

[**The free delivery of drugs during hospital consultations**]

Rachel Haus, Grégoire Moutel, Luc Montuclard, Irène François, Marie Frebault, Luc Rozenbaum, Richard Bertrandon, Christian Hervé

► **To cite this version:**

Rachel Haus, Grégoire Moutel, Luc Montuclard, Irène François, Marie Frebault, et al.. [The free delivery of drugs during hospital consultations]. La Presse Médicale, Elsevier Masson, 2003, 32 (28), pp.1303-9. inserm-00120241

HAL Id: inserm-00120241

<https://www.hal.inserm.fr/inserm-00120241>

Submitted on 13 Dec 2006

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.

Activité de délivrance gratuite des médicaments en consultation hospitalière

**Rachel HAUS (1), Grégoire MOUTEL (1,2), Luc MONTUCLARD (1,2), Irène François (Marie FREBAULT (1), Luc ROZENBAUM (3), Richard BERTRANDON (4),
Christian HERVE (1,2)**

(1) Polyclinique, Département de consultations et de santé publique

Hôpital Max Fourestier, 403 avenue de la république, 92000 Nanterre

(2) Laboratoire d'éthique médicale, de droit de la santé et de santé publique, IREB France

Faculté de médecine Necker, 156 rue de Vaugirard, 75015 Paris

(3) Pharmacie de l'hôpital Max Fourestier, 92000Nanterre

(4)Réseau de soins ville-hôpital ASDES « accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé

Remerciements : IREB, Institut Internationale de recherche en éthique biomédicale, dans son action « les systèmes de santé et les réseaux de soins », qui a permis et soutenu la réalisation de ce travail.

Mots clés : Accès aux soins, prescription, délivrance du médicament, protection sociale, couverture maladie universelle, santé publique, droit des patients.

Résumé :

En France, l'accès aux soins est devenu une priorité et un droit. Ainsi l'offre de soins se réorganise de manière à mieux prendre en charge les fléaux de santé pour tous les patients, qu'ils puissent ou non payer ce dont il a besoin. La loi d'orientation du 29 juillet 1998 spécifie que "l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé." Cette loi prévoit la mise en place dans les hôpitaux de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) permettant d'assurer des soins de qualité, en consultations comme en urgences ou en hospitalisation, pour toutes personnes quelle que soit leur situation sociale. Elle précise par ailleurs qu'il convient d'aider les patients à effectuer leurs démarches pour bénéficier de leurs droits en termes de sécurité sociale. La loi du 27 juillet 1999, complétant celle de 1998, reconnaît le droit à la santé comme un droit fondamental et permet par la création de la CMU (couverture maladie universelle) une prise en charge financière à 100% des soins pour toute personne, française ou étrangère en situation régulière, ayant des faibles revenus. Les patients en situation de vulnérabilité, grâce à ces dispositifs, bénéficie donc des mêmes moyens médicaux et des mêmes soins que l'ensemble des citoyens français. La délivrance gratuite des médicaments (DGM) fait partie des services offerts par des hôpitaux publics, dès lors qu'une personne a de faibles revenus et n'a pas de droits sociaux encore ouverts. En ce sens elle s'inscrit dans le droit de la santé et fonde une nouvelle mission du service public hospitalier et des réseaux de soins.

La policlinique de l'hôpital Max Fourestier est un des hôpitaux de la région parisienne qui, dans le cadre d'une PASS et du réseau ville-hôpital ASDES (accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé), dispense des consultations de médecine et de chirurgie pour la population et qui assure la délivrance gratuite du médicament. Sur la période du 1^{er} avril 1999 à fin juin 2000 ont été étudiés dans ce service toutes les DGM pour les patients de ville, non hospitalisés, s'adressant au département de consultations avec une ordonnance de médicaments pour laquelle une délivrance en officine de ville ne pouvait se faire, faute de revenus suffisants ou de droits sociaux ouverts.

