exercice des pharmaciens dans leur quartier actuel sont à rapprocher de ceux observés à la question sur leur âge. Ils montrent qu'ils sont plutôt expérimentés et ont généralement une bonne connaissance de leur quartier et de leur clientèle, puisqu'ils exercent depuis plusieurs années à cet endroit.

Q4 : Participation à un réseau :

Question : Participez-vous à un réseau ?

(Résultats : tableau 4 p 152)



* NR =Non Réponse

Les pharmaciens qui ne participent pas à un réseau sont légèrement plus nombreux.

52,8% (19 sur 36) des pharmaciens déclarent ne pas faire partie d'un réseau particulier, contre 44,4 % (16 sur 36) qui disent appartenir à un réseau.

Poursuivons par la question suivante qui permet aux pharmaciens de préciser le réseau auquel ils participent.

Q5 : Réseaux cités :

Question : si vous participez à un réseau, précisez lequel :

(Liste des réponses en annexe 9 p 174)

Nom du réseau	Nombre de citations	Fréquence
MADLOR	8	22,2%
Réseau tox 54	4	11,1%
IFMO	1	2,8%
Réseau de gérontologie	1	2,8%
ONCOLOR	1	2,8%
ANTIBIOLOR	1	2,8%
CEIP* Nancy	1	2,8%
NEPANTHES	1	2,8%
Non réponse	23	63,4%
TOTAL OBS.	36	

* CEIP=Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance.

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait qu'un même pharmacien peut appartenir à différents réseaux.

13 pharmaciens sur 16 ont précisé le ou les réseaux auxquels ils appartiennent :
10 pharmaciens ne citent qu'un réseau, et trois en citent plusieurs.

8 pharmaciens sur 36 ont cité le réseau MADLOR, réseau de santé dont le but est de favoriser le maintien à domicile des patients en situation médicale complexe.

4 pharmaciens sur 36 ont cité le réseau TOX 54, réseau ville –hôpital de suivi des toxicomanies.

Les autres réseaux interprofessionnels sont les réseaux ONCOLOR (réseau de prise en charge des patients atteints de cancer), ANTIBIOLOR (réseau de mise en application des bonnes pratiques de prescription des antibiotiques), le réseau de gérontologie et le CEIP (Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance).

Sont également cités deux groupements pharmaceutiques : IFMO et NEPANTHES.

La participation des pharmaciens à des réseaux interprofessionnels est effective même si elle n'est pas encore généralisée. Cela souligne la nécessité pour les pharmaciens de travailler en partenariat avec d'autres professionnels en particulier pour la gestion des situations particulières comme le maintien à domicile ou le suivi des patients toxicomanes. La variété des réponses citées montre que ces réseaux se développent. Aucun réseau spécifique à la précarité n'est cité par les pharmaciens.

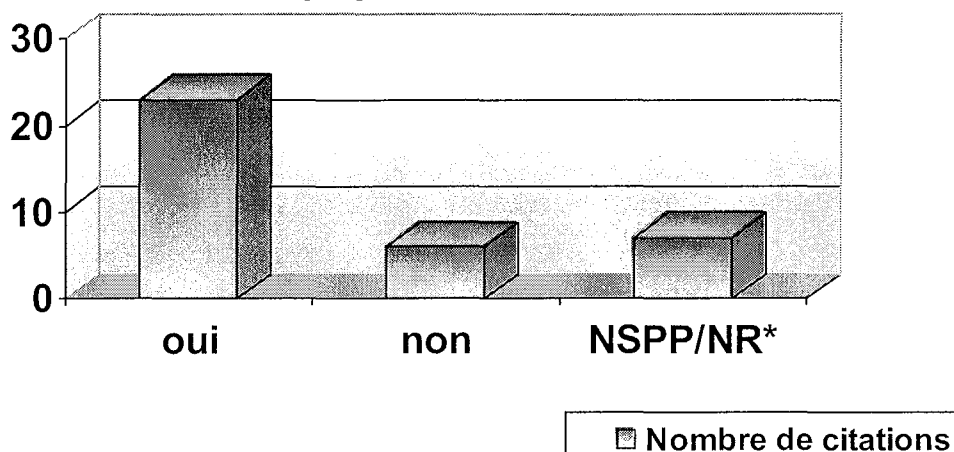
2^{ème} partie du questionnaire :
les personnes en situation de précarité :
généralités

Q6 : Coût supérieur de la prise en charge des personnes en situation de précarité :

Question : A votre avis, la prise en charge de la santé des personnes en situation de précarité génère-t-elle des dépenses supérieures aux autres populations ?

(Résultats : annexe 8, tableau 5 p 153)

Fig 6: Pensez-vous que la prise en charge des personnes en situation de précarité coûte plus cher que celle des autres populations?



*NSPP/ NR = Ne Se prononcent Pas/ Non Réponse

Une majorité de pharmaciens pense que la prise en charge des populations précaires génère un surcoût par rapport à celle des autres populations

23 pharmaciens sur 36 (soit 63,9%) pensent que la prise en charge des personnes en situation de précarité génère un surcoût par rapport aux autres populations.

7 pharmaciens sur 36 (soit 19,5%) ne savent pas répondre, ou ne donnent pas de réponse à la question.

6 pharmaciens sur 36 (soit 16,7%) pensent que la prise en charge des personnes en situation de précarité ne coûte pas plus cher que celle des autres patients.

Les questions 7 et 8 seront traitées ensemble

Q7 : Motifs du coût supérieur de leur prise en charge :

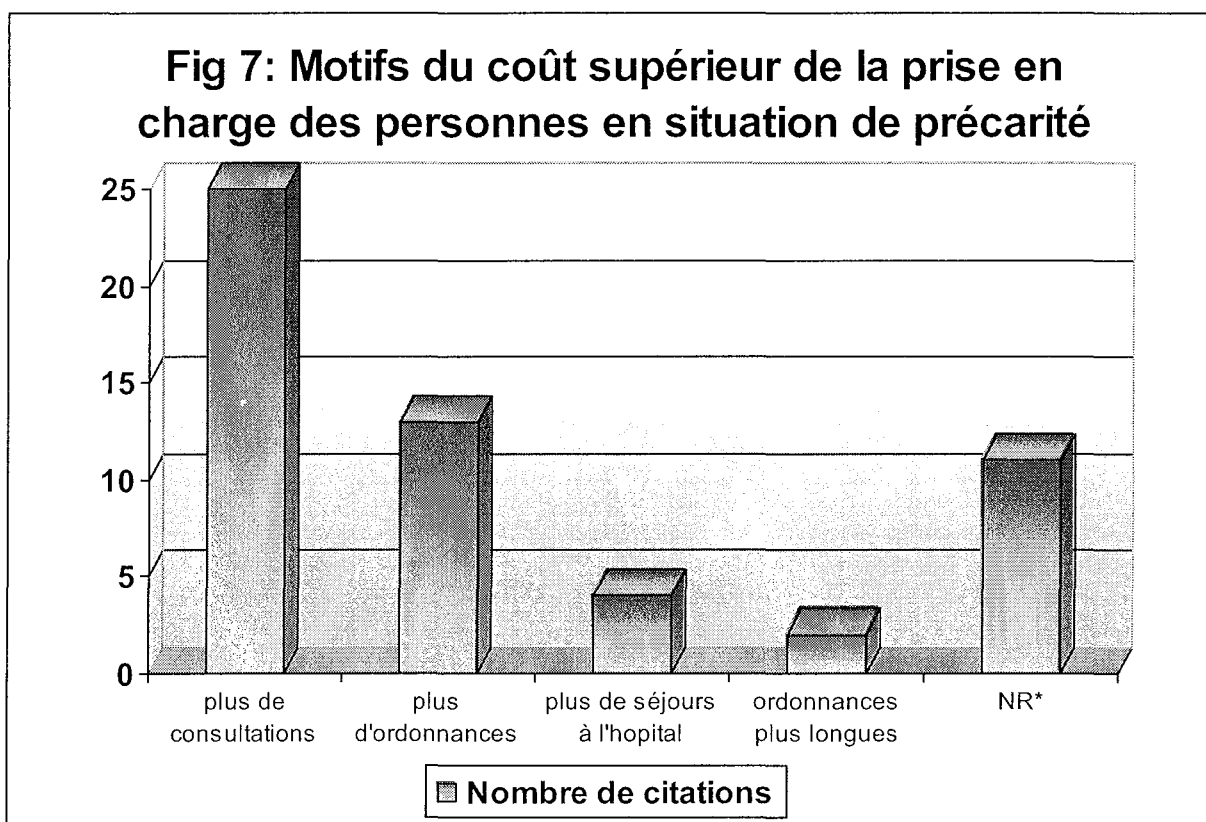
Question : si vous pensez que la prise en charge des personnes en situation de précarité coûte plus cher, quels en sont les motifs (2 réponses maximum) ?

(Résultats : annexe 8, tableau 6 p 153)

Q8 : autres motifs cités : (0 réponse) :

Question : pour la réponse « autre », préciser :

(Résultats : annexe 9 p 174)



* NR= non réponse

Le nombre plus élevé de consultations et d'ordonnances sont les deux principales raisons mentionnées pour expliquer le surcoût de la prise en charge des personnes en situation de précarité.

La première raison invoquée pour le surcoût de la prise en charge de la santé des plus démunis est **le nombre supérieur de consultations** (25 pharmaciens sur 36 soit 69,4%) par rapport aux autres populations.

13 pharmaciens sur 36 (soit 36,1%) citent ensuite **le plus grand nombre d'ordonnances** ; on note aussi que tous ceux qui ont répondu que les personnes en situation de précarité ont plus d'ordonnances répondent auparavant qu'elles consultent davantage. Les ordonnances ne sont pas forcément plus importantes en nombre de lignes puisque seuls deux pharmaciens citent cette proposition.

4 pharmaciens sur 36 (soit 11,1%) évoquent les séjours à l'hôpital plus fréquents comme source potentielle de surcoût.

11 pharmaciens sur 36 (soit 30,6%) ne donnent pas de réponses à la question : ils ne retrouvent pas les raisons du surcoût dans les propositions du questionnaire ou ne prennent pas le temps de répondre à cette question.

Pour résumer, les pharmaciens interrogés qui pensent que la prise en charge de la santé des personnes en situation de précarité coûte plus cher, expliquent cela par un nombre plus élevé de consultations et d'ordonnances.

Q9 : Connaissance des coordonnées de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé) :

Question : Connaissez-vous les coordonnées de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé) de votre secteur ?

(Résultats : annexe 8, tableau 7 p 154)

28 pharmaciens sur 36 (soit 77,8%) ne connaissent pas les coordonnées de la PASS de leur secteur et 2 pharmaciens sur 36 (soit 5,6%) ne donnent pas de réponse.

6 pharmaciens sur 36 (soit 16,7%) connaissent ces coordonnées.

On peut donc en déduire que seuls 16,7% des pharmaciens interrogés sont susceptibles d'orienter leurs patients vers une PASS, ce qui n'est pas le cas pour 77,8% des pharmaciens de notre échantillon.

Q10 : Connaissance des coordonnées de la Sécurité sociale du secteur :

Question : connaissez-vous les coordonnées de la Sécurité sociale de votre secteur ?

(Résultats : annexe 8, tableau 8 p 154)

25 pharmaciens sur 36 (soit **69,4%**) **connaissent** les coordonnées de la Sécurité sociale de leur secteur, alors que 11 pharmaciens sur 36 (soit 30,6%) ne les connaissent pas.

Ceci s'explique par le fait que la Sécurité sociale et le pharmacien travaillent en partenariat étroit ne serait-ce que pour le remboursement des soins. Malgré l'informatisation des remboursements par le biais des télétransmissions, les pharmaciens sont souvent en contact avec la Sécurité sociale de leur secteur que ce soit par courrier ou téléphone pour régler les questions qui ne peuvent l'être par informatique.

Q11 : Connaissance des coordonnées des services sociaux du secteur (assistantes sociales) :

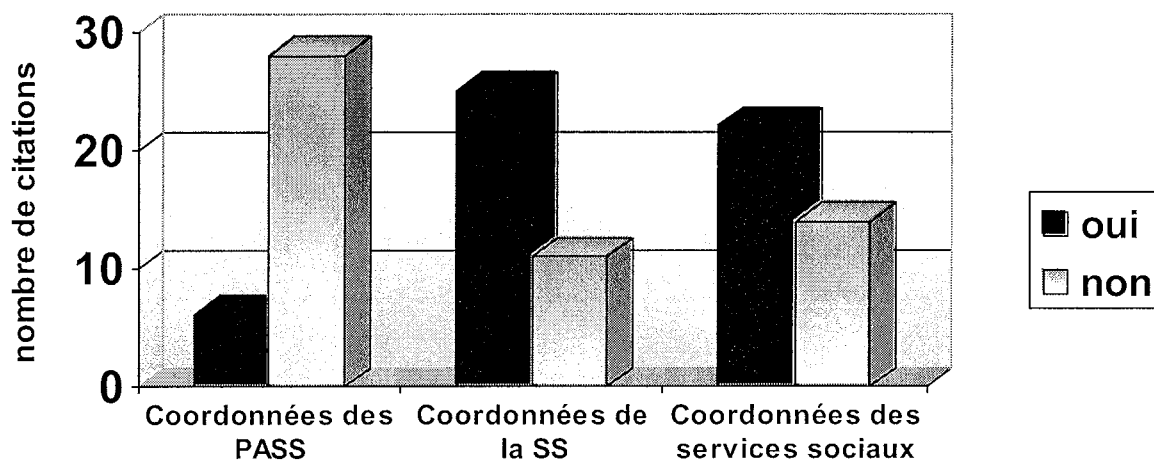
Question : Connaissez-vous les coordonnées des services sociaux (assistantes sociales) de votre secteur ?

(Résultats : annexe 8, tableau 9 p 155)

22 pharmaciens sur 36 (soit **61,1%**) **connaissent** les coordonnées des services sociaux de leur secteur, alors que 14 pharmaciens sur 36 (soit 38,9%) ne les connaissent pas.

Comparée à la question sur les coordonnées de la PASS, on peut en déduire que les pharmaciens sont davantage susceptibles d'orienter leurs patients vers les services sociaux de leur secteur que vers les PASS.

Fig 8: Connaissance des coordonnées des différents services



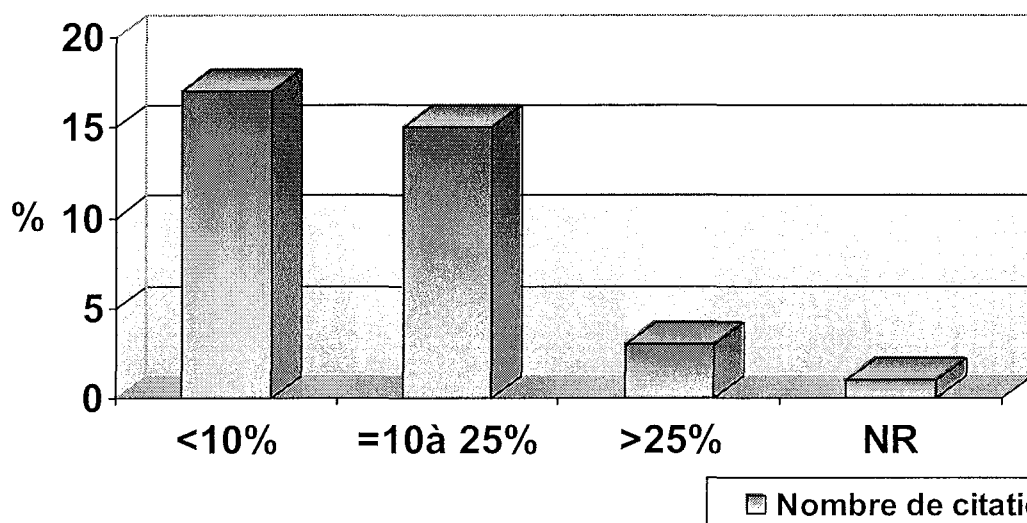
Les pharmaciens connaissent bien les coordonnées de la SS et des services sociaux de leur secteur et moins bien les coordonnées de la PASS.

Q12 : Pourcentage estimé de personnes bénéficiant de la CMU dans la clientèle :

Question : Quel pourcentage de personnes bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle accueillez-vous dans votre officine ?

(Résultats : annexe 8, tableau 10 p 155)

Fig 9: Répartition des pharmaciens suivant le % de CMU dans la clientèle



Une grande majorité de pharmaciens déclare avoir un pourcentage de CMU < 25% dans sa clientèle.

17 pharmaciens sur 36 (soit 47,2%) estiment avoir moins de 10 % de CMU dans leur clientèle.

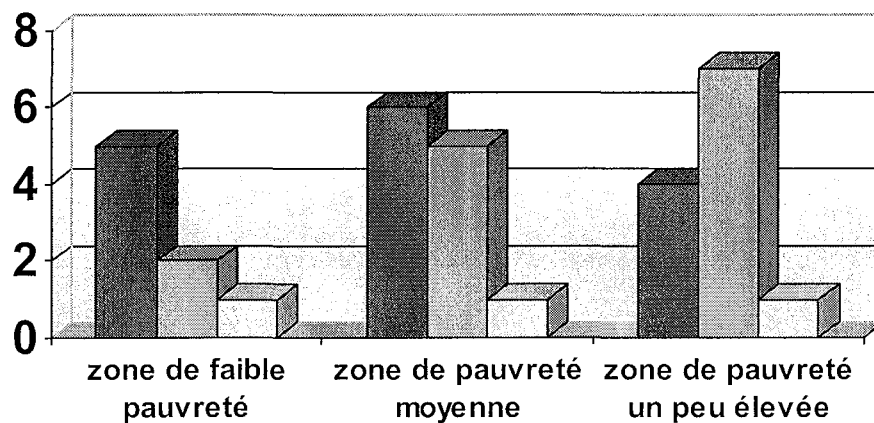
15 pharmaciens sur 36 (soit 41,7%) estiment avoir entre 10 et 25% de CMU parmi leurs patients.

Seuls 3 pharmaciens sur 36 (soit 8,3%) ont plus du quart de leur clientèle en CMU.

La répartition des pharmaciens dans les différentes zones d'exercice selon le % de CMU estimé dans la clientèle montre une certaine hétérogénéité :

(Résultats : annexe 8, tableau 11 p 156)

Fig 10: Répartition des pharmaciens dans les différentes zones d'exercice selon le % de CMU



■ % CMU estimé < 10%
 □ % CMU estimé > 25%

■ % CMU estimé entre 10 et 25%

11 pharmaciens sur 15 **ayant moins de 10% de CMU** dans leur clientèle se trouvent dans les zones de pauvreté **faible ou moyenne** ;

12 pharmaciens sur 14 **ayant entre 10 et 25 % de CMU** dans leur clientèle se trouvent dans les zones de pauvreté **moyenne et un peu élevée** ;

Les trois pharmaciens qui **ont plus de 25 %** de leur clientèle en CMU sont répartis dans les trois zones de pauvreté.

La répartition est donc assez hétérogène dans l'ensemble. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit **d'une estimation du % de CMU** dans la clientèle.

Cette estimation peut être difficile et approximative. Pour avoir une répartition correspondant davantage à la typologie du quartier d'implantation, il aurait peut être fallu utiliser un critère plus objectif comme le calcul du nombre de CMU actuellement enregistrées dans le fichier client et venant chaque mois à la pharmacie.

La définition de la pauvreté d'une zone n'est pas uniquement liée à la quantité de personnes bénéficiant de la CMU. D'autres critères ont été utilisés pour définir les zones de pauvreté, comme le taux de chômage, le taux d'occupation des logements sociaux²⁹. C'est pourquoi il existe un décalage entre la répartition des pharmaciens dans les différentes zones de pauvreté et leur répartition selon le pourcentage de CMU qu'ils estiment dans leur clientèle.

²⁹ INSEE sous la direction de William ROOS, *Pauvreté, précarité en Lorraine 2004*, rapport d'avril 2004, Economie Lorraine Dossiers n°18

3^{ème} partie du questionnaire :
attentes des personnes en situation de précarité
ressenties par le pharmacien

Les questions 13 et 14 seront traitées ensemble.

Q13 : Principales demandes des personnes en situation de précarité :

Question : Quelles sont les principales demandes des personnes en situation de précarité à la pharmacie (3 réponses maximum) ?

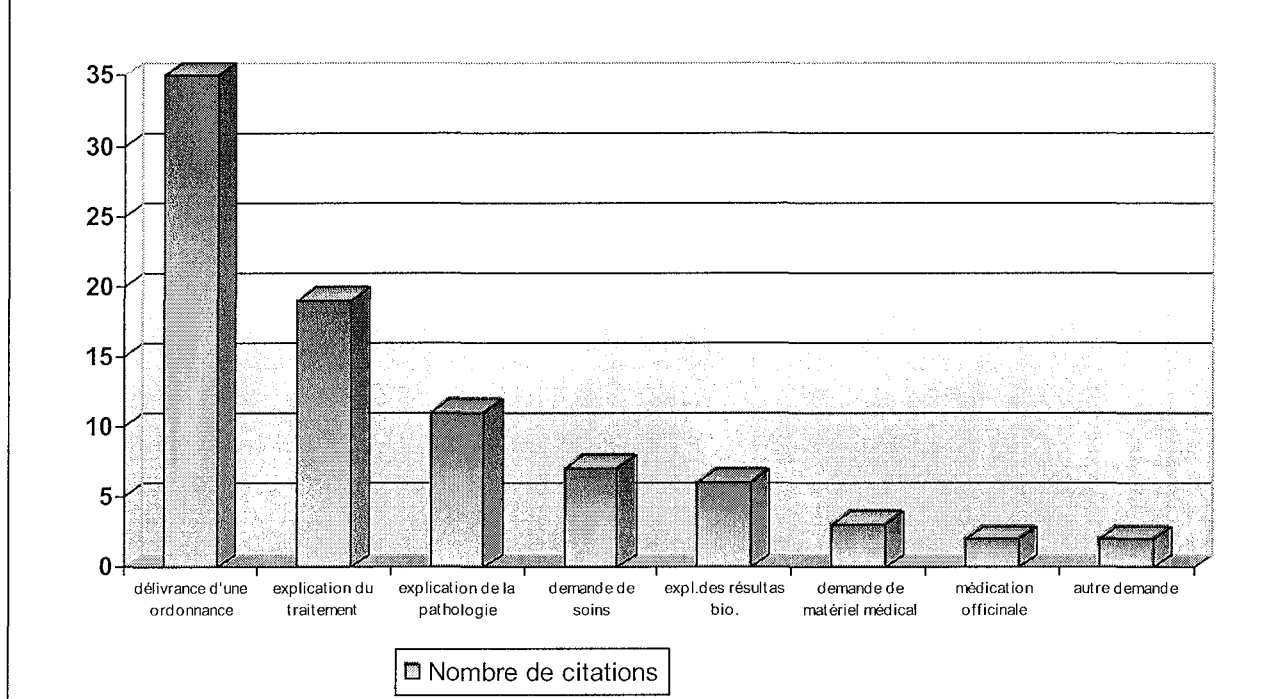
(Résultats : annexe 8, tableau 12 p 156)

Q14 : autres demandes précisées (2 réponses) :

Question : pour la réponse « autre », préciser :

- demande d'ordre social
- conseil pratique, prise de rendez-vous

Fig 11: Principales demandes des personnes en situation de précarité



La principale demande des personnes en situation de précarité reste la délivrance d'une ordonnance accompagnée de ses conseils.

35 pharmaciens sur 36 (soit 97,2%) soulignent que la principale demande des personnes en situation de précarité est **la délivrance d'une ordonnance**.

Les pharmaciens associent à cette demande, **l'explication du traitement** (19 sur 36 soit 52,8%) **ou de la pathologie** (11 sur 36 soit 30,6 %).

Les pharmaciens citent dans moins de 20% des cas les quatre dernières demandes proposées qui sont : la demande de soins, l'explication des résultats biologiques, la demande de matériel médical, la médication officinale.

Deux pharmaciens ajoutent les demandes d'ordre social, les conseils pratiques et les prises de rendez-vous.

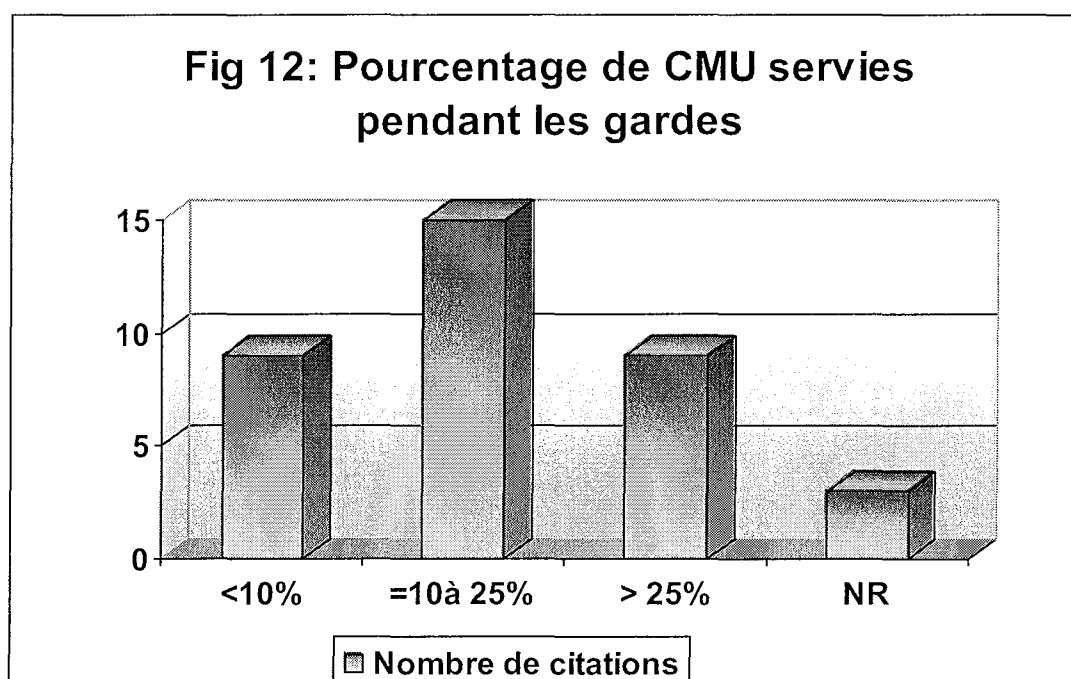
La délivrance d'une ordonnance accompagnée de conseils sur le traitement et sur la pathologie est l'activité principale du pharmacien quelque soit la population. Les demandes de soins, d'explication sur les résultats biologiques ou les demandes de matériel médical sont moins fréquentes de manière générale.

Par contre, le fait que les personnes en situation de précarité font peu appel à la médication officinale interpelle : la consultation d'un médecin et l'obtention d'une ordonnance avec des médicaments remboursés reste prioritaire dans le parcours de soins des personnes en situation de précarité.

Q15 : Pourcentage de personnes bénéficiant de la CMU servies pendant les gardes :

Question : Lors de vos gardes, parmi les patients servis, quel est le pourcentage de personnes bénéficiant de la CMU ?

(Résultats : annexe 8, tableau 13 p 157)



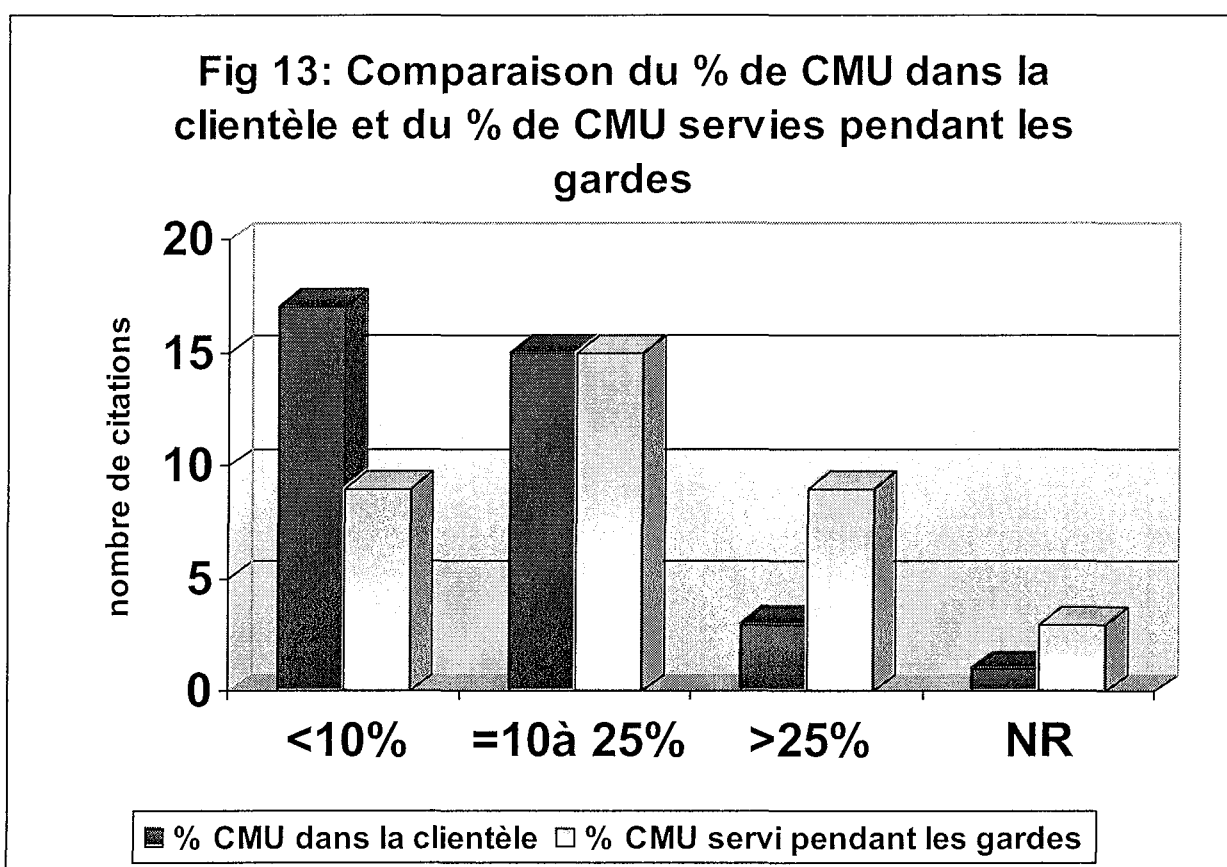
Les pharmaciens servent davantage de CMU pendant les gardes.

15 pharmaciens sur 36 (soit 41,7%) servent 10 à 25% de CMU pendant les gardes.

Ils sont 9 sur 36 (soit 25%) à en servir moins de 10 % et 9 sur 36 (soit 25%) à servir plus de 25 % de CMU pendant les gardes.

Comparons cela au pourcentage de CMU estimé dans la clientèle (Q12 p 49)
(Résultats : annexe 8, tableau 13 p 157)

- 15 pharmaciens sur 36 (soit 41,7%) **servent 10 à 25% de CMU pendant ou en dehors des gardes.**
- les pharmaciens **qui servent plus de 25% de CMU sont trois fois plus nombreux pendant les gardes** (9 pharmaciens sur 36 pendant les gardes contre 3 sur 36 en général)
- les pharmaciens qui servent moins de 10 % de CMU sont deux fois moins nombreux pendant les gardes. (9 pharmaciens sur 36 pendant les gardes contre 17 sur 36 en général)



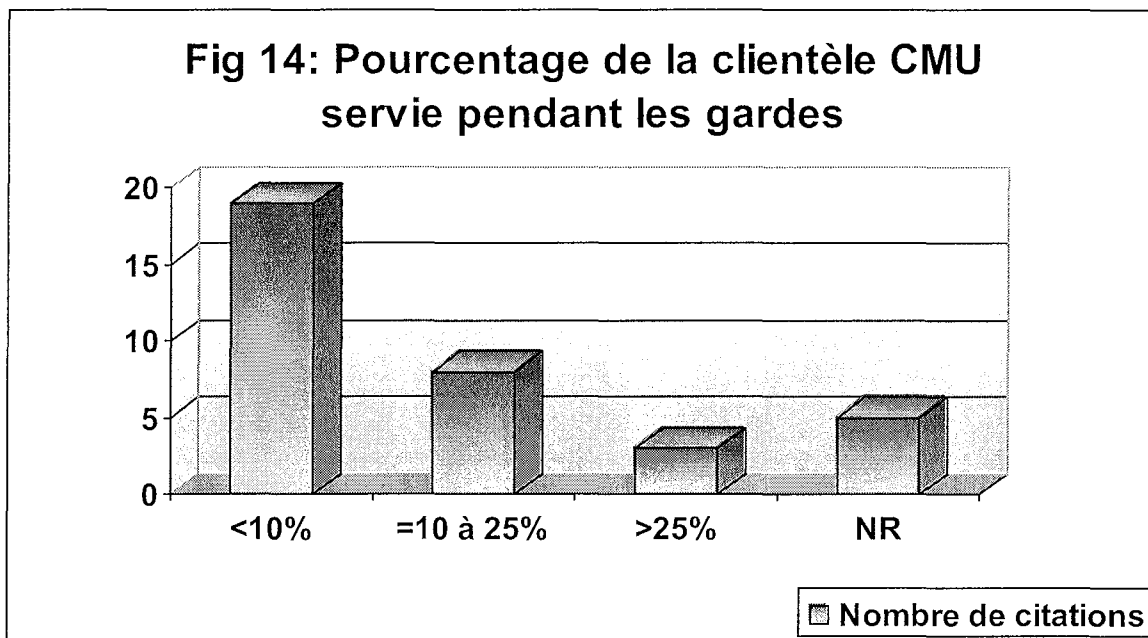
*NR= Non réponse

Les pharmaciens pensent servir davantage de CMU pendant les gardes qu'en dehors des gardes.

Q16 : Pourcentage des patients CMU de la pharmacie venant pendant les gardes :

Question : Quel pourcentage de vos patients CMU vient à la pharmacie pendant les gardes ?

