



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 12 octobre 2023 à Poitiers
par Mme Sarah BARON

Différence de prescription de Metformine par les médecins généralistes français chez les patients bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire versus ceux au Régime Général de l'Assurance Maladie en 2019 et 2021

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Marc Paccalin, Gériatrie, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, Doyen et Directeur de la Section Médecine

Membres : Monsieur le Docteur François Birault, Médecine Générale, Professeur Associé
Madame la Docteure Vanessa Mallet, Médecine Générale, Cheffe de Clinique Universitaire

Directeur de thèse : Madame la Docteure Raphaële Forgeot, Médecine Générale, Maître de Conférence Associée



LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesneur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesneur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesneur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesneur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesneur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesneur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesneur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesneur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesneur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénérologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale

- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maitre de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023) – renouvellement 3 ans demandé – en cours
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice

- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino-Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique (**retraite au 01/12/2023**)
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

REMERCIEMENTS

A mesdames et messieurs les membres du jury, merci de me consacrer une partie de votre temps et d'avoir accepté de juger ce travail.

A Monsieur le Professeur Marc Paccalin,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et d'évaluer mon travail. Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement et votre investissement dans notre formation depuis mon externat. Vous me permettez de poursuivre mon parcours dans votre service de gériatrie, soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur François Birault,

Pour m'avoir proposé de travailler avec vous sur ce thème qui vous tient à cœur. Je vous remercie de m'avoir accordé votre confiance pour traiter ce sujet et m'avoir suivie et conseillée tout au long de ce travail de thèse avec l'enthousiasme qui vous est propre. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A Madame la Docteure Vanessa Mallet

Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury et d'accepter de juger mon travail, soyez assurée de ma sincère reconnaissance.

A Madame la Docteure Raphaèle Forgeot

Je te remercie pour ton accompagnement tout au long de mon internat, d'abord en tant que tutrice puis en tant que directrice de thèse, pour avoir accepté de m'encadrer avant même que le sujet ne se précise. Merci pour ton investissement, ta disponibilité et ta rigueur dans la direction de ce travail, j'espère qu'il sera à la hauteur de tes attentes.

A mes maitres de stage,

Pour votre accompagnement dans mon apprentissage de la médecine, je vous remercie pour la formation que vous m'avez donnée, votre écoute et vos conseils.

Aux médecins généralistes libéraux qui m'ont accueillie dans leurs cabinets, merci de m'avoir transmis votre investissement et votre empathie envers les patients.

Aux médecins urgentistes qui ont accompagné mon début d'internat, merci pour votre apprentissage et vos conseils, vous m'avez donné confiance en mes capacités.

Aux médecins pédiatres de Rochefort, titulaires et remplaçants, merci pour votre enseignement, vous m'avez faite grandir en tant que médecin.

Aux médecins gériatres du CHU, pour votre encadrement, merci tout particulièrement aux Dr Yvan Moreno, Dr Simon Valero et Dr Catherine Cornillon pour votre confiance, votre écoute, et votre apprentissage, merci de m'avoir donné l'envie de vous rejoindre. Je remercie également l'ensemble de l'équipe paramédicale de Rodin D pour votre patience et les bons moments passés en votre compagnie.

A ma famille,

A **mes parents**, pour leur soutien indéfectible tout au long de ces années.

Je n'aurai jamais pu y arriver sans vous, merci pour votre amour, vos encouragements et votre patience. Merci d'avoir été les modèles qui m'ont permis de devenir celle que je suis aujourd'hui. Les mots sont insuffisants pour décrire à quel point je vous suis reconnaissante et combien je vous aime.

Je vous dois cet aboutissement et j'espère vous avoir rendu fiers.

A **ma sœur Marilou et mon frère Zacharie** pour avoir supporté toutes ces discussions sur la médecine ces dix dernières années. Je suis désolée d'avoir parfois laissé mes études prendre tant de place. Merci pour votre présence, votre écoute et votre soutien.

Je suis si fière de votre réussite et de vous avoir comme frère et sœur.

A **mes grands-parents maternels**, pour avoir toujours cru en moi.

Merci de m'accorder votre sagesse et vos prières et pour les valeurs que vous m'avez transmises. Votre histoire, vos conseils et votre force nous inspirent au quotidien, je suis fière d'être votre petite-fille.

A **ma grand-mère** partie bien trop tôt, merci pour ton amour.

Toi qui étais si passionnée dans la vie, j'aurai tant aimé pouvoir te raconter mes histoires. Je sais que tu aurais été fière de me voir devenir Docteur.

A **mon grand-père**, qui m'accompagne même d'un peu loin, j'ai le sentiment que ces dernières années et mes études nous ont rapprochés et j'en suis heureuse, merci à toi.

A **mes cousins et mes oncles et tantes**, qui par leur soutien et leur affection participent à mon bonheur. Merci d'avoir été une bouffée d'oxygène lors de nos retrouvailles tout au long de mes études.

A **Annie et Olivier**, merci pour votre bienveillance, vos encouragements et votre accueil toujours chaleureux, notamment pendant la préparation de mon ECN.

