



Martine CORNET
Chargée de mission

Marie-Hélène BERTOCCHIO
Pharmacien coordonnateur

Véronique PELLISSIER
Médecin coordonnateur

Davy BEAUGER
Ingénieur hospitalier

Accès aux produits de santé

État des lieux pour les personnes précaires en situation d'exclusion sociale ne disposant pas de droits effectifs à une protection maladie

**ENQUÊTE PILOTE de l'Observatoire du Médicament des Dispositifs médicaux et de l'innovation Thérapeutique (OMÉDIT PACA)
Préalable à la réalisation d'une ETUDE TRANSVERSALE en région PACA**

*Mission qualité, sécurité et pertinence des activités de soins
Direction de l'Organisation de l'Offre de Soins
Agence Régionale de Santé PACA
132 Boulevard de PARIS
13003 MARSEILLE*

I. Problématique générale

Le développement d'une politique de santé publique passe par la possibilité d'accéder facilement aux soins et aux traitements médicamenteux.

Pour les patients en situation d'exclusion sociale et de précarité un cadre a été prévu par le législateur (Art L6111-1-1 du Code de la Santé Publique notamment). Il a pour objectif de résoudre les éventuelles inégalités d'accès aux soins du fait de leur facturation. Cependant les pratiques dans certains établissements de santé peuvent constituer un obstacle à la réalisation de cet objectif. Certains processus en œuvre peuvent conduire à des situations où une personne en demande de soins se voit opposer un refus de manière plus ou moins explicite qui la conduit directement ou indirectement à une absence de soins et/ou de traitement de la part des professionnels de santé. De nombreuses études, enquêtes et rapports décrivent ces obstacles¹

En effet, il s'avère que le dispositif n'est pas systématiquement activé. Deux situations sont principalement décrites au sein des établissements :

- l'application directe de règles de facturation des soins, sans discernement des statuts des personnes. Les personnes en situation de précarité et exclusion sociale seront amenées à un renoncement/abandon du soin ;
- La méconnaissance ou même l'absence de définition des modalités d'organisation pour la continuité des soins et l'accès aux traitements médicamenteux en sortie d'hospitalisation, pour les personnes sans droits effectifs à une protection maladie. Situation génératrice de ruptures de parcours de santé.

II. Objectif principal :

Identifier les points de rupture de parcours de santé des patients sans droits effectifs à une protection maladie (« sans droits ») lors de l'accès aux produits de santé ; 1^{er} accès et continuité des traitements.

III. Objectifs secondaires :

Explorer la problématique au regard des différents niveaux d'interventions dans le parcours d'accès aux produits de santé des patients « sans droits ».

¹ Rapport de l'institut du droit de la santé, Université Paris Descartes, Conférence Nationale de la Santé septembre 2010

A. 1^{er} niveau d'intervention: les organisations institutionnelles, Pharmacie à Usage Intérieur et Services Financiers (DAF) :

1. Les Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) : organisation de la dispensation des produits de santé
2. Les Services Financiers : mode de financement retenu par l'établissement pour cette dispensation.

B. 2^{ème} niveau d'intervention: les acteurs sanitaires et sociaux auprès de ce public :

1. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS); les Centres Médico-psychologiques et Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (CMP, EMPP); les services d'Urgences médicales (MCO et Psychiatriques CAP)
2. Les travailleurs sociaux et/ou sanitaires des structures d'accueil social et médico-social sans condition avec ou sans hébergement, appelées communément structures de « bas seuil ».

IV. Définition de la population :

A. La population cible est constituée des patients précaires « sans droits ».

Nous retenons la définition des publics cibles citée dans le PRAPS : «les publics situés au plus bas de l'échelle sociale "les plus démunis". Ce sont, les personnes sans chez soi, les jeunes en errance, les personnes âgées migrantes, notamment en foyer de travailleurs migrants ou résidences sociales, les migrants, les étrangers en situation irrégulière, les saisonniers, les gens du voyage, les personnes en situation de prostitution, les personnes placées sous-main de justice, ainsi que les anciens détenus en démarche de réinsertion,... qui cumulent des difficultés financières, des difficultés de repérage des parcours de soins, d'accès aux droits et aux soins. »

Est retenue comme population cible cette population, limitée exclusivement aux patients médicalisés avec prescription de produits de santé.

La population cible est explorée indirectement par enquête auprès des populations source.

B. Les populations source :

Nous avons retenu 6 populations source en fonction des différents niveaux d'interventions dans le parcours d'accès aux produits de santé des patients « sans droits ». Ces 6 populations sont regroupées au sein des 2 domaines définis ci-dessus, § objectifs secondaires:

• **D'une part le domaine dit « institutionnel » des services de gestion matière et financière des produits de santé :**

1. Les PUI des établissements, Etablissements Publics de Santé MCO et Santé Mentale, détenant des PASS médicalisées ou non, des CMP accueillant des patients « sans droits », des services d'Urgence MCO ou Psychiatrie ;
2. Les Direction des Services Financiers de ces établissements.