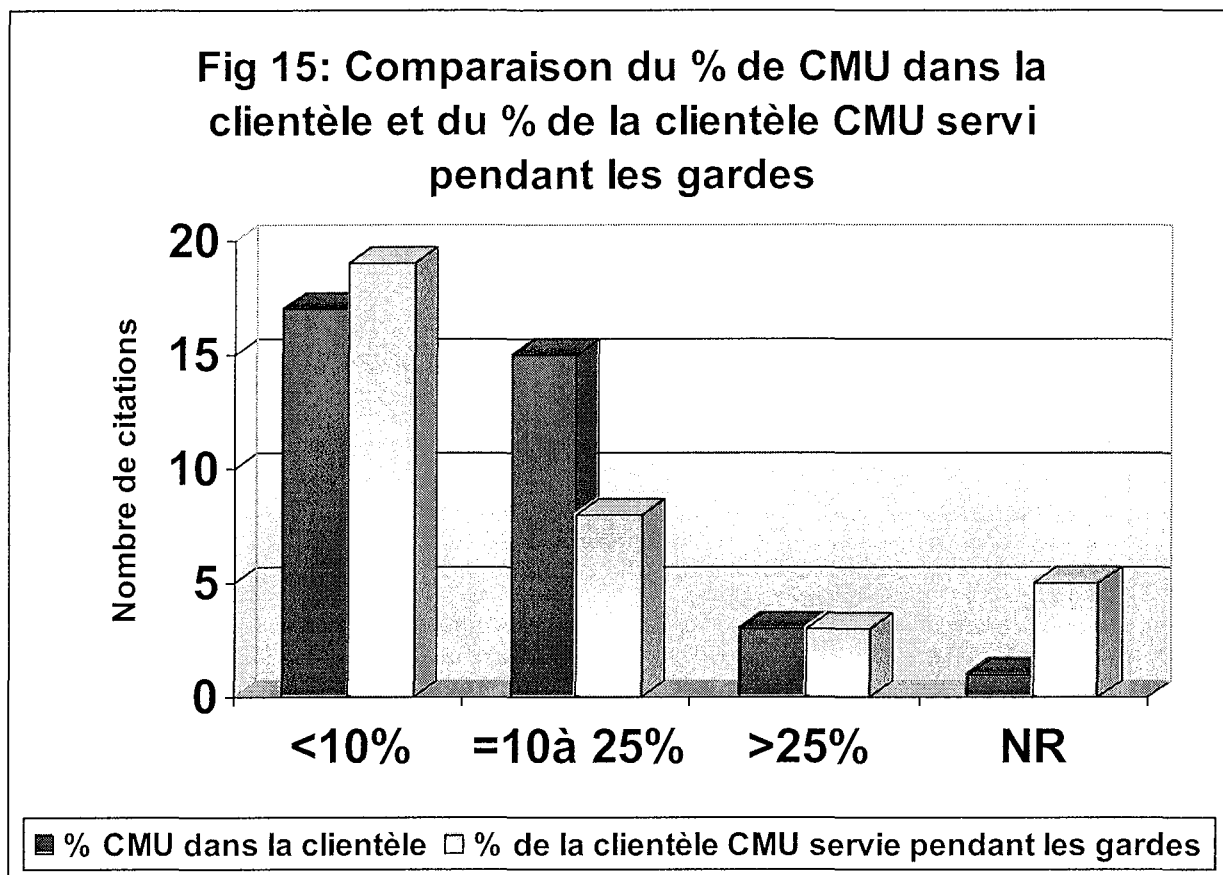
(Résultats : annexe 8, tableau 14 p 158)



19 pharmaciens sur 36 (soit 52,8%) servent moins de 10% de leur clientèle CMU pendant les gardes.

8 pharmaciens sur 36 (soit 22,2%) servent 10 à 25% de leur clientèle CMU pendant les gardes et seulement 3 pharmaciens sur 36 (soit 8,3%) servent plus de 25 % de leur clientèle CMU pendant les gardes.

Cette répartition est comparable à celle du pourcentage de CMU estimé dans la clientèle (Q12 p 49) :



*NR= Non Réponse

La clientèle CMU des pharmaciens ne vient pas spécialement pendant les gardes

Pour résumer,

- les pharmaciens qui **ont moins de 10% de CMU** dans leur clientèle (17 sur 36), **ont l'impression d'en servir plus pendant leurs gardes** mais ce ne sont pas forcément leurs patients CMU.
- les pharmaciens qui ont **10 à 25 % de CMU** dans leur clientèle (15 sur 36) **n'en servent pas plus pendant les gardes** et ce ne sont pas spécialement leurs clients CMU.
- les pharmaciens qui ont **plus de 25% de CMU** dans leur clientèle (3 sur 36) **en servent plutôt moins** pendant les gardes. Ils semblent dire que leur clientèle CMU ne vient pas spécialement plus pendant les gardes.

En ce qui concerne les gardes, on constate donc deux choses :

- les pharmaciens pensent servir plus de CMU pendant les gardes,
- les CMU qu'ils servent pendant les gardes ne sont pas leurs clients habituels.

Pour l'agglomération nancéenne (14 réponses sur 36), par exemple, étant donné le nombre de pharmacies prenant leur tour de garde et le nombre de personnes bénéficiant de la CMU, il paraît normal que les pharmaciens ne servent pas spécialement leurs clients (CMU ou non) pendant leur garde. Ceci amène plutôt à retenir uniquement la première proposition : les pharmaciens interrogés pensent servir plus de CMU pendant les gardes.

4^{ème} partie du questionnaire

Problèmes rencontrés à la pharmacie avec les personnes en situation de précarité

La quatrième partie du questionnaire est divisée en deux :

- *problèmes sur les médicaments sur ordonnance*
- *problèmes sur le conseil officinal*

4.1 Sur les médicaments sur ordonnance

Les questions 17 et 18 seront traitées ensemble

Q17 : Problèmes liés à l'illettrisme :

Question : Rencontrez-vous des problèmes liés à l'illettrisme ?

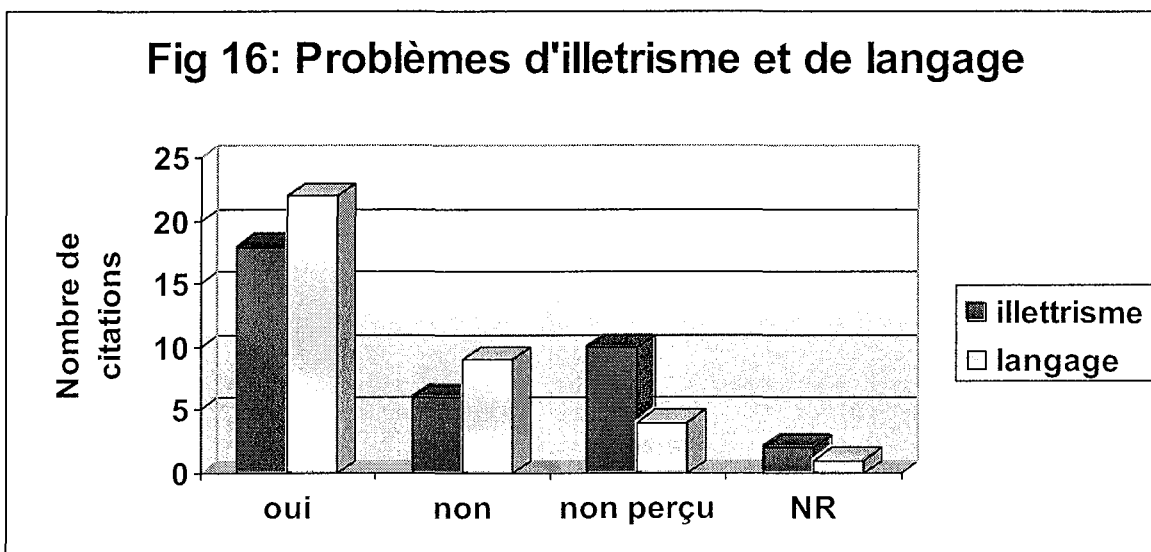
(Résultats : annexe 8, tableau 15 p 158)

Q18 : Problèmes liés au langage :

Question : Rencontrez-vous des problèmes liés au langage ?

(Résultats : annexe 8, tableau 16 p 159)

Fig 16: Problèmes d'illettrisme et de langage



Les problèmes de langage et d'illettrisme sont fréquents à la pharmacie

18 pharmaciens sur 36 (soit 50%) rencontrent des problèmes liés à l'illettrisme et 22 pharmaciens sur 36 (soit 61,1%) des problèmes liés au langage.

9 pharmaciens sur 36 (soit 25%) ne rencontrent pas de problèmes de langage et seulement 6 pharmaciens sur 36 (soit 16,7%) ne signalent aucun problème d'illettrisme.

10 pharmaciens sur 36 (soit 27,8%) ne perçoivent pas les problèmes d'illettrisme, c'est à dire ne peuvent pas ou ne savent pas les détecter, contre seulement 4 pharmaciens sur 36 (soit 11,1%) pour les problèmes de langage.

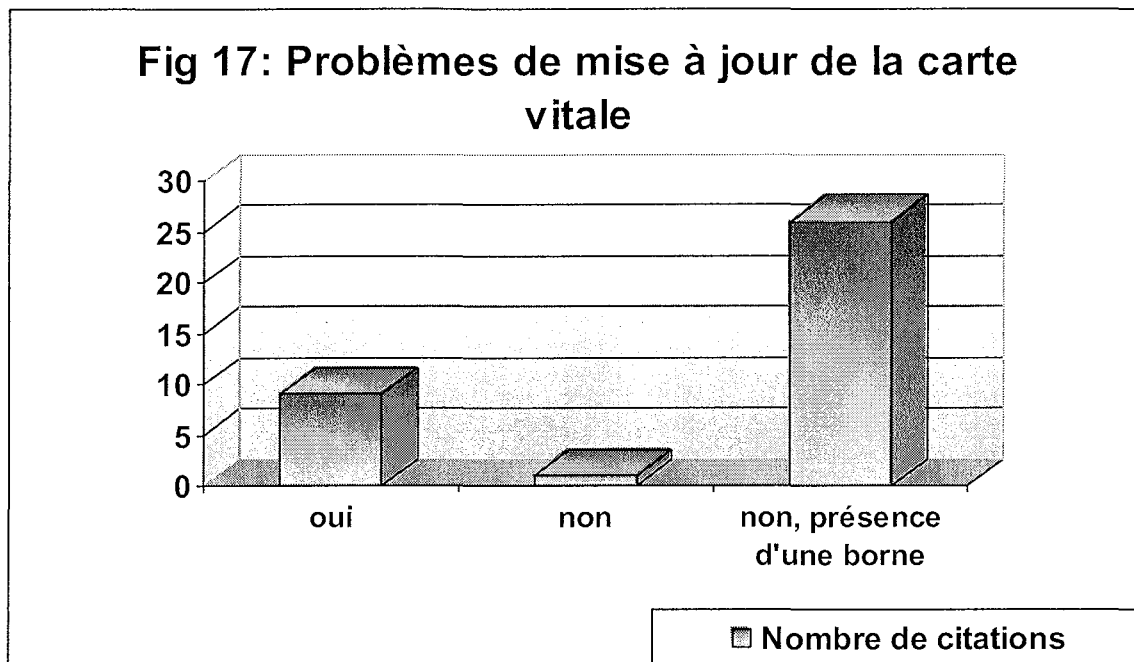
Ces deux types de problèmes restent fréquemment rencontrés dans les pharmacies.

Si les pharmaciens signalent davantage les problèmes de langage, c'est **qu'il est plus difficile de détecter des problèmes d'illettrisme que de langage à la pharmacie** : le premier contact avec un patient est un contact oral et la plus grande partie de la délivrance et du conseil pharmaceutique reste basée sur une communication orale. Si l'écrit est beaucoup utilisé (ordonnances, posologie, notices, attestations de sécurité sociale ou de mutuelle), il est systématiquement accompagné par des explications orales ce qui peut masquer plus facilement les problèmes d'illettrisme.

Q19 : Problèmes de délivrance liés à la mise à jour de la carte vitale :

Question : Rencontrez-vous des problèmes de délivrance liés à la mise à jour de la carte vitale ?

(Résultats : annexe 8, tableau 17 p 159)



La majorité (26 citations sur 36 soit 72,2%) des problèmes de délivrance liés à la mise à jour de la carte vitale a été réglée depuis que les pharmacies sont équipées de bornes de mise à jour. Seul un pharmacien ne rencontre pas de problème.

9 pharmaciens sur 36 (soit 25%) qui ne sont pas équipés d'une borne, continuent à rencontrer des problèmes de délivrance liés à la mise à jour de la carte vitale.

Les questions 20 et 21 seront traitées ensemble.

Q20 : Nature des problèmes de mise à jour de carte vitale :

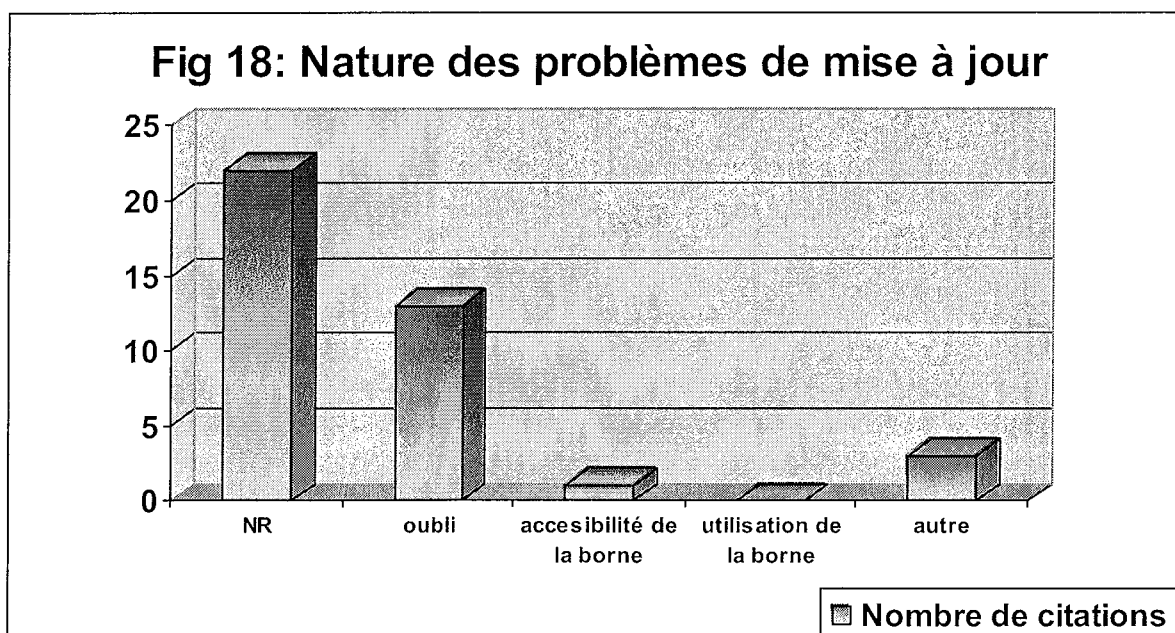
Question : si vous rencontrez des problèmes de délivrance liés à la mise à jour de la carte vitale, de quel ordre sont-ils le plus souvent (2 réponses maximum) ?

(Résultats : annexe, tableau 18 p 160)

Q21 : Autres problèmes cités (3 réponses)

Question : pour la réponse « autre », préciser

- grande négligence volontaire ou involontaire de la part des personnes
- ça n'est pas le problème du patient
- mauvaises relations avec les services sociaux



Lorsqu'il n'y a pas de borne de mise à jour à la pharmacie, le problème principal invoqué pour les problèmes de mise à jour est l'oubli des patients, bien plus que les difficultés d'utilisation des bornes par les patients.

22 pharmaciens sur 36 (soit 61,1%) ne répondent pas à la question : ce sont ceux qui sont équipés d'une borne de mise à jour. On constate cependant que 4 pharmaciens équipés d'une borne répondent quand même à la question 20 ce qui laisse supposer que pour eux des problèmes persistent même après l'acquisition d'un borne de mise à jour.

La principale raison invoquée pour la non mise à jour de la carte vitale est **l'oubli du patient** (13 fois cité). Ceci est confirmé par les autres réponses apportées à la question 21 qui souligne des problèmes de « négligence volontaire ou involontaire » des personnes, le fait que « ça n'est pas leur problème ».

L'accessibilité et l'utilisation des bornes ne semblent pas être des raisons suffisantes pour expliquer les problèmes de non mise à jour de la carte vitale, selon les pharmaciens de l'enquête.

Les questions 22 et 23 seront traitées ensemble.

Q22 : Problèmes liés au renouvellement de la CMU :

Question : Rencontrez-vous des problèmes liés au renouvellement de la CMU ?

(Résultats : annexe 8, tableau 19 p 160)

Q23 : Nature des problèmes liés au renouvellement de la CMU :

Question : si vous rencontrez des problèmes liés au renouvellement de la CMU, de quel ordre sont-ils le plus souvent ? (2 réponses maximum)

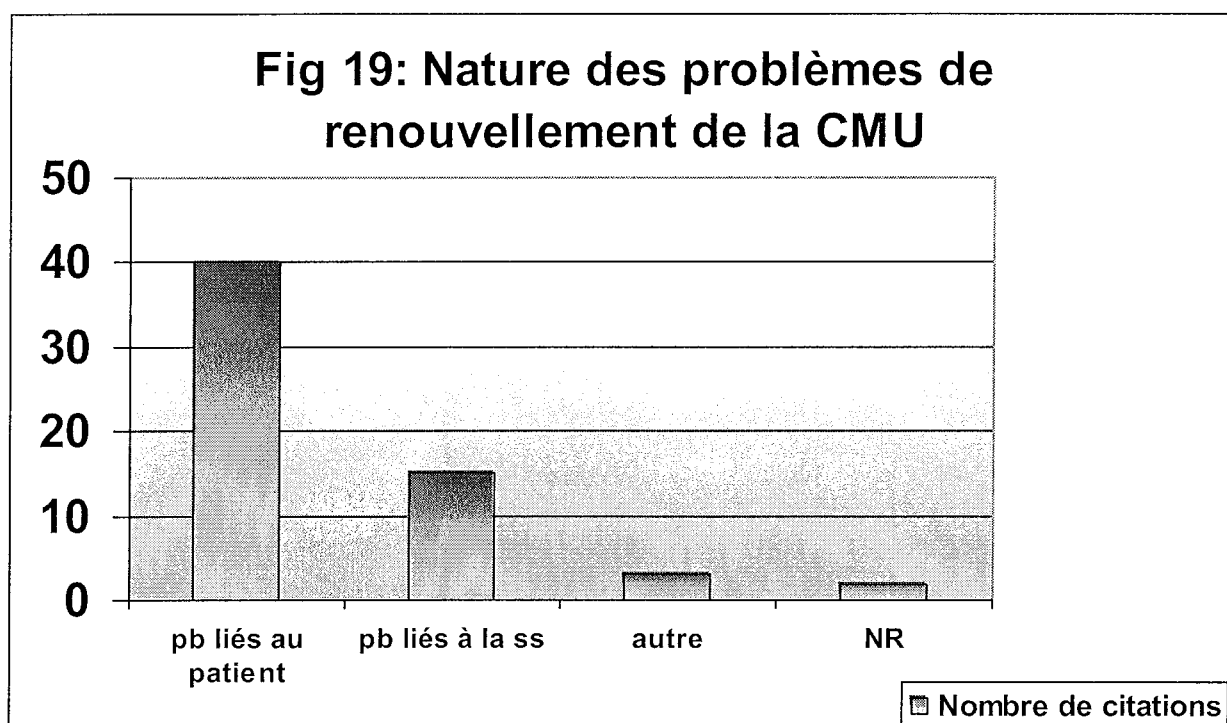
(Résultats : annexe 8, tableau 20 p 161)

33 pharmaciens sur 36 (soit 91,7%) **rencontrent des problèmes liés au renouvellement de la CMU**. Cela reste un souci majeur **malgré la présence de bornes de mise à jour de la carte vitale**.

Deux types de problèmes se dégagent :

- les problèmes liés au patient : il n'a pas rempli ses papiers correctement, il les a remplis mais en dehors des délais, il a changé de situation.
- les problèmes liés à la sécurité sociale : le traitement du dossier laisse des intervalles sans couverture, il existe des retards de traitement des dossiers liés aux changements de situation du patient ou au changement de département.

(Résultats : annexe 8, tableau 21 p 161)



La majorité des problèmes rencontrés lors du renouvellement de la CMU sont liés au patient

La première raison (33 pharmaciens sur 36) citée pour les problèmes de renouvellement de la CMU est **l'incapacité des patients à remplir correctement leurs papiers ou à les remplir dans les bons délais.**

Les pharmaciens sont trois fois moins (11 sur 36) à invoquer des problèmes liés au traitement des dossiers par la sécurité sociale.

Si on cumule les problèmes liés aux patients (oubli, retard, changement de situation non signalé), **on constate qu'ils sont largement plus cités** (40 citations) **que les problèmes liés à la Sécurité sociale** (retard, changement de situation, changement de département) (15 citations).

Pour les pharmaciens, les principaux responsables des problèmes de renouvellement de la CMU sont davantage les patients que le traitement des dossiers par la sécurité sociale.

Q24 : Autres problèmes cités (3 réponses) :

Question : pour la réponse « autre », préciser

- trop souvent négligence de la part des ressortissants CMU
- problème des naissances qui sont longues à enregistrer
- le patient ne sait pas qu'il doit renouveler sa CMU

Les autres réponses citées soulignent une nouvelle fois des problèmes liés au patient : négligence ou mauvaise connaissance du fonctionnement de l'attribution de la CMU.

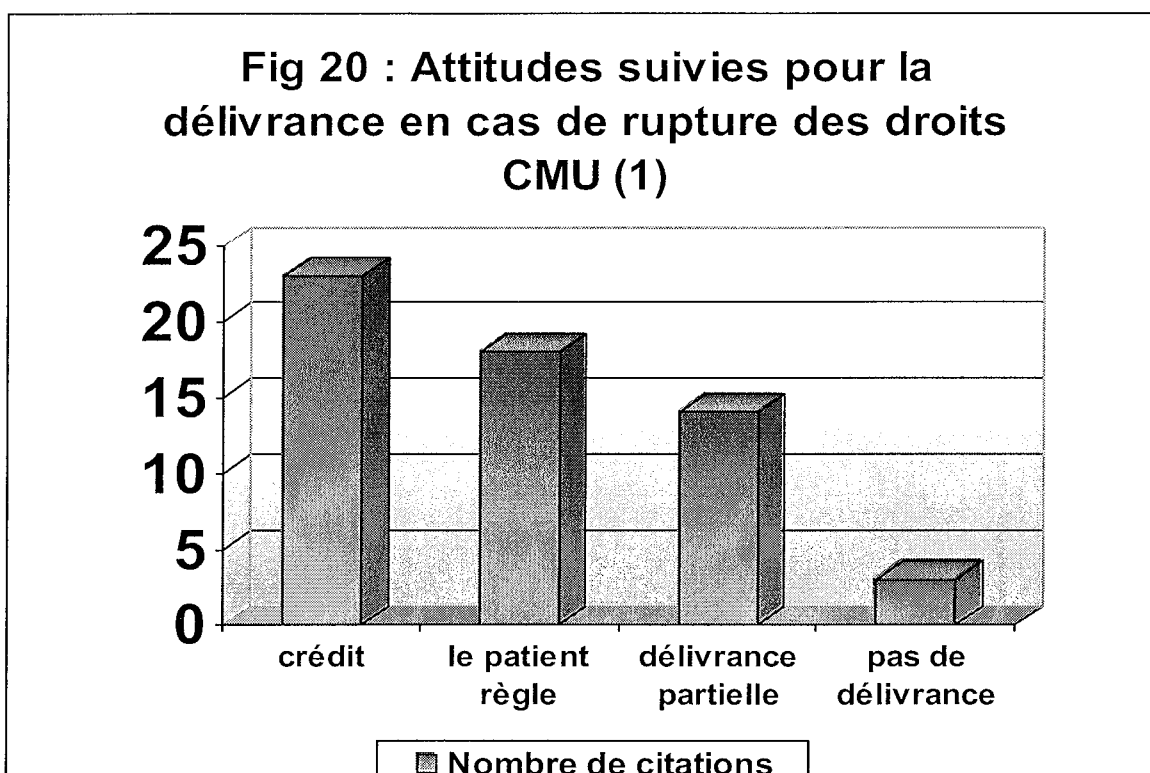
Le problème des naissances longues à enregistrer est réel mais n'intervient pas directement dans la démarche de renouvellement de la CMU.

Q25 : Attitudes suivies pour la délivrance en cas de rupture des droits

CMU :

Question : Quand il existe une rupture des droits CMU, quelle est l'attitude la plus souvent suivie pour la délivrance ? (2 réponses maximum)

(Résultats : annexe 8, tableau 22 p 162)

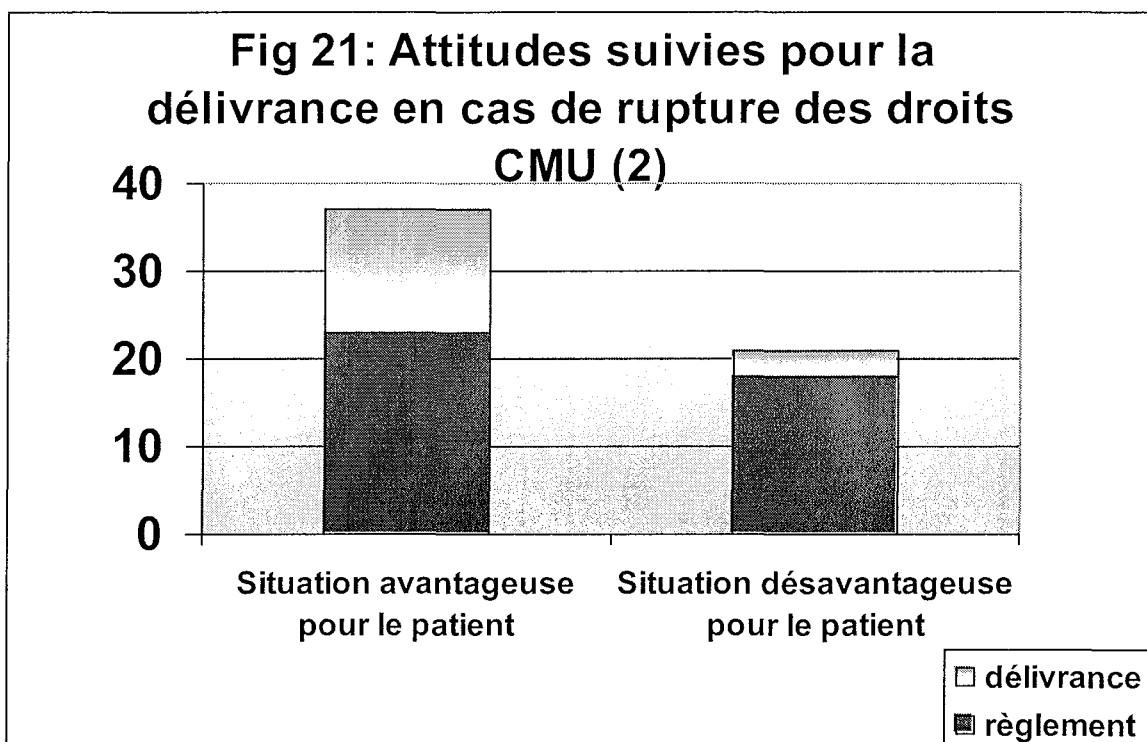


Les deux situations les plus rencontrées en cas de rupture des droits CMU sont l'accord d'un crédit par le pharmacien (23 citations) et/ ou le règlement des médicaments par le patient (18 citations). La troisième attitude qui consiste à ne délivrer qu'une partie du traitement est également citée 14 fois.

L'absence de délivrance de tout médicament n'est citée que 3 fois. Il faut toutefois noter que les trois pharmaciens qui privilégient cette solution effectuent tous le relais avec les services sociaux de la ville (cf. question suivante)

Considérons deux types de situations :

- les situations plutôt avantageuses pour le patient : un crédit est accordé, une partie du traitement est délivrée sans avancer d'argent
- les situations plutôt désavantageuses pour le patient : le patient doit régler les médicaments, les médicaments ne peuvent être délivrés.



Les deux situations dans lesquelles les médicaments sont délivrés au moins en partie sans que le patient ne règle quoi que ce soit sont largement majoritaires (37 citations) par rapport aux situations plus difficiles pour le patient (règlement ou non délivrance) (21 citations).

Les pharmaciens privilégient les situations avantageuses pour le patient lorsqu'il existe une rupture de droits CMU, c'est-à-dire celles qui permettent au patient de repartir avec au moins une partie de son traitement sans avancer d'argent.

Les questions 26 et 27 seront traitées ensemble

Q26 : Gestion du dossier quand il existe une rupture des droits CMU :

Question : Quand il existe une rupture des droits CMU, avez-vous déjà été amenés à : (2 réponses maximum)

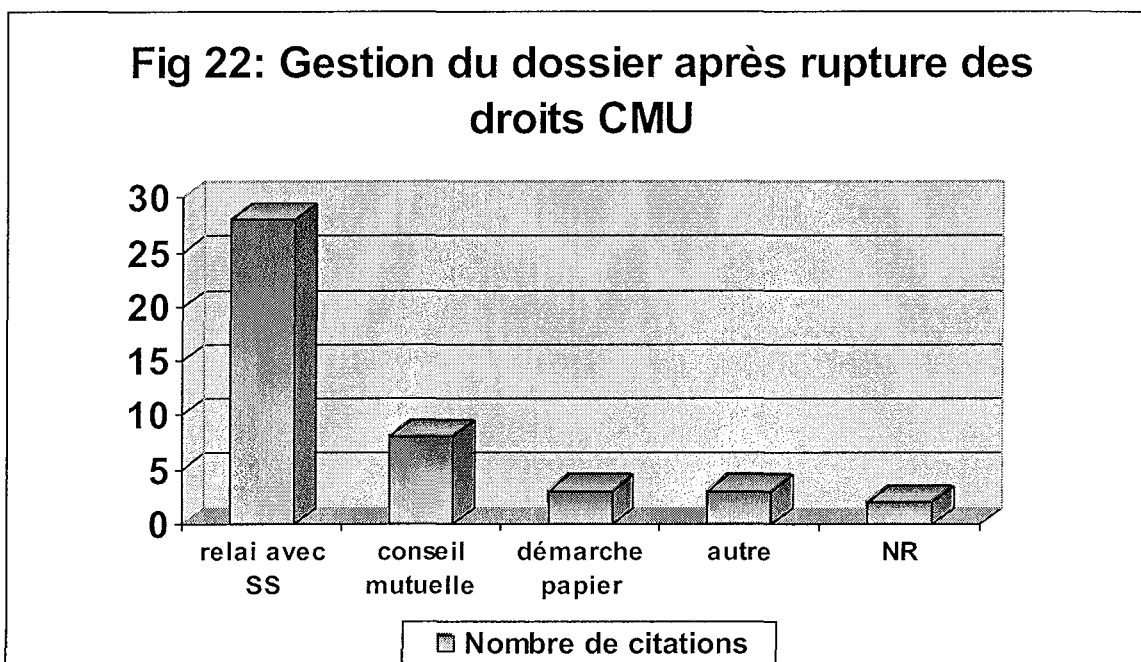
(Résultats : annexe 8, tableau 23 p 162)

Q27 : Autres réponses citées pour la gestion du dossier (2 réponses) :

Question : pour la réponse « autre », préciser :

- cas très fréquent, c'est du quotidien ; conscience de jouer le rôle d'assistant social et de faire les démarches minimales à la place des assurés qui « aiment bien » se faire assister parfois.

- mise en attente des ordonnances en attendant la réouverture des droits.



Dans la plupart des cas le pharmacien est amené à s'informer de l'avancement du dossier de renouvellement de la CMU et éventuellement à faire les démarches qui faciliteront sa progression

En cas de rupture des droits CMU, les pharmaciens **ne s'arrêtent pas à la question de la délivrance puisqu'ils disent en majorité effectuer le relais avec les services sociaux de la ville et/ou la Sécurité Sociale (28 citations sur 36, soit 77,8%).**

8 pharmaciens sur 36 (soit 22,2%) prennent le temps de conseiller leurs patients sur les différentes mutuelles. Cela se fait davantage lorsque le renouvellement de la CMU n'est pas accordé et qu'il faut envisager le choix d'une autre mutuelle.

Il arrive aux pharmaciens de remplir les papiers de demande de mutuelle à la place du patient mais cela reste minoritaire (3 citations sur 36 soit 8,3%).

Il est intéressant de noter que les pharmaciens sont très souvent amenés à effectuer une démarche active pour faire avancer le dossier après rupture des droits CMU (seuls 3 pharmaciens ne donnent pas de réponse).

Les questions 28 et 29 seront traitées ensemble

Q28 : Attitudes suivies pour la délivrance lorsqu'un médicament n'est pas remboursé :

Question : Quand des médicaments prescrits ne sont pas remboursés, comment la délivrance se déroule-t-elle ? (2 réponses maximum)

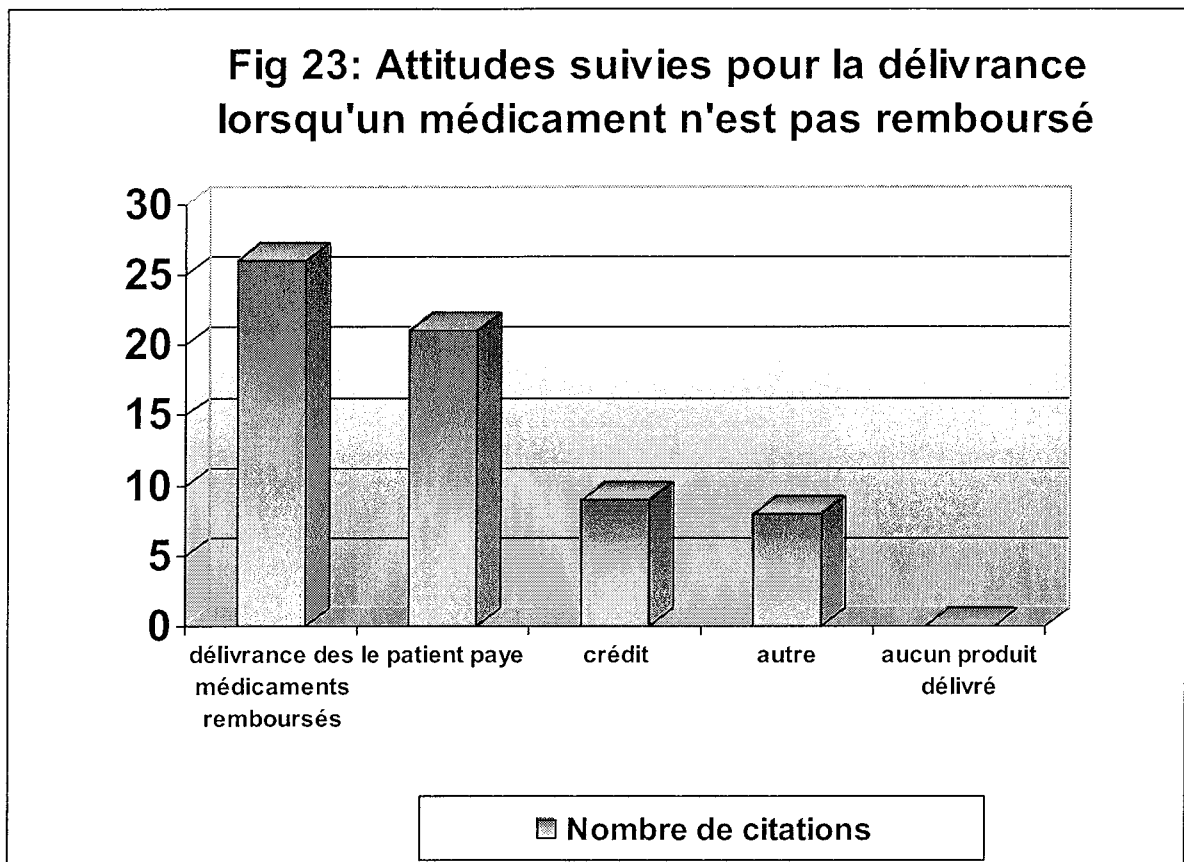
(Résultats : annexe 8, tableau 24 p 163)

Q29 : Autres réponses citées (9 réponses) :

Question : pour la réponse « autre », préciser :

- on traite au cas par cas selon les besoins et la bonne foi du patient
- un crédit est accordé et il n'est jamais payé
- on prend contact avec le médecin
- on appelle le prescripteur pour envisager un changement
- la prise en charge est faite par la tutelle
- on demande toujours si la personne veut ou non les produits. Selon la nature, commission recours gracieux

- substitution si possible
- aucun produit n'est délivré car le patient en a déjà chez lui
- le patient se plaint



Lorsqu'un médicament prescrit n'est pas remboursé, on se retrouve devant une alternative :

- le patient ne paye pas et seuls les médicaments remboursés sont délivrés (26 pharmaciens sur 36)

- le patient règle le médicament non remboursé (31 pharmaciens sur 36)

17 pharmaciens sur 36 sortent de cette alternative

- en proposant un crédit (9 sur 36)

- en citant une autre solution (8 sur 36), comme appeler le prescripteur pour changer le médicament par un équivalent remboursé ou moins cher, ou demander si la personne n'a pas le médicament chez elle ou un équivalent, ou encore demander une prise en charge par la tutelle.