Nos résultats mettent en évidence que les pathologies rencontrées dans le cadre de la DGM, sont superposables à celles de la population générale et qu'elles n'ont rien de spécifiques. Il ne se dégage pas de spécificité de prescriptions liée à la vulnérabilité. Ceci conforte, s'il le fallait, le fait que la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité soit intégrée dans le dispositif de droit commun. Les résultats montrent également qu'il s'agit de thérapeutiques indispensables et pour certaines vitales, ce qui justifie l'utilité de la DGM sans laquelle la santé des individus pourrait rapidement s'altérer. Par ailleurs ce travail montre l'intérêt d'une bonne gestion de la DGM de manière à éviter une délivrance anarchique et sans contrôle de plusieurs ordonnances source d'interactions médicamenteuses néfastes et de iatrogénie. C'est pourquoi la consigne a été donnée au personnel assurant la délivrance de demander au patient de rencontrer systématiquement un médecin référent et de contacter si besoin le pharmacien de l'hôpital dès que le patient se présente. Ce travail permet pour toute nouvelle ordonnance de vérifier la compréhension de celle-ci par le patient et de faire la synthèse avec d'éventuelles ordonnances précédentes afin de contrôler le bon usage du médicament et d'insister sur l'observance. Cette approche doit permettre ainsi de concourir à l'éducation à la santé des patients, mais aussi de rationaliser les dépenses de DGM l'hôpital sans pour autant remettre en cause le principe d'accès aux soins gratuits. Enfin cette consultation permet de proposer au patient une prise en charge globale de ses facteurs de risque médicaux, souvent mal pris en compte chez les personnes vulnérables. La demande de DGM apparaît alors comme l'occasion d'une rencontre permettant au clinicien de connaître le patient, d'appréhender son intimité grâce au secret médical et de repérer outre ses pathologies, ses facteurs de risque ou éléments de vulnérabilité qui interagissent sur son état de santé. Nos résultats confirment enfin qu'une majorité de patients peuvent bénéficier d'une optimisation de leurs droits dès lors que le médecin s'implique dans le repérage systématique des besoins de ses patients et qu'une coordination efficace et rapide s'installe avec les travailleurs sociaux. L'ouverture des droits à l'occasion d'une DGM apparaît alors comme une véritable action de santé publique clinique puisqu'elle permet par la suite au patient d'accéder à la prévention et aux soins de santé primaire. C'est pourquoi nous proposons que la DGM soit également, en plus de la consultation médicale, systématiquement couplée à une consultation avec une assistante sociale de manière à permettre un retour dans le droit commun le plus rapide possible. L'ouverture rapide des droits sociaux permet ainsi de limiter la durée de la DGM (et donc son coût pour l'établissement hospitalier) et participe à la réintégration sociale du patient.

La DGM n'est donc pas à concevoir comme un acte traditionnel de délivrance pharmaceutique. Il doit être le prétexte à la réintégration des personnes dans leurs droits sociaux et dans une démarche de qualité de prise en charge médicale. Ainsi organisée, la DGM constitue donc un outil précieux d'accès aux soins, d'accès à la prévention, mais également de construction du lien social.

Introduction

Depuis plusieurs années s'amorce en France une adaptation de l'offre de soins de manière à mieux prendre en charge les fléaux de santé au niveau de chaque individu et cela que le patient puisse ou non payer les soins dont il a besoin. L'accès aux soins est ainsi devenu une priorité et un droit. Les institutions de soins ont pour obligation d'offrir les services de soins nécessaires à tous les patients quels que soient leur situation sociale et leurs revenus. La délivrance gratuite des médicaments (DGM) fait partie de ces services, dès lors qu'une personne n'a pas de droits sociaux ouverts.

Le département de consultations de l'hôpital Max Fourestier de Nanterre, qui dessert un des bassins de vie de la région parisienne comportant une population importante en état de vulnérabilité. Il s'agit de personnes ayant un toit mais présentant des difficultés de vie quotidienne. Le département de consultation de l'hôpital Max Fourestier de Nanterre répond aux objectifs de la loi (1) : il propose un plateau de consultations, appelé policlinique (au sens de la clinique de la Cité), ouverte à tous les patients et qui intègre en son activité celle d'une Permanence d'accès Aux Soins, structure ouverte pour les personnes sans aucune obligation de prise de rendez-vous. Il y est dispensé des consultations de médecine et de chirurgie, des consultations multidisciplinaires et des consultations de santé publique clinique abordant les facteurs de risque et les comportements à risque, véritables fléaux sociaux, rarement abordés systématiquement, au cours d'une pratique médicale classique.

La Délivrance Gratuite des Médicaments (DGM) pour les personnes n'ayant pas de droits sociaux encore ouverts fait partie de l'ensemble de ces actions médico-sociales que réalise ce département de consultations. Auparavant, après la consultation médicale, le médecin ne se préoccupait nullement de savoir si la personne consultante avait les moyens de payer les soins, les médicaments ou les examens complémentaires. L'idée en effet que tous les patients avaient leurs droits ouverts permettant l'accès aux soins était majoritairement répandue ; c'était méconnaître les populations en état de vulnérabilité sociale que le Haut Comité de la Santé Publique a évalué à 20% de la population générale française ! La CMU, couverture maladie universelle mise en place en Janvier 2000 a pour but de faciliter l'exercice des droits sociaux par les patients, aidés par les médecins, de manière simplifiée répondant en ce sens à une exigence médicale de qualité de soins et à une finalité éthique de prise en charge globale des personnes. Avant la mise en place du département de consultation et de sa Policlinique et avant la mise en place de la CMU, on notait des prises en charge médicale sans cohérence avec le social, dans lesquels des décisions médicales ne débouchaient pas sur des soins réels, faute de droit sociaux pour les personnes ou de pédagogie à les exercer. Des contradictions majeures pouvaient être alors perçues dans l'exercice de la médecine dans un bassin de vie caractérisé par une haute fréquence de personnes présentant des problèmes économiques, sociaux ou familiaux et la dérive était telle qu'une partie de l'exercice médical pouvait être critiquée. Aujourd'hui, tout médecin se doit de repérer les problèmes sociaux de ses patients, les informer sur leurs droits et des les orienter vers une assistante sociale. Dans notre service, un accord direct avec la caisse primaire d'assurance maladie des hauts de seine, permet de manière expérimentale, par voie de messagerie informatique sécurisée, une ouverture des droits sous 48 heures. Une telle approche a reçu l'aval de la CNIL et s'inscrit dans un réseau expérimental ville-hôpital ASDES « accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé ». Ainsi autant les médecins du privé que du public, peuvent dans ce réseau, intégrer dans leurs droits sociaux les patients, dans un système de santé qui devient plus performant.