• **D'autre part le domaine dit « de terrain », des structures sanitaires et sociales d'accueil et prise en charge de ce public :**

3. Les Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ;
4. Les Centres Médico-Psychologiques (CMP) et les Equipes Mobiles EMPP
5. Les urgences MCO et urgences Psychiatriques ;
6. Les structures d'accueil social sans condition, avec ou sans hébergement.

V. Le Périmètre de l'enquête :

L'INSEE² compare en 2012 le taux de pauvreté du niveau national (14,3%), à celui des régions : la région PACA est la 4^{ème} région de France touchée par la pauvreté (taux 16,9%) derrière la Corse (20,4%), le Languedoc-Roussillon (19,8%) et le Nord Pas de Calais (19,3%). L'analyse au niveau départemental montre qu'à l'exception des Hautes Alpes (14,1%) le taux de pauvreté de tous les départements de la région PACA est supérieur à la moyenne métropolitaine :

Figure 1 - La pauvreté est intense dans les Bouches-du-Rhône

Taux de pauvreté et intensité de la pauvreté dans les départements de Paca en 2012

Départements	Taux de pauvreté <i>en %</i>	Niveau de vie médian des personnes pauvres		Intensité de la pauvreté <i>en %</i>
		<i>en euros/mois</i>	<i>en euros/an</i>	
Alpes-de-Haute-Provence	16,4	782	9 380	21,0
Hautes-Alpes	14,1	793	9 522	19,8
Alpes-Maritimes	15,2	763	9 155	22,9
Bouches-du-Rhône	18,1	759	9 103	23,3
Var	15,3	768	9 216	22,4
Vaucluse	19,8	767	9 204	22,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	16,9	764	9 165	22,8
France Métropolitaine	14,3	782	9 378	21,0

Sources : Insee ; DGFIP ; Cnaf ; Cnav ; CCMSA, Fichier localisé social et fiscal 2012

La pauvreté s'accroît avec la concentration urbaine. Dans les grands pôles urbains, là où vivent 80% de la population régionale, le taux de pauvreté atteint 17,5%. Cependant dans les communes isolées, c'est-à-dire celles qui ne sont pas sous l'influence des pôles, le taux de pauvreté est également élevé (17,9%), mais ces communes ne concentrent toutefois qu'une faible part de la population régionale (2,6%).

Pour déterminer précisément le périmètre de cette étude « test » nous nous sommes appuyés sur deux sources de données complémentaires. Données relatives aux critères de pauvreté: la «part des assurés de moins de 65 ans bénéficiaires de la CMUC », et l'« l'Indice de Désavantage Social (IDS) » appliqué aux territoires de la région PACA. Afin de croiser ces sources dans l'objectif d'affiner la notion de territoires géographiques.

² Source INSEE : Insee Analyses, Provence-Alpes-Côte d'Azur, N°16 juin 2015

Le 1^{er} critère de pauvreté, la « part des assurés de moins de 65 ans bénéficiaires de la CMUC », est issu de la source DRSM Paca-Corse, (régime général stricto sensu – unité :%), il a été mesuré en 2015. Nous retiendrons les zones géographiques où ce taux est = ≥ 10%.

<i>Espaces de santé de proximité</i>	<i>Part des assurés - moins de 65 ans bénéf. de la CMUC (rég. gén.) - 2015</i>
Marseille 3eme	38,8
Marseille 14eme	34,2
Marseille 15eme	32,2
Marseille 16eme	29,2
Marseille 2eme	28,6
Marseille 1er	28,3
Marseille 13eme	22,7
Avignon	18,8
Toulon	16,7
Marseille 4eme	16,2
Marseille 6eme	16,1
Marseille 5eme	15,1
Marseille 11eme	14,9
Marseille 10eme	14,3
Martigues	13,9
Tarascon	13,8
La Seyne-sur-Mer	13,7
Arles	13,1
Draguignan	11,4
Vitrolles	11,3
Marseille 9eme	11,2
Brignoles	11,2
Nice	10,8
Port-Saint-Louis-du-Rhône	10,7
Marignane	10,3
Carcès	10,2
Salon-de-Provence	10
Bollene	10

Soit 28 zones sur 133, les 28 premières sous-régions de PACA pour lesquelles le taux de pauvreté est = ≥ 10% ; elles appartiennent aux départements des Bouches du Rhône, du Var, du Vaucluse et des Alpes Maritimes.

Le 2^{ème} critère de pauvreté, l'« Indice de Désavantage Social (IDS) » à un niveau géographique aussi fin que possible, est issu d'un travail de l'ARS PACA Direction de la stratégie et prospective Département observations & études, qui a fait l'objet d'une publication dans la revue « La Santé observée» N° 15, aout 2012 et N°16, octobre 2012.

En Page 4 du N°16 est présentée une carte régionale des territoires les plus désavantagés au regard de cet indicateur synthétique, l'IDS. Celui-ci mesure le désavantage social selon différents paramètres et regroupe les territoires en 5 classes de la moins à la plus précaire en fonction de la valeur croissante de leur indice. Des micro-territoires sont ainsi déterminés en fonction de leur IDS, exprimé en « quintile ». Cf. Annexe 1.