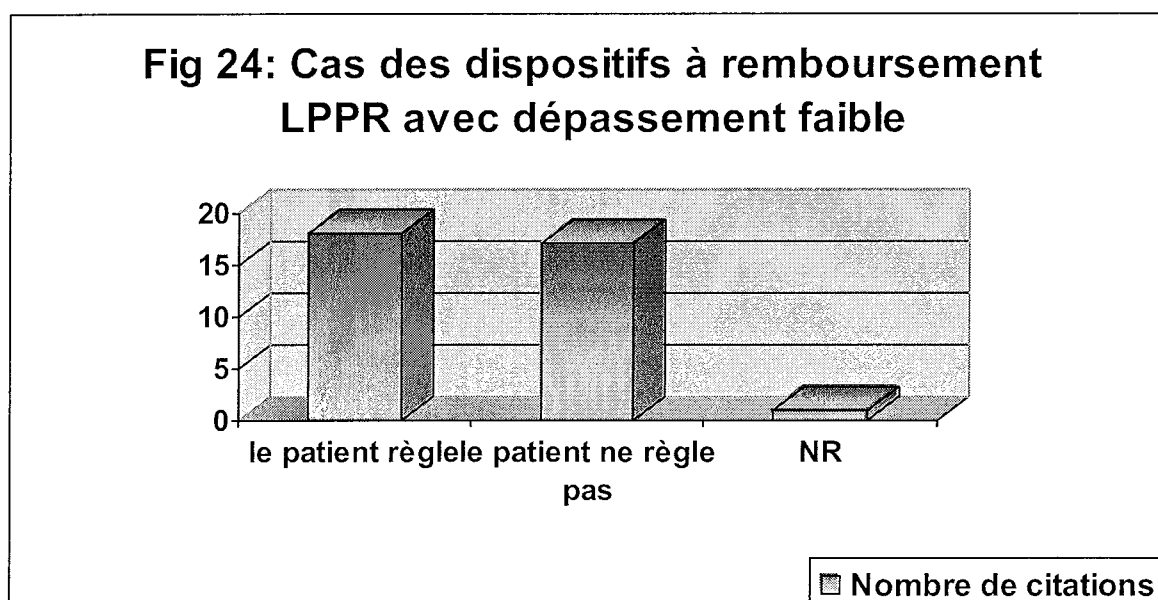
La première démarche du pharmacien devant un médicament non remboursé est de laisser le choix à la personne en proposant les différentes options possibles. Les pharmaciens **privilégient dans tous les cas la délivrance du traitement complet dans le meilleur rapport observance/prix**

Les pharmaciens soulignent **qu'il faut faire du cas par cas** : il n'y a pas de solution unique à la question des médicaments non remboursés.

Q30 : Cas de la délivrance des dispositifs médicaux LPPR lorsque le dépassement est faible :

Question : Pour les dispositifs médicaux à remboursement LPPR (Liste des Produits et Prestations Remboursables), lorsque le dépassement est faible, le plus souvent :

(Résultats : annexe 8, tableau 25 p 163)



* LPPR = Liste des Produits et Prestations Remboursables

Dans la moitié des cas le patient ne veut pas ou ne peut pas régler le dépassement sur le dispositif médical

Il s'agit ici d'une nouvelle alternative concernant des produits ayant un tarif de remboursement LPPR* mais pour lesquels il existe un dépassement faible à la charge du patient. Les réponses des pharmaciens sont également réparties entre les deux

propositions : dans la moitié des cas les patients veulent bien régler la différence (17 sur 36), et il n'y a pas de problème de délivrance. Mais dans l'autre moitié des cas (18 sur 36) ils ne peuvent ou ne veulent pas régler ce supplément. Se pose alors le problème de la délivrance du dispositif médical en question (cf. question suivante).

Les questions 31 et 32 seront traitées ensemble.

Q31 : Attitude suivie pour la délivrance si le patient ne règle pas la différence :

Question : si le patient ne règle pas la différence, parmi les propositions suivantes, que pratiquez-vous le plus souvent (2 réponses maximum) ?

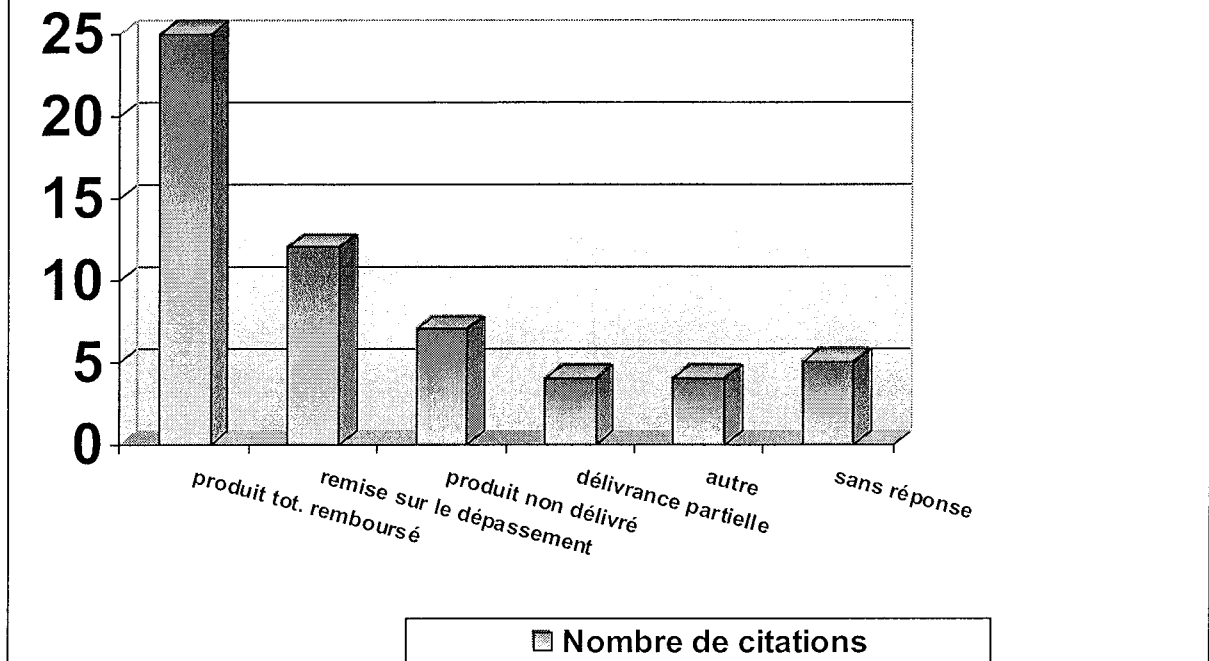
(Résultats : annexe 8, tableau 26 p 164)

Q32 : Autres réponses citées (4 réponses)

Question : pour la proposition « autre », préciser :

- délivrance d'un produit dont la différence est plus faible
- on voit au cas par cas
- si impossibilité de remplacer par un médicament moins onéreux, on téléphone au médecin
- je râle contre les pouvoirs publics

Fig 25: Attitudes suivies pour la délivrance si le patient ne règle pas la différence (produits LPPR) (1)



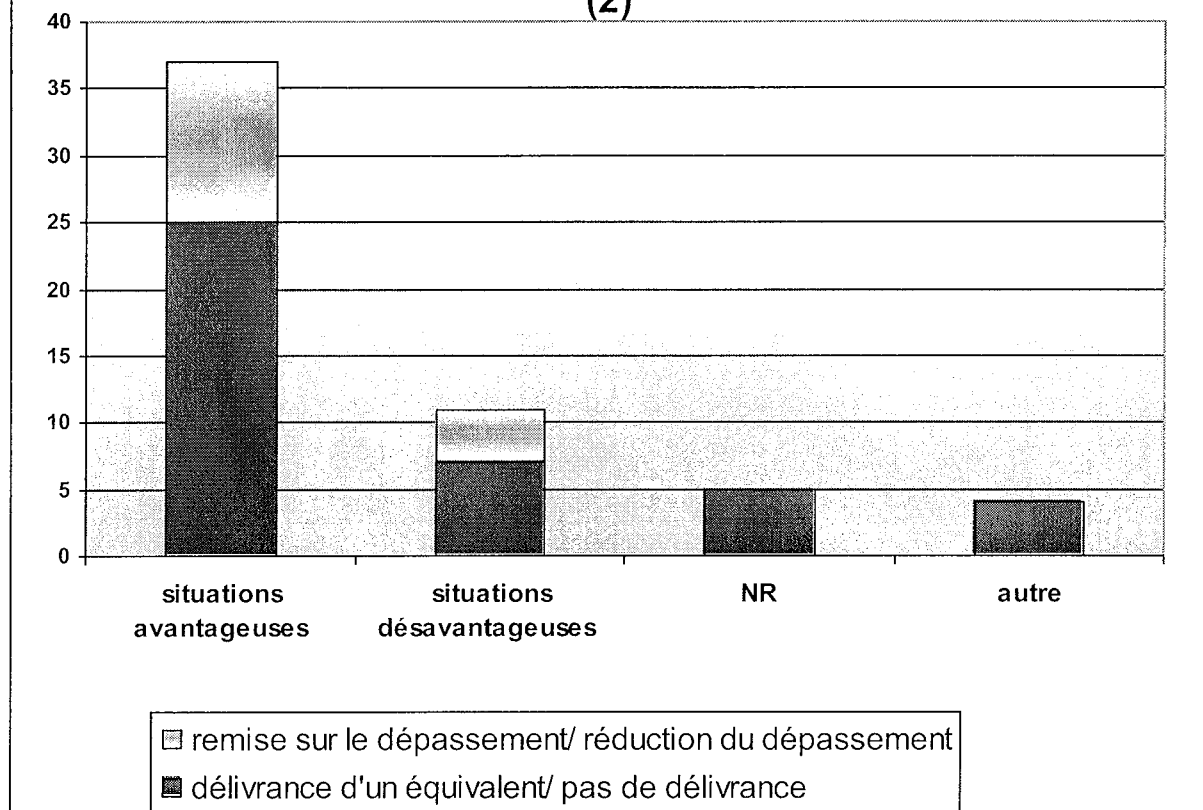
Lorsque le patient ne règle pas la différence, 25 pharmaciens sur 36 cherchent un produit totalement remboursé s'il existe. Cette solution a l'avantage de permettre la délivrance de la totalité du traitement sans frais pour le patient.

12 pharmaciens sur 36 effectuent une remise sur le dépassement (il est précisé faible dans l'énoncé de la question) et 4 sur 36 délivrent une quantité inférieure à celle prescrite pour réduire le coût à la charge du patient. Ceci risque d'entraîner une moins bonne observance si le patient n'a pas la quantité suffisante de produit pour effectuer la totalité de son traitement.

Considérons une nouvelle fois deux situations :

- les situations plutôt avantageuses pour le patient : équivalent totalement remboursé ou remise sur le dépassement.
- les situations moins avantageuses pour le patient : quantité délivrée inférieure à celle prescrite, produit non délivré.

**Fig 26: Attitudes suivies pour la délivrance si le patient ne règle pas la différence (produits LPPR)
(2)**



Lorsqu'il existe un dépassement sur un dispositif médical, le pharmacien privilégie les situations avantageuses pour le patient

Comme dans le cas des délivrances après rupture de droits CMU (Fig. 21 p 65), les pharmaciens privilégient les situations avantageuse pour le patient, c'est-à-dire celles qui permettent une délivrance de la totalité du traitement sans avance de frais.

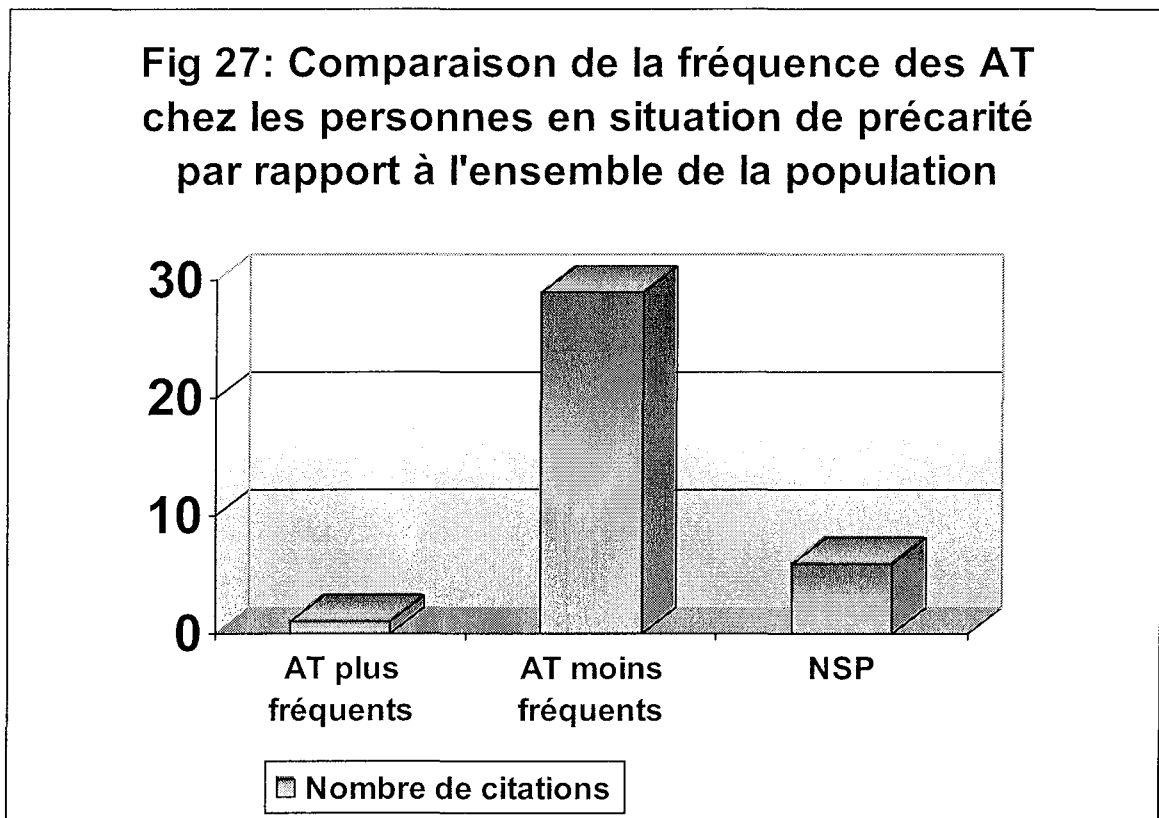
Mais là encore, les pharmaciens privilégient le cas par cas pour optimiser le rapport observance/prix. Les pharmaciens sont amenés à proposer un équivalent moins cher ou appellent le médecin pour modifier la prescription.

Seuls 7 pharmaciens sur 36 ne délivrent pas le produit.

Q33 : Fréquence plus importante des accidents de travail pour les personnes en situation de précarité :

Question : Le pourcentage des ordonnances liées à un accident de travail est-il plus fréquent pour les personnes en situation de précarité ?

(Résultats : annexe 8, tableau 27 p 161)



La fréquence des accidents de travail n'est pas plus importante chez les populations précaires

Selon 29 pharmaciens sur 36 (soit 80,6%), la fréquence des accidents de travail n'est pas plus élevée chez les personnes en situation de précarité. Un seul pense que cette fréquence est plus élevée ; 6 pharmaciens sur 36 ne peuvent pas évaluer cette fréquence (soit 16,7%). Un pharmacien relie cela au fait que les personnes en situation de précarité sont davantage confrontées au chômage.

4.2 Sur le conseil pharmaceutique

Les questions 34 à 38 seront traitées ensemble

Q34 : Durée d'explication de la pathologie :

Question : Pour les personnes en situation de précarité, par rapport aux autres patients, vous devez expliquer la pathologie :

(Résultats : annexe 8, tableau 28 p 165)

Q35 : Durée d'explication du traitement :

Question : Pour les personnes en situation de précarité, par rapport aux autres patients, vous devez expliquer le traitement :

(Résultats : annexe 8, tableau 29 p 165)

Q36 : Durée d'explication des génériques :

Question : Pour les personnes en situation de précarité, par rapport aux autres patients, vous devez expliquer les génériques:

(Résultats : annexe 8, tableau 30 p 166)

Q37 : Durée d'explication des résultats biologiques :

Question : Pour les personnes en situation de précarité, par rapport aux autres patients, vous devez expliquer les résultats biologiques :

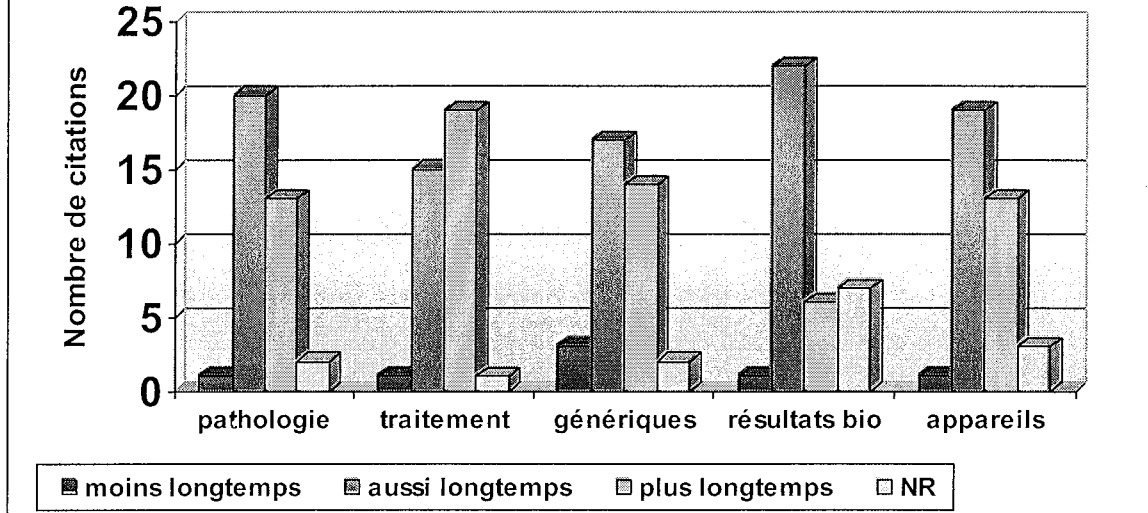
(Résultats : annexe 8, tableau 31 p 166)

Q38 : Durée d'explication du fonctionnement des appareils :

Question : Pour les personnes en situation de précarité, par rapport aux autres patients, vous devez expliquer le fonctionnement des appareils :

(Résultats : annexe 8, tableau 32 p 167)

Fig 28: Comparaison de la durée d'explication des différents conseils



Seul le traitement nécessite plus de temps d'explication pour les personnes en situation de précarité

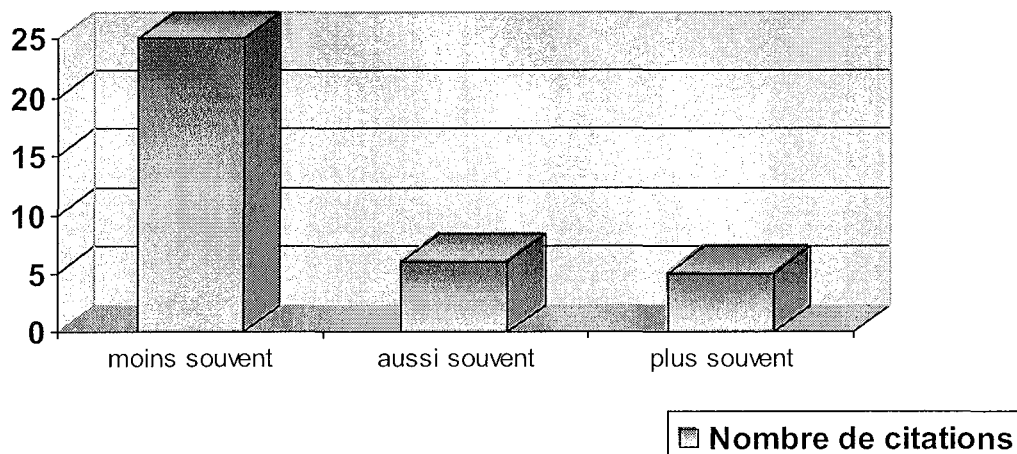
19 pharmaciens sur 36 pensent devoir insister davantage sur les explications du traitement. Les autres domaines (pathologie, génériques, résultats biologiques, fonctionnement des appareils médicaux) nécessitent des durées comparables aux autres populations.

Q39 : Fréquence du conseil en médication officinale :

Question : En matière de médication officinale, par rapport aux autres patients, pensez-vous que les personnes en situation de précarité font appel au pharmacien :

(Résultats : annexe 8 tableau 33 p 167)

Fig 29: Comparaison de la fréquence du conseil en médication officinale pour les personnes en situation de précarité par rapport aux autres personnes



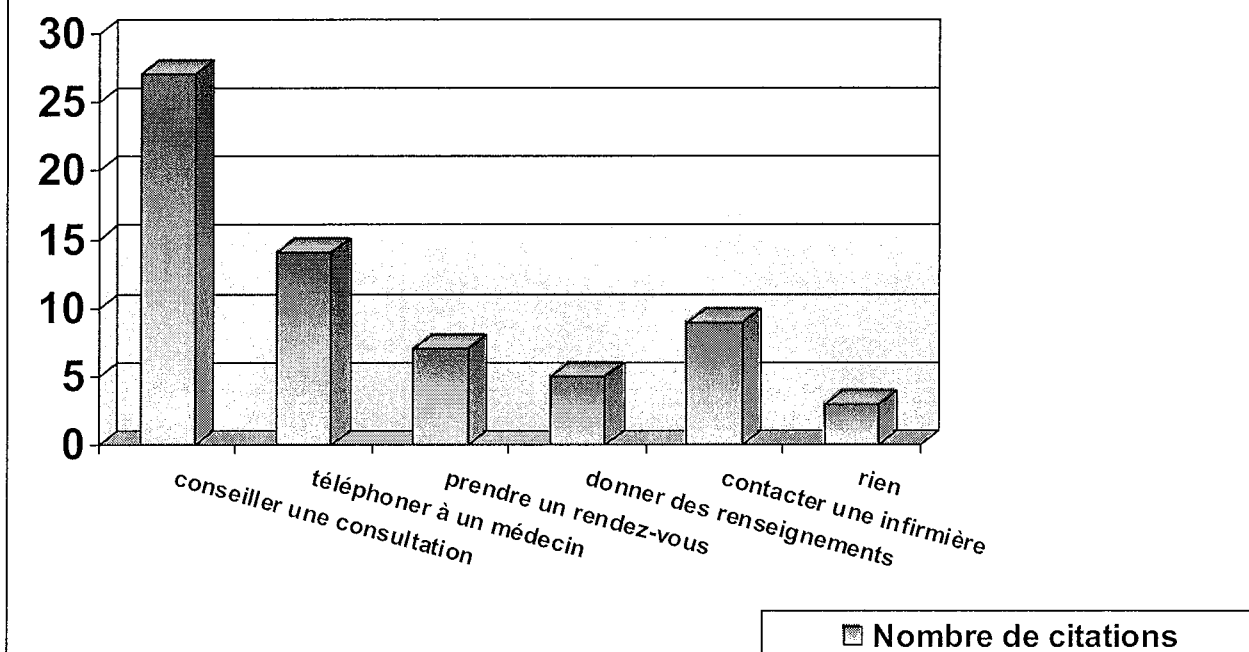
25 pharmaciens sur 36 (soit 69,4%) pensent que **les personnes en situation de précarité font moins souvent appel** à eux que les autres personnes, en matière de médication officinale. On peut mettre cela en parallèle avec la question 14 sur les principales demandes des personnes en situation de précarité (cf. p 52) : elles préfèrent consulter que s'adresser directement au pharmacien.

Q40 : Nature des démarches de conseil

Question : Pour les personnes en situation de précarité, vous êtes souvent amené à :

(Résultats : annexe 8, tableau 34 p 168)

Fig 30: Actions de conseil du pharmacien



Le premier conseil du pharmacien est d'orienter vers une consultation médicale (27 citations sur 36). Le pharmacien est en relation étroite avec les professionnels de santé (contact téléphonique, prise de rendez-vous, renseignements : 26 citations cumulées) pour discuter de la situation de son patient ou l'orienter vers des structures qui pourrait améliorer sa situation (intermédiaire avec les professionnels paramédicaux, 9 citations sur 36).

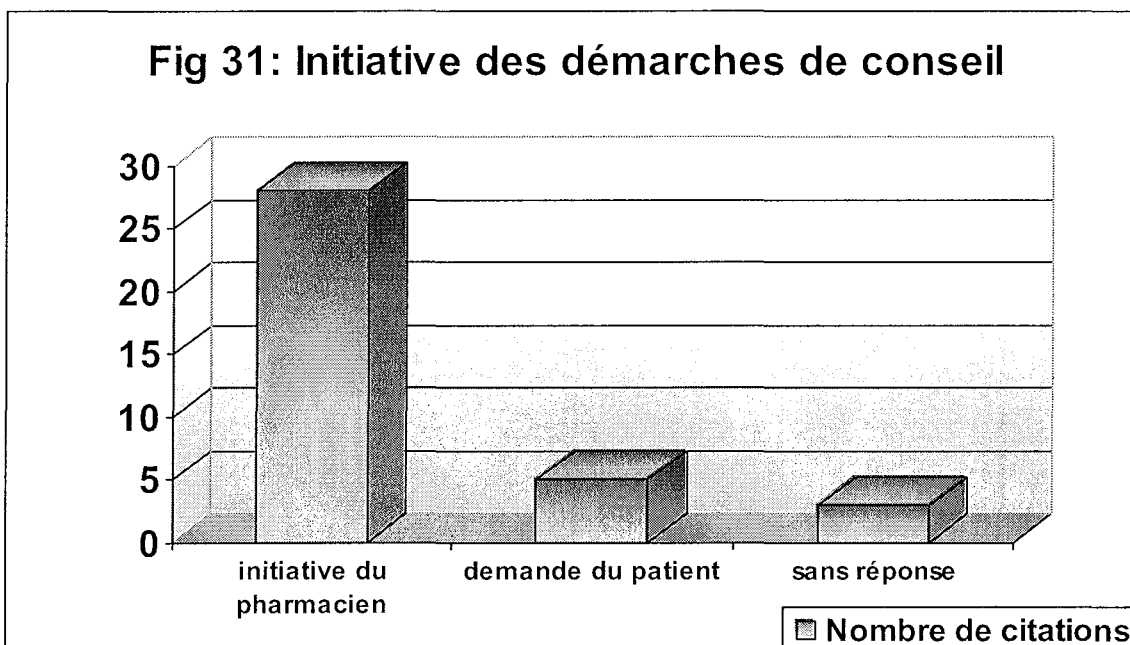
Seuls 3 pharmaciens disent ne jamais effectuer les démarches proposées ce qui veut dire aussi que 33 effectuent au moins une de ces démarches.

L'ensemble des réponses souligne le rôle d'orientation du pharmacien : contacts téléphoniques, renseignements, orientation vers un médecin ou un professionnel paramédical.

Q41 : De qui vient l'initiative de ces démarches

Question : Si vous effectuez ces démarches en général (une réponse) c'est :

(Résultats : annexe 8, tableau 35 p 168)

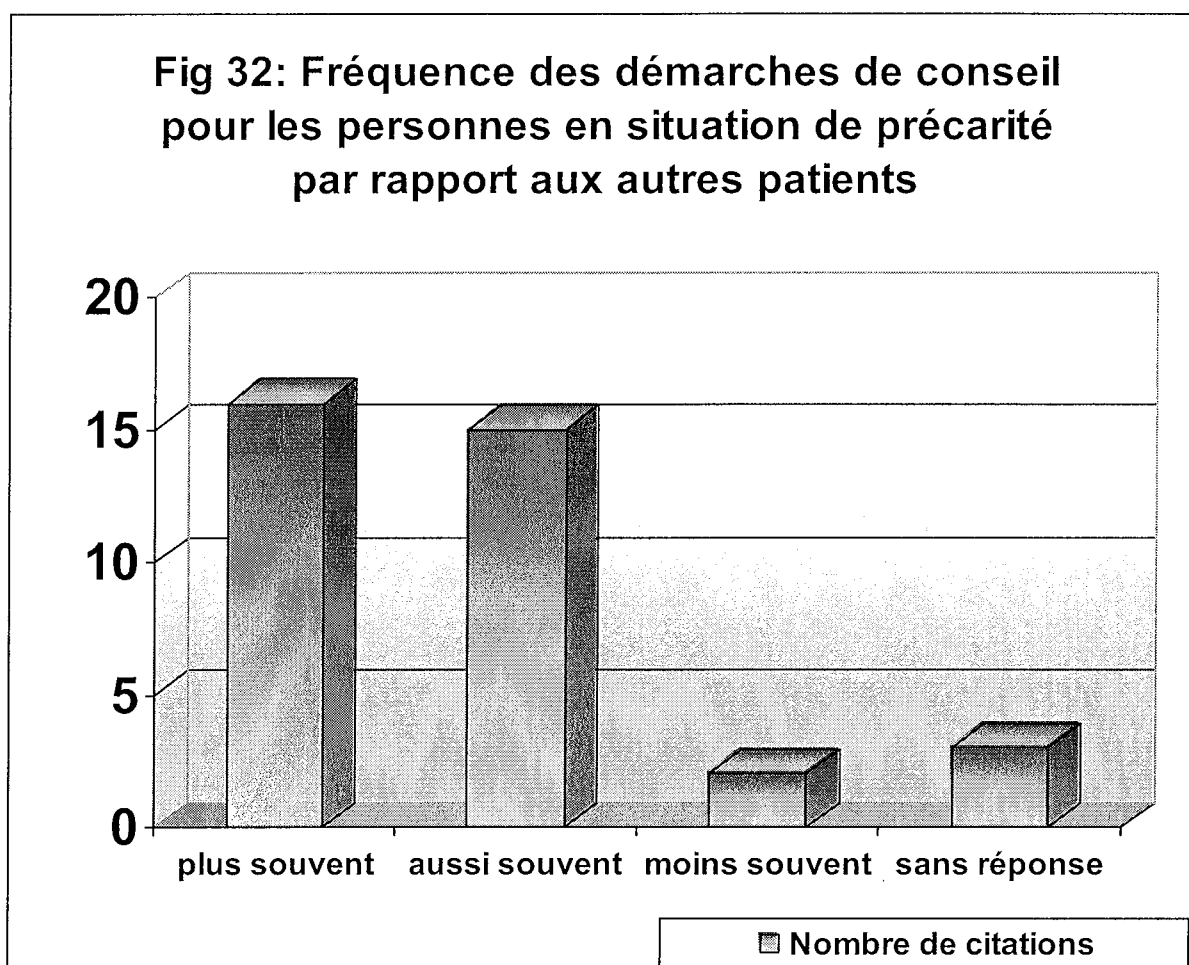


Ce sont les pharmaciens qui prennent en grande majorité l'initiative des démarches d'orientation (28 citations sur 36 soit 77,8%). On voit une faible demande des patients (3 sur 36 soit 8,3%) auprès des pharmaciens ; **le pharmacien fait donc plus que détecter et connaître les situations des personnes précaires : il est là pour déclencher les démarches citées dans la question précédente : consultation d'un médecin, d'un spécialiste, mise en relation avec un professionnel paramédical, appel des services sociaux.**

Q42 : Comparaison de la fréquence de ces démarches avec les autres patients :

Question : Par rapport aux autres patients, vous effectuez ces démarches :

(Résultats : annexe 8, tableau 36 p 169)



16 pharmaciens sur 36 (soit 44,4%) pensent conseiller les patients en situation de précarité plus souvent. 15 pharmaciens sur 36 (soit 41,7%) pensent le faire aussi souvent.

Ces démarches font partie de la mission que le pharmacien effectue pour l'ensemble de la population. Il aurait peut-être été intéressant de comparer la fréquence de chaque démarche à l'ensemble de la population pour discerner les actions plus ciblées sur les personnes précaires.

Les questions 43 et 44 seront traitées ensemble.