L'évaluation de la DGM dans ce contexte avait pour objectifs de :

- 1) définir les profils sociaux des personnes en délivrance gratuite de médicaments.
- 2) répertorier les différentes pathologies rencontrées, les différents types de prescription et leur durée.
- 3) montrer l'intérêt, du couplage de la DGM à une prise en charge globale des patients incluant les dimensions médicales (de soins, de prévention et d'éducation à la santé) et sociales (en particulier l'ouverture des droits) au sein d'une consultation hospitalière.

Méthodologie

Sur la période du 1^{er} avril 1999 à fin juin 2000 ont été recensées toutes les délivrances gratuites de médicaments (DGM) pour les patients de ville, non hospitalisés, s'adressant au département de consultations avec une ordonnance de médicaments pour laquelle une délivrance en officine de ville ne pouvait se faire, faute de revenus suffisants ou de droits sociaux ouverts. Parallèlement une fiche de recueil prospectif des données a été mise en place pour tout patient. Cette fiche collige des renseignements sur l'âge du patient, son sexe, son lieu de résidence, l'état de ses droits sociaux à la date de l'ordonnance. Sont également recueillies sur cette fiche les spécialités médicamenteuses délivrées et leurs quantités, la durée de délivrance, la spécialité du médecin prescripteur. Ces données ont été croisées avec les éléments des dossiers médicaux de chaque patient incluant les

éléments médico-sociaux, systématiquement recueillis par un médecin sur une fiche sociale incluse dans le dossier médical. Ceci permet donc au total de recueillir les éléments suivants :

Les données administratives des patients :

- le sexe
- le département d'habitation
- la nationalité
- la durée de séjour en France en cas de nationalité étrangère
- les revenus

Les données médicales renseignaient sur :

- le nombre de venues par patient
- le diagnostic principal porté lors de chaque consultation (codification classification internationale CIM 10) et son caractère aigu (durée inférieure à 1 mois) ou chronique (durée supérieure à 1 mois).
- la spécialité médicale du prescripteur et son lieu d'exercice
- le nombre d'ordonnances délivrées par patient
- la fréquence des classes pharmaco-thérapeutiques prescrites en DGM (selon la classification nationale française de la CNAMTS-MEDICAM) (6)
- les durées de prescription, les durées de délivrance gratuite hospitalière et la notion d'arrêt précoce de délivrance (durée de délivrance inférieure à la durée de prescription)

Les données sociales ont été recueillies en juillet 2000 lors d'une réunion de travail avec l'assistante sociale. A cette occasion, cette dernière précisait le type de couverture sociale retrouvé.

Les données sociales renseignaient sur :

- la rencontre ou non du patient avec l'assistance sociale du département de consultation au moment de la DGM (mise en place d'une prise en charge médico-sociale).
- l'existence ou non d'une couverture sociale et pour les patients avec couverture sociale : le type de couverture sociale et les raisons de la DGM.
- le type de couverture sociale qui a pu être obtenu ou améliorée pour chaque patient grâce à la prise en charge médico-sociale du département de consultations.
- les obstacles rencontrés dans l'ouverture des droits sociaux (absence d'ouverture de droits possibles, démarches non effectuées par les patients, délais d'ouverture administrative des droits trop longs...).

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées (après anonymisation) par les médecins de l'équipe dans le respect du secret médical. Les données ont été saisies après codage à l'aide du logiciel Excel. Une analyse descriptive a été réalisée. Le risque de première espèce (0.05) a été fixé.

Résultats :

Données administratives :

Au cours de la période étudiée 91 patients (sexe ratio H/F = 1.7/1) de ville, non hospitalisés, ont bénéficié de la DGM. Le nombre de patients concernés par mois varie entre 3 et 13. Le nombre moyen de patients vus par mois en 1999 et 2000 diffère peu : 6.2 entre avril 1999 et décembre 1999 (période 1) et 5.7 depuis la mise en place de la Couverture maladie universelle au premier janvier 2000 à fin juin 2000 (période 2).

Leur lieu de résidence se situe à 82 % dans le bassin de vie des Hauts de Seine, où se situe le département de consultations. Les autres patients proviennent des départements limitrophes de la région parisienne.

La nationalité est à prédominance étrangère (73 %), 27% étant de nationalité française.

Les nationalités se répartissent comme suit : Europe de l'Est 41.2 %, maghrébine 23.5 %, africaine (hors Maghreb) 21.6 %, autres 13.7 %. La durée moyenne de séjour en France est de 46 mois soit 3.8 ans (médiane : 1 an, minimum : 15 jours, maximum : 33 ans).

La majorité des patients (63 %) ne touche aucun revenu, 20 % sont chômeurs, 12,3 % reçoivent une allocation (Allocation Adulte Handicapé, Revenu Minimum d'Insertion), 4.7 % ont un emploi.