Nous retiendrons 5 zones ou micro-territoires du quintile 5 le plus défavorisé, elles correspondent à Marseille, Nice, Toulon/La Seyne, Avignon, Martigues.

La ville de Marseille est incontestablement, du fait de sa position de capitale régionale, la ville qui accueille le plus grand nombre de personnes sans abris. Une étude réalisée en 2011 par une équipe du service de santé publique de l'AP-HM à la demande du réseau ASSAb a relevé 12 648 personnes sans abri ; le nombre des équipements en structures d'accueil « de bas seuil » est proportionnel, il est très supérieur à celui des autres villes citées ci-dessus.

Les métropoles de Nice et Toulon accueillent un nombre important de personnes sans-abris, les demandes d'hébergement d'urgence de nuit auprès du 115 se sont élevées respectivement pour Nice à 37 041 en 2014, et pour Toulon (TMP) à 9 045 en 2013.

Les villes d'Avignon et de Martigues sont identifiées comme appartenant à un niveau de précarité élevé. Leur population est beaucoup plus faible que celles des métropoles régionales, mais elles présentent pour nous l'intérêt de se situer au carrefour de territoires urbains et ruraux, et pour Martigues d'un territoire hyper industrialisé. Nous attendons de leur inclusion dans le cadre de cette étude des informations diversifiées sur les besoins d'accès aux soins et aux traitements, et sur les points de rupture, pour ces différents types de population précaire.

En conclusion nous retiendrons dans cette étude deux périmètres géographiques différents, correspondant chacun à un des 2 domaines d'appartenance respective des populations sources.

- 1. Pour le domaine dit « institutionnel », les services de gestion matière et financière des produits de santé,** les données seront recueillies auprès de la totalité des établissements publics de santé de la région PACA (EPS MCO et EPSM), pour leurs PUI et leurs Services Financiers.
- 2. Pour le domaine dit « de terrain », les structures sanitaires et sociales de prise en charge de ce public :** nous nous limiterons aux 5 zones géographiques de la région PACA définies ci-dessus : Marseille, Nice, Toulon/la Seyne, Avignon, Martigues.

Dans le périmètre de ces 5 territoires seront inclus dans notre étude:

- la totalité des PASS, médicalisées ou non, et, vu leur spécificité et leur faible nombre (4), la totalité des PASS en milieu psychiatrique de la région ;
- la totalité des CMP accueillant des publics précaires « sans droits », et les EMPP;
- la totalité des services d'urgence MCO et Psychiatriques CAP ;
- pour les structures d'accueil social de « bas seuil », un échantillon représentatif en relation avec le nombre de personnes précaires et les modalités de l'accueil social et médico-social dans chacun des 5 territoires. Soit :

Marseille, 8 structures : 3 hébergements de nuits (hébergements d'urgence et CHRS sans condition), 1 LHSS, 3 accueil de jour, 1 CAARUD ;

Nice, 3 structures : 1 hébergement d'urgence de nuit, 1 accueil de jour, 1 CAARUD ;

Toulon/La Seyne, 2 structures : 1 hébergement d'urgence de nuit, 1 accueil de jour ;

Avignon et Martigues, 1 structure d'accueil social par territoire.

VI. Les critères d'inclusion/exclusion

Critères d'inclusion :

Relatifs à la population cible : tout patient démuné précaire sans droit effectif à une protection maladie, quel que soit son âge, son sexe, sa nationalité, disposant d'une prescription médicale de produits de santé.

Relatifs aux populations sources :

Les structures définies au § IV/B/ « population source » situées respectivement à l'intérieur de chacun des 2 périmètres géographiques retenus.

C. Critères d'exclusion :

Relatifs à la population cible : les patients possédant des droits effectifs à une protection maladie, et les patients sans prescription de produits de santé.

Relatifs aux populations sources : les structures définies au § IV/B/ « population source » situées hors périmètres géographiques retenus.

VII. Echantillonnage

a. Domaine dit « institutionnel » des services de gestion matière et financière des produits de santé :

Absence d'échantillonnage : recueil exhaustif des données de la totalité des EPS MCO et EPSM pour leurs PUI et Services Financiers.

b. Domaine dit « de terrain », les structures sanitaires et/ou sociales d'accueil de ce public

Pour les 5 territoires du périmètre retenu

Méthodologie d'échantillonnage :

VIII. Recueil de données, modalités

Enquête rétroactive sur les données de l'année N-1, réalisée par questionnaire spécifique à chacun des 6 domaines explorés.

Utilisation du mode dématérialisé (internet) et, éventuellement si besoin, complément par liaison téléphonique.

IX. Finalité de l'étude :

Proposer des pistes d'amélioration du parcours de santé des patients précaires « sans droits », notamment par une aide à la résolution des ruptures d'accès aux produits de santé. Propositions d'harmonisation des pratiques de dispensation des produits de santé à cette catégorie de patients.

X. Période de l'étude pilote

15 janvier au 17 mars 2017