Q43 : Actions pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées :

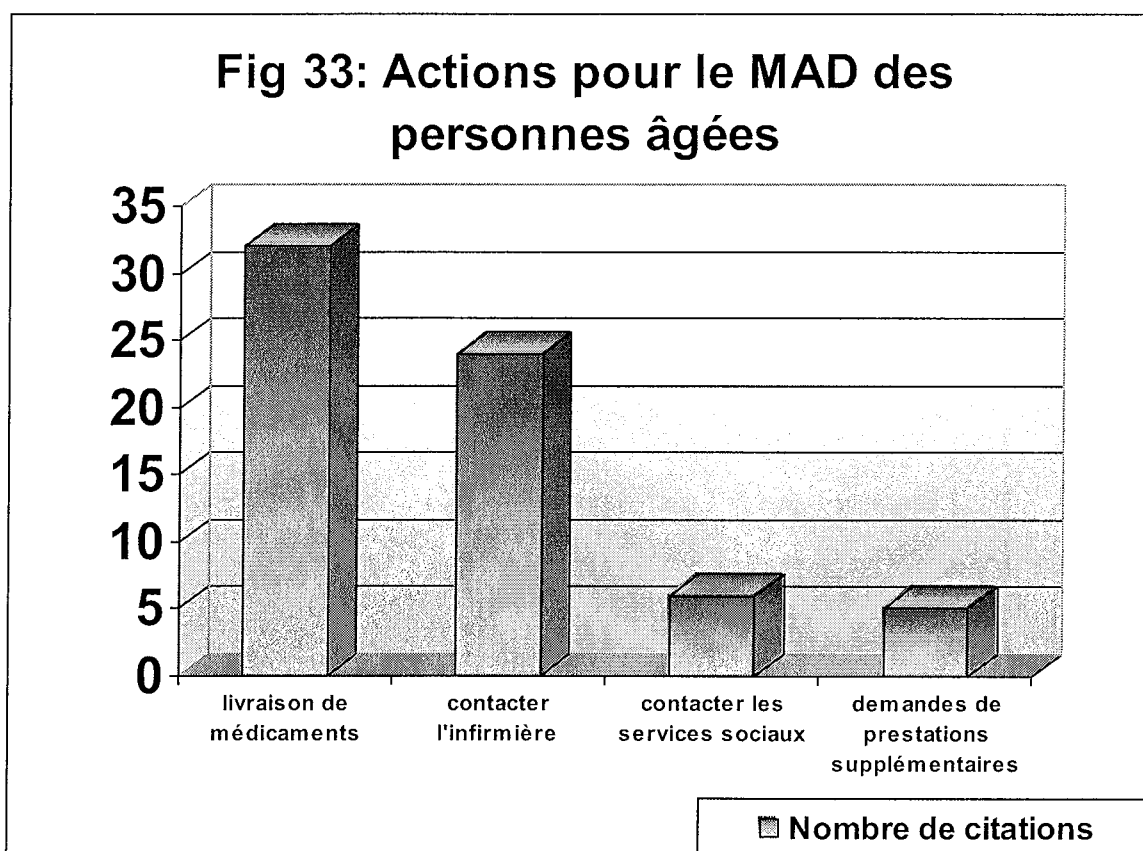
Question : pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, vous êtes souvent amenés à (2 réponses maximum) :

(Résultats : annexe 8, tableau 37 p 169)

Q44 : Autres actions citées (4 réponses) :

Question : pour la réponse « autre », préciser

- contacter la famille
- contacter MADLOR
- contacter l'aide-ménagère
- livraison aux clients d'une maison de retraite



Les 2 actions les plus citées pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, personnes qui peuvent être en situation précaire, sont **la livraison des médicaments** (32 citations sur 36) **et les contacts avec l'infirmière chargée des soins** (24 citations sur 36).

L'appel aux services sociaux concerne 6 pharmaciens sur 36.

5 pharmaciens sur 36 sont amenés à demander des prestations supplémentaires.

Les autres réponses soulignent une nouvelle fois l'importance des contacts avec l'entourage du patient (famille, aide ménagère, service d'aide à domicile)

Les questions 45 et 46 seront traitées ensemble.

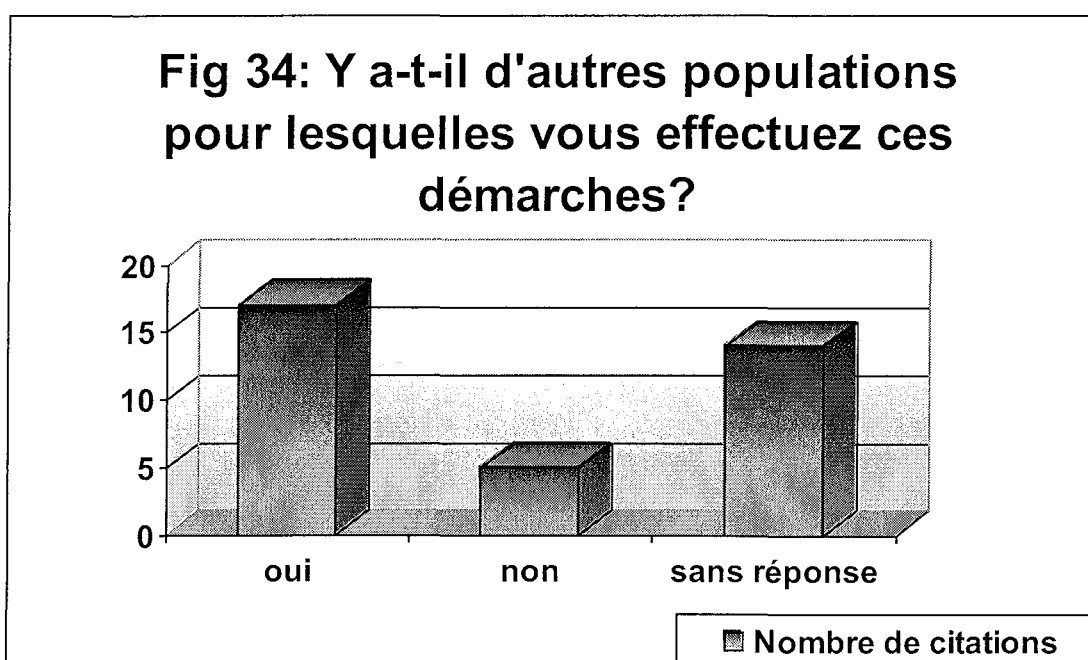
Q45 : Autres populations pour lesquelles ces démarches sont effectuées :

Question : y a-t-il d'autres populations pour lesquelles vous effectuez ces démarches ?

(Résultats : annexe 8, tableau 38 p 170)

Q46 : Populations concernées : (16 réponses) :

(Résultats : annexe 9 p 174)



17 pharmaciens sur 36 (soit 47,2 %) rendent ces mêmes services (livraison de médicaments, appel de l'infirmière, appel des services sociaux, demande de prestation supplémentaire) **à d'autres populations que les personnes âgées.**

14 pharmaciens sur 36 (soit 38,9%) ne répondent pas à la question.

Les catégories de population pour lesquelles ils effectuent ces démarches sont : les personnes handicapées (6 sur 16) ; les personnes très malades (2 sur 16), ayant du mal à se déplacer (3 sur 16), les mères seules (2 sur 16).

3 pharmaciens sur 16 sont prêts à faire ces démarches pour toute personne en ayant besoin.

5^{ème} partie du questionnaire : Attentes du pharmacien

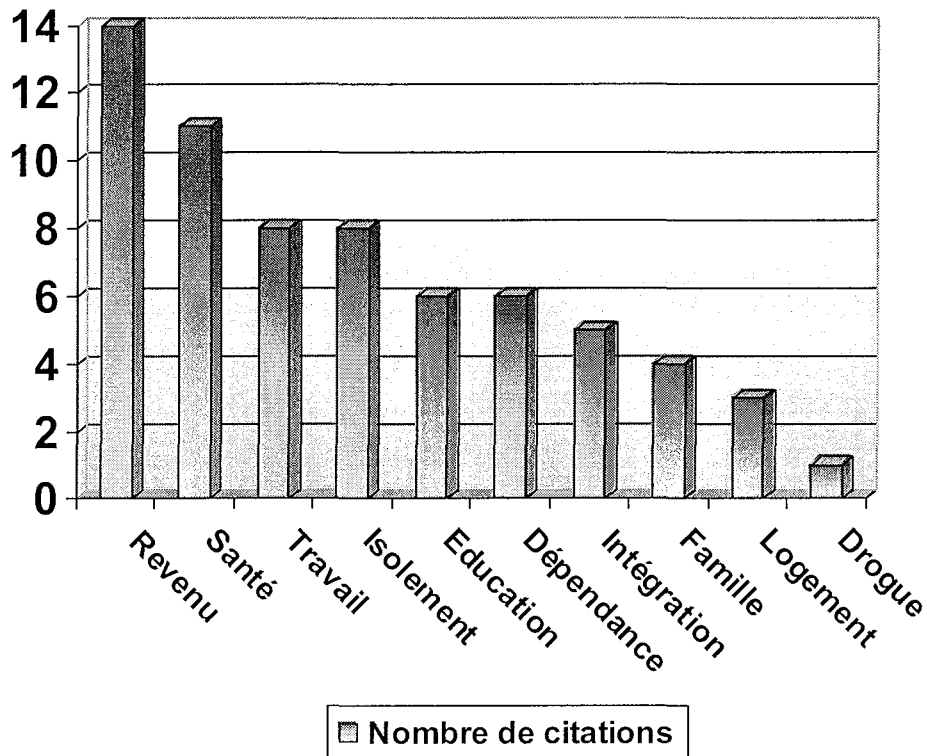
Q47 : Caractéristiques qui définissent une personne en situation de précarité (28 réponses) :

Question : Donnez deux caractéristiques qui définissent selon vous, une personne en situation de précarité

(Résultats : annexe 8, tableau 39 p 170)

On peut dégager dix mots clés des réponses des pharmaciens qui définissent selon eux, les personnes en situation de précarité.

Fig 35: Problèmes caractéristiques des personnes en précarité



Les personnes en situation de précarité sont caractérisées par des absences de sécurité d'abord dans les domaines des revenus, de la santé, du travail et des liens

En premier lieu, les pharmaciens citent des problèmes de revenus et de santé (respectivement 14 et 11 citations). Ensuite, ils parlent du travail et de l'isolement (8 citations chacun). Les deux caractéristiques suivantes concernent l'éducation et l'assistantat (6 citations chacun). Pour finir, les pharmaciens relèvent des problèmes liés à l'intégration, à la famille, au logement et à la drogue (respectivement 5, 4, 3 et 1 citations).

Pour tous ces mots clés il faut noter que **les pharmaciens soulignent plutôt des problèmes** : lorsqu'on parle de revenus, il s'agit de revenus faibles ou insuffisants, voire absents. La santé est déficiente, l'hygiène de vie délabrée... Le travail et l'éducation sont caractérisés par leur absence ou leur précarité. Ce qui engendre des problèmes d'isolement et de liens mais aussi de dépendance et d'assistantat. Les problèmes d'intégration concernent davantage les étrangers. Les problèmes familiaux et de logement sont peu précisés. On note que la drogue est la caractéristique la moins citée.

On retrouve dans cette liste, l'ensemble des sécurités citées dans la définition de la précarité (p 10) ; il paraît logique que les pharmaciens soient en première ligne pour constater **des problèmes de revenus, de santé et d'hygiène de vie**, par l'exercice de leur profession. Il est intéressant de noter que **les problèmes d'isolement** sont cités à la même fréquence que les difficultés à trouver ou garder un travail.

La pharmacie est un point de contact et de « détection » de ces problèmes d'isolement.

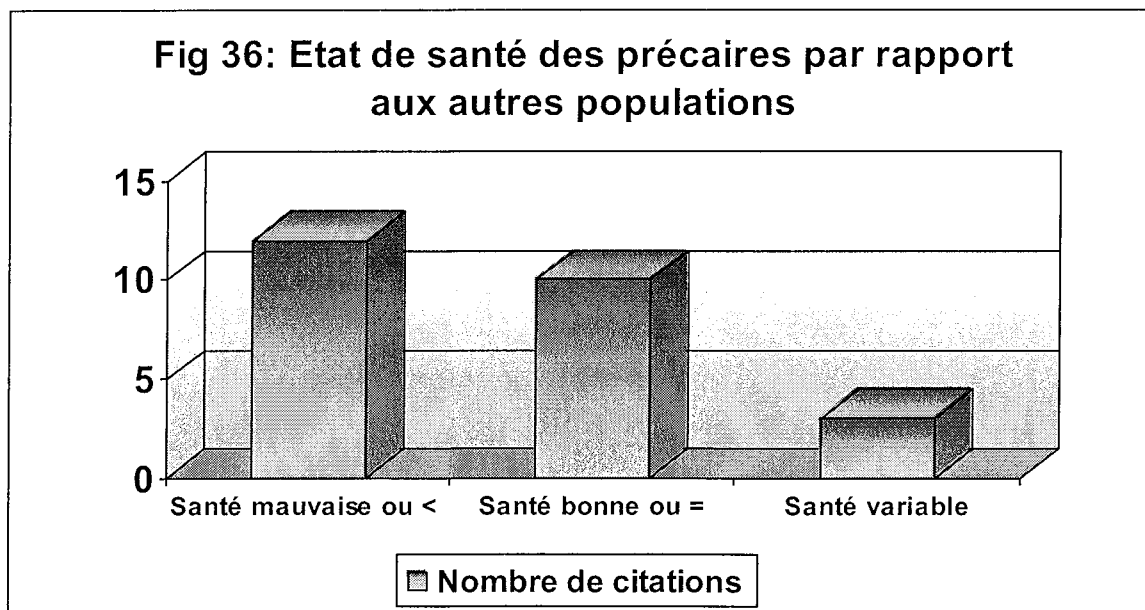
Q48 : Santé des personnes en précarité (29 réponses) :

Question : Que pensez-vous de la santé des personnes en situation de précarité ?

(Résultats : annexe 8, tableau 40 p 171)

29 pharmaciens sur 36 apportent une réponse sur la santé des personnes en précarité

Les réponses des pharmaciens font apparaître **trois orientations** : la santé des précaires est jugée soit **plutôt bonne ou équivalente** à celle des autres populations, soit **plutôt mauvaise ou moins bonne**, soit **très variable**. La fréquence de ces orientations est résumée dans la figure ci-dessous :



12 pharmaciens sur 36 (soit 33,3%) constatent que la santé des précaires est plutôt mauvaise ou moins bonne ; ils expliquent cela davantage par les mauvaises conditions d'alimentation et d'hygiène de vie, que par une mauvaise prise en charge, bonne par ailleurs.

10 pharmaciens sur 36 (soit 27,8%) pensent que la santé des précaires est bonne ou équivalente ; c'est grâce à une bonne prise en charge notamment par la CMU qui a amélioré l'accès aux soins.

3 pharmaciens préfèrent répondre que leur santé est **variable** : lorsque la prise en charge est effective et entière, la santé des précaires peut-être améliorée et devenir bonne. **Dès qu'il y a disparition ou limitation de cette prise en charge, « cela contribue à un retard de soins pour raisons financières, ce qui est dommageable. ».**

Les questions 49 et 50 seront traitées ensemble

Q49 : Volonté de formation :

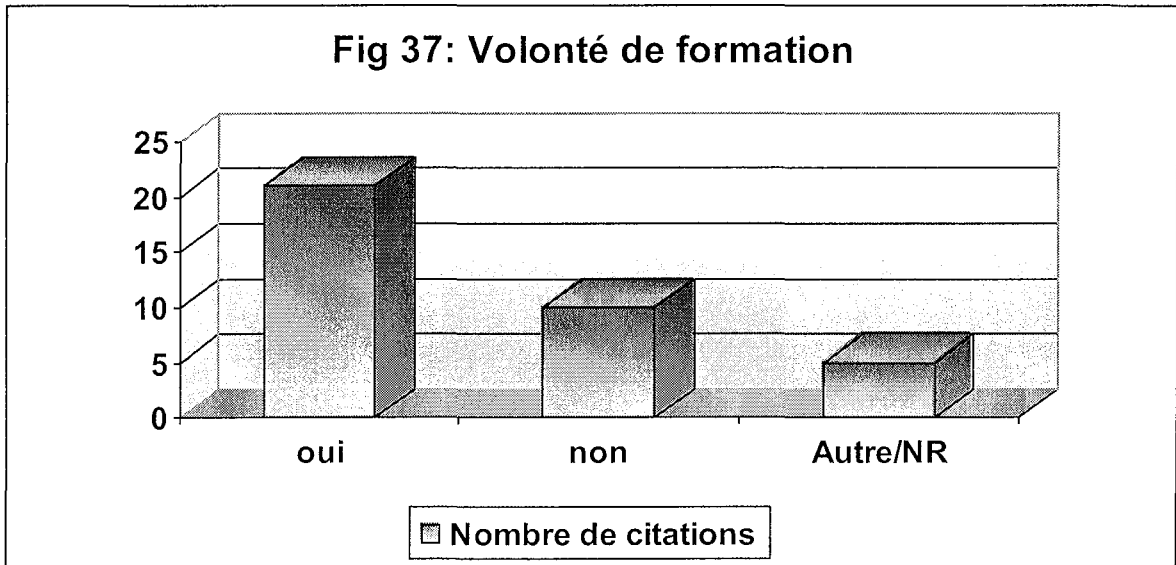
Question : Seriez-vous intéressés par une formation concernant la connaissance et l'accès aux soins des personnes en situation de précarité ?

(Résultats : annexe 8, tableau 41 p 171)

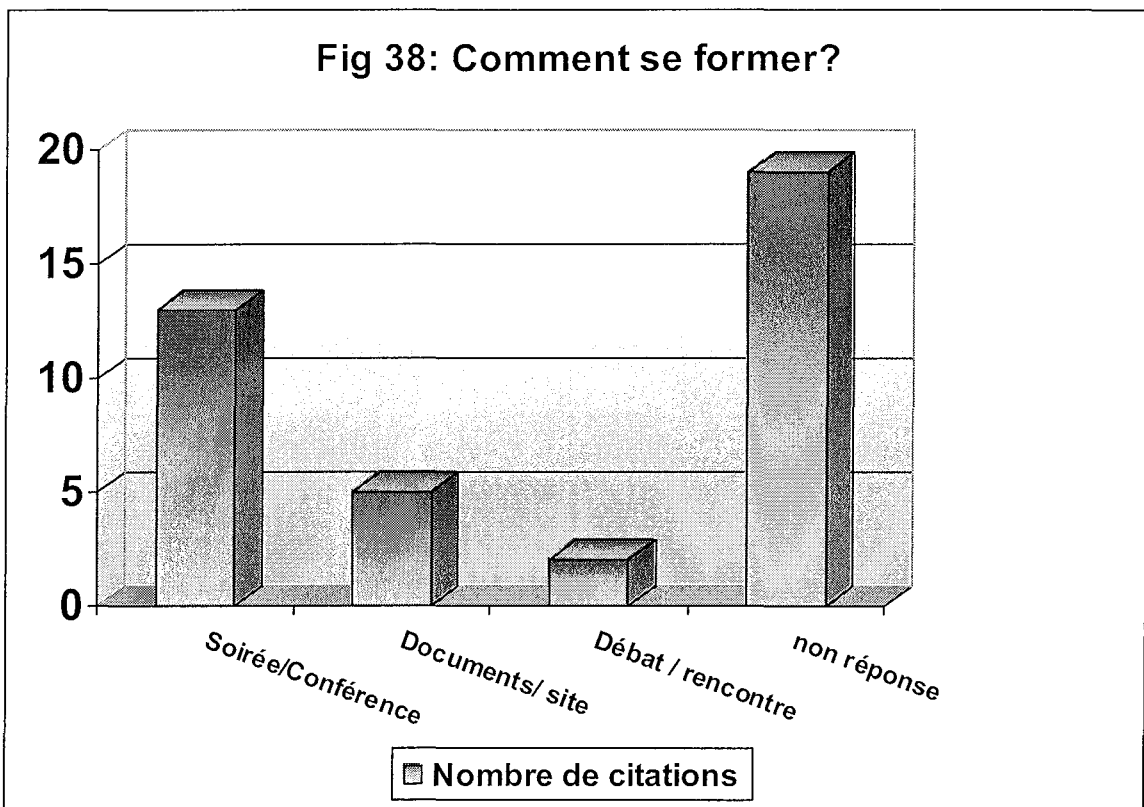
Q50 : Sous quelle forme (17 réponses) :

Question : si vous êtes intéressés par une formation, sous quelle forme ?

(Résultats : annexe 8, tableau 42 p 171)



*NR= Non Réponse



21 pharmaciens sur 36 seraient intéressés par une formation sur la prise en charge des personnes précaires ; 10 pharmaciens sur 36 ne souhaitent pas avoir de formation supplémentaire.

Si on compare les moyennes des durées d'exercice entre ceux qui veulent se former et ceux qui ne le souhaitent pas, on observe ceci :

	Ceux qui veulent se former	Ceux qui ne veulent pas se former
Moyenne de la durée d'exercice (en années)	13,67	20,33
TOTAL (en nombre de citations)	21	10

Ceux qui veulent se former sont en moyenne moins expérimentés : l'expérience est un facteur de connaissance important pour la prise en charge des personnes en situation de précarité chez les pharmaciens.

Pour ceux qui veulent se former, les précisions apportées dans la question 50 montrent qu'il s'agit davantage d'avoir **des renseignements pratiques** lors d'une conférence ou sur documents pour un meilleur accompagnement global de ces personnes.

Les pharmaciens souhaitent **plus de communication entre les professionnels** qui suivent les précaires : ils sont conscients que la bonne prise en charge de leur santé dépend souvent **de leur accompagnement dans les démarches administratives mais aussi de leur accompagnement dans leur intégration sociale (travail, logement, etc...)**

6^{ème} partie du questionnaire : Autres commentaires

Q51 : Autres commentaires

(Liste des réponses en annexe 9 p 180)

Seuls 10 pharmaciens ajoutent un commentaire au questionnaire. L'ensemble des réponses est hétérogène, il ne se dégage pas d'idée majeure des remarques faites en supplément.

Les remarques se concentrent autour de deux thèmes :

- le questionnaire : apprécié par certains, il est trouvé trop orienté pour d'autres : deux pharmaciens pensent qu'il stigmatise trop les personnes en situation de précarité.
- les problèmes de la précarité.

II.2.2 Synthèse des résultats

L'objet de cette partie est de dégager les grandes idées qui ressortent de l'enquête. Nous verrons d'abord ce qui caractérise les pharmaciens ayant répondu à l'enquête. Puis nous verrons comment ces pharmaciens caractérisent les personnes en situation de précarité, quels problèmes ils rencontrent avec ces patients et comment ils gèrent ces problèmes.

II.2.2.1 Ce qui caractérise les pharmaciens ayant répondu

- ce sont des pharmaciens concernés par le sujet :

Les pharmaciens ayant répondu à notre enquête ont été sollicités par leur syndicat, le FSPF de Meurthe et Moselle. Les 36 pharmaciens sur les 156 interrogés qui répondent se sentent donc un minimum concernés par le sujet.

Les pharmaciens de l'enquête prennent le temps de répondre aux questions ouvertes (cf. liste des réponses aux questions ouvertes en annexe 9 p 174) ce qui montre un intérêt pour le sujet.

La moitié des pharmaciens de l'enquête sont ouverts à des formations sur la prise en charge des personnes en situation de précarité (cf. Q 49 et Q 50 p 85)

- ce sont des pharmaciens expérimentés

Les pharmaciens de l'enquête sont expérimentés : 29 sur 36 ont entre 35 et 54 ans (cf. Q 1 p 36) et connaissent bien le quartier dans lequel ils exercent depuis au moins dix ans pour 22 pharmaciens sur 36 (cf. Q 3 p 40).

- ils exercent dans des quartiers confrontés à la précarité

Les pharmaciens ayant répondu exercent dans des quartiers classés par l'INSEE en zones de pauvreté moyenne à un peu élevée, donc confrontés aux personnes en situation de précarité (cf. Q 2 p 37). Ils servent tous des patients bénéficiant de la CMU en proportion variable (cf. Q 12 p 48).

- ils travaillent en relation étroite avec les professionnels de la santé et du social

Même s'ils ne participent pas à des réseaux spécifiques à la précarité, la variété des réseaux cités montre que les pharmaciens de l'enquête s'impliquent dans des structures favorisant le partage des connaissances et des compétences, pour le service de leurs patients (cf. Q 5 p 42).

D'autre part, les pharmaciens de l'enquête travaillent en relation étroite avec la sécurité sociale et les services sociaux de leur quartier (respectivement 25 et 22 pharmaciens sur 36 connaissent les coordonnées de ces services, Q 9 à 11 p 46 à 48).

Ils effectuent un travail important de relais auprès de ces services (cf. Q 27 p 66, Q 40 p 76 et Q 44 p 80) mais aussi auprès des médecins et des professionnels paramédicaux (Q 28 p 67, Q 29 p 67, Q 32 p 70 et Q 40 p 76).

Voyons à présent comment les pharmaciens de l'enquête caractérisent les personnes en situation de précarité.

II.2.2.2 Ce qui caractérise les personnes en situation de précarité selon les pharmaciens ayant répondu à l'enquête

- les personnes en situation de précarité sont confrontées à des problèmes multiples

Selon les pharmaciens de l'enquête, les personnes en situation de précarité sont caractérisées par des absences de sécurité pas seulement dans le domaine de la santé et des revenus, mais encore dans les domaines du travail et des liens sociaux. Les pharmaciens soulignent le besoin des personnes défavorisées d'être aidées et accompagnées dans la prise en charge de leur santé (cf. Q 47 p 82 et Q 51 p 89)

- la santé des plus démunis est moins bonne et nécessite une prise en charge qui coûte plus cher.

Pour 23 pharmaciens sur 36, la santé des personnes en situation de précarité coûte plus cher que celle de la population générale (cf. Q 6 p 43). Les pharmaciens

pensent en effet que la santé de ces personnes est plutôt moins bonne que la santé des autres populations surtout lorsque la dispense d'avance de frais n'est pas effective (cf. Q 48 p 84). Cela entraîne un nombre de consultations plus important et un nombre d'ordonnances plus important (cf. Q 7 p 44). Les personnes défavorisées font davantage appel au pharmacien pour des conseils sur leurs traitements et sur la prise en charge administrative de leur santé que sur la médication officinale (cf. Q 7 p 44 et Q 39 p 75).

Les demandes des personnes en situation de précarité à la pharmacie sont variées : cela va de l'explication du traitement et de la pathologie à la demande de soins, en passant par les demandes d'ordre social (cf. Q 7 p 44 et Q 34 à 38 p 74-75).

II.2.2.3 Les problèmes que les pharmaciens rencontrent avec les personnes en situation de précarité

- lorsque la prise en charge est absente ou provisoirement suspendue

La délivrance des traitements des personnes en situation de précarité est remise en cause à la pharmacie **dès que le tiers payant n'est pas possible.**

La mise à jour des cartes vitales à la pharmacie permet de limiter le retard de soins lié à la non ouverture des droits présents sur la carte vitale (cf. Q 19 p 59). Elle ne résout pas les problèmes liés au renouvellement des CMU qui restent fréquents (cf. Q.22 p 61). Quelles qu'en soient leurs causes, ils obligent le pharmacien à faire des compromis pour délivrer au mieux les traitements. Les pharmaciens regrettent que ces problèmes de papiers soient davantage le fait de l'oubli ou de la négligence des patients que celui des organismes de prise en charge (cf. Q 23 p 61).

- lorsque des produits ne sont pas ou peu remboursés

Les médicaments non remboursés et les dispositifs médicaux LPPR avec dépassement faible confrontent les pharmaciens au problème du règlement direct des médicaments (sans tiers payant) : lorsque le patient ne peut pas ou ne veut pas régler les produits, le pharmacien prend l'initiative des solutions pour assurer la meilleure observance possible (cf. Q 28 à 31 p 67-70)

- les problèmes de langue et d'illettrisme

Les problèmes d'illettrisme et de langage sont fréquents à la pharmacie et les pharmaciens en ont conscience (cf. Q 17-18 p 57)

Voyons à présent les réponses qu'apportent les pharmaciens de l'enquête à ces problèmes.

II.2.2.4 Attitudes suivies par les pharmaciens pour la résolution des problèmes.

La démarche globale du pharmacien est de favoriser la meilleure délivrance possible du traitement afin d'obtenir la meilleure observance.

- lorsqu'il existe un problème d'ouverture des droits,

Le pharmacien privilégie l'avancement du dossier en entretenant des liens étroits avec la sécurité sociale et les services sociaux de son quartier (cf. Q 10 et 11 p 47, Q 26 p 66). Les pharmaciens sont prêts à retarder le paiement du traitement (mise en attente des ordonnances ou crédit) pour faciliter la délivrance (cf. Q 25 p 64)

- lorsqu'il existe un problème de règlement d'un médicament non remboursé ou d'un dispositif médical avec dépassement

Là encore le pharmacien privilégie les situations avantageuses pour le patient : recherche d'un équivalent remboursé ou crédit (cf. Q 28 p 67 et Q 31 p 70). Toutes ces solutions nécessitent une grande capacité d'adaptation en fonction des personnes : les pharmaciens doivent faire du cas par cas (cf. Q 29 p 68 et Q 32 p 70).

- accompagnement et conseil

Les pharmaciens conservent une part active dans l'orientation, l'écoute et l'accompagnement des personnes défavorisées mais aussi des personnes isolées : ils effectuent des livraisons de médicaments à la demande de toute personne en ayant besoin et servent de relais entre les patients, les médecins, les professionnels paramédicaux et les services sociaux (cf. Q 41-43 p 80).

3^{ème} PARTIE : DISCUSSION

La synthèse des résultats de l'enquête a montré que les pharmaciens sont impliqués dans leur quartier auprès des personnes en situation de précarité : concernés par le sujet, ils ont pris le temps de répondre mais surtout ils ont montré que leur priorité principale est d'assurer une bonne délivrance des traitements et des conseils associés quelque soit les difficultés qui se présentent.

Bien que l'échantillon de l'enquête ait été restreint et composé de pharmaciens volontaires, nous pourrons nous appuyer sur leurs réponses, tout au long de cette troisième partie, pour faire des propositions qui concerneront l'ensemble de la profession.

Notre enquête auprès des pharmaciens amène à réfléchir aux deux questions suivantes :

Pourquoi le pharmacien joue-t-il un rôle essentiel dans les quartiers, en particulier auprès des personnes en situation de précarité ?

Comment apporter de l'aide au pharmacien pour jouer ce rôle de proximité ?

Dans cette troisième partie, nous nous intéresserons donc à trois constats que j'ai choisi de développer :

- le pharmacien joue un rôle essentiel dans les quartiers **parce qu'il connaît bien la population de son quartier.**
- le pharmacien joue un rôle essentiel dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité **parce qu'il lève les obstacles financiers qui existent.**
- le pharmacien joue un rôle essentiel dans l'accès aux soins et dans l'éducation à la santé des personnes en situation de précarité **parce qu'il lève les obstacles de communication qui existent.**

Pour chaque thème, nous verrons également comment aider le pharmacien à améliorer la qualité de ses services.

III.1 LE PHARMACIEN CONNAIT BIEN LA POPULATION DE SON QUARTIER

Dans un premier temps, nous verrons les éléments qui montrent que le pharmacien est bien placé pour connaître les populations de son quartier (éléments tirés de l'enquête, éléments extérieurs à l'enquête). Puis nous définirons pourquoi il est important pour le pharmacien de bien connaître les populations en situation de précarité de son quartier. Enfin, nous verrons comment aider le pharmacien à mieux connaître ces populations.

III.1.1 Eléments qui montrent que le pharmacien connaît bien la population de son quartier

III.1.2.1 Dans l'enquête

Reprenons les éléments de l'enquête qui montrent que les pharmaciens ayant répondu connaissent bien la population de leur quartier.

- les pharmaciens sont ancrés dans leur quartier

Nous avons vu que les pharmaciens ayant répondu sont expérimentés (29 pharmaciens sur 36 ont entre 35 et 54 ans ; Fig. 1 p 36) et peuvent à ce titre avoir une bonne connaissance des personnes qu'ils servent. Mais leur connaissance n'est pas générale : ce sont les personnes de leur quartier qu'ils connaissent bien puisqu'ils exercent depuis plus de 10 ans à cet endroit pour 22 pharmaciens sur 36 (Fig. 4 p 40). **C'est cette continuité d'exercice dans un même quartier qui permet au pharmacien de bien connaître la population de son quartier.**

La bonne connaissance des populations peut également s'appuyer sur **la participation des pharmaciens à des réseaux interprofessionnels**. Cela concerne 16 pharmaciens sur 36 (Fig. 5 p 41) et la variété des réseaux cités (6 réseaux différents ; Q 5

p 42) reflète l'implication des pharmaciens dans **les structures locales** d'information et d'accompagnement des patients.

Les pharmaciens enrichissent leur connaissance de la population de leur quartier en travaillant **en étroite collaboration avec la sécurité sociale et les services sociaux** : 28 pharmaciens sur 36 effectuent le relais avec la sécurité sociale en cas de rupture de droits CMU (Fig. 22 p66) et ils sont 22 sur 36 à pouvoir contacter les services sociaux si nécessaire (Fig. 8 p 48).

Les pharmaciens sont également fréquemment amenés à **discuter d'un patient avec un autre professionnel de santé** (14 citations sur 36, Fig. 30 p 77) ou à **servir d'intermédiaire avec les professionnels paramédicaux** (comme les infirmières par exemple : 24 citations sur 36, Fig. 33 p 80).

- les pharmaciens sont en contact avec des personnes en situation de précarité

En ce qui concerne **la connaissance des personnes en situation de précarité**, les pharmaciens ayant répondu exercent dans des quartiers classés en zones de pauvreté moyenne à un peu élevée³⁰ (25 pharmaciens sur 36 ; Fig. 2 p 38) et ont plus de 10 % de CMU dans leur clientèle pour 18 pharmaciens sur 36 (Fig. 9 p 49), ce qui veut dire qu'une personne sur dix servie dans leur pharmacie bénéficie de la CMU.

Les pharmaciens ayant répondu sont confrontés aux personnes en situation de précarité dans leur pratique quotidienne **et leur expérience du quartier et des personnes qui y habitent concerne aussi les personnes en situation de précarité.**

De plus, si les personnes en situation de précarité **consultent davantage et ont plus d'ordonnances** que les autres personnes, comme le pensent respectivement 25 et 13 pharmaciens sur 36 dans notre enquête (Fig. 7 p 45), cela place ces mêmes pharmaciens en première ligne pour la connaissance de la santé des personnes défavorisées.

³⁰ INSEE sous la direction de William ROOS, *Pauvreté, précarité en Lorraine 2004*, rapport d'avril 2004, Economie Lorraine Dossiers n°18

- les pharmaciens ont une bonne connaissance des personnes défavorisées

Les pharmaciens de notre enquête ont montré qu'ils étaient conscients des problèmes de santé des personnes défavorisées (deuxième caractéristique citée dans la définition d'une personne en situation de précarité, Fig. 35 p 83). Les pharmaciens savent bien également que l'amélioration de la santé des personnes en situation de précarité est très liée à la prise en charge effective et entière du coût des soins (Q 48 p 84). On peut donc dire que les pharmaciens ayant répondu ont **une bonne connaissance générale de la santé** des personnes en situation de précarité **et des mécanismes généraux qui influent sur cette santé**.

Les pharmaciens connaissent également les autres éléments caractérisant les personnes en situation de précarité : ils identifient au moins 3 autres absences de sécurité importantes (outre les problèmes de santé) dans les domaines des revenus, du travail et des liens sociaux (Fig. 35 p 83). Les pharmaciens sont aussi confrontés aux problèmes d'illettrisme et de langage (respectivement 18 et 22 pharmaciens sur 36 signalent ces problèmes, Fig. 16 p 58).

Pour résumer, le pharmacien a une bonne connaissance de la population de son quartier, y compris des personnes en situation de précarité,

- parce qu'il suit ses patients depuis longtemps et connaît bien leur santé.
- parce qu'il ne travaille pas seul, mais en étroite collaboration avec les organismes de prise en charge, les professionnels de santé et les réseaux interprofessionnels.

III.1.2.2. Eléments extérieurs à l'enquête

Nous avons retenu trois atouts qui permettent aux pharmaciens de bien connaître la population de leur quartier : la répartition des pharmacies sur le territoire, la confiance que la population porte à son pharmacien et la disponibilité liée aux larges horaires d'ouverture et à la gratuité du lieu.