Données médicales :

Diagnostics principaux :

Les prises en charge des 91 patients ont donné lieu à 116 consultations. Les diagnostics principaux portés à l'issue de ces consultations sont détaillés dans les tableaux 1 et 2. Ils s'inscrivent dans 16 catégories de la classification internationale CIM 10. Les diagnostics les plus fréquemment retrouvés sont par ordre décroissant:

- les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures
- les dorsopathies
- les affections aiguës des voies aériennes respiratoires supérieures
- les psychoses organiques sans précision
- les autres troubles anxieux
- les HTA
- les mycoses cutanées
- les maladies de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum
- les mises à jour de vaccinations

Soulignons parmi les autres cas, un certain nombre de diagnostics principaux sévères : diabète, tuberculose, VIH, RAA... ; autant de cas nécessitant, plus que les autres, un accès rapide aux soins et aux traitements.

Enfin notons 8 diagnostics principaux, classés dans la CIM 10 dans "symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques non classés ailleurs", patients pour lesquels un diagnostic précis n'a pu être porté lors de la consultation mais pour lesquels des traitements symptomatiques ont été délivrés.

Si l'on classe les diagnostics, non pas à l'aide de la CIM 10 mais en fonction du caractère chronique ou aigu de la pathologie on dénombre : 35 % de pathologies chroniques, 60 % de pathologies aiguës, et 5 % autre (vaccinations).

Médecins prescripteurs :

97,5 % des prescripteurs sont des médecins hospitaliers. Ils se répartissent comme suit :

- 76,6 % exerçant en consultation à l'hôpital au niveau du département de consultations de la Polyclinique et se répartissant en 70 % de médecine polyvalente (médecine générale ou médecine interne), 3,3 % de spécialistes médicaux et 2,5 % de spécialistes chirurgicaux.

- 20,9 % exerçant en consultation dans un autre service clinique de l'hôpital (cardiologie, pneumologie, diabétologie...) soit lors d'une sortie d'hospitalisation du patient, soit lors d'une consultation externe faite au sein même du service.

Enfin, 2,5 % correspondent à de la médecine générale de ville.

Nombre d'ordonnances :

Cent seize ordonnances ont été prescrites pour ces 91 patients soit en moyenne 1.3 ordonnances par patient. La majorité des patients a bénéficié d'une seule ordonnance (81 %), 10 % de deux et 9 % de trois. Parmi ces ordonnances, 59.5 % sont faites en première période (1999) et 40.5 % en deuxième (2000). Soit en première période : 1.2 ordonnance par patient et en deuxième période : 1.4 ordonnance par patient (différence statistiquement non significative $p = 0.18$).

Classes thérapeutiques délivrées :

Les médicaments prescrits se répartissent en huit grandes classes thérapeutiques (cf. tableau 3), qui correspondent à celles les plus prescrites en France (classification MEDICAM) (6). Il s'agit de thérapeutiques indispensables et pour certaines vitales, ce qui justifie l'utilité de la DGM sans laquelle la santé des individus pourrait rapidement s'altérer. Il ne se dégage pas de spécificité de prescriptions liée à la vulnérabilité.

Durée de prescription et de délivrance :

Ont été étudiées les durées de prescription et de délivrance par ordonnance, avant et après instauration de la couverture maladie universelle (CMU, survenue au 01/01/00) (tableau 4).

Données sociales :

Il n'y a pas de différence significative entre la première période s'écoulant d'avril 1999 à décembre 1999 où l'assistante sociale, dans le cadre de la PASS, a vu 54,3 % des patients venus en DGM (31/57) et la deuxième période où elle a rencontré, 55,8 % (18/34) des patients ($p=0.88$). Malgré nos procédures, un nombre important de patients échappent à la prise en charge sociale, ce que nous analyserons dans la discussion. 83,8 % (26/31) des patients vus par l'assistante sociale en première période et (13/18) 72,2 % des patients vus en deuxième période n'ont aucune couverture sociale, différence non significative ($p=0.54$).

En première période, avant l'existence de la CMU :

Sur les 31 patients ayant vu l'assistante sociale :

5 personnes avaient une couverture sociale mais ont malgré tout nécessité une DGM. Parmi elles 1 personne avait une sécurité sociale de base et une complémentaire, 4 avaient une sécurité sociale de base sans mutuelle. Ces 5 personnes demandaient la DGM car elles prétendaient ne pas pouvoir faire l'avance des frais en pharmacie de ville ou ne disposaient pas de leurs attestations de prise en charge.

26 n'avaient aucun droit.

Au total sur les 31 patients :

- Les droits sociaux ont été rétablis ou élargis pour 27 patients (87 %).
- 4 personnes (3%) n'ont pas retrouvé de droits :
 - 2 patients détenant un visa touristique
 - 1 patient en situation irrégulière séjournant depuis moins de 3 mois en France
 - 1 patient ne répondant pas aux sollicitations de l'assistante sociale

Pour les 27 patients qui ont recouvré ou complété des droits :

- 81,4 % (22/27) ont obtenu une AME (aide médicale état, délivrée pour les étrangers résidant sur le territoire depuis plus de trois mois).
- Pour les autres, l'assistance sociale a obtenu l'ouverture des droits de base à la sécurité sociale assortis pour 1 patient d'une AMD (aide médicale départementale allouée aux résidents réguliers sur le territoire des Hauts de seine), pour 2 autres d'une ALD 100% et, pour les deux derniers, d'une mutuelle complémentaire.