- 1^{er} atout : la répartition des pharmacies sur le territoire :

La répartition des pharmacies sur le territoire français repose sur une réglementation dont l'objectif premier est celui **d'assurer une répartition harmonieuse afin de répondre au mieux aux besoins de la population.**

C'est une loi de 1941 qui a institué la réglementation en matière de répartition des officines, loi qui a été revue et corrigée en 1999 par une nouvelle législation modifiant sensiblement les conditions d'implantation, de transfert ou de regroupement. Les modifications apportées par la loi de 1999 avaient pour objectif **de répondre de façon optimale aux besoins en médicaments de la population résidente dans les quartiers d'accueil des officines.**³¹

La législation impose des "conditions de type géographique" à la création, au transfert ou au regroupement des officines, et même des conditions de type "géographie sociale" compte tenu des départements à statut particulier et des zones dites sensibles de certaines agglomérations. Il s'agit bien d'assurer une couverture géographique la plus pertinente pour satisfaire les besoins de la population.³²

Une pharmacie est donc implantée dans un quartier précis pour servir au mieux la population qui vit dans ce quartier. Cette répartition est un atout que le pharmacien utilise pour bien connaître la population de son quartier.

- 2^{ème} atout : le confiance des populations dans leur pharmacien

L'enquête réalisée dans la région nancéienne et les Vosges en 2003 intitulée « le pharmacien d'officine vu par la population et les médecins généralistes »³³ a montré que la population attend principalement du pharmacien qu'il sache conseiller et faire preuve d'humanité. « *Les gens attendent que le pharmacien soit aimable, à l'écoute, accueillant, discret, disponible, rassurant, respectueux de ses patients et de la confidentialité* ». 50% des personnes interrogées dans l'enquête ont dit que leurs attentes étaient satisfaites. Même si « *le degré de satisfaction semble varier en fonction de l'implantation géographique des officines, de leur investissement commercial, de la disponibilité et des qualités humaines des équipes* », la population semble prête à accorder sa confiance au

³¹ Loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, art. 65 précisant l'art L 570 de la législation relative à l'implantation des pharmacies.

³² Jean RENARD, les pharmacies dans l'organisation du système de soins, évolution des répartitions géographiques d'après l'exemple dans les Pays de la Loire, Université de Nantes

³³ Christophe MOUGIN, *Le pharmacien d'officine vu par la population et les médecins généralistes, Enquête réalisée dans la région nancéienne et les Vosges en 2003*, thèse en Pharmacie, Nancy, 2004

pharmacien si celui-ci « se comporte comme un véritable acteur de santé et que les conseils qu'il prodigue ne sont pas guidés par le profit mais par la volonté de rendre le meilleur service au patient. »

Une analyse du rapport entre le pharmacien et sa clientèle souligne que :

« pour les classes populaires et une partie des classes moyennes, le pharmacien est celui qui, non seulement est issu d'un milieu différent mais également le détenteur d'un savoir qu'ils ne possèdent pas ; investi de cette double qualité, il est aussi celui qui est à la portée de tous, présent sur un lieu ouvert sur la rue et s'il se montre « pas fier », aimable et attentif, on comprend que le client issu de ces milieux, ait tendance à solliciter de celui-ci des conseils médicaux ou non, pour lesquels il suppose le pharmacien éclairé et désintéressé. »³⁴

Le pharmacien peut s'appuyer sur cette confiance pour construire sa relation avec ses patients : ils se confient plutôt facilement à leur pharmacien. Les échanges entre le pharmacien et le patient vont au-delà de la santé et permettent au pharmacien d'avoir une connaissance plus globale de la situation du patient.

- 3^{ème} atout : la disponibilité horaire et la gratuité de l'officine

Le dernier élément qui favorise la connaissance de la population d'un quartier est la disponibilité horaire et la gratuité du lieu.

Les officines disposent de plages horaires étendues : du lundi au samedi avec des heures d'ouverture variant entre 8 et 11 heures par jour, sans compter les services de garde. Ceci associé à la gratuité du conseil permet à chacun de pouvoir être servi à la pharmacie : on trouve toujours une pharmacie ouverte et la gratuité du service est constante quelle que soit l'heure (mis à part les honoraires de garde).

Les trois atouts que nous venons de voir montrent la proximité du pharmacien avec la population de son quartier quelle qu'elle soit. Voyons à présent l'importance de bien connaître les personnes en situation de précarité.

³⁴ Pierre AIACH, Didier FASSIN, *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Editions Anthropos Economica 1994, p 309-338

III.1.2 Importance de bien connaître les personnes en situation de précarité

III.1.2.1 Pour le pharmacien

- Ce sont des clients :

Comme avec tout patient, le pharmacien cherche à **établir une relation de confiance afin de fidéliser** sa clientèle. Le pharmacien doit par exemple, tenir compte du fait que les personnes en situation de précarité seront fidélisées d'abord sur les ordonnances et les conseils associés, principales demandes des personnes défavorisées (cf. Fig. 11 p 52) plutôt que sur les produits proposés en parapharmacie ou en conseil (cf. Fig. 32 p 79). Ces personnes ne viennent pas pour acheter mais d'abord pour être conseillées. Le pharmacien doit en tenir compte dans ses rapports avec les personnes défavorisées.

- Ce sont des personnes avec des problèmes spécifiques :

Le suivi de la santé des personnes en situation de précarité nécessite **de connaître le rapport** qu'elles entretiennent **à leur santé** : ce rapport est marqué **par une faible prévention et par un recours différé aux soins en cas de troubles de santé importants.**³⁵

Le pharmacien n'est pas confronté à des pathologies plus graves mais à une différence de priorités dans la prise en charge de la santé par le patient. **Cela influe sur la manière dont le pharmacien délivre ses messages de santé** : il est plutôt amené à insister sur la prévention (elle est faiblement ancrée chez les personnes en situation de précarité) et sur la nécessité de se soigner le plus tôt possible en tenant compte de priorités différentes des siennes (nourriture et logement peuvent passer avant la santé par exemple).

³⁵ Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins

Sur le plan administratif, la prise en charge des personnes en situation de précarité nécessite **une bonne connaissance des droits** de ces personnes **en matière d'accès aux soins**. **De cette bonne connaissance du système de soins dépend le remboursement des frais pharmaceutiques que le pharmacien dispense.**

III.1.2.2 Pour les personnes en situation de précarité

Nous avons vu que la précarité n'est pas une situation stable et figée (cf. p 10) : c'est un processus qui peut toucher tout le monde. A partir de là, il est inévitable que tout pharmacien soit un jour ou l'autre confronté à des personnes en situation de précarité et certainement de plus en plus.

Avoir à sa disposition un professionnel de santé capable de les orienter et de les accompagner est un atout pour les personnes en situation de précarité : **le pharmacien qui connaît bien les personnes en situation de précarité devient pour elles un acteur efficace, à son niveau, de leur intégration ou de leur réintégration dans le système de soins.**

III.1.3. Comment aider le pharmacien à mieux connaître les populations en situation de précarité dans son quartier ?

Les pharmaciens ayant répondu à l'enquête sont expérimentés et exercent dans leur quartier depuis longtemps. Ils sont sensibilisés aux personnes en situation de précarité puisqu'ils prennent le temps de répondre. Ces mêmes pharmaciens ont exprimé le souhait (pour 21 sur 36 cf. Fig. 37 p 86) de bénéficier d'outils de formation sur la précarité.

Mais qu'en est-il des pharmaciens qui exercent peu de temps dans le même quartier, de ceux qui ne sont pas sensibilisés aux personnes en situation de précarité ou de ceux qui ont moins d'expérience ? Il peut être utile pour eux d'avoir des outils pour

mieux connaître les personnes défavorisées qu'ils seront amenés à servir, même si ceux-ci ne remplacent pas l'expérience acquise au cours du suivi d'une population particulière.

Que ce soit pour les pharmaciens concernés par le sujet, comme pour ceux qui ne le sont pas ou pas encore, il est important de réfléchir à des outils pour aider le pharmacien à bien connaître les populations en situation de précarité de leurs quartiers.

III.1.3.1 Outils pratiques

Reprenons dans un premier temps les propositions des pharmaciens ayant répondu à l'enquête (annexe 9 question 50 p 179) :

- Documents de synthèse :

Les pharmaciens demandent **des outils de synthèse leur donnant une meilleure connaissance du système d'accompagnement des personnes en situation de précarité :**

- papiers à réunir pour demander la CMU,
- personnes à contacter au niveau des organismes de prise en charge
- adresses d'organismes travaillant avec les personnes en situation de précarité,
- numéros de téléphone des services sociaux.

Ces renseignements pratiques pourraient être disponibles sous forme de carnet d'adresse ou sur un site internet.

L'annuaire des acteurs de la lutte contre les exclusions³⁶ proposé par la DDASS et la DRASS de Lorraine, rassemble les coordonnées des acteurs, services, associations engagées dans la lutte contre les exclusions. Cet outil « vise à favoriser une bonne connaissance des acteurs, en couvrant l'ensemble des actions de lutte contre les exclusions (accès aux soins, emploi, logement, vie quotidienne, éducation, lutte contre l'illettrisme, culture, tourisme, sport, ...). Il comporte des informations pratiques sur chacun des acteurs, heures d'ouverture, personne à contacter, public concerné... » .

On peut regretter que le dernier annuaire date de l'an 2000. **Une réactualisation de ce type de documents avec une dimension plus locale, voire propre à chaque quartier serait souhaitable ainsi que l'ouverture d'un site Internet rassemblant ces informations.**

³⁶ Annuaire Régional des Acteurs participant à la lutte contre les Exclusions, DRASS, DDASS, ORSAS, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Décembre 2000

- Réseau spécifique à la précarité :

Nous avons vu que la précarité se manifeste dans tous les domaines de la vie d'une personne qui en est atteinte. C'est pourquoi, il est important de pouvoir suivre la situation de manière globale : il faut traiter à la fois des problèmes de santé, de logement, de travail, de revenus, de liens sociaux. Le renforcement de la collaboration entre les différents professionnels impliqués dans l'accompagnement des personnes en situation de précarité, permet une meilleure efficacité.

Il est donc important pour le pharmacien d'avoir des liens étroits avec les différents acteurs de cette prise en charge : cela pourrait passer par **la mise en place d'un réseau spécifique à la précarité.**

« La participation à des réseaux de soins se heurte à un certain nombre d'obstacles au premier rang desquels l'importante surcharge de travail ainsi qu'une rémunération inadaptée à ce type de travail »³⁷ souligne M.C. DAVADIE dans sa thèse sur les relations entre les pharmaciens et les personnes défavorisées.

La construction d'un tel réseau doit s'accompagner également d'une solide réflexion sur la confidentialité et la place du patient dans le réseau. Les pharmaciens de l'enquête sont opposés à faire de l'assistantat complet et cela va dans le sens du respect de la dignité de la personne.

Malgré cela, les réseaux permettent de mettre en commun des compétences complémentaires qui au final doivent améliorer la prise en charge des personnes démunies et soulager le travail de chacun.

III.1.3.2 Outils théoriques

- pendant la formation initiale :

Il est nécessaire d'aborder pendant la formation initiale **la question des différents publics** servis à la pharmacie et de l'éventuelle adaptation des messages que l'on délivre. Une formation plus importante à la communication est également utile pour aborder les outils relationnels à la disposition du pharmacien.

En pratique les séances de commentaires d'ordonnances pourrait être réalisées en prenant les cas de différentes personnes (personne malentendante, personne parlant peu le français, personne toxicomane, personne agressive, personne déficiente mentale,

³⁷ M.C. DAVADIE *Quel rôle pour le pharmacien envers les familles du Quart-Monde*, Thèse en pharmacie, Dijon, 2001, p 72

personne sans revenu, personne sans papier, etc...) et en cherchant à adapter au mieux la délivrance du traitement et des conseils associés.

Il s'agit davantage de partager des expériences que de trouver des solutions toutes faites. L'enquête a montré l'importance de l'expérience dans la bonne connaissance d'une population. Ces expériences prépareraient le pharmacien à mieux jouer son rôle de professionnel de santé auprès de chaque patient.

Nous pensons que le partage des 6 mois de stage de 6^{ème} année en deux périodes de 3 mois dans deux officines différentes irait également dans le sens de l'enrichissement des expériences, même si la période reste courte pour connaître les patients servis. De plus, on pourrait envisager un ou deux retours à la Faculté pendant la période stage pour faire le lien entre la théorie et la pratique et échanger les expériences acquises par chacun sur le terrain.

Une formation plus complète **sur le système de soins et sur les droits des personnes en situation de précarité** permettrait de mieux connaître les outils sur le terrain pour améliorer l'accès aux soins des personnes défavorisées.

- pendant la formation continue :

La pratique du croisement de savoirs, comme nous l'avons vu (p 21), favorise une meilleure connaissance de la réalité et permet des propositions concrètes de lutte contre les exclusions.

Les échanges d'informations pratiques entre professionnels de santé, du social et personnes en situation de précarité, peuvent être envisagées lors de soirées sur le thème de la précarité (voir outils pratiques p 100), organisées dans le cadre du réseau spécifique à la précarité.

Après avoir vu que le pharmacien jouait un rôle important en connaissant bien la population de son quartier, considérons à présent le deuxième rôle du pharmacien auprès des personnes en situation de précarité dans l'accès aux soins pharmaceutiques : il lève les obstacles financiers qui peuvent exister.

III.2 LE PHARMACIEN LEVE LES OBSTACLES FINANCIERS DANS L'ACCES AUX SOINS PHARMACEUTIQUES

Dans un premier temps, nous verrons quels obstacles financiers peuvent exister dans l'accès aux soins à l'officine pour les personnes en situation de précarité. Puis, nous verrons les éléments de l'enquête qui montrent comment le pharmacien est amené à lever ces obstacles financiers. Enfin, nous terminerons par des propositions pour aider le pharmacien à faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

III.2.1 Obstacles financiers dans l'accès aux soins pharmaceutiques

Comme l'a montré notre enquête, il existe deux grands obstacles financiers lors de la délivrance d'une ordonnance :

- le pharmacien ne peut pas faire de tiers payant.
 - le patient doit payer tout ou partie d'un médicament ou un dispositif médical parce que ceux-ci ne sont pas complètement remboursés ou pas remboursés du tout.
- Voyons de plus près ces deux types d'obstacles.

III.2.1.1 Obstacles dans la réalisation des tiers payant

III.2.1.1.1. Rappel : le tiers payant à la pharmacie : conditions et réalisation

Pour les soins pharmaceutiques, la dispense d'avance des frais se traduit par la **réalisation d'un tiers payant par le pharmacien**. Comme son nom l'indique, le tiers

payant signifie que le pharmacien devient la personne (tiers) qui paye les frais à la place du patient en attendant le remboursement des régimes de SS et des mutuelles.

Dans la pratique, le pharmacien adresse la facture des frais des soins pharmaceutiques délivrés au patient à la SS et à la mutuelle concernées. Ces dernières procèdent au remboursement de cette facture directement au pharmacien. Le patient reçoit seulement le détail des remboursements effectués au pharmacien : il n'avance donc pas l'argent.

On pourrait résumer la facturation des frais pharmaceutiques avec tiers payant selon le schéma ci-dessous :

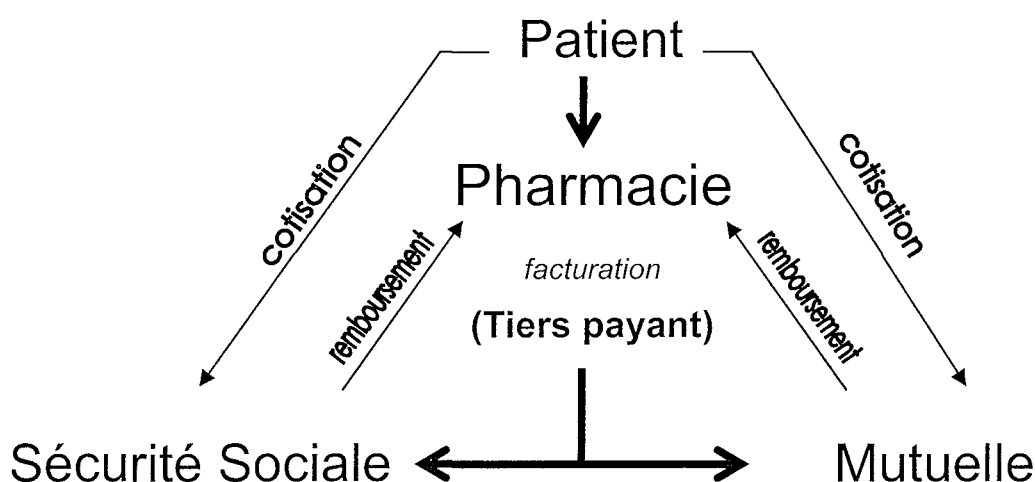


Fig. 39 : le tiers payant à la pharmacie

Pour les personnes en situation de précarité résidant légalement sur le territoire français, la dispense d'avance des frais est garantie par la loi de 1999 portant sur la création de la **Couverture Maladie Universelle (CMU)** : elle « *garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire et la dispense d'avance des frais.* »³⁸. (cf. annexe 2 p 134 : conditions pour bénéficier de la CMU)

³⁸ Loi portant création d'une Couverture Maladie Universelle du 27 juillet 1999, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, www.sante-gouv.fr

Il existe aussi une prise en charge gratuite **pour les personnes dont la situation administrative n'est pas encore réglée** : ils bénéficient de l'**Aide Médicale d'Etat (AME)**. (cf. annexe 2 p 134 : conditions pour bénéficier de l'AME) Cette aide prévoit la prise en charge à 100% des frais pharmaceutiques remboursés par la caisse d'assurance maladie de leur lieu de résidence.

Dans la pratique, le pharmacien peut réaliser un tiers payant dès que le patient lui présente l'attestation qui justifie ses droits :

- attestation d'affiliation à un régime obligatoire : CMU ou AME (ou éventuellement affiliation classique à un régime de sécurité sociale)
- attestation d'affiliation à un régime complémentaire : CMU complémentaire ou autre mutuelle.

Le remboursement des frais pharmaceutiques est alors réparti entre les régimes de sécurité sociale et les mutuelles comme suit :

	Sécurité sociale (CMU ou autre)	Mutuelle		Reste à la charge du patient	
		CMU complémentaire	Autre	CMU complémentaire	Autre
Médicaments					
Vignettes blanches	65%	35%	30 à 35%*	0%	0 à 5%*
Vignettes bleues	35%	65%	35 à 65%*	0%	0 à 30%*
Vignettes oranges	15%	0%	0 à 100%*	85%	0 à 100%*
Dispositifs médicaux	65% du LPPR	35% du LPPR	35% du LPPR	dépassement si il existe	

* suivant les contrats choisis par les cotisants

LPPR= Liste des Produits et Prestations Remboursables

Il existe quelques cas particuliers pour lesquels la sécurité sociale prend en charge à 100% les médicaments et les dispositifs médicaux (100% du LPPR) :

- l'AME (Aide Médicale d'Etat)
- les ALD (Affections de Longue Durée) : médicaments et dispositifs médicaux en rapport avec l'ALD uniquement
- les accidents du travail : médicaments et dispositifs médicaux en rapport avec l'accident du travail uniquement

- l'exonération des 4 derniers mois de grossesse
- certains traitements de prévention : vaccins

III.2.1.1.2 Obstacles à la réalisation des tiers payant à la pharmacie

Pour que le pharmacien soit garanti du remboursement par la sécurité sociale et par la mutuelle, il est nécessaire que le patient lui présente :

- l'attestation d'affiliation à la sécurité sociale avec date d'ouverture des droits et durée de la prise en charge
- l'attestation de la mutuelle précisant les dates de début et de fin d'ouverture des droits et le type de prise en charge assurée par la mutuelle.

La carte vitale contient des informations sur l'ouverture des droits de sécurité sociale et parfois de mutuelle (**CMU**, MNH, MGEN...). Sa mise à jour est donc nécessaire à chaque changement de situation. La carte vitale permet la génération d'une feuille de soins électronique (facture électronique) assurant un remboursement plus rapide des frais avancés par le pharmacien.

L'impossibilité de présenter ces pièces peut amener le pharmacien à refuser le tiers payant.

Si on reprend la figure 39 p 105, on constate que

- le pharmacien effectue le tiers payant mais
- si le patient n'est pas à jour dans ses cotisations de sécurité sociale et de mutuelle, le pharmacien ne sera pas remboursé des frais facturés aux organismes de prise en charge.

Voyons maintenant quels sont les principaux obstacles à la réalisation d'un tiers payant :

. pour la Sécurité Sociale :

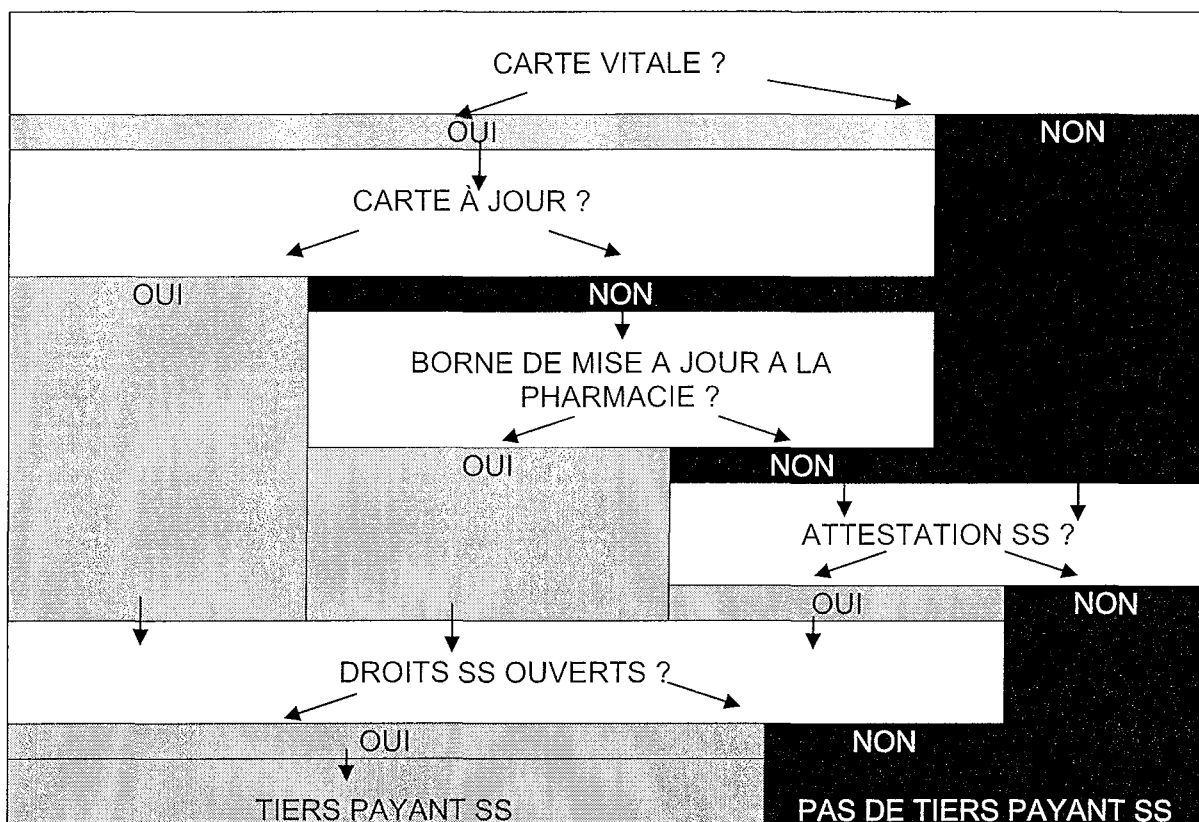


Fig. 41 : réalisation d'un tiers payant pour la sécurité sociale

Reprenons les différents éléments qui font obstacle :

- la carte vitale n'est pas à jour : la mettre à jour
- les droits sont fermés sur la carte vitale : consulter l'attestation
- les droits sont fermés sur l'attestation : chercher la cause :
 - * Il s'agit d'une naissance : l'enregistrement du nouveau né prend 2 à 3 semaines
 - * il s'agit d'un changement de département : le transfert des données entre centres de sécurité sociale n'a pas encore été fait
 - * il s'agit d'un changement de travail : le transfert des données entre centres de sécurité sociale n'a pas encore été fait
 - * il s'agit d'une nouvelle affiliation : l'assuré n'est pas encore enregistré

. pour la mutuelle :

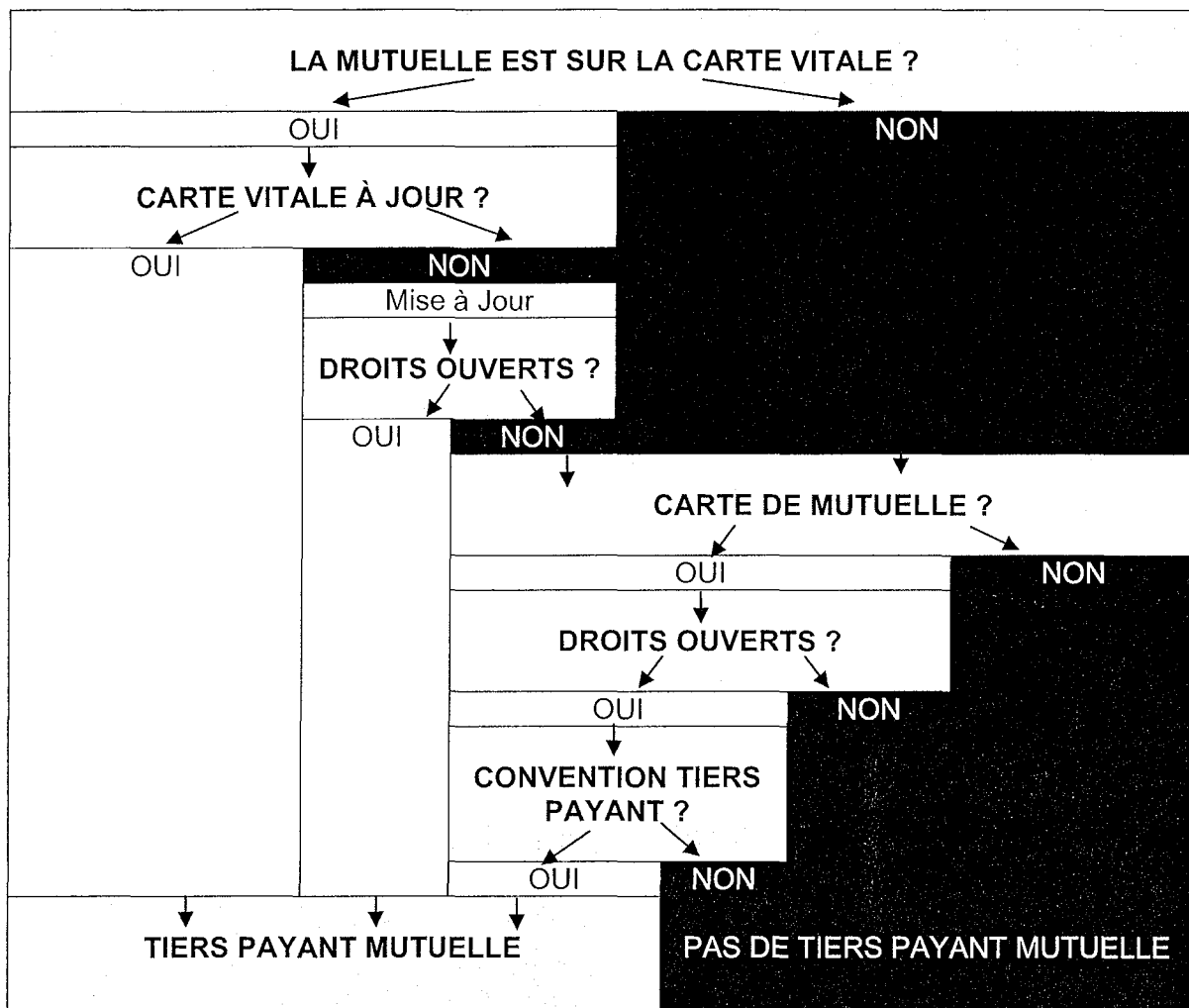


Fig. 42 : réalisation d'un tiers payant pour la mutuelle

Reprenons les différents éléments qui font obstacle :

- la carte vitale n'est pas à jour : la mettre à jour
- les droits sont fermés sur la carte : consulter l'attestation de mutuelle
- il n'y a pas de convention de tiers payant avec la mutuelle du patient
- les droits sont fermés sur l'attestation de mutuelle : chercher la cause

* le patient a changé de mutuelle ou est en train de changer de mutuelle

* la CMU complémentaire n'a pas été renouvelée ou est en cours de renouvellement

Le pharmacien peut rencontrer encore d'autres situations :

- le patient n'a aucune attestation
- le patient a une attestation de mutuelle justifiant des droits ouverts alors que ses cotisations sont irrégulières : la mutuelle suspend provisoirement les droits jusqu'à ce que la cotisation soit réglée. Le tiers payant est rejeté et le dossier reste impayé pour le pharmacien.

Quelque soit la cause, ce qui fait obstacle est le délai entre la régularisation de la situation qui empêche le tiers payant et la délivrance du traitement à la pharmacie. Pendant ce délai, le patient ne peut pas bénéficier d'une dispense d'avance des frais et il est mis devant le coût du traitement.

Voyons à présent les obstacles financiers liés aux médicaments non remboursés ou partiellement remboursés et aux dispositifs médicaux pour lesquels il existe un dépassement à régler.

III.2.1.2 Obstacles liés à la présence de produits non remboursés ou pas complètement remboursés

Lorsque la prescription du médecin comporte des produits non remboursés ou partiellement remboursés, le patient ne peut pas bénéficier d'une dispense d'avance des frais : c'est à lui de régler la part non remboursée.

III.2.1.2.1 Médicaments non remboursés ou partiellement remboursés.

La liste des médicaments **non remboursés** qui ne peuvent être délivrés que **sur ordonnance** se trouve à la disposition des patients dans chaque officine. On trouve dans cette liste des pilules contraceptives, des pommades, des collyres, des formes orales.

Les autres médicaments **non remboursés** peuvent être délivrés **sans ordonnance**. Les médecins sont souvent amenés à en prescrire parce que les déremboursements sont de plus en plus nombreux. On retrouve dans cette catégorie :

- des produits prescrits par les dentistes : brosses à dents spéciales, dentifrices spéciaux, soins pour les gencives, certains bains de bouche...
- des produits de dermatologie ;
- des produits prescrits en gynécologie : compléments vitaminiques pour la grossesse, embout pour tire-lait,...
- les fluidifiants, les oligoéléments, les vitamines, certains vaccins, les médicaments de phytothérapie...

Enfin, on rencontre le cas des médicaments **partiellement remboursés** : il s'agit essentiellement des médicaments remboursés sur la base du TFR (Tarif Forfaitaire de Responsabilité) et des veinotoniques remboursés jusqu'en 2007 à 15%.

III.2.1.2.2 Dispositifs médicaux partiellement remboursés

Les dispositifs médicaux sont remboursés sur la base de leur LPPR.

Certains dispositifs ne peuvent être vendus plus cher que leur base de remboursement : il n'y a pas de dépassement à régler par le patient.

Mais le prix de vente de nombreux autres dispositifs médicaux sont libres : ils peuvent être vendus plus chers que le tarif LPPR : il peut y avoir un dépassement à régler par le patient.

Cela concerne :

- les compresses, les bandes, et certains pansements
- l'orthopédie et le petit appareillage
- les sondes
- les seringues, les fils de suture,..

Pour conclure, nous voyons que les pharmaciens sont de plus en plus amenés à délivrer des produits partiellement remboursés ou non remboursés.

L'obstacle principal lié à la présence de ces produits reste le fait que le patient doit payer. Le système de soins français n'a pas habitué les gens à payer et pour eux les soins pharmaceutiques sont gratuits. Le pharmacien joue donc un rôle essentiel

pour expliquer le coût des traitements pharmaceutiques et distinguer les cas où le patient ne peut pas payer des cas où le patient ne veut pas payer.

Voyons à présent les éléments de l'enquête qui montrent ce que le pharmacien fait devant ces obstacles financiers.

III.2.2 Eléments de l'enquête qui montrent comment le pharmacien lève les obstacles financiers

III.2.2.1 Obstacles liés au tiers payant

. les pharmaciens se sont équipés de bornes de mise à jour de la carte vitale

26 pharmaciens sur 36 ne rencontrent plus de problèmes de délivrance liés à la mise à jour de la carte vitale depuis qu'ils se sont équipés d'une borne. (cf. Q 19 p 59).

L'avenant à la convention SESAM- Vitale paru au Journal Officiel du 9 novembre 2004 garantit aux pharmaciens **la neutralité financière** pour l'installation d'une borne de mise à jour dans leur officine. La location de la borne chez un fournisseur est complètement remboursée par l'Assurance Maladie (à hauteur de 160 € HT) ainsi que l'achat du pied inclinable ou du pied libre service (à hauteur de 40 € HT). Dans le cas où le pharmacien met en place une ligne téléphonique dédiée de façon à assurer une disponibilité maximale du service de télé mise à jour Vitale à ses clients, l'Assurance Maladie lui rembourse le montant de l'abonnement mensuel correspondant, à l'exclusion des frais d'installation de la ligne.

Les pharmaciens de l'enquête constatent lorsqu'ils n'ont pas de borne de mise à jour que leurs patients oublient d'aller mettre à jour leur carte (13 citations sur 36 cf. Q 21 p 61). C'est certainement cela qui a poussé leurs confrères à s'équiper d'une borne.

. les pharmaciens cherchent à faire avancer les dossiers quand il y a rupture des droits

On constate déjà que 33 pharmaciens sur 36 apportent des réponses à la Q 26 p 66 sur la gestion du dossier après rupture des droits de CMU complémentaire.

Les pharmaciens cherchent à rétablir le tiers payant et cela passe par

- des contacts avec la sécurité sociale pour connaître l'avancement du dossier de constitution ou de renouvellement de la CMU complémentaire (Fig. 22 p 66)
- des conseils sur les mutuelles existantes lorsque la CMU complémentaire ne peut être renouvelée
- de l'aide à la constitution des dossiers de CMU ou de mutuelle
- des contacts avec les services sociaux chargés du suivi de la personne (Fig. 32 p 80)
- des mises à jour de carte vitale

. les pharmaciens cherchent à délivrer le traitement malgré la rupture des droits

Malgré la rupture des droits, le pharmacien a pour objectif de délivrer le traitement prescrit pour que le patient puisse continuer son parcours de soins.

C'est pourquoi, dans l'enquête, nous avons constaté que 33 pharmaciens sur 36 choisissent une solution qui permet de délivrer tout ou une partie du traitement (cf. Fig. 20 p 64). Ceux qui ne délivrent pas font cependant tous le relais avec la sécurité sociale pour faire avancer le dossier. Nous avons également constaté que les pharmaciens privilégient les solutions avantageuses pour le patient sur le plan financier : **crédit, délivrance partielle et mise en attente des ordonnances** (cf. Fig. 20 et 21 p 64 et 65).