En seconde période, après création de la CMU :

Sur les 18 personnes ayant vus l'assistante sociale

5 personnes avaient une couverture sociale ouverte mais, soit elle n'était pas suffisante (2 avaient une CMU de base seule sans complémentaire), soit elle était complète mais les 3 patients (CMU de base avec complémentaire) n'en avaient pas conscience ou n'avaient pas le justificatif de ces droits (attestations) pour se rendre à la pharmacie.

13 n'avaient aucun droit.

Au total, sur les 18 patients :

- Les droits sociaux ont été rétablis ou élargis pour 11 patients (61,1 %).
- 4 personnes (22%) n'ont pas retrouvé de droits :
 - 1 patient détenant une sécurité sociale à l'étranger
 - 1 patient hébergé chez quelqu'un qui paye pour eux en France
 - 2 patients ne répondant pas aux sollicitations de l'assistante sociale
- 3 avaient déjà le maximum de droits possibles

Pour les 11 patients qui ont recouvré ou complété des droits :

- 54,5 % (6/11) ont obtenu une AME (aide médicale état, délivrée pour les étrangers sur le territoire depuis plus de trois mois).
- Pour les autres (5/11), l'assistance sociale a obtenu l'ouverture d'une CMU de base couplée à une complémentaire.

Discussion :

Délivrance gratuite du médicament : acte caritatif isolé ou réintégration dans le droit commun pour une meilleure prise en charge en termes de santé publique?

Historiquement, jusqu'en 1999, la délivrance gratuite du médicament (DGM) était un acte banalisé, sans évaluation du contexte dans lequel il se déroulait, ni préoccupation du statut social des personnes. En particulier le statut social des personnes n'était pas noté et les démarches rarement entreprises pour l'ouverture des droits sociaux. L'acte de délivrance gratuite pouvait alors apparaître alors comme un acte palliatif, sans remise des patients dans le droit commun et donc sans possibilité d'acquérir une autonomie à se traiter et à se rendre non seulement en officine de ville mais également dans d'autres structures de soins en ville ou à l'hôpital comme tout autre citoyen. Ainsi le risque était de maintenir les patients dans un système parallèle de soins, inégalitaire, et hors des principes de citoyenneté républicaine. Il nous est donc apparu important dans le cadre de la mise en place de la permanence d'accès aux soins (1-3) de santé de repérer les besoins sociaux des personnes pour lesquelles la délivrance gratuite était effectuée.

Nos résultats confirment qu'une majorité de patients peuvent bénéficier d'une optimisation de leurs droits dès lors que le médecin s'implique dans le repérage systématique des besoins de ses patients et qu'une coordination efficace et rapide s'installe avec les travailleurs sociaux. C'est sur ce modèle que fonctionne la PASS (permanence d'accès aux soins de santé) de notre département de consultations dans lequel la consultation de l'assistante sociale doit être en théorie systématiquement couplée la consultation médicale et à la délivrance gratuite de médicament dans une unité de lieu et de temps. Particulièrement depuis la mise en place de la CMU (4,5), la DGM est donc un outil précieux d'accès aux soins, mais se doit d'être la plus transitoire possible, le relais devant être pris rapidement par les officines de ville dès que les patients auront obtenu leur régularisation sociale permettant une prise en charge des soins à 100% dans tous les lieux de soins du territoire. Ces éléments de valorisation de la qualité de la prise en charge médicale seront à intégrer aux critères d'accréditation dans le volet accueil et prise en charge des patients.

Par ailleurs nos résultats mettent en évidence que les pathologies rencontrées dans le cadre de la DGM, sont superposables à celles de la population générale et qu'elles n'ont rien de spécifiques. Ceci conforte, s'il le fallait, le fait que la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité soient intégrées dans le dispositif de droit commun (consultations hospitalières mais aussi chez les médecins libéraux de ville). Enfin, les patients qui demandent une DGM sont en situation de fragilité par défauts d'accès aux soins (4-9). Or ils présentent souvent un défaut de prise en charge de leurs facteurs de risques médicaux (9) (cardiovasculaires, cancéreux, infectieux, psychiques, addictions...). Il faut donc profiter de la demande de DGM pour proposer au patient une prise en charge globale de tous les facteurs de risque. C'est pourquoi nous proposons également que les patients demandeurs de DGM bénéficient systématiquement d'une consultation médicale longue permettant en au minimum une demi-heure de prendre en charge tous ses besoins de santé non seulement en termes de soins mais aussi de prévention et d'aide. Tout médecin, incluant dans sa pratique quotidienne cette vision, peut concourir ainsi au repérage puis à la prise en charge des grands fléaux de santé médico-sociaux qui demeurent dans notre pays (7).

Avant et après la mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU), les procédures s'améliorent mais les questions centrales restent le repérage, l'accès aux droits et l'éducation des patients.

La toute récente loi n°99-641 du 27 juillet 1999 instituant la couverture maladie universelle (CMU), vient compléter le dispositif législatif de lutte contre les exclusions mis en place par la loi du 29 juillet 1998. La CMU, pour les patients français ou étrangers en situation régulière, prend ainsi le relais (depuis le 1^{er} janvier 2000) de l'aide médicale alloué antérieurement par certains départements (AMD), mais qui comportait de grandes disparités géographiques. Pour les personnes étrangères en situation irrégulière ne pouvant pas bénéficier de la CMU (7), on distingue d'une part les personnes étrangères de passage (visa tourisme court séjour, visite dans la famille installée sur le territoire et conservant sa résidence à l'étranger) pour lesquelles aucune prise en charge financière n'est possible et, d'autres part les personnes étrangères en situation irrégulière, résidant sur le territoire depuis plus de trois mois, qui peuvent bénéficier de l'AME (aide médicale versé par l'état) pour les soins dispensés par un hôpital. Nos résultats montrent que quelle que soit l'évolution des systèmes de protection maladie (avant et après CMU), les points importants sont :

1) Le repérage des problèmes sociaux

C'est grâce à un tel repérage par les professionnels de santé que le patient pourra accéder à ses droits. Si la question ne lui est pas posée par les soignants, aucune démarche ne sera entreprise d'autant que, souvent, les

patients soit n'ont pas conscience de leurs droits, soit ne sont pas sensibilisés à l'utilité de leur réintégration dans le droit commun, soit sont négligeant pour effectuer les démarches. C'est en fait toute la question du lien social qui doit être repensé à propos de la personne humaine qui se trouve prise en charge dans cette articulation entre le médical et le social.

2) L'orientation des personnes vers l'assistante sociale

Dans le cadre de la délivrance gratuite de médicaments (D.G.M) au département de consultations de l'hôpital de Nanterre, une articulation socio-médicale a été mise en place faisant de l'assistante sociale la personne investit de la mission de remettre les patients bénéficiaires de la D.G.M dans leurs droits. A terme, cette action permet aux patients, munis de leurs droits, d'acheter ses médicaments en officine de ville puis éventuellement par la suite de consulter le médecin de son choix en ville ou à l'hôpital. La présence physique d'une assistante sociale au sein d'un département de consultations, permet de faciliter cette réintégration, le patient étant directement présenté à cette personne et non renvoyé de bureau en bureau, dans des services où les heures d'ouverture ne coïncident pas souvent avec les heures de consultations et la disponibilité des usagers. Une telle organisation optimise le fonctionnement de la PASS.

3) L'éducation à l'usage des droits

Les travaux de Delbecchi, Maille et du Haut Comité de la Santé publique (7-9) objectivent les difficultés des patients à comprendre l'intérêt de la démarche (pourquoi demander la sécurité sociale, alors que mon dispensaire me donne gratuitement des médicaments ?), sa logique (il faut justifier ses droits, ce n'est pas automatique) . Les " dispositifs précarité " ne doivent pas s'auto-entretenir mais permettre au patient d'en sortir. C'est pourquoi dans les lieux de soins des personnes précaires, il convient d'expliquer au patient que seule sa réintégration dans le droit commun pourra déboucher sur un accès aux mêmes soins et aux mêmes filières de soins que l'ensemble de la population. Ainsi le système caritatif ne saurait se développer aux dépend de la remise des personnes dans le droit commun (7,8). Pour être performante, la DGM doit donc s'accompagner le plus rapidement possible de l'ouverture des droits sociaux du patient (réalisable sous 48H00 dans le cadre d'une convention entre notre service et la Caisse primaire d'assurance maladie du 92), ce qui lui permet d'aller en officine de ville (quitte à être aidé par l'équipe soignante pour la prise de son traitement) et de bénéficier par la suite de tout les systèmes de soins et de prévention existants.

La DGM constitue un acte médical important et qui doit respecter des procédures

La délivrance du médicament ne saurait constituer un acte banalisé ne prenant pas en compte la spécificité de chaque individu. La DGM ne doit pas constituer un acte isolé mais doit être couplée d'une part à une consultation médicale et à une consultation sociale. La consultation médicale permet quant à elle :

- de s'assurer de la validité de l'ordonnance avant que l'infirmière ne donne les traitements
- de s'assurer de l'absence d'évolution de ou des pathologies concernées (les patients précaires se présentant parfois plusieurs jours après la consultation ayant donné lieu à la rédaction de l'ordonnance)
- d'éviter les incompatibilités médicamenteuses (certains patients se présentant avec plusieurs ordonnances en DGM), et d'éduquer le patient à la prise des médicaments en insistant notamment sur le rôle fondamental joué par une compliance correcte limitant les rechutes.
- d'informer les patients sur les droits sociaux comme nous l'avons évoqué ci-dessus
- de saisir l'occasion de cette rencontre pour proposer un bilan de santé personnalisé en fonction des facteurs de risques de la personne (mise à jour des vaccins si besoin, orientation vers des examens de dépistage des cancers etc) et promouvoir un discours d'éducation à la santé.