Le pharmacien tient compte du délai qui existe pour régulariser une situation quelque soit la cause de ce délai (négligence de la personne ou retard des services sociaux).

On constate donc que les pharmaciens de notre enquête jouent un rôle essentiel pour lever les obstacles liés à l'impossibilité de réaliser le tiers payant. Même si cela n'est pas forcément avantageux pour eux sur le plan financier, mais la délivrance du traitement reste prioritaire.

III.2.2.2 Obstacles liés aux produits non remboursés ou partiellement remboursés.

. les pharmaciens privilégient les produits totalement remboursés

Que ce soit pour les médicaments ou les dispositifs médicaux non remboursés, les pharmaciens délivrent en priorité ce qui est complètement remboursé (génériques, équivalents totalement remboursés). Et ils prennent le temps de chercher ces équivalents remboursés qu'ils proposent au prescripteur. (Fig. 23 p 68 et 25 p 71).

. les pharmaciens ne s'arrêtent pas à la délivrance des produits remboursés

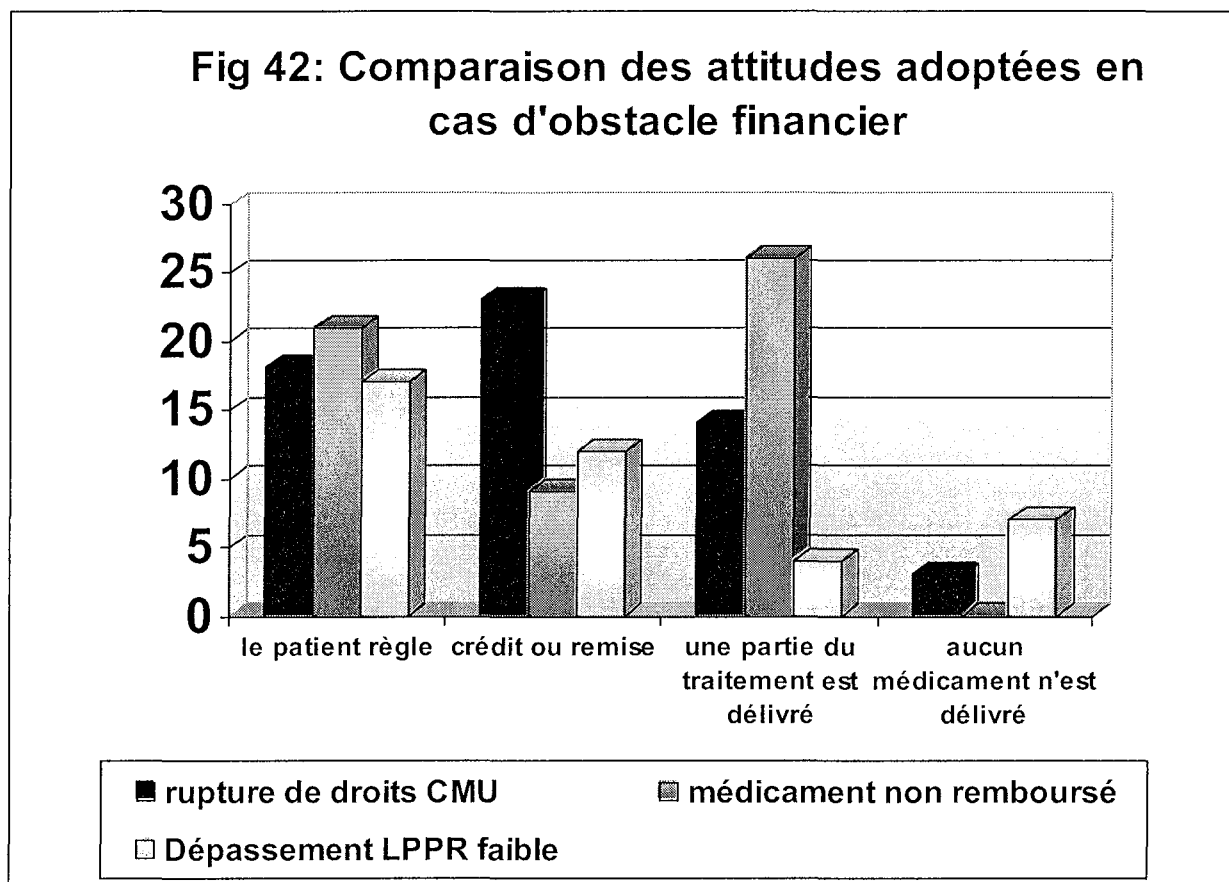
Si les pharmaciens s'arrêtaient à la délivrance des produits remboursés et à faire régler ceux qui ne le sont pas, leur rôle pour lever les obstacles financiers dans ces cas serait amoindri. Or on constate d'après les résultats de l'enquête, que les pharmaciens choisissent encore d'autres solutions :

- ils accordent des crédits (9 pharmaciens sur 36, cf. Fig. 23 p 68)
- ils font des remises sur les faibles dépassements (12 pharmaciens sur 36, cf. Fig. 25 p 71).

Pour les produits non remboursés, comme pour les impossibilités de tiers payants, le pharmacien est devant l'obstacle financier alors qu'il doit délivrer un traitement. Voyons quelles sont les attitudes adoptées devant ces obstacles financiers.

III.2.2.3 Comparaison des attitudes adoptées en cas d'obstacle financier

(Résultats : annexe 8, tableau 44 p 172)



L'observation du graphique montre qu'un même obstacle ne produit pas toujours la même attitude.

Si on approfondit la lecture des résultats, on constate que les influences du lieu d'exercice, de l'expérience, ou même du pourcentage de CMU dans la clientèle ne sont pas déterminantes pour expliquer telle ou telle attitude en cas d'obstacle financier.

Les pharmaciens le disent en commentant leurs réponses : ils doivent **traiter au cas par cas**, suivant la personne, la confiance qu'on lui accorde, l'urgence de la situation, sa gravité, mais aussi parfois suivant leur humeur du jour, leurs convictions personnelles.

En conclusion, les éléments de l'enquête montrent que les pharmaciens lèvent les obstacles financiers en **s'adaptant** à la situation et en **cherchant à la faire évoluer** vers une meilleure prise en charge pour le patient. Le but premier reste la délivrance la moins coûteuse possible pour le patient.

III.2.3 Comment aider le pharmacien à mieux lever les obstacles financiers ?

Avant d'envisager les moyens d'aider le pharmacien à mieux lever les obstacles financiers, il est bon de rappeler l'importance de lever ces obstacles pour les personnes en situation de précarité.

III.2.3.1 Importance de lever les obstacles financiers pour les personnes en situation de précarité

Les études menées par la DREES sur l'état de santé et le recours aux soins des bénéficiaires de la CMU entre 2000 et 2003³⁹ **montrent l'importance de la dispense d'avance des frais dans le recours aux soins pour les plus démunis.**

On note par exemple dans cette étude que 22% des ménages bénéficiaires de la CMU complémentaire depuis plus d'un an déclarent avoir renoncé au moins à un soin dans les douze derniers mois pour raisons financières malgré le bénéfice de la CMU complémentaire. **Le renoncement aux soins pour raisons financières existe** même s'il est atténué par le bénéfice de la CMU.

Or quand ce bénéfice est perdu à cause d'une rupture des droits, ou parce que la CMU complémentaire ne prend pas en charge le produit prescrit, les personnes en situation de précarité ont une absence de sécurité qui s'ajoute à toutes celles qui composent déjà leur précarité : ils ne peuvent pas forcément compenser financièrement cette absence de CMU complémentaire même provisoire. **Il s'ensuit des défaillances**

³⁹ Bénédicte BOISGUERIN, Etat de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU, un impact qui se consolide entre 2000 et 2003, Etudes et Résultats n°294 mars 2004 DREES

dans le suivi de leur santé, avec un risque d'aggravation qui entraîne des soins plus importants et plus coûteux.

Nous avons vu également que les personnes en situation de précarité entretiennent un rapport particulier à leur santé : un rapport marqué **par une faible prévention et par un recours différé aux soins en cas de troubles de santé importants.**⁴⁰ Le fait de différer davantage les soins à cause d'un obstacle financier ne tend pas à améliorer la santé de ces personnes.

Tout ce qui pourra aider le pharmacien à lever les obstacles financiers aura un impact direct sur l'amélioration de la prise en charge de la santé et donc sur la santé des personnes en situation de précarité.

III.2.3.2 Outils pour lever les obstacles financiers à la pharmacie

III.2.3.2.1 Pour les tiers payant

Les pharmaciens doivent pouvoir continuer à pratiquer le tiers payant sans prendre de risques inutiles sur l'ouverture ou non des droits des assurés. Ce n'est pas à eux d'assumer seuls la négligence de leurs patients ou les retards administratifs de traitement des dossiers. Pour cela, ils pourraient compter sur :

- une généralisation des bornes de mise à jour des cartes vitales dans les pharmacies

Au 1^{er} juin 2005, plus de 15 000 pharmacies s'étaient équipées d'une borne de mise à jour. La généralisation de ces bornes entraîne une meilleure collaboration avec les organismes de prise en charge. Il n'existe pas de véritable obstacle à cette généralisation sinon l'information des pharmaciens et l'aide à l'installation (ouverture d'une ligne téléphonique, liste des fournisseurs de bornes par exemple le Point Xiring⁴¹).

⁴⁰ Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins

⁴¹ le Point Xiring : www.pointxiring.info

- une ouverture a priori et provisoire des droits lors d'une première attribution de CMU

Les délais nécessaires à l'attribution des CMU varient entre un et trois mois suivant les périodes et suivant les caisses de sécurité sociale. Cela veut dire qu'un patient doit constituer son dossier 3 mois avant d'obtenir les premiers remboursements. Or pour des personnes qui ont des difficultés d'anticipation et des difficultés à faire la preuve de leurs droits, cela peut s'avérer plus laborieux.

Une ouverture a priori et provisoire des droits permettrait aux pharmaciens de pratiquer la dispense d'avance des frais à partir du dépôt du dossier à la caisse de sécurité sociale et ce, jusqu' à la décision d'attribution ou non. Si cette attribution est refusée, les droits seraient alors suspendus.

- un prolongement provisoire des droits CMU après la date d'échéance et ce jusqu'à la décision de renouvellement ou de non renouvellement de la CMU complémentaire

Là aussi, les délais de réattribution des CMU complémentaires entraînent des périodes sans couverture. Dans ces périodes, le pharmacien est confronté à la délivrance des traitements chroniques en particulier. **Le prolongement des droits jusqu'à la décision effective de la caisse** permettrait de couvrir ces intervalles où les traitements peuvent être interrompus.

- une meilleure communication avec les services sociaux

Le pharmacien pourrait être informé plus régulièrement par les caisses de sécurité sociale des délais nécessaires (délais très variables) pour les décisions d'attribution des CMU. Le pharmacien serait alors en mesure de délivrer une information plus claire à ces patients et les avertir pour qu'ils constituent à temps leurs dossiers de renouvellement de CMU.

Une meilleure communication avec les travailleurs sociaux qui accompagnent les personnes en situation de précarité, permettrait de sensibiliser ces personnes à l'importance de constituer leurs dossiers à temps. Il faudrait savoir qui contacter pour aider une personne en situation de précarité à remplir son dossier de CMU. Ces informations pourraient se retrouver dans un réseau spécifique à la précarité.

- une meilleure formation sur l'accès aux droits

Améliorer l'observance d'un traitement n'est pas seulement délivrer les conseils associés à l'ordonnance. C'est aussi jouer un rôle d'éducation à l'accès aux droits pour que cette ordonnance soit délivrée. Avoir une meilleure connaissance des droits de chacun et des moyens d'accéder à ses droits est essentiel pour permettre aux pharmaciens de jouer leur rôle de professionnel de santé. Connaître les systèmes de prise en charge des plus démunis devrait faire partie de la formation initiale du pharmacien.

III.2.3.2.2 Pour les produits non remboursés ou partiellement remboursés

Par mesure d'économie, le nombre des produits non remboursés n'a cessé d'augmenter depuis quelques années. Il est inutile de vouloir revenir en arrière. Par contre, il est possible de sensibiliser chacun au coût des médicaments et de faciliter le travail du pharmacien notamment par :

- la prescription en DCI

La prescription en DCI permet au pharmacien de choisir le médicament le mieux adapté pour son patient en terme de coût (entre autre). Si elle se généralise pour les médicaments, elle reste encore faiblement utilisée pour les dispositifs médicaux.

- plus de possibilités d'adaptation dans les remboursements

Les pharmaciens travaillent au cas par cas. En accord avec le prescripteur, les services sociaux et les caisses de sécurité sociale, les pharmaciens pourraient demander un remboursement particulier de certains médicaments au vu de la situation, de la pathologie, et de l'indication du médicament et dans les situations où aucun autre équivalent n'existe ; ceci se ferait pour une personne donnée et pour une période donnée (éventuellement reconductible par le médecin si la pathologie l'exige).

- des outils de sensibilisation du public au coût des médicaments

On constate encore trop souvent dans les pharmacies le manque d'information sur le coût des traitements. Il n'est pas normal de penser que les médicaments ne coûtent rien même si la dispense d'avance des frais pourrait le faire croire. Comme il existe des outils de sensibilisation à certaines pathologies, on pourrait imaginer des outils de sensibilisation du public au coût des médicaments : plaquettes informatives, spots télévisés. Connaître le coût des traitements inciterait peut-être les patients peu scrupuleux à faire plus attention à leur consommation abusive de médicaments (qui reviennent chez le pharmacien périmés, ou non utilisés).

L'Assurance Maladie a pris des initiatives dans ce sens en envoyant des lettres à ses assurés en leur proposant de demander les génériques des médicaments qui leur sont habituellement prescrits. Ceci favorise le travail de substitution du pharmacien.

- des outils améliorant la connaissance des équivalents pour les dispositifs médicaux en particulier

Il est encore difficile actuellement de connaître les équivalents d'un dispositif médical. Il serait intéressant que les documents consacrés à une famille de dispositifs médicaux avec leurs spécificités se développent et soient réactualisés.

Après avoir parlé de la connaissance que les pharmaciens ont des populations défavorisées de leur quartier et de la manière dont ils lèvent les obstacles financiers pour leur faciliter l'accès aux soins pharmaceutiques, intéressons-nous à la manière dont ils lèvent les obstacles de communication.

III.3 LES PHARMACIENS LEVENT LES OBSTACLES DE COMMUNICATION

Lors de la délivrance des médicaments, les pharmaciens peuvent être confrontés à différents obstacles de communication avec les personnes en situation de précarité : les barrières de langue, l'illettrisme, des déficits dans les liens sociaux mais aussi des perceptions différentes en particulier de la santé.

Dans un premier temps, nous verrons les éléments de l'enquête qui montrent que les pharmaciens lèvent les obstacles de communication lorsqu'ils existent à la pharmacie. Puis nous verrons l'importance de bien communiquer en particulier avec les personnes en situation de précarité à l'officine. Enfin, nous terminerons par les outils qui peuvent aider le pharmacien à améliorer sa communication avec les personnes défavorisées.

III.3.1 Eléments qui montrent que les pharmaciens sont amenés à lever des obstacles de communication

III.3.1.1 Dans l'enquête

- les barrières de langage et d'illettrisme

18 pharmaciens sur 36 rencontrent des **problèmes liés à l'illettrisme** et 22 pharmaciens sur 36 signalent des problèmes liés au langage (cf. Fig. 16 p 58).

Nous avons vu également que 19 pharmaciens sur 36 (cf. Fig. 28 p 75) **passent plus de temps à expliquer le traitement** aux personnes en situation de précarité qu'aux autres personnes.

Si on compare les durées d'explication pour chaque domaine (explication du traitement, de la pathologie, des génériques, des résultats biologiques, des appareils

médicaux) en fonction des problèmes d'illettrisme et de langages détectés, on constate que **les pharmaciens qui passent le plus de temps à expliquer, signalent**

- proportionnellement plus de problèmes de langage, quelque soit le domaine des explications

- proportionnellement plus de problèmes d'illettrisme, dans les domaines du traitement, des résultats biologiques et des appareils médicaux.

(Résultats : annexe 8, tableau 45 p 173)

Les problèmes de langage et d'illettrisme semblent avoir un impact sur la durée des explications que les pharmaciens donnent pour accompagner la délivrance des traitements aux personnes en situation de précarité. Mais avant tout, cela souligne **que les pharmaciens sont amenés à lever ces obstacles de communication pour assurer une bonne compréhension des traitements et des conseils qui leurs sont associés.**

Le pharmacien est parfois amené à remplir les papiers de demande de mutuelle à la place du patient (3 pharmaciens sur 36 dans la gestion du dossier après rupture des droits de CMU, cf. Fig. 22 p 66) ; il lui arrive de prendre un rendez-vous chez un professionnel de santé (6 pharmaciens sur 36 dans les actions de conseil du pharmacien, cf. Fig. 30 p 77). Ce sont des situations dans lesquelles le pharmacien **prend l'initiative de faire des démarches** et lève ainsi des problèmes de communication rencontrés par le patient.

- les problèmes d'isolement :

Les obstacles de communication peuvent également être révélés par **des difficultés de liens sociaux**. Les pharmaciens de l'enquête citent en quatrième caractéristique des personnes en situation de précarité, les problèmes d'isolement (cf. Fig. 35 p 83). Ces problèmes d'isolement ont un impact sur la santé des personnes précaires si ils les empêchent de pouvoir accéder à une consultation, à des soins, aux médicaments.

En jouant le rôle d'intermédiaire, les pharmaciens permettent aux personnes isolées de prendre contact avec l'infirmière chargée des soins, avec les services sociaux d'accompagnement. (cf. Fig. 33 p 80).

Les pharmaciens s'impliquent également dans le suivi des traitements **en livrant les médicaments** et en **ayant des contacts privilégiés avec les médecins** qui suivent leurs patients (cf. Fig. 30 p 77). 16 pharmaciens sur 36 disent effectuer ces démarches plus souvent pour les personnes en situation de précarité que pour les autres personnes (cf. Fig. 32 p 79)

- des perceptions différentes

23 pharmaciens sur 36 pensent que la prise en charge des personnes en situation de précarité coûte plus cher que celle des autres populations (cf. Fig. 6 p 44). Ces pharmaciens expliquent cela par un nombre de consultations et d'ordonnances plus importants (Cf. Fig. 7 p 45).

Pourtant, il ressort des études réalisées pour le compte du Ministère de la santé sur l'impact de la CMU sur la consommation de soins :

- qu'à état de santé égal, les dépenses des bénéficiaires de la CMU complémentaires ont été comparables à celles des autres assurés en 2003⁴².

- que la progression de la dépense moyenne en médicaments des bénéficiaires de la CMU complémentaire a été plus limitée que chez les autres assurés couverts par une complémentaire (+ 3,7% contre + 6,8%) en 2003⁴³.

La perception des pharmaciens sur le coût de la santé des personnes en situation de précarité est différente de ce que montrent les études.

De même, en matière d'accès aux droits, les pharmaciens de notre enquête constatent la négligence volontaire ou involontaire des personnes en situation de précarité. (cf. Q 20 p 60). Le manque de formation et l'assistanat sont décrits par les pharmaciens de l'enquête comme des caractéristiques des personnes en situation de précarité. (cf. Q 47 p 83). C'est aussi la formation et la fonction du pharmacien qui lui permet de bien connaître les moyens d'accès aux droits et à la santé. Et la perception du

⁴² Denis RAYNAUD, L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins, Etudes et Résultats n° 229, mars 2003, DREES

⁴³ Bénédicte BOISGUERIN, Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2004, Etudes et Résultats n°433, octobre 2005, DREES

manque de connaissance des personnes en situation de précarité en matière d'accès aux droits se fait par comparaison avec la propre connaissance que le pharmacien a acquise.

Malgré ces deux exemples de perceptions différentes, il ressort de notre enquête que la conduite du pharmacien est peu influencée par sa vision des personnes en situation précaire et de leurs problèmes. Son action auprès de ces populations garde les objectifs de sa profession : délivrer les traitements dans les meilleures conditions d'observance. Si les obstacles financiers ont été levés pour permettre la délivrance, il reste encore à bien savoir communiquer autour de l'ordonnance.

III.3.1.2 Eléments extérieurs à l'enquête

La pharmacie est lieu ouvert et gratuit qui est à même d'accueillir un public varié. Dans son officine, le pharmacien fait coexister ces deux fonctions au service de ce public⁴⁴ :

- **sa fonction commerciale** l'oblige à lever les obstacles de communication avec ses clients. Ses ventes en dépendent.
- **sa fonction de conseil et de contrôle des ordonnances** dans laquelle interviennent le savoir scientifique et le souci du bien être d'autrui, l'oblige à communiquer avec ses patients.

III.3.2 Importance de bien communiquer avec les personnes en situation de précarité

La communication est omniprésente dans les actes réalisés à l'officine. Qu'elle soit orale ou écrite, la communication doit permettre une bonne compréhension mutuelle entre

⁴⁴ Pierre AIACH, Didier FASSIN, *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Editions Anthropos Economica 1994, p 309-338

le pharmacien et le patient pour aboutir à une bonne observance de l'ordonnance ou du conseil délivré.

Les deux grands modes de communication utilisés par le pharmacien **sont l'oral et l'écrit** très présent dans les actes médicaux (ordonnances, compte-rendu, résultats biologiques, notices des médicaments...).

Classons les différentes actions du pharmacien selon le mode de communication utilisé :

Communication orale à la pharmacie	Communication écrite à la pharmacie
<p>Accueil du patient</p> <p>Demande du patient</p> <p>Réponse à la demande du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - explication du traitement - explication de la pathologie - autres explications - conseil 	<p>Ordonnance</p> <p>Explication du traitement</p> <p>Attestations de SS</p> <p>Contrats et cartes de mutuelle</p> <p>Notices des médicaments</p>

Le pharmacien est le **garant de la bonne observance** du traitement prescrit par le médecin ; il fait le lien entre la recommandation du médecin et l'application de cette recommandation par le patient.

C'est sur sa capacité à communiquer ses messages à l'oral et à l'écrit que le pharmacien est attendu.

Le patient a besoin :

- d'être conseillé sur sa santé, sur la prévention de sa santé, sur ses droits en matière d'accès aux soins
- d'être rassuré ou écouté sur ses problèmes de santé ou sur d'autres sujets

Le pharmacien ne peut répondre à ces attentes que :

- s'il les a bien identifiées,
- s'il a compris comment communiquer ses réponses à des personnes différentes de lui.

C'est alors que la personne en situation de précarité avancera dans sa compréhension propre de la situation, et pourra dignement **faire un pas supplémentaire dans la prise**

en charge de sa santé. Le but n'est pas de l'assister indéfiniment mais de la rendre capable de devenir autonome dans la prise en charge de sa santé.

III.3.3 Outils pour aider le pharmacien à lever les obstacles de communication

III.3.3.1 Contre les barrières de langage et d'illettrisme

Pour affronter les barrières de langage et d'illettrisme, on peut utiliser plusieurs moyens

- améliorer le packaging des médicaments

Les laboratoires ont fait des progrès pour améliorer la communication des informations concernant les médicaments. On peut par exemple citer la mise en place récente de trois pictogrammes différenciés (au lieu d'un) pour informer sur les différents niveaux de trouble de la vigilance que peuvent occasionner certains médicaments.

Etendre l'utilisation de ces **pictogrammes aux informations sur la posologie** (parfois présents sur les boîtes mais souvent petits) est une piste intéressante.

On remarque encore trop souvent des packaging très proches pour des médicaments complètement différents, source de confusion pour le patient (et pour le pharmacien) parfois. La difficulté est accentuée par les changements fréquents liés au rachat d'un laboratoire par un autre surtout pour les génériques (reconnus par les patients plutôt à la couleur de la boîte qu'à leur DCI compliquée).

Réfléchir à une gamme de pictogrammes universels, de couleur par famille de médicaments, pourrait déjà améliorer l'harmonisation et faciliter la compréhension des informations présentes sur les boîtes de médicaments.

- faire entrer des moyens visuels de communication à la pharmacie

S'appuyer sur une communication plus orale à l'aide de logiciels conçus pour expliquer le fonctionnement d'un appareil, l'action d'un médicament, les conseils associés au médicament, pourrait diminuer les incompréhensions liées à l'écrit. Ces logiciels pourraient être installés sur les ordinateurs utilisés pour la délivrance afin de faciliter la communication avec les patients. C'est une alternative aux dépliants qui sont trop souvent le seul moyen de communication à la disposition des pharmaciens.

- apprendre à émettre des messages simples

Pour s'assurer de la bonne compréhension du traitement, le pharmacien doit apprendre à émettre des messages simples

- à l'écrit : il faut éviter les abréviations, les sigles et le utiliser et vocabulaire simple. Le pharmacien peut s'appuyer également sur les outils visuels tels que les pictogrammes des conditionnements, ou éventuellement définir un code visuel avec le patient (ex : le matin quand je donne à manger au chat => dessiner un chat pour le matin)

- à l'oral : le pharmacien s'appuie sur **un vocabulaire simple** qu'il répète pour favoriser la mémorisation, **des gestes** qui miment l'utilisation du médicament⁴⁵. Le pharmacien peut **faire reformuler** le mode d'administration et la posologie d'un traitement pour s'assurer que le patient l'a bien compris. La **confidentialité** permettra de délivrer toutes ces explications sans mettre le patient mal à l'aise⁴⁶.

Cet apprentissage pourrait être renforcé dans le module de commentaire d'ordonnance enseigné en 6^{ème} année de la formation initiale. Il serait utile également d'apprendre à communiquer ces messages simples dans une langue étrangère (anglais).

⁴⁵ F.Pitetti, E. Marchal-Heussler, « *La prise en charge du patient sourd profond à l'officine* », Bulletin ordinal du Conseil Régional de L'ordre des pharmaciens de Lorraine, 2004, 3, annexe 10

⁴⁶ A.Guillemain, M.Blaise, E. Marchal-Heussler, « *La prise en charge des personnes en difficultés de lecture et d'écriture à l'officine* ». Bulletin ordinal du Conseil Régional de l'Ordre des pharmaciens de Lorraine, 2002, 4, annexe 6.

III.3.3.2 Pour améliorer les perceptions mutuelles

D'une meilleure compréhension mutuelle entre le pharmacien et son patient découle une meilleure écoute du patient et une meilleure adaptation du message délivré par le pharmacien. Les outils qui vont dans ce sens viseront à

- améliorer l'accueil, les espaces de confidentialité

Le pharmacien soigne son accueil parce qu'il sait que de cet accueil dépend la poursuite de sa relation de confiance avec son client. Un accueil de qualité répond à quatre grandes fonctions : orienter, intégrer, informer et aider.

Les pharmaciens de notre enquête ont reconnu ces quatre fonctions dans leur exercice quotidien, en particulier auprès des personnes en situation de précarité.

Améliorer cette fonction d'accueil passe par une bonne connaissance des objectifs et des moyens de l'accueil. Ils sont résumés dans le tableau ci-dessous⁴⁷ :

⁴⁷ John WARD, *Santé : intervention sociale*, Editions MASSON, Février 1997, p82

	<i>Objectifs</i>	<i>Moyens</i>
Orienter	Guider, indiquer, conduire, donner des repères, accompagner...	<ul style="list-style-type: none"> . signalisation correcte . attention et initiative
Intégrer	Présenter, installer, familiariser, introduire, initier, inclure...	<ul style="list-style-type: none"> . s'assurer du confort . donner des repères . informer des droits et des contraintes
Informier	Renseigner, expliquer, conseiller	<ul style="list-style-type: none"> . surveiller les codes utilisés, le vocabulaire, la syntaxe . susciter des questions, adapter les réponses, c'est-à-dire ne pas donner une masse d'informations trop importante qui perturberait l'utilisateur . s'assurer que l'autre entend, comprend
Aider	Ecouter, soutenir, soulager, reconforter, secourir, assister...	<ul style="list-style-type: none"> . disponibilité, engagement, initiative, analyse, interprétation . repérer les différents niveaux de la demande . surveiller la communication non verbale, au-delà du symptôme le corps, est un discours à décoder . la présence est déjà un soutien, l'écoute silencieuse est déjà une aide

Fig. 44: les quatre fonctions de l'accueil⁴⁸

Les pharmaciens améliorent les espaces de confidentialité et d'accueil de leurs officines. Cela va dans le sens d'une meilleure communication avec leurs patients y compris avec leurs patients défavorisés qui sont plus sensibles à cet accueil, parce qu'ils sont déjà confrontés à l'exclusion dans d'autres domaines.

⁴⁸ John WARD, *Santé : intervention sociale*, Editions MASSON, Février 1997

- améliorer la connaissance que les pharmaciens ont des personnes en situation de précarité

Comme nous l'avons vu au début de cette discussion (p 99), une meilleure communication avec les personnes en situation de précarité passe par une meilleure connaissance de ces personnes, de leur perception d'eux-mêmes et de leur santé. Les outils pour améliorer cette connaissance ont été développés dans la première partie de la discussion (cf. p 100). Le pharmacien doit s'adapter, faire du cas par cas, en fonction de l'urgence de la situation, de la nécessité du traitement, de la confiance qu'il a dans la personne. Plus le pharmacien connaît les personnes en situation de précarité et en particulier celles qu'il sert, plus ses actions seront efficaces et surtout comprises par son patient.

CONCLUSION

La précarité touche de plus en plus de personnes dans notre pays. Elle se caractérise par une absence de sécurité dans un ou plusieurs domaines de la vie (revenus, logement, travail, santé, liens sociaux...). L'impact de la précarité sur la santé des plus démunis est important et les pharmaciens sont de plus en plus confrontés à ces populations vivant dans les quartiers où ils exercent. Malgré les lois de lutte contre les exclusions adoptées ces dix dernières années, la mise en application effective des droits de chacun n'est pas toujours facile dans la pratique.

Les résultats de notre enquête ont montré que les pharmaciens sont concernés par les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de précarité. A la pharmacie, ces difficultés se traduisent essentiellement par

- des obstacles financiers : absence ou rupture de couverture sociale, médicaments pas ou peu remboursés
- des obstacles de communication : illettrisme, barrière de langue, différences de perception de la santé, isolement ou difficultés de liens sociaux.

Face à ces obstacles, les pharmaciens gardent une priorité : délivrer le traitement avec la meilleure observance possible. Cela leur demande de s'adapter à chaque situation pour trouver la meilleure réponse à donner. Ils s'impliquent de manière forte notamment pour faire avancer les dossiers de prise en charge en jouant le rôle d'intermédiaire avec les organismes de prise en charge et les structures d'accompagnement social. Ils cherchent également à diminuer le coût des produits restant à la charge des patients. Les pharmaciens s'appuient pour tout cela sur une bonne connaissance de la population du quartier de leur officine acquise par leur exercice de proximité. En relation étroite avec les professionnels du social, de la santé mais aussi avec les familles, les pharmaciens ont montré qu'ils peuvent être des acteurs importants de la réintégration des personnes défavorisées dans le système de soins.

Cet exercice de proximité prend du temps et n'est pas forcément avantageux sur le plan financier pour les pharmaciens. Malgré cela, les pharmaciens ont montré dans l'enquête la volonté de poursuivre ce travail et il est intéressant d'explorer toutes les pistes qui pourraient les aider à accompagner les personnes en situation de précarité

qu'ils seront amenés à servir tôt ou tard. La formation et le partage des expériences, le travail en réseau spécifique à la précarité, les relations avec les professionnels du social et de la santé, sont autant de choses à développer pour aider les pharmaciens à jouer leur rôle de proximité. Les pharmaciens devraient pouvoir compter également sur une aide des organismes de prise en charge pour le maintien de l'ouverture des droits des personnes en situation précaire lorsque ces droits sont remis en question.

Devant le développement des regroupements de pharmacie, la concurrence des parapharmacies, les pharmacies de quartier voulant avant tout exercer un service de proximité auprès des populations qu'elles qu'elles soient, pourront-elles survivre économiquement ? Quelle place sera laissée à l'accompagnement des patients, à l'écoute, à l'aide à la réintégration des plus exclus dans le système de soins ? Valoriser ce travail de proximité et d'accompagnement social, déjà exercé par les pharmaciens, pour qu'il soit moins vu comme une obligation mais plutôt comme une valeur ajoutée dans la profession de pharmacien, sera un élément important dans les réflexions sur le rôle de la pharmacie d'officine de demain.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Damien-Guillaume AUDOLLENT, Daniel FAYARD, Combattre l'exclusion, Ed Les essentiels Milan, 1999

Joseph WRESINSKI, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, Conseil économique et social, JO n° 4074 du 28 février 1987

Marc COLLET, Georges MENAHEM, Valérie PARIS, Hervé PICARD, *Précarités, risque et santé*, Questions d'économie de la santé, bulletin n°63 janvier 2003, CREDES

Joseph WRESINSKI, *Les plus pauvres, révélateurs de l'indivisibilité des droits de l'homme*, Cahier de Baillet, Editions Quart Monde 1998

Observatoire national de la pauvreté, *La pauvreté en France et en Europe, les chiffres clés*, ANPE, DARES, CNAF, 2000 www.carelpres.co.uk

Katia JULIENNE, *La situation des personnes défavorisées et les politiques de lutte contre les exclusions : un bilan des études récentes*, Dossiers solidarité et santé N°3 juillet-septembre 2004

Bénédicte BOISGUERIN, *Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2004*, Etudes et Résultats n°433 octobre 2005, DREES

INSEE sous la direction de William ROOS, *Pauvreté, précarité en Lorraine 2004*, rapport d'avril 2004, Economie Lorraine Dossiers n°18

La Déclaration universelle des droits de l'homme, coll. « Folio », Gallimard, 1988

Loi du 1^{er} décembre 1988, Ministère des solidarités de la santé et de la famille www.sante-gouv.fr

Loi du 29 juillet 1992 sur la réforme de l'aide médicale, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, www.sante-gouv.fr

Haut Comité de Santé publique, *La santé en France*, Rapport général, La Documentation Française, Paris, Novembre 1994

Loi sur la protection sociale du 25 juillet 1994 et Circulaire n°95-08 du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, www.sante-gouv.fr

Evaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté, Rapport au Comité Economique et Social, JO du 27 juillet 1995.

Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 et Circulaire du 8 septembre 1998 relative à la mise en œuvre de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, Ministère des solidarités, de la santé et des familles, www.sante-gouv.fr

Loi portant création d'une Couverture Maladie Universelle du 27 juillet 1999, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, www.sante-gouv.fr

Loi relative à la politique de Santé Publique du 9 août 2004, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, www.sante-gouv.fr

Daniel FAYARD, *Professions et pauvreté : le défi de la formation*. Editions Quart Monde, Revue Quart-Monde 2002/2, 182 :4-5

Le Quart-Monde à la Sorbonne : Croiser les savoirs. Editions Quart-Monde, Revue Quart-Monde, 170

Le croisement des savoirs : Quand le Quart-Monde et l'Université pensent ensemble. Editions de l'Atelier, Editions Quart-Monde 1999 : 525 pp.

F. et C. FERRAND, *Vers un lieu permanent de co-formation*. Revue Quart-Monde, Editions Quart-Monde 2002, 2, 182 :16

FP DEBIONNE, *La santé passe par la dignité, l'engagement d'un médecin*, Editions de l'Atelier et Editions Quart Monde, février 2000 : 237 pp.

La prévention bucco-dentaire : ressenti et propositions par des personnes en précarité et des professionnels de terrain. *Recherche –Action : croisement des savoirs* Rapport d'analyse année 2004-2005 ATD Quart-Monde

Relation soignant/soigné – Le croisement des savoirs- Rapport janvier 2003 Mouvement ATD Quart Monde Etudes et Développement Service Municipal Nancy Ville Santé

Bénédicte BOISGUERIN, *Etat de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU, un impact qui se consolide entre 2000 et 2003*, Etudes et Résultats n°294 mars 2004 DREES

Annuaire Régional des Acteurs participant à la lutte contre les Exclusions, DRASS, DDASS, ORSAS, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Décembre 2000

Denis RAYNAUD, L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins, Etudes et Résultats n° 229, mars 2003, DREES

MC. GAUTIER-DAVADIE, *Quel rôle pour le pharmacien envers les familles du Quart-Monde*, Thèse en pharmacie, 2001, Dijon

Christophe MOUGIN, *Le pharmacien d'officine vu par la population et les médecins généralistes, enquête réalisée dans la région nancéenne et les Vosges en 2003*, Thèse en pharmacie, 2004, Nancy

Pierre AIACH, Didier FASSIN, *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Editions Anthropos Economica 1994, p 309-338

F.Pitetti, E. Marchal-Heussler, « *La prise en charge du patient sourd profond à l'officine* », Bulletin ordinal du Conseil Régional de L'ordre des pharmaciens de Lorraine, 2004, 3, annexe 10

A.Guillemain, M.Blaise, E. Marchal-Heussler, « *La prise en charge des personnes en difficultés de lecture et d'écriture à l'officine* ». Bulletin ordinal du Conseil Régional de l'Ordre des pharmaciens de Lorraine, 2002, 4, annexe 6.

John WARD, *Santé : intervention sociale*, Editions MASSON, Février 1997

ANNEXE 1 : Les différentes approches de la pauvreté ⁴⁹

La pauvreté peut être appréhendée selon plusieurs méthodes, chacune prenant en compte une dimension particulière de la pauvreté. Dans tous les cas, la pauvreté est associée à un ménage (tous les individus vivant ensemble et partageant leurs ressources) et non à un individu pris isolément.

* **La pauvreté monétaire** : il s'agit d'un critère reposant uniquement sur le niveau de revenu des familles rapporté au nombre d'unités de consommation (cf. page 22). Au sein de la pauvreté monétaire, deux approches sont possibles.

- **la pauvreté monétaire absolue** : est considérée comme pauvre une famille dont les revenus sont inférieurs à la somme nécessaire à l'achat d'un panier de biens considérés comme indispensables. La définition de ce seuil absolu est sujette à débat (que signifie « indispensable » ? ce qu'il faut pour ne pas vivre, pour vivre « décemment »... ?) et l'Insee ne réalise pas actuellement des estimations de l'ampleur de la pauvreté avec cette définition.

- **la pauvreté monétaire relative** : est considérée comme pauvre une famille qui touche des revenus très inférieurs aux autres familles. Le seuil de pauvreté est statistique (la moitié de la médiane le plus souvent, la médiane étant le niveau de revenu tel que 50% de la population est en dessous de ce niveau) et sa valeur varie dans le temps en fonction des revenus de l'ensemble de la population : si tous les individus voient leur revenu augmenter, le nombre de pauvres selon cette définition, peut rester constant. La pauvreté relative diminue lorsque les disparités de revenu au sein d'une population décroissent, notamment l'écart entre les bas revenus et le revenu médian.

* **La pauvreté institutionnelle** : est considérée comme pauvre une famille qui bénéficie des aides institutionnelles réservées aux revenus les plus faibles. On repère alors le plus souvent les bénéficiaires de minima sociaux (RMI, Allocation parent isolé, Allocation adulte handicapé, Allocation spécifique pour les chômeurs en fin de droits, minimum vieillesse pour les retraités). Cela revient à considérer que les critères d'attribution de ces aides (combinant niveau de revenu et structure de la famille notamment) sont aussi des critères pour définir la pauvreté.

* **La pauvreté par les conditions de vie** : est considérée comme pauvre une famille qui manque globalement d'éléments de bien-être matériels. Cette définition se rapproche par son caractère non purement statistique, de la pauvreté monétaire absolue, mais s'en distingue par l'indicateur utilisé : non pas une des causes que constitue le plus souvent le revenu, mais les conséquences de la pauvreté en terme de conditions de vie. Ce type d'approche est développé dans les enquêtes portant sur les équipements du foyer notamment.

* **La pauvreté subjective** : est considérée comme pauvre une famille qui se déclare elle-même pauvre. Cette approche délibérément subjective est développée dans les enquêtes qualitatives portant sur l'évaluation par la famille de sa propre situation financière et matérielle. La difficulté de cette approche est qu'elle repose sur un référentiel de la pauvreté propre à chacun, fonction de ce que l'on souhaite, de ce que l'on observe chez les voisins, du niveau des minima sociaux...

⁴⁹ INSEE sous la direction de William ROOS, *Pauvreté, précarité en Lorraine 2004*, rapport d'avril 2004, Economie Lorraine Dossiers n°18

ANNEXE 2 : les dispositifs destinés à améliorer l'accès aux soins des personnes défavorisées : la CMU et l'AME⁵⁰

La CMU

Instaurée par la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU), la CMU est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000. Ce dispositif comporte deux volets, la CMU de base et la CMU complémentaire.

. l'affiliation à l'assurance maladie sur critère de résidence ou CMU de base

La CMU de base permet d'affilier automatiquement au régime général de l'assurance maladie sur critère de résidence, toute personne résidant en France de façon stable et régulière, si elle n'a pas de droits ouverts à un autre titre à un régime d'assurance maladie (à titre professionnel, d'allocataire ou d'ayant droit d'un assuré).

L'ouverture des droits est conditionnée par le dépôt d'une demande auprès de la caisse d'assurance maladie (caisse de sécurité sociale). Les personnes dont le revenu fiscal annuel est supérieur à un seuil doivent acquitter une cotisation annuelle de 8% sur le montant des revenus supérieurs à ce seuil. Les personnes dont le revenu fiscal se situe au dessous de ce seuil, les bénéficiaires du RMI et les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont exemptés de cotisations. Le montant de ce seuil, fixé à 6721 euros pour la période du 1^{er} octobre 2003 au 30 septembre 2004 s'élève à 6849 euros pour la période du 1^{er} octobre 2004 au 30 septembre 2005.

. la CMU complémentaire

La CMU complémentaire permet de fournir une couverture complémentaire gratuite à toute personne résidant en France de manière stable et régulière sous condition de ressources fixée par décret. Elle remplace l'aide médicale dispensée par les conseils généraux dans le cadre de l'aide sociale décentralisée. Les personnes qui bénéficiaient en 1999 de l'aide médicale, y compris les titulaires du RMI ont été transférées automatiquement à la CMU complémentaire au 1^{er} janvier 2000. L'affiliation à la CMU complémentaire permet la prise en charge, avec dispense d'avance des frais, du ticket modérateur, du forfait journalier et des frais supplémentaires concernant les prothèses dentaires, l'orthopédie dento-faciale et certains dispositifs médicaux à usage individuel (lunettes, audioprothèses...).

Le demandeur choisit si les prestations seront gérées par une caisse d'assurance maladie ou un organisme complémentaire ayant indiqué vouloir assurer cette gestion. Le choix d'un organisme complémentaire permet à la personne de bénéficier à la sortie du dispositif d'une protection complémentaire auprès de cet organisme pendant un an à un tarif privilégié. L'ouverture des droits est conditionnée par le dépôt d'une demande auprès d'une caisse d'assurance maladie. Le plafond de ressources concerne les ressources des douze derniers mois précédant la demande et varie selon la composition du foyer. Il est majoré de 50 % pour la deuxième personne, de 30% pour les troisièmes et quatrièmes personnes et de 40% à partir de la cinquième personne. Le foyer CMU se compose du demandeur et de son conjoint et des enfants de moins de 25 ans sous certaines conditions.

Le plafond de ressources, fixé à 534 euros (3500 F) mensuels pour une personne seule au 1^{er} janvier 2000 a été revalorisé périodiquement pour atteindre 566,5 euros du 1^{er} juillet 2003 au 30 juin 2004 et 576,1 euros pour la période allant du 1^{er} juillet 2004 au 30 juin 2005. Depuis le 1^{er} septembre 2003, le montant applicable aux Dom est majoré de 10,8% (soit un montant de 627,7 euros puis de 638,4 euros).

L'Aide médicale de l'Etat (AME)

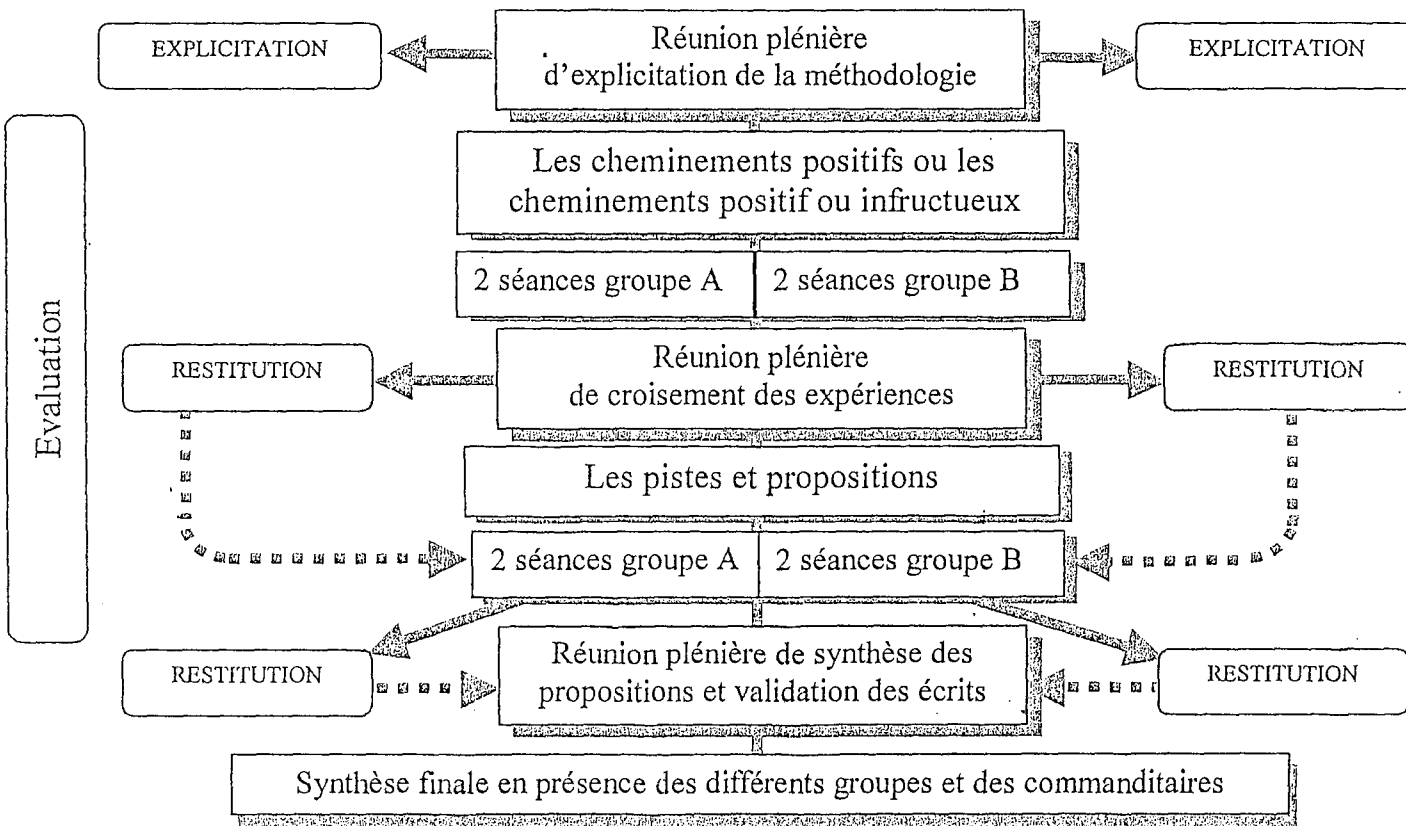
L'Aide médicale de l'Etat est destinée à prendre en charge, sous conditions de ressources, les frais de santé des personnes qui ne peuvent pas remplir les conditions de stabilité et de régularité de résidence pour bénéficier de la CMU complémentaire. La loi de finances rectificative du 30 décembre 2003 a conditionné l'accès à l'AME par une résidence en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois. Le décret n°2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'Etat précise les pièces justificatives permettant la vérification de ces conditions de résidence en France.

⁵⁰ Bénédicte BOISGUERIN, *Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2004*, Etudes et Résultats n°433 octobre 2005, DREES

Schéma de la recherche - action
Groupe d'experts

2 Groupes de réflexions¹
En présence du groupe de recherche

Groupe Santé Précarités



¹ Groupe A : personnes en situation précaire
Groupe B : personnes en situation de réaliser des actes et gestes de santé

ANNEXE 4 : lettre d'accompagnement au questionnaire

Nancy, le 18 avril 2005,

Messieurs et Mesdames les pharmaciens de Lorraine,

Ce courrier vous est transmis par le syndicat des pharmaciens que je remercie vivement pour sa collaboration.

Vous trouverez donc ci-joint, une enquête à laquelle je vous demande d'apporter toute votre attention. Ce travail d'enquête fait partie d'un projet subventionné par la DRASS, la pharmacie de quartier : un lieu d'éducation et d'accès aux soins pour les personnes en précarité ? Ce projet est porté par ATD Quart Monde et fait suite à une recherche action sur la relation soignant / soigné (2000-2002).

Le travail de ma thèse consiste à élaborer un questionnaire avec l'appui d'une chargée d'enseignement de la faculté de pharmacie, Mme Liban Dora qui fait partie de la délégation santé de ATD Quart Monde. L'exploitation sera menée avec l'aide du cabinet de sociologie Etudes et Développement qui apporte depuis plusieurs années son concours aux travaux de recherche menés sur la relation soignant / soigné dans l'accès aux soins des plus démunis (documents disponibles au Mouvement ATD Quart Monde). Les résultats de cette enquête seront analysés avec la collaboration d'Etudes et Développement et feront l'objet de publications.

Depuis 5 ans, ATD Quart Monde inscrit cette démarche dans une dynamique de croisement des savoirs entre les professionnels, les institutionnels et les personnes en situation de précarité. L'analyse des paroles des participants au travail sur la relation soignant/soigné a mis en lumière une constatation des professionnels et des personnes en situation précaire : « la pharmacie devient l'interlocuteur de santé dans les zones défavorisées, le lieu ouvert, le conseil gratuit ; le pharmacien est souvent cité comme un référent santé, celui à qui on parle en premier de ses problèmes de santé »⁵². Il apparaît que les pharmaciens ont un rôle déterminant dans l'accès aux soins des personnes en difficulté. Ce rôle a des implications financières, culturelles et sociales qu'il conviendrait de mieux comprendre afin de pouvoir ajuster des actions permettant de développer et de soutenir ce lieu repéré comme un pivot santé dans les quartiers.

En ciblant notre enquête sur les populations les plus fragiles, nous mettrons plus facilement en évidence les difficultés de terrain qui se posent à tous pour remplir ce rôle de proximité, d'éducation et d'accès à la santé. Quelles sont les attentes d'un patient en situation précaire ressenties par le pharmacien ? Quel regard porte le pharmacien sur ces publics ? Quels sont les différents rôles assurés par le pharmacien de quartier ? Quelles sont les difficultés rencontrées de part et d'autre ? Etc.

Une meilleure compréhension par les pouvoirs publics du rôle du pharmacien dans la relation soignant/soigné est essentielle dans la mise en place des réformes de la loi de santé 2004.

Pour répondre à toutes ces questions, nous avons besoin de vous. Je vous remercie donc par avance pour l'intérêt que vous porterez à ce questionnaire.

Celui-ci est à renvoyer au cabinet de sociologie Etudes et Développement avant le 30 mai 2005.

Très cordialement,

Nadia Perrot
4 bd Louis Barthou
54500 VANDOEUVRE-LES-NANCY

⁵² Relations soignant/soigné Relations étudiées dans le cadre de l'accès aux soins des populations en situation de précarité janvier 2003 p 83

ANNEXE 5 : thèmes d'échanges sur la pharmacie d'officine (extraits du rapport sur la relation soignant/soigné ⁵³)

1^{er} thème : le regard de l'autre.

Les professionnels comme les précaires sont conscients de l'impact du regard que l'on porte sur eux.

D'un côté, les précaires constatent encore des rejets : *« Pour se faire soigner il faut avoir accepté avant d'y aller de " ne pas être considéré forcément comme les autres ". Nous nous attendons à subir des atteintes à la dignité par des remarques quant au statut de personnes bénéficiant de la CMU. »*

De l'autre côté, les professionnels reconnaissent des attitudes dues à l'ignorance ou à une conception différente du besoin et de l'offre de soin :

“ vous avez des problèmes de papiers avec eux comme partout, parfois on les remballé parce que cela va plus vite aussi ”

“ on renvoie des gens vers les organismes où on ne les considère pas toujours immédiatement comme des gens à part entière ”

“ les gens viennent avec leur CMU, c'est des problèmes, on repousse. ”

Ils constatent aussi de l'ignorance chez les personnes en situation de précarité :

“ les usagers ignorent que la CMU existe et ils ignorent jusqu'au mot CMU ”

2^{ème} thème : les médicaments non remboursés

Le problème des médicaments non remboursés est ressenti comme un frein à l'accès aux soins par les plus démunis :

« si on n'est pas remboursé, on laisse tomber. Moi, je laisse tomber »

Lorsque les patients sont atteints de maladies graves qui nécessitent un certain nombre de médicaments peu ou pas remboursés, ils peuvent difficilement en assumer le poids financier : *« Lors d'un traitement interféron : les seringues, les compresses, l'alcool à 60°C, sont non remboursés, tout ça est à ma charge. »*

⁵³ Relation soignant/soigné – Le croisement des savoirs- Rapport janvier 2003 Mouvement ATD Quart Monde Etudes et Développement Service Municipal Nancy Ville Santé

« Alors quand je prends de la PP ou de la B1, c'est 61 francs la boîte. J'en ai pour 15 jours. Donc ça fait 130 F par mois. Et pourtant c'est indispensable quand on a la sclérose en plaque »

Le bénéfice de la dispense d'avance des frais de la consultation peut être anéanti à la pharmacie : *« On nous donne une ordonnance et après ... on se retrouve avec des médicaments qui ne sont pas remboursés et qu'il faut payer ».*

Et ceci peut avoir des conséquences sur l'observance en sachant qu' *« il y a la prescription des médicaments qui ne sont pas toujours remboursés. Même avec la CMU, ils ne sont pas bien remboursés. Même que beaucoup de médicaments ne sont pas remboursés du tout. »*

De leur côté les pharmaciens constatent également des situations où les produits non remboursés peuvent poser des problèmes de santé pour les démunis ou leur famille. Un seul exemple, celui de l'éradication des poux :

“ les produits parapharmaceutiques ne sont pas remboursés : les enfants ne vont pas à l'école, car ils ne peuvent pas traiter les enfants contre les poux parce que les produits ne sont pas remboursés ”

Les médicaments non remboursés sont rarement acceptés par les patients ce qui oblige les pharmaciens à trouver des solutions de remplacement :

« Si les gens présentent une ordonnance avec des médicaments non remboursés, on est sûr qu'ils ne les prennent pas. Alors, on appelle le médecin pour trouver la substitution du produit ».

3^{ème} thème : les génériques

Les précaires soulignent avant tout l'augmentation du risque d'erreurs avec les génériques :

« Les erreurs sont dues à la forme des médicaments, à leur couleur. »

« C'est plus compliqué que ça, parce que d'un mois à l'autre, les génériques changent chez le pharmacien. Donc, vas-y pour t'y reconnaître. »

« Ça change tout le temps, ce n'est pas la même boîte, c'est des noms barbares, ce n'est pas la même couleur. Mais pourquoi est-ce qu'ils les changent ? »

Ces difficultés sont confirmées par les pharmaciens : *« Tu te rends compte des problèmes pour des gens qui, effectivement, ne savent pas bien lire ».* Ceux-ci rencontrent des réticences de la part des personnes en situation précaire sur les

génériques : *« Quand on veut changer les médicaments, ils sont allergiques au générique »*. Il faut prendre du temps pour expliquer : *« Là, c'est un problème d'explications aussi. »*

4^{ème} thème : les problèmes de papiers, la dimension sociale de la pharmacie

C'est un thème beaucoup plus abordé par les professionnels de santé que par les précaires. Ils reconnaissent que lorsqu'une personne en situation de précarité se présente, *« Il y a risque de ne pas être payé car le dossier est rejeté, pas complet, les dates ne sont pas bonnes, on a des difficultés pour se faire rembourser par manque d'ouverture de droit ou parce que les compléments ne sont pas versés ..., mais c'est bien le jour où la personne est malade qu'on doit la soigner. »*

Le rôle des pharmaciens est déterminant pour que les soins ne s'arrêtent pas ou puissent commencer :

« Les gens ne peuvent pas payer une consultation chez le médecin. On avance le médicament mais on a fixé des limites ».

« On se constitue un réseau informel ou formel pour pouvoir renvoyer le soigné vers d'autres professionnels dans le domaine sanitaire et social apte à répondre à ses besoins et en particulier concernant l'ouverture des droits et l'information sur l'accès aux soins. L'accompagnement de personnes en difficulté ne peut pas être fait seul. Le soin peut se réaliser d'autant plus efficacement que les relations avec le réseau sont suivies. Des exemples de personnes clé dans ce réseau sont le pharmacien qui joue un rôle de vigie et la tutelle. Les intervenants en se contactant ont un même niveau d'information et ne sont pas tributaires des informations souvent partielles obtenues par le soigné ».

“ Les professionnels font des demandes de prise en charge et de paiements. C'est important parce que c'est un investissement, c'est lourd, sincère et de bonne foi et cela prend de l'énergie. ”

5^{ème} thème : l'écoute, l'accompagnement, l'éducation

Les précaires sont très conscients du rôle du pharmacien dans l'accompagnement du soin : *« c'est vrai, je me rends compte que ce que je n'ai pas osé demander au docteur sur un nouveau médicament ou autre, je le demande au pharmacien. »*

« le pharmacien a un rôle clé dans le quartier, on a autant de relations avec lui qu'avec les différents soignants. »

Si les relations sont dans l'ensemble plutôt bonnes avec les pharmaciens, les personnes en situation de précarité présentes lors des échanges expliquent l'agressivité qui peut parfois être reprochée à certains précaires par cette réflexion : *« Souvent l'agressivité est un signe de défense, à cause de la honte. Ce n'est pas tant la qualité d'accueil qu'il faut changer que le lieu de confidentialité ».*

Les professionnels sont également conscients de leur rôle d'écoute, d'accompagnement et d'éducation même s'ils évoquent des difficultés pour faire passer certains messages :

« Responsabiliser aussi lors de l'accès aux soins les gens qui sont trop acharnés à dire «j'ai droit à ceci, cela», a mobilisé les énergies des professionnels de santé, de médecins, remplaçants de médecins titulaires, de dentistes dans des horaires pas possibles, en urgence toujours, le samedi après-midi et le dimanche matin, parce que c'est confortable parce qu'on ne fait pas la queue, parce qu'on est sûr qu'on va avoir un médecin qui va venir, se déplacer à domicile pour une consultation, mais ce n'est pas fait pour ça. C'est ce qu'il faut essayer de dire, dans l'autre sens. »

Les pharmaciens présents à ces entretiens prennent à cœur leur rôle de conseiller : *« Je demande toujours si les gens savent utiliser le produit ; je me rends compte que souvent, des choses ne sont pas maîtrisées ... Il faut prendre le temps ».*

ANNEXE 6 : Questionnaire dans sa version d'analyse

1. PRESENTATION

Q1 : Vous avez : (*entre 25 et 34 ans ; entre 35 et 44 ans ; entre 45 et 54 ans ; 55 ans et plus*)

Q2 : Dans quelle ville exercez-vous ? Eventuellement dans quel quartier ?

Q3 : Depuis combien de temps exercez-vous à cet endroit ? (années)

Q4 : Participez-vous à un réseau ? (*oui ; non*)

Q5 : Si oui lequel ?

2. LES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE : GENERALITES

Q6 : A votre avis, la prise en charge de la santé des personnes en situation de précarité génère-t-elle des dépenses supérieures aux autres populations ? (*oui ; non ; ne sais pas*)

Q7 : Si oui, pour quels motifs (2 réponses maximum) ?

(*elles ont plus d'ordonnances ; leurs ordonnances contiennent plus de lignes ; elles consultent davantage ; elles font davantage de séjours à l'hôpital*)

Q8 : Autre (préciser)

Q9 : Connaissez-vous les coordonnées de la Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé (PASS) la plus proche ? (*oui ; non*)

Q10 : Connaissez-vous les coordonnées de la Sécurité Sociale de votre secteur ? (*oui ; non*)

Q11 : Connaissez-vous les coordonnées des services sociaux de votre secteur (assistantes sociales) ? (*oui ; non*)

Q12 : Quel pourcentage de personnes bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle accueillez-vous dans votre officine ? (*<10% ; =10 à 25% ; >25%*)

3. ATTENTES DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE RESSENTIES PAR LE PHARMACIEN.

Q13 : Quelles sont les principales demandes des personnes en situation de précarité à la pharmacie (3 réponses maximum) ?

(Délivrance d'une ordonnance ; Conseil pharmaceutique : médication officinale ; Conseil pharmaceutique : explication de la pathologie ; Conseil pharmaceutique : explication du traitement ; Conseil pharmaceutique : explication de résultats biologiques ; Conseil pharmaceutique : demande de matériel médical ; Conseil pharmaceutique : demande de soins)

Q14 : Autre (préciser) :

Q15 : Lors de vos gardes, parmi les patients servis, quel est le pourcentage de personnes bénéficiant de la CMU ? (<10% ; =10 à 25% ; >25%)

Q16 : Quel pourcentage de vos patients CMU vient à la pharmacie pendant les gardes ? (<10% ; =10 à 25% ; >25%)

4. PROBLEMES RENCONTRES A LA PHARMACIE AVEC LES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE

4.1 Sur la délivrance des médicaments sur ordonnance

Q17 : Rencontrez-vous des problèmes liés à l'illettrisme ? (*oui ; non ; problème non perçu*)

Q18 : Rencontrez-vous des problèmes liés au langage ? (*oui ; non ; problème non perçu*)

Q19 : rencontrez-vous des problèmes de délivrance liés à la mise à jour de la carte vitale ?

(oui ; non ; non, plus depuis que la pharmacie est équipée d'une borne de mise à jour)

Q20 : si oui de quel ordre sont-ils le plus souvent (2 réponses maximum) ?

(le patient a oublié de faire sa mise à jour ; le patient n'a pas pu se rendre à une borne ; le patient n'a pu se servir de la borne)

Q21 : autre (préciser) :

Q22 : Rencontrez-vous des problèmes liés au renouvellement de la CMU ? (*oui ; non*)

Q23 : si oui de quel ordre sont-ils le plus souvent (2 réponses maximum) ?

(le patient n'a pas rempli ses papiers correctement ou en dehors des délais ; le patient a changé de situation ; le temps de traitement du dossier par la Sécurité Sociale est trop long (intervalles sans couverture) ; le changement de situation ou de département entraîne des retards de traitement du dossier par la Sécurité Sociale)

Q24 : autre (préciser) :

Q25 : Quand il existe une rupture des droits CMU, quelle est l'attitude la plus souvent suivie pour la délivrance (2 réponses maximum) ?

(on ne délivre qu'une partie du traitement seulement ; un crédit est accordé ; le patient règle les médicaments ; les médicaments ne peuvent être délivrés)

Q26 : Quand il existe une rupture des droits CMU, avez-vous déjà été amenés à (2 réponses maximum) :

(conseiller le patient sur les différentes mutuelles existantes ; remplir les papiers de demande de mutuelle pour le patient ; effectuer le relais par téléphone avec les services sociaux de la ville et/ ou la SS)

Q27 : autre (préciser) :

Q28 : Quand des médicaments prescrits ne sont pas remboursés, comment la délivrance se déroule-t-elle ? (2 réponses maximum)

(le patient paye la différence ; un crédit est accordé ; seuls les médicaments remboursés sont délivrés ; aucun produit n'est délivré)

Q29 : autre (préciser) :

Q30 : Pour les dispositifs médicaux à remboursement LPPR (Liste des Produits et Prestations Remboursables), lorsque le dépassement est faible, le plus souvent,

(le patient règle la différence ; le patient ne veut ou ne peut payer la différence)

Q31 : Si le patient ne règle pas la différence, parmi les propositions suivantes, que pratiquez-vous le plus souvent ? (2 réponses maximum)

(vous proposez un produit totalement remboursé ; vous délivrez une quantité inférieure à celle prescrite ; vous ne faites pas payer le dépassement ; vous ne délivrez pas le produit)

Q32: autre (préciser) :

Q33 : Le pourcentage des ordonnances liées à un accident de travail est-il plus fréquent pour les personnes en situation de précarité ? (*oui ; non ; ne sais pas*)

4.2. Sur le conseil pharmaceutique

Q34 : Pour les personnes en situation de précarité, par rapport aux autres patients, vous devez expliquer la pathologie (*moins longtemps ; aussi longtemps ; plus longtemps*)

Q35 : Pour les personnes en situation de précarité, par rapport aux autres patients, vous devez expliquer le traitement (*moins longtemps ; aussi longtemps ; plus longtemps*)

Q36 : Pour les personnes en situation de précarité, par rapport aux autres patients, vous devez expliquer les génériques (*moins longtemps ; aussi longtemps ; plus longtemps*)

Q37 : Pour les personnes en situation de précarité, par rapport aux autres patients, vous devez expliquer les résultats biologiques (*moins longtemps ; aussi longtemps ; plus longtemps*)

Q38 : Pour les personnes en situation de précarité, par rapport aux autres patients, vous devez expliquer le fonctionnement des appareils (*moins longtemps ; aussi longtemps ; plus longtemps*)

Q39 : En matière de médication officinale, par rapport aux autres patients, pensez-vous que les personnes en situation de précarité font appel au pharmacien (*plus souvent ; aussi souvent ; moins souvent*)

Q40 : Pour les personnes en situation de précarité, vous êtes souvent amenés à (2 réponses maximum)
(*conseiller une consultation chez un médecin ; servir d'intermédiaire avec les professionnels paramédicaux ; donner des adresses de spécialistes ; prendre un rendez-vous chez un professionnel de santé ; avoir un contact téléphonique avec un professionnel de santé au sujet de la situation de la personne ; vous n'effectuez jamais ces démarches*)

Q41 : Si vous effectuez ces démarches, en général (une réponse)
(c'est de votre propre initiative, parce que vous connaissez la situation ; c'est parce que la personne vous a demandé de le faire)

Q42 : Par rapport aux autres patients, vous effectuez ces démarches
(moins souvent ; aussi souvent ; plus souvent)

Q43 : Pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, vous êtes amenés à (2 réponses maximum) :
(interroger les services sociaux ; faire des demandes de prestations supplémentaires pour du matériel non pris en charge ; faire livrer des médicaments ; contacter l'infirmière chargée des soins)

Q44 : autre (préciser) :

Q45 : Y a t il d'autres types de populations pour lesquelles vous effectuez ces démarches ?
(oui ; non)

Q46 : Si oui lesquelles ?

5. ATTENTES DU PHARMACIEN

Q47 : Donnez deux caractéristiques qui définissent, selon vous, une personne en situation de précarité :

Q48 : Que pensez-vous de la santé des personnes en situation de précarité ?

Q49 : Seriez-vous intéressés par une formation concernant la connaissance et l'accès aux soins des personnes en situation de précarité ?
(oui ; non)

Q50 : Si oui, sous quelle forme ?

6. AUTRES COMMENTAIRES

Q51 : autres commentaires

ANNEXE 7 :

LISTE DES COMMUNES CITEES dans les réponses selon le classement en zone de pauvreté

ZONE 1 : Pauvreté moyenne, familiale

Champigneulles (2)
Custines
Dieulouard
Frouard
Gerbéviller
Moutiers
Saint Nicolas de Port

ZONE 2 : Pauvreté faible, mixité en baisse

Heillecourt
Leyr
Ludres
Richardménil
Villers Clairlieu

ZONE 3 : Pauvreté moyenne, peu familiale

Bayon
Essey-les-Nancy
Laxou
Laxou Provinces

ZONE 4 : Pauvreté un peu élevée, familiale, baisse de la population

Homécourt
Pompey (2)
Thiaucourt
Tomblaine
Toul Croix de Metz
Villerupt

ZONE 5 : Pauvreté faible, mixité en hausse

Blénod les Pont à Mousson
Lexy
Varrangéville

ZONE 6 : Pauvreté un peu élevée, peu familiale

Lunéville centre
Nancy (4)
Vandoeuvre

LISTE DES COMMUNES OU LE QUESTIONNAIRE A ETE ENVOYE selon le classement en zone de pauvreté

ZONE 1 : Pauvreté moyenne, familiale

Badonviller (2)
Benaménil
Blénod les Toul
Brin-sur-Seille
Champigneulles (3)
Conflans-Jarnisy
Custines (2)
Dieulouard
Einville-au-Jard
Frouard (2)
Gerbéviller
Herserange
Jarny (3)
Longuyon
Mancieulles
Moutiers
Neuves-Maisons (2)
Piennes (2)
Pont Saint Vincent
Saint Nicolas de Port (2)
Thil
Tucquegnieux
Valleroy

ZONE 2 : Pauvreté faible, mixité en baisse

Bouxières-aux-Dames (2)
Colombey-les-Belles
Domèvre-en-Havre
Dommartin-les-Toul
Gondreville
Heillecourt
Lay-Saint-Christophe
Leyr
Ludres (2)
Mars-la-Tour
Mexy
Pulligny
Pulnoy (2)
Richardménil
Saulxures les Nancy
Seichamps (2)
Villers-la-Montagne
Villers-les Nancy (5)

ZONE 3 : Pauvreté moyenne, peu familiale

Bayon

Briey
Essey-les-Nancy (3)
Laxou (5)
Longwy (2)
Malzéville (3)
Pont à Mousson (3)
Saint-Max (4)
Vézelize

ZONE 4 : Pauvreté un peu élevée, familiale, baisse de la population

Auboué (2)
Baccarat (2)
Blainville-sur-l'eau
Homécourt (2)
Jarville (3)
Joeuf (4)
Joudreville
Maxéville (3)
Pompey (2)
Thiaucourt
Tomblaine
Toul (2)
Villerupt (3)

ZONE 5 : Pauvreté faible, mixité en hausse

Azerailles
Blénod-les-Pont à Mousson
Crusnes
Lexy
Liverdun
Longlerville
Magnières
Marbache
Pierrepoint (5)
Saulxures
Varangéville (2)

ZONE 6 : Pauvreté un peu élevée, peu familiale

Cirey-sur-Vezouze
Lunéville (3)
Nancy (27)
Vandœuvre (5)

ANNEXE 8 : RESULTATS DE L'ENQUETE (Tableaux des résultats)

TABLEAU 1 :

Q1 : Age des pharmaciens : répartition :

Question : Vous avez :

	Nombre de citations	Fréquence
entre 25 et 34 ans	1	2,8%
entre 35 et 44 ans	15	41,7%
entre 45 et 54 ans	14	38,9%
55 ans et plus	6	16,7%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	100%

TABLEAU 2 :

Comparaison de la répartition des pharmaciens ayant répondu par rapport à l'ensemble des pharmaciens interrogés dans les différentes zones de pauvreté d'après les communes d'exercice.