La DGM s'inscrit alors dans une démarche de santé publique et dans une démarche clinique participant à la réintégration sociale. En effet l'expérience de notre service, avant la mise en place de notre nouvelle organisation, montre que la délivrance des médicaments pouvaient se faire de manière anarchique avec délivrance concomitante de plusieurs ordonnances que le patient présentait aux infirmières et qui pouvaient donner lieu à des interactions médicamenteuses néfastes, à un non contrôle des contre indications et donc à un risque iatrogène. Actuellement la consigne a été donnée au personnel assurant la délivrance de contacter un médecin référent dès lors que le patient se présente avec une nouvelle demande pour vérifier l'ordonnance et la compréhension de celle ci par le patient, faire la synthèse des différentes ordonnances au sein d'une ordonnance unique afin de contrôler le bon usage du médicament, d'insister sur l'observance, mais aussi de rationaliser les dépenses de l'hôpital sans pour autant remettre en cause le principe d'accès aux soins gratuits .

Conclusion :

Nos résultats soulignent que le but d'une démarche médico-sociale de qualité doit avoir pour finalité de réintégrer le plus tôt possible dans le droit commun les personnes en état de vulnérabilité sociale - ces personnes représentant 20 % de la population en France (9). Au-delà de la demande formulée par les patients, les acteurs de santé ont à jouer un rôle de repérage de tous les besoins médicaux et sociaux puis d'orientation vers des prises en charge ciblées et adaptées qui s'intègre dans un programme de prise en charge médico-social personnalisé. Une telle approche s'intègre aujourd'hui dans les perspectives de la loi de lutte contre les exclusions et dans les missions PASS et PRAPS de chaque bassin de vie et de chaque région. C'est pourquoi doit se mettre en place un mode de fonctionnement en partenariat avec les différents acteurs concernés, réunis dans le cadre d'une interprofessionnalité mêlant, parfois dans des réseaux de soins, les compétences médicales et sociales (10).

Les acteurs du médico-social doivent recevoir des messages clairs pour permettre une prise en charge médico-sociale de qualité où le référentiel doit être tourné vers les patients dans la construction de leur projet de vie et de leur réinsertion, projet visant à éviter les logiques de l'exclusion définitive. Le dispositif de délivrance gratuite du médicament ne doit donc plus, à notre avis, être pensé de manière isolée, comme un système de simple distribution pharmaceutique. Il doit être le prétexte à la réintégration des personnes dans leur droit et dans une démarche de qualité de la prise en charge médicale. Tout système qui n'assurerait qu'une délivrance simple voir aveugle serait contre nature. Une telle approche doit être intégrée dans une coordination et une transversalité constructive entre le médical et le social en décroissant ces deux systèmes (11). Ceci est un élément fondamental dans l'évaluation des structures hospitalières, dans celles des réseaux de soins "ville-hôpital" et dans leur accréditation.

Remerciements :

IREB, Institut Internationale de recherche en éthique biomédicale, dans son action « les systèmes de santé et les réseaux de soins », qui a permis et soutenu la réalisation de ce travail.

Bibliographie :

1. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Mission sociale de l'hôpital : article 73 et 76. Journal officiel de la République Française Juillet 1998.
2. Décret n° 98- 1216 du 29 /12/1998 relatif au PRAPS et modifiant le code de la santé publique. Journal officiel de la République Française Décembre 1998.
3. Circulaire DGS/SP2 n° 99- 110 du 23/02/1999 relative à la mise en place des PRAPS. Journal officiel de la République Française Février 1999.
4. Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, J.O n°172 du 28 juillet 1999. Journal officiel de la République Française Juillet 1999.
5. Caisse nationale d'assurance maladie. Couverture Maladie Universelle en pratique. Guide destiné aux personnes relais, Décembre 1999
6. Caisse nationale d'assurance maladie. CNAMTS MEDICAM. Les médicaments remboursés par le Régime Général de l'Assurance maladie en 1999.Rapport, Septembre 2000, 23-25.
7. G. DELBECCI, C. JOLLET, F.FLEURY, A. FONTAINE, A. VEISSE. Accès au système de santé : difficultés rencontrées par les exilés en Ile de France. Charité des soins : des logiques divergentes ? La Presse Médicale, 1999, 28, n°20, 1075-78.
8. D.MAILLE, A.VEISSE. Exclus des soins à l'heure de la CMU : comment réintégrer le système de santé ? La revue du praticien. Médecine générale, 2000, Tome 14.N° 502, 1111-13
9. Haut Comité de la Santé Publique, Ministère Français de l'Emploi et de la Solidarité, La progression de la vulnérabilité en France et ses effets sur la santé, Rapport, février 1998, 20-35.
10. C. HERVE, G. MOUTEL, R. HAUS, Accès aux soins et éducation à la santé, dossier thématique 2000, <http://www.ethique.inserm.fr>
11. MOUTEL G., HERVE C, Accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé : Les enjeux de la prise en charge globale des patients, Presse Médicale, 2001, accepté.