	Pauvreté faible	Pauvreté moyenne	Pauvreté un peu élevée	Pauvreté élevée	TOTAL
Echantillon des pharmaciens ayant répondu	8 22.2%	12 33.3%	13 36.1%	0 0	36 100%
Echantillon des pharmaciens interrogés	39 25.0%	54 34,6%	63 40,3%	0 0	156 100%

TABLEAU 3 :

Q3 : Durée de l'exercice :

Question : Depuis combien de temps exercez-vous à cet endroit ? (réponse en années)

	Nombre de citations	Fréquence
Non réponse	1	2,8%
< 2,00 ans	2	5,6%
de 2,00 à 9,00 ans	11	30,5%
de 10,00 à 19,00 ans	7	19,4%
20,00 ans et plus	15	41,7%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	100%

TABLEAU 4 :

Q4 : Participation à un réseau :

Question : Participez-vous à un réseau ?

	Nombre de citations	Fréquence
Oui	16	44,4%
non	19	52,8%
sans réponse	1	2,8%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	100%

TABLEAU 5 :

Q6 : Coût supérieur de la prise en charge des personnes en situation de précarité :

Question : A votre avis, la prise en charge de la santé des personnes en situation de précarité génère-t-elle des dépenses supérieures aux autres populations ?

	Nombre de citations	Fréquence
oui	23	63,9%
non	6	16,7%
ne sais pas	5	13,9%
sans réponse	2	5,6%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	100%

TABLEAU 6 :

Q7 : Motifs du coût supérieur de leur prise en charge :

Question : si vous pensez que la prise en charge des personnes en situation de précarité coûte plus cher, quels en sont les motifs (2 réponses maximum) ?

	Nombre de citations	Fréquence
elles consultent davantage	25	69,4%
elles ont plus d'ordonnances	13	36,1%
elles font davantage de séjours à l'hôpital	4	11,1%
leurs ordonnances contiennent plus de lignes	2	5,6%
autre	0	0,0%
sans réponse	11	30,6%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples. (2 au maximum)

Q8 : autres motifs cités : (0 réponse) :

Question : pour la réponse « autre », préciser :

TABLEAU 7 :

Q9 : Connaissance des coordonnées de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé) :

Question : Connaissez-vous les coordonnées de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé) de votre secteur ?

	Nombre de citations	Fréquence
non	28	77,8%
oui	6	16,7%
sans réponse	2	5,6%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	100%

TABLEAU 8 :

Q10 : Connaissance des coordonnées de la Sécurité sociale du secteur :

Question : connaissez-vous les coordonnées de la Sécurité sociale de votre secteur ?

	Nombre de citations	Fréquence
oui	25	69,4%
non	11	30,6%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	100%

TABLEAU 9 :

Q11 : Connaissance des coordonnées des services sociaux du secteur (assistantes sociales) :

Question : Connaissez-vous les coordonnées des services sociaux (assistantes sociales) de votre secteur ?

	Nombre de citations	Fréquence
oui	22	61,1%
non	14	38,9%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	100%

TABLEAU 10 :

Q12 : Pourcentage estimé de personnes bénéficiant de la CMU dans la clientèle :

Question : Quel pourcentage de personnes bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle accueillez-vous dans votre officine ?

	Nombre de citations	Fréquence
<10%	17	47,2%
=10 à 25%	15	41,7%
>25%	3	8,3%
sans réponse	1	2,8%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	100%

TABLEAU 11 :

Répartition des pharmaciens dans les différentes zones d'exercice selon le % de CMU estimé dans leur clientèle:

	Pauvreté faible	Pauvreté moyenne	Pauvreté un peu élevée	TOTAL
% de CMU <10%	5	6	4	15
% de CMU = 10 à 25%	2	5	7	14
% de CMU > 25%	1	1	1	3
TOTAL	8	12	12	32

Résultats exprimés en nombre de citations

Echantillon total de 32 en raison des non réponses à la question : dans quelle ville exercez-vous ?

TABLEAU 12 :

Q13 : Principales demandes des personnes en situation de précarité :

Question : Quelles sont les principales demandes des personnes en situation de précarité à la pharmacie (3 réponses maximum) ?

	Nombre de citations	Fréquence
délivrance d'une ordonnance	35	97,2%
CP*:explication du traitement	19	52,8%
CP*:explication de la pathologie	11	30,6%
CP*:demande de soins	7	19,4%
CP*:explication des résultats biologiques	6	16,7%
CP*:demande de matériel médical	3	8,3%
CP*:médication officinale	2	5,6%
autre	2	5,6%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples. (3 au maximum)

*CP = conseil pharmaceutique

Q14 : autres demandes précisées (2 réponses) :

Question : pour la réponse « autre », préciser :

- demande d'ordre social
- conseil pratique, prise de rendez-vous

TABLEAU 13 :

Q15 : Pourcentage de personnes bénéficiant de la CMU servies pendant les gardes :

Question : Lors de vos gardes, parmi les patients servis, quel est le pourcentage de personnes bénéficiant de la CMU ?

			Rappel % CMU dans la clientèle	
	Nombre de citations	Fréquence	Nombre de citations	Fréquence
=10 à 25%	15	41,7%	15	41,7%
<10%	9	25,0%	17	47,2%
>25%	9	25,0%	3	8,3%
Sans réponse	3	8,3%	1	2,8%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	100%	36	100%

TABLEAU 14 :

Q16 : Pourcentage des patients CMU de la pharmacie venant pendant les gardes :

Question : Quel pourcentage de vos patients CMU vient à la pharmacie pendant les gardes ?

	Nombre de citations	Fréquence
<10%	19	52,8%
=10 à 25%	8	22,2%
>25%	3	8,3%
Sans réponse	5	13,9%
ne sais pas	1	2,8%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	100%

TABLEAU 15 :

Q17 : Problèmes liés à l'illettrisme :

Question : Rencontrez-vous des problèmes liés à l'illettrisme ?

	Nombre de citations	Fréquence
oui	18	50,0%
problème non perçu	10	27,8%
non	6	16,7%
sans réponse	2	5,6%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	100%

TABLEAU 16 :

Q18 : Problèmes liés au langage :

Question : Rencontrez-vous des problèmes liés au langage ?

	Nombre de citations	Fréquence
oui	22	61,1%
non	9	25,0%
problème non perçu	4	11,1%
sans réponse	1	2,8%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	100%

TABLEAU 17 :

Q19 : Problèmes de délivrance liés à la mise à jour de la carte vitale :

Question : Rencontrez-vous des problèmes de délivrance liés à la mise à jour de la carte vitale ?

	Nombre de citations	Fréquence
plus depuis que la pharmacie est équipée d'une borne	26	72,2%
oui	9	25,0%
non	1	2,8%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	100%

TABLEAU 18 :

Q20 : Nature des problèmes de mise à jour de carte vitale :

Question : si vous rencontrez des problèmes de délivrance liés à la mise à jour de la carte vitale, de quel ordre sont-ils le plus souvent (2 réponses maximum) ?

	Nombre de citations	Fréquence
sans réponse	22	61,1%
le patient a oublié de faire sa mise à jour	13	36,1%
autre	3	8,3%
le patient n'a pu se rendre à une borne	1	2,8%
le patient n'a pu se servir de la borne	0	0,0%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples. (2 au maximum)

TABLEAU 19 :

Q22 : Problèmes liés au renouvellement de la CMU :

Question : Rencontrez-vous des problèmes liés au renouvellement de la CMU ?

	Nombre de citations	Fréquence
oui	33	91,7%
non	2	5,6%
sans réponse	1	2,8%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	100%

TABLEAU 20 :

Q23 : Nature des problèmes liés au renouvellement de la CMU :

Question : si vous rencontrez des problèmes liés au renouvellement de la CMU, de quel ordre sont-ils le plus souvent ? (2 réponses maximum)

	Nombre de citations	Fréquence
le patient n'a pas rempli ses papiers correctement ou en dehors des délais	33	91,7%
le traitement du dossier par la Sécu laisse des intervalles sans couverture	11	30,6%
le patient a changé de situation	7	19,4%
le changement de situation ou de département entraîne un retard de traitement du dossier par la Sécu	4	11,1%
autre	3	8,3%
Non réponse	2	5,6%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples. (2 au maximum)

TABLEAU 21 :

	Nombre de citations
Problèmes liés à la SS	15
Problèmes liés au patient	40
TOTAL	55

SS = Sécurité Sociale

TABLEAU 22:

Q25 : Attitudes suivies pour la délivrance en cas de rupture des droits CMU :

Question : Quand il existe une rupture des droits CMU, quelle est l'attitude la plus souvent suivie pour la délivrance ? (2 réponses maximum)

	Nombre de citations	Fréquence
crédit accordé	23	63,9%
le patient règle les médicaments	18	50,0%
délivrance d'une partie du traitement seulement	14	38,9%
les médicaments ne peuvent être délivrés	3	8,3%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples. (2 au maximum)

TABLEAU 23 :

Q26 : Gestion du dossier quand il existe une rupture des droits CMU

Question : Quand il existe une rupture des droits CMU, avez-vous déjà été amenés à : (2 réponses maximum)

	Nombre de citations	Fréquence
effectuer le relais avec les services sociaux de la ville et /ou la SS	28	77,8%
conseiller le patient sur les différentes mutuelles existantes	8	22,2%
remplir les papiers de demande de mutuelle pour le patient	3	8,3%
sans réponse	3	8,3%
autre	2	5,6%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples. (2 au maximum)

TABLEAU 24 :

Q28 : Attitudes suivies pour la délivrance lorsqu'un médicament n'est pas remboursé

Question : Quand des médicaments prescrits ne sont pas remboursés, comment la délivrance se déroule-t-elle ? (2 réponses maximum)

	Nombre de citations	Fréquence
seuls les médicaments remboursés sont délivrés	26	72,2%
le patient paye la différence	21	58,3%
un crédit est accordé	9	25,0%
autre	8	22,2%
aucun produit n'est délivré	0	0,0%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples. (2 au maximum)

TABLEAU 25 :

Q30 : Cas de la délivrance des dispositifs médicaux LPPR lorsque le dépassement est faible :

Question : Pour les dispositifs médicaux à remboursement LPPR (Liste des Produits et Prestations Remboursables) , lorsque le dépassement est faible, le plus souvent :

	Nombre de citations	Fréquence
le patient ne veut pas régler la différence	18	50,0%
le patient règle la différence	17	47,2%
sans réponse	1	2,8%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	100%

TABLEAU 26 :

Q31 : Attitude suivie pour la délivrance si le patient ne règle pas la différence :

Question : si le patient ne règle pas la différence, parmi les propositions suivantes, que pratiquez-vous le plus souvent (2 réponses maximum) ?

	Nombre de citations	Fréquence
Vous proposez un produit totalement remboursé	25	69,4%
vous ne faites pas payer le dépassement	12	33,3%
vous ne délivrez pas le produit	7	19,4%
sans réponse	5	13,9%
vous délivrez une quantité inférieure à celle prescrite	4	11,1%
autre	4	11,1%
TOTAL OBS.	36	

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples. (2 au maximum)

TABLEAU 27 :

Q33 : Fréquence plus importante des accidents de travail pour les personnes en situation de précarité :

Question : Le pourcentage des ordonnances liées à un accident de travail est-il plus fréquent pour les personnes en situation de précarité ?

	Nombre de citations	Fréquence
non	29	80,6%
ne sait pas	6	16,7%
oui	1	2,8%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	100%

TABLEAU 28 :

Q34 : Durée d'explication de la pathologie :

Question : Pour les personnes en situation de précarité, par rapport aux autres patients, vous devez expliquer la pathologie :

	Nombre de citations	Fréquence
aussi longtemps	20	55,6%
plus longtemps	13	36,1%
sans réponse	2	5,6%
moins longtemps	1	2,8%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	100%

TABLEAU 29 :

Q35 : Durée explication du traitement :

Question : Pour les personnes en situation de précarité, par rapport aux autres patients, vous devez expliquer le traitement :

	Nombre de citations	Fréquence
plus longtemps	19	52,8%
aussi longtemps	15	41,7%
moins longtemps	1	2,8%
sans réponse	1	2,8%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	100%

TABLEAU 30 :

Q36 : Durée explication des génériques :

Question : Pour les personnes en situation de précarité, par rapport aux autres patients, vous devez expliquer les génériques :

	Nombre de citations	Fréquence
aussi longtemps	17	47,2%
plus longtemps	14	38,9%
moins longtemps	3	8,3%
sans réponse	2	5,6%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	100%

TABLEAU 31:

Q37 : Durée explication des résultats biologiques :

Question : Pour les personnes en situation de précarité, par rapport aux autres patients, vous devez expliquer les résultats biologiques :

	Nombre de citations	Fréquence
aussi longtemps	22	61,1%
sans réponse	7	19,4%
plus longtemps	6	16,7%
moins longtemps	1	2,8%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	100%

TABLEAU 32:

Q38 : Durée explication du fonctionnement des appareils :

Question : Pour les personnes en situation de précarité, par rapport aux autres patients, vous devez expliquer le fonctionnement des appareils :

	Nombre de citations	Fréquence
aussi longtemps	19	52,8%
plus longtemps	13	36,1%
sans réponse	3	8,3%
moins longtemps	1	2,8%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	100%

TABLEAU 33 :

Q39 : Fréquence du conseil en médication officinale :

Question : En matière de médication officinale, par rapport aux autres patients, pensez-vous que les personnes en situation de précarité font appel au pharmacien :

	Nombre de citations	Fréquence
Moins souvent	25	69,4%
aussi souvent	6	16,7%
plus souvent	5	13,9%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	100%

TABLEAU 34 :

Q40 : Nature des démarches de conseil

Question : Pour les personnes en situation de précarité, vous êtes souvent amenés à :

	Nombre de citations	Fréquence
conseiller une consultation chez le médecin	27	75,0%
avoir un contact téléphonique avec un professionnel de santé au sujet de la personne	14	38,9%
servir d'intermédiaire avec les professionnels paramédicaux	9	25,0%
prendre un rendez-vous chez un professionnel de santé	7	19,4%
donner des adresses de spécialiste,	5	13,9%
vous n'effectuez jamais ces démarches	3	8,3%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples. (2 au maximum)

TABLEAU 35 :

Q41 : De qui vient l'initiative de ces démarches

Question : Si vous effectuez ces démarches en général (une réponse) c'est :

	Nombre de citations	Fréquence
de votre propre initiative parce que vous connaissez la situation	28	77,8%
sans réponse	5	13,9%
à la demande de la personne	3	8,3%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	100%

TABLEAU 37 :

Q42 : Comparaison de la fréquence de ces démarches avec les autres patients :

Question : Par rapport aux autres patients, vous effectuez ces démarches :

	Nombre de citations	Fréquence
plus souvent	16	44,4%
aussi souvent	15	41,7%
sans réponse	3	8,3%
moins souvent	2	5,6%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	100%

TABLEAU 38 :

Q43 : Actions pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées :

Question : pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, vous êtes souvent amenés à (2 réponses maximum) :

	Nombre de citations	Fréquence
faire livrer des médicaments	32	88,9%
contacter l'infirmière chargée des soins	24	66,7%
interroger les services sociaux	6	16,7%
faire des demandes de prestation supplémentaire pour du matériel non pris en charge	5	13,9%
autre	4	11,1%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples. (2 au maximum)

TABLEAU 39 :

Q45 : Autres populations pour lesquelles ces démarches sont effectuées :

Question : y a-t-il d'autres populations pour lesquelles vous effectuez ces démarches ?

autres populations concernées	Nombre de citations	Fréquence
oui	17	47,2%
sans réponse	14	38,9%
non	5	13,9%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	100%

TABLEAU 40 :

Q47 : Caractéristiques qui définissent une personne en situation de précarité (28 réponses) :

Question : Donnez deux caractéristiques qui définissent selon vous, une personne en situation de précarité

Mots-clés	Nombre de citations	Fréquence
Non réponse	7	19,4%
Revenu	14	38,9%
Santé / hygiène de vie	11	30,6%
Travail	8	22,2%
Isolement / communication	8	22,2%
Education / connaissance	6	16,7%
Dépendance / assistanat	6	16,7%
Intégration	5	13,9%
Famille	4	11,1%
Logement	3	8,3%
Drogue	1	2,8%
TOTAL DES OBSERVATIONS.	36	

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (5 au maximum)

TABLEAU 41 :

Q48 : Santé des personnes en précarité (29 réponses) :

Question : Que pensez-vous de la santé des personnes en situation de précarité ?

	Nombre de citations	Fréquence
Santé plutôt mauvaise ou moins bonne	12	33,3%
Santé plutôt bonne ou équivalente	10	27,8%
Santé très variable	3	8,3%
Autre et non réponse	9	25%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	

TABLEAU 42 :

Q49 : Volonté de formation :

Question : Seriez-vous intéressés par une formation concernant la connaissance et l'accès aux soins des personnes en situation de précarité ?

	Nombre de citations	Fréquence
oui	21	58,3%
non	10	27,8%
sans réponse	4	11,1%
ne sais pas	1	2,8%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	100%

TABLEAU 43 :

Q50 : Sous quelle forme (17 réponses) :

Question : si vous êtes intéressés par une formation, sous quelle forme ?

(Résultats : tableau 43 p)

	Nombre de citations	Fréquence
Soirée / conférence	13	36,1%
Documents / sites avec infos pratiques	5	13,9%
Débat/ rencontre avec d'autres acteurs sociaux	2	5,5 %
Autre / NR	19	52,3%
TOTAL DES OBSERVATIONS	36	

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples.

TABLEAU 44 :

Comparaison des attitudes adoptées lorsqu'il existe un obstacle financier :

	Après rupture des droits CMU	Médicaments non remboursés	Dispositifs médicaux à dépassement LPPR faible	TOTAL
Le patient règle	18	21	17	56
Crédit*/ remise	23	9	12	44
Une partie du traitement est délivrée	14	26	4	44
Aucun médicament n'est délivré	3	0	7	10
				154

Résultats exprimés en nombre de citations

* crédit de temps (mise en attente des ordonnances jusqu'à la réouverture des droits) ou crédit d'argent

TABLEAU 45 :

Comparaison de la durée des explications en fonction des problèmes de langage et d'illettrisme détectés.

	Ceux qui signalent des problèmes de langage		Ceux qui signalent des problèmes d' illettrisme	
	supérieure	identique	supérieure	identique
Durée d'explication				
- du traitement	74%	40%	63%	47%
- de la pathologie	92%	45%	54%	55%
- des génériques	64%	59%	43%	65%
- des résultats biologiques	100%	54%	83%	50%
- des appareils médicaux	85%	47%	69%	47%

Exemples : 74 % de ceux qui signalent des problèmes de langage passent plus de temps à expliquer le traitement aux personnes en situation de précarité par rapport aux autres personnes

40 % de ceux qui signalent des problèmes de langage passent autant de temps à expliquer le traitement aux personnes en situation de précarité par rapport aux autres personnes

ANNEXE 9 : Liste des réponses ouvertes

Q5 : Réseaux cités

- 7 : IFMO, réseau tox 54
- 11 : MADLOR
- 14 : Réseau de gérontologie, MADLOR
- 16 : MADLOR
- 17 : Réseau tox 54
- 19 : MADLOR
- 20 : MADLOR, RTUH 54, ONCOLOR, ANTIBIOLOR
- 22 : MADLOR
- 23 : MADLOR
- 26 : MADLOR
- 27 : CEIP NANCY
- 28 : Toxicomanie
- 34 : Nepanthes

Q8 : Autres motifs du coût supérieur de la prise en charge des personnes en situation précaire : (0 réponses)

Q14 : Autres demandes des personnes en situation de précarité : (2 réponses)

- 3 : demande d'ordre social
- 20 : conseils pratiques, prise de rendez-vous

Q20 : Autres motifs de non mise à jour de la carte vitale

- 3 : grande négligence volontaire ou non volontaire de la part des personnes
- 29 : ça n'est pas leur problème
- 34 : mauvaises relations avec les services sociaux

Q24 : Autres motifs cités pour les problèmes de non renouvellement de CMU (3 réponses)

- 3 : trop souvent négligence de la part des ressortissants CMU
- 10 : problème des naissances qui sont longues à enregistrer
- 23 : le patient ne sait pas qu'il doit renouveler sa CMU

Q27 : Autres réponses citées pour la gestion du dossier après rupture des droits CMU (2 réponses)

3 : cas très fréquent, c'est du quotidien ; conscience de jouer le rôle d'assistant social et de faire les démarches minimales à la place des assurés qui « aiment bien » se faire assister parfois.

14 : mise en attente des ordonnances en attendant la réouverture des droits.

Q29 : Autres réponses citées pour les problèmes liés aux médicaments non remboursés (9 réponses) :

3 : on traite au cas par cas selon les besoins et la bonne foi du patient

11 : un crédit est accordé et il n'est jamais payé

14 : on prend contact avec le médecin

20 : on appelle le prescripteur pour envisager un changement

21 : la prise en charge est faite par la tutelle

26 : la demande est toujours faite si la personne veut ou non les produits. Selon la nature, commission recours gracieux

28 : substitution si possible

30 : aucun produit n'est délivré car le patient en a déjà chez lui

35 : le patient se plaint

Q32 : Autres réponses citées pour le problème des dépassements sur les dispositifs médicaux LPPR (4 réponses)

6 : délivrance d'un produit dont la différence est plus faible

23 : on voit au cas par cas

26 : si impossibilité de remplacer par un médicament moins onéreux, on téléphone au médecin

35 : je râle contre les pouvoirs publics

Q44 : Autres actions citées pour le maintien à domicile des personnes âgées (4 réponses)

20 : contacter la famille

22 : contacter MADLOR

- 26 : contacter l'aide-ménagère
- 34 : livraison aux clients d'une maison de retraite

Q46 : Populations concernées : (16 réponses)

- 2 : personnes seules ou isolées, handicapées
- 3 : tous les assurés qui en ont besoin
- 4 : maladies graves
- 9 : CMU, handicapés, personnes sans véhicule
- 13 : personnes handicapées ne venant pas à l'officine
- 14 : toutes si besoin
- 16 : personnes handicapées
- 17 : étudiants
- 20 : femmes seules avec enfants malades
- 24 : personnes très malades quelque soit leur âge
- 26 : personnes ayant des difficultés à se déplacer
- 27 : personnes handicapées
- 28 : TIG (placement de prisonniers en liaison avec leur coordinateur), les services sociaux des prisons font mal leur travail
- 31 : tous âges confondus
- 32 : étrangers
- 34 : mère de famille, handicapés

Q47 : Caractéristiques qui définissent une personne en situation de précarité (28 réponses)

- 1 : mauvaise prise en charge de sa santé, peu de connaissance sur ses droits à l'accès aux soins
- 2 : difficulté financière, difficulté d'intégration sociale et donc de communication
- 3 : situation matérielle difficile, soit chômage, soit familiale, problème de toxicomanie, etc...
- 4 : revenus très faibles, isolement
- 5 : difficultés de compréhension, difficultés à les motiver à un traitement régulier
- 6 : négligence (malpropreté), téléphone portable ; sur une carte vitale, aucun des ayants droits n'a le même nom et ils sont nombreux
- 8 : sans emploi, coupé de la famille
- 9 : inertie sociale, assistantat obligatoire, personnes ne s'occupant pas de leurs papiers

- 11 : forte consommation de soins en tout genre, perte de notion des coûts, des horaires, du travail, des autres
- 12 : problème psychologique ou financier
- 13 : personne disposant de la CMU et n'ayant pas les moyens financiers de payer les médicaments non remboursés
- 14 : j'ai rempli ce questionnaire comme si précarité= CMU mais je pensais plutôt précarité= pas d'accès au logement
- 15 : recherche les conseils avant la consultation, demande les produits exclusivement pris en charge
- 16 : absence d'emploi et de revenus
- 17 : personnes déménageant souvent, hygiène de vie délabrée
- 18 : repli sur soi
- 20 : état de santé déficient et/ ou handicap, revenus faibles voire absence de revenus
- 21 : perdue donc bien souvent assistée ensuite
- 24 : pas de domicile, pas de travail
- 25 : personne de nationalité étrangère, famille nombreuse
- 26 : difficulté financière et mauvaise insertion sociale
- 27 : trop peu de revenus, pas de situation professionnelle stable
- 28 : chômage, bas niveau de revenus
- 30 : ne lit pas les ordonnances, ne consomme pas les médicaments et ne désire pas les génériques
- 31 : n'a pas d'argent pour payer les médicaments (nopron) pour son fils confié aux grands parents mais part en Guadeloupe pour trois semaines ! bons du secours catholique pour lait bébé mais un portable à chaque oreille à la pharmacie : cherchez l'erreur quant à l'attribution des droits CMU !
- 32 : niveau de vie, socialisation par le travail, besoin d'assistance pour la vie courante, incapacité à se débrouiller ou l'inverse, capacité à se débrouiller en plus de la CMU.
- 34 : attentes de toutes les aides avec nos soins, incompréhension de la longueur des demandes
- 35 : étrangers sans emploi, célibataire, la quarantaine et réfugié politique.
- 36 : handicap, vieillesse

Q48 : Santé des personnes en précarité (29 réponses)

1 : moyenne ou mauvaise

2 : CMU assure une bonne couverture des soins ; la santé est donc sensiblement la même que pour la population en général. Néanmoins, on peut craindre les conséquences des habitudes de vie et notamment d'une alimentation déséquilibrée.

3 : toutes les structures existent pour que leur santé ne soit pas plus mauvaise que celle des autres personnes

4 : problèmes de santé plutôt dentaires, dermatologiques, psychiques, pas très sensibles à la prévention

5 : les bénéficiaires de la CMU se soignent correctement

6 : pas davantage de pathologies graves, beaucoup de consultations pour des pathologies banales surtout chez les enfants (ORL). Pathologies liées aux conditions de vie : malnutrition, tabagisme

8 : n'est pas plus mauvaise que le reste de la population

9 : ça dépend, certains sont très bien suivis (ceux qui gèrent le mieux les CMU et aides diverses) et d'autres dans un état catastrophique

11 : santé mauvaise mais que faire ? changer la société à la base pour éviter cette précarité = utopie

12 : correcte

13 : bonne en général car ils consultent dès les premiers symptômes (généraliste en semaine, médecins de garde et urgences le WE). En revanche, pendant les intervalles de temps sans couverture CMU, c'est la catastrophe : arrêt des traitements chroniques, ou prise partielle, non consultation pour une pathologie aiguë, arrêt des contrôles hématologiques

14 : ceux qui ont la CMU consultent plus souvent. Leur santé semble globalement bonne sauf peut-être leur santé mentale

15 : la disparition de certaines prises en charge ou limitation (LPPR) contribue à un retard de soins pour raisons financières, ce qui est dommageable. Certaines prescriptions ne prennent pas en compte les difficultés de soins dues au non remboursement (contraception, dentaire, hygiène de base)

16 : très variable selon les individus

17 : moins bonne, moins de suivi thérapeutique régulier

18 : tendance à la dépression

20 : leur santé est généralement moins bonne que celle de la population générale

21 : sans problème si elle veut bien se donner la peine de consulter. Bien souvent ces personnes sont irresponsables et laissent aller les choses.

24 : la santé de ces personnes est mauvaise mais elle serait pire sans les prises en charge disponibles avec le système français

25 : leur santé est équivalente à la santé des autres personnes. Par contre ce sont des personnes qui accèdent plus facilement aux urgences pour des petits maux. Certainement pour eux l'habitude que tout leur est du.

26 : méconnaissance des conséquences d'une mauvaise prise en charge médicale, manque de suivi dans le respect du traitement

27 : plus de toxicomanie (cigarettes, tabac, alcool, héroïne, plus de problèmes psychiques (sommifères, BZD), plus d'asthme (allergique ou non)

28 : problème de santé lié à la drogue ou à l'alcool voué à une dégradation rapide

30 : plus précaire

31 : elles ne sont pas plus malades que les autres mais consultent deux fois plus (pas de participation forfaitaire retenue)

32 : santé précaire, hygiène de vie (alimentation, sport, corporelle) due à une absence d'éducation

34 : beaucoup d'efforts et d'aide leur sont dévolus

35 : beaucoup d'étrangers viennent à Villerupt car ils savent que le CCAS est cool ! On récolte la lie de l'Europe sociale.

26 : à améliorer

Q50 : Sous quelle forme (17 réponses)

1 : soirée de formation

3 : à définir

4 : réunion en soirée ou une journée

5 : conférence en soirée

9 : document avec les personnes à contacter, les papiers à réunir pour demander la CMU et aides diverses, document de synthèse

13 : à l'officine

14 : conférence débat

15 : liens et rencontres avec acteurs sociaux des communes et des régions

17 : conférence

18 : conférence

20 : soirée

25 : en soirée

26 : livret avec carnet d'adresses et des exemples de situation à solutionner au comptoir

27 : site Internet

28 : petite conférence rapide sur les services sociaux bien que notre pharmacie soit très impliquée dans ce type de cas

34 : documents, adresses d'organismes, n° de téléphone

35 : site

Q51 : Autres commentaires :

8 : plaquettes informatives sur les différents services existants en proximité

10 : problème du LPPR et du dépassement, produits non remboursés et laits infantiles

14 : dans mon secteur la couverture sociale et la santé ne semblent pas poser de problèmes grâce aux diverses aides sociales. Le seul véritable problème est le non renouvellement des droits par négligence de l'intéressé. L'énorme problème semble être l'éducation. Ce sont très souvent des familles sur trois voire quatre générations qui bénéficient d'aides sociales

20 : merci pour ce travail pertinent pour notre profession

22 : votre questionnaire donne l'impression de classer ces personnes dans une catégorie spéciale. Vous semblez les dévaluer « précarité » ne signifie pas débilite. Ce sont des personnes qui savent tout à fait se prendre en charge.

23 : les questions sont trop orientées et parfois mettent les personnes concernées dans une catégorie vraiment différente des autres patients

27 : population qu'il est difficile de responsabiliser aussi bien vis-à-vis de leur traitement que des obligations administratives

30 : bon courage et désolé pour le retard

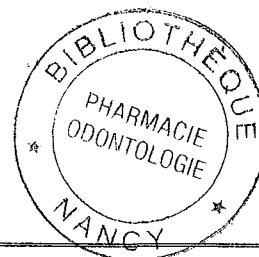
32 : la précarité n'excuse pas la malhonnêteté (taux de recouvrement proche de 0 avec les « précaires » d'où un refus de confiance quasi systématique. Laxisme quasi général vis-à-vis de tout effort, c'est l'aboutissement du consumérisme a-culturel

35 : l'ouverture de l'Europe vers les pays de l'Est a bouleversé les données économiques et sociales et l'on voit désormais de plus en plus de Français eux-mêmes en situation de précarité. La pauvreté nous guette !

36 : ne pas confondre pharmacie et assistant(e) social(e) ; à quand l'obligation des génériques pour les CMU ? Le pourcentage de refus des génériques est deux fois supérieur dans cette catégorie de patients.

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 3 juillet 2006



DIPLOME D' ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présenté par **Nadia PERROT**

Sujet :

La pharmacie d'officine, lieu d'éducation et d'accès à la santé pour les personnes en situation de précarité? Enquête auprès de pharmaciens d'officine de Meurthe et Moselle

Jury :

Président : Mme Emmanuelle BENOIT, Maître de Conférences

Juges : Mme Dora LIBAN, Docteur en pharmacie
Mme Huguette BOISSONNAT-PELSY, Docteur en sciences odontologiques

Vu,

Nancy, le 23 mai 2006

Le Président du Jury Le Directeur de thèse

Mme E. BENOIT
Maître de Conférences

Mme E. BENOIT
Maître de Conférences

Vu et approuvé,

Nancy, le 23 mai 2006

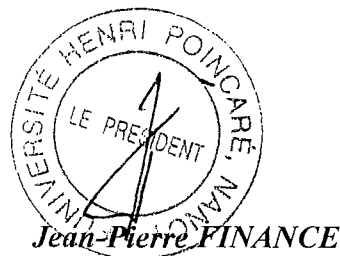
Doyen de la Faculté de Pharmacie
De l'Université Henri Poincaré-Nancy 1



Vu,

Nancy, le 5 JUN 2006

Le Président de l'Université Henri Poincaré-Nancy 1,



N° d'enregistrement : 2537

N° d'identification : PM Manuyobno 4-1

TITRE

La pharmacie d'officine, lieu d'éducation et d'accès à la santé pour les personnes en situation de précarité ?

Enquête auprès de pharmaciens d'officine de Meurthe et Moselle

**Thèse soutenue le : 3 juillet 2006
Par Nadia PERROT**

RESUME

L'accès aux soins des personnes en situation de précarité n'est pas toujours facile, ni de manière générale, ni à la pharmacie. Inscrite dans la loi française depuis 1998, la lutte contre la précarité et les exclusions continue à rencontrer des difficultés sur le terrain.

Cette thèse présente une enquête réalisée en 2005 auprès des pharmaciens syndiqués à la FSPF (Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France) de Meurthe et Moselle. Elle avait pour but d'interroger les pharmaciens sur les difficultés qu'ils rencontraient dans leur exercice auprès des personnes démunies et les solutions qu'ils apportaient à ces difficultés.

Les résultats de cette enquête montrent que les pharmaciens jouent un rôle important dans l'accès aux soins des plus démunis parce qu'ils exercent un travail de proximité dans leurs quartiers. D'une part, leur bonne connaissance des populations qu'ils desservent leur permet, dans de nombreux cas, de lever les obstacles financiers et les obstacles de communication qui persistent avec les personnes en situation de précarité. D'autre part, leur rôle d'orientation et d'intermédiaire avec les différentes structures d'accompagnement des plus défavorisés complète utilement leurs efforts pour délivrer les traitements en assurant la meilleure observance possible.

MOTS CLES : Enquête, pharmacien d'officine, précarité, accès aux soins, éducation

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
Mme BENOIT	Laboratoire de communication	Expérimentale Bibliographique Thème 6

Thèmes : 1 - Sciences fondamentales
3 - Médicaments
5 - Biologie

2 - Hygiène/ Environnement
4 - Alimentation/ Nutrition
6 - Pratique professionnelle