Tableau 1 : Diagnostics principaux

CLASSIFICATION CIM 10	Nombre de consultations	%
Maladies de l'appareil respiratoire	20	17.3
Troubles mentaux et du comportement	15	13
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques non classés ailleurs	14	12
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	12	10.3
Maladies de l'appareil digestif	10	8.6
Maladie du système ostéoarticulaire des muscles et du tissu conjonctif	10	8.6
Maladie de l'appareil circulatoire	9	7.8
Facteurs influençant sur l'état de santé	5	4.3
Maladies endocriniennes nutritionnelles et métaboliques	5	4.3
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	4	3.4
Maladie de l'appareil génito-urinaire	3	2.6
Lésions traumatiques, empoisonnement et certaines autres conséquences de causes externes	2	1.9
Maladies du système nerveux	2	1.7
Maladie de la peau et du tissu cellulaire sous cutané	2	1.7
Maladies de l'œil et ses annexes	2	1.7
Tumeur maligne	1	0.8
TOTAL	116	100%

Tableau 2 : Diagnostics principaux

CLASSIFICATION CIM 10		116 consultations
Maladies de l'appareil respiratoire : 20	Affections aiguës des VARS	6
	Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	10
	Grippe et pneumopathie	2
	Autres affections des voies respiratoires inférieures	2
Troubles mentaux et du comportement : 15	Psychose organique sans précision	6
	Autres troubles anxieux	6
	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	3
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques non classés ailleurs : 14	Appareils respiratoires et circulatoires	2
	Abdomen	3
	Peau	1
	Symptômes généraux	8
Certaines maladies infectieuses et parasitaires : 12	Tuberculose	3
	<i>Mycoses</i>	5
	Maladie liée au VIH	1
	Pédiculose	2
	Autre	1
Maladies de l'appareil digestif : 10	Maladie de la cavité buccale des glandes salivaires et maxillaires	3
	Maladie de l'œsophage de l'estomac et du duodénum	5
	Trouble fonctionnel	1
	Maladie de la vésicule biliaire des voies biliaire et pancréas	1
Maladie du système ostéo-articulaire des muscles et du tissu conjonctif : 10	Dorsopathies	7
	Arthropathie	3
Maladie de l'appareil circulatoire : 9	<i>HTA</i>	5
	Cardiopathie ischémique	1
	Maladie des veines et des vaisseaux	2
	<i>RAA</i>	1
Facteurs influençant sur l'état de santé : 5	vaccinations	5
Maladies endocriniennes nutritionnelles et métaboliques : 5	DID	3
	Malnutrition	1
	DNID	1
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire : 4	Anémie par carence en fer	2
	Autres anémies	2
Maladie de l'appareil génito-urinaire : 3	Lithiase urinaire	3
Maladies du système nerveux : 2	Trouble du sommeil	1
	Epilepsie	1
Maladie de la peau et du tissu cellulaire sous cutané : 2	Phlegmon	1
	impétigo	1
Maladies de l'œil et ses annexes : 2		2
Tumeur maligne : 1		1
Lésions traumatiques, empoisonnement et certaines autres conséquences de causes externes : 2		2

Tableau 3 : fréquence de prescription des différentes classes thérapeutiques parmi les 116 ordonnances

Catégories de médicaments	N= nombre de fois ou la classe thérapeutique a été prescrite
Anti infectieux généraux	62
Antibiotiques	24
Vaccins	17
Antiseptiques	10
Antifongiques	5
Antituberculeux	3
Antiparasitaire	3
Voies digestives et métabolismes	50
Antispasmodiques	13
Vitamines b et PP	7
Fer magnésium et potassium	7
Anti-ulcéreux	6
Anti-acides et pansement gastriques	6
Régulateurs du transit	3
Antémétiques	3
Insuline	2
Antidiabétiques oraux	2
Antihémorroïdaires	1
Antalgiques et AINS	47
Système nerveux central	37
Anxiolytiques	17
Hypnotiques	7
Antidépresseurs	5
Neuroleptiques	5
Antiparkinsoniens	3
Système respiratoire	20
Bronchodilatateurs	9
Antitussifs	7
Antihistaminiques	4
Système cardiovasculaire	15
Antihypertenseurs	7
Veinotonique, vasculoprotecteur	4
Anti-angoreux	3
AVK	1
Système musculaire et squelettique	11
Myorelaxant	11
Anti-inflammatoires stéroïdiens	7

Tableau 4 : comparaison des durées de délivrance et de prescription pour les trois périodes.

Période	01/04/99 31/12/99	01/01/00 30/06/00	01/04/99 30/06/00
	Période 1	Période 2	Période 1+2
Nombre d'ordonnances	69	47	116
Durée de prescription (jours)			
Moyenne	14	15	16
Minimale	1	2	1
Maximale	60	60	60
Médiane	10	15	10
Durée de délivrance (jours)			
Moyenne	11	11	11
Minimale	1	2	1
Maximale	30	30	30
Médiane	10	8	10
Arrêt précoce de délivrance par rapport à la durée de prescription (% d'ordonnances)	12%	28%	18.5%