A mes amis,

A **Diane**, merci pour ta douceur, ta bienveillance et ta bonne humeur constante. A toutes nos soirées passées à danser, notre passion commune pour France Gall et les années 80, et aux innombrables sushis partagés. Merci pour ton amitié infaillible au fil des années, saches que tu pourras toujours compter sur moi. A **Léa**, merci d'avoir toujours su être présente pour moi lorsque j'en ai eu besoin, j'espère avoir su te le rendre. A nos fous-rires de soirée, aux brunchs du lendemain et aux debriefs au café, à nos appels interminables et nos messages vocaux « d'update » sur nos vies. Merci pour cette belle amitié qui a connu ses hauts et ses bas, c'est ce qui la rend si précieuse aujourd'hui. A **Eléonore**, pour ce grain de folie qui ensoleille les jours de gris, merci pour ces moments de rire mais aussi de sérieux qui ont accompagné nos années de médecine, aux bêtises et aux confidences partagées. A **Célia**, pour ton calme et ta réassurance, à nos fabuleux anniversaires communs, merci pour ta présence toutes ces années. A tous ces instants partagés tout au long de nos études, de révision, de stress, de doute, mais surtout de joie, de rire et de fête. Les souvenirs de toutes ces aventures sont bien trop nombreux pour être tous relatés ici.

Je ne serai jamais arrivée jusqu'ici sans votre soutien, j'espère que vous savez combien je tiens à vous. Merci de rester dans ma vie malgré la distance, j'ai hâte de savoir ce que nous réserve la suite, je vous aime.

A tous les copains de « La mort du ver »,

A **Thibs**, pour ta présence depuis la P2, nos convoits vers La Rochelle, toutes ces soirées chez toi, merci d'être toujours là aujourd'hui. A **Quentin, ou Bruno**, pour ta lourdeur et cet humour que nous partageons, j'espère encore passer plein de bons moments en ta compagnie. A **Greg** et **Rita**, pour votre soutien, votre présence depuis l'externat et pour mon début d'internat, merci pour vos mots rassurants dans les périodes de doute. A **Clément**, pour ta joie de vivre, ton optimisme et ton engagement, merci de m'avoir entraînée à tes côtés dans notre aventure associative. A **Charly, Chloé, Adrien, Anaïs, Théo, Ritz, Golin, Marc, Alex, Robert** merci pour tous ces merveilleux moments passés à vos côtés, pour nos vacances, notamment à Moliets et surtout pour toutes ces soirées Chez Alphonse.

A **Mathilde et Ophélie**, merci pour votre présence et vos conseils depuis l'externat, votre amitié m'est précieuse.

A **Marie** et à **Sarah**, quelle chance j'ai eu de faire votre rencontre.

A tout ce que nous avons partagé à deux et à trois depuis le début de notre internat. Marie, mon acolyte du CHU, à notre folle aventure aux urgences et surtout en gériatrie. Sarah à notre semestre rochelais et nos soirées non prévues au GS.

Merci pour votre bonne humeur, votre présence quotidienne, nos interminables discussions partagées à toute heure. Vous savez mieux que personne ce qu'a été la route vers cette thèse, je vous remercie infiniment pour votre aide et votre soutien moral tout au long de sa rédaction.

Je vous souhaite à toutes les deux le meilleur pour la suite, j'ai hâte de vous voir devenir docteurs à votre tour.

A mes co-internes rencontrées pendant l'internat qui sont devenues des copines,

A **Caroline et Mathilde**, pour nos débuts stressants dans la cour des grands, merci pour tous ces instants partagés qui ont rendu notre stage bien meilleur. A **Karen et Mylène**, pour ce semestre rochefortais entre rires et larmes, je suis si heureuse d'avoir croisé votre chemin. A **Laura**, pour avoir partagé ma passion pour les potins, merci pour ton soutien cette dernière année.

Aux copains de la Ride **Arthur, Maxime, Jasmine, Rodolphe, Paul et Philou**, pour les soirées au Crafty et les weekends à la mer. Merci de m'avoir intégrée parmi vous et de m'avoir soutenue pendant cet internat.

Aux « amis d'Antoine » **Camille, Aurélien, Hugo et Manon** que je considère maintenant comme les miens, à nos noëls partagés et nos visites du terroir français, merci pour votre intérêt dans mes études et vos encouragements permanents.

Enfin à toi, **Antoine**, mon amour, mon meilleur ami, merci d'être entré dans ma vie.

Tu es mon pilier au quotidien, je ne te remercierai jamais assez pour ton soutien inconditionnel pendant l'externat, l'ECN puis l'internat et enfin tout au long de cette thèse.

Merci d'avoir toujours cru en moi, surtout quand j'en étais incapable.

Merci d'être toujours présent pour moi dans les bons comme les mauvais moments.

Merci pour ta patience infinie et tout l'amour que tu me portes.

Merci de partager mes envies, mes projets et mes rêves.

Merci pour ces merveilleuses années à tes côtés et à toutes celles à venir.

Table des matières

GLOSSAIRE.....	12
I. Introduction	13
a. Etat des lieux du diabète de type II en France.....	13
b. Fonctionnement de la Sécurité Sociale en France.....	13
c. Santé des populations précaires.....	14
d. Justifications de l'étude	15
II. Matériel et Méthodes.....	16
a. Type, période et population d'étude.....	16
b. Collecte des données	16
i. Sélection des patients.....	16
ii. Sélection du traitement	16
c. Critère de jugement principal.....	17
d. Analyse statistique.....	18
III. Résultats	18
a. Description de la population	18
b. Doses délivrées moyennes de Metformine.....	19
IV. Discussion	22
a. Analyse des principaux résultats	22
b. Limites.....	23
i. Caractéristiques des patients.....	23
ii. Caractéristiques des prescriptions.....	25
iii. Caractéristiques des médecins	25
iv. Définition de la précarité.....	26
c. Hypothèses	26
i. Difficultés dans la prise en charge du patient précaire	26
ii. Stigmatisation du patient précaire.....	27

iii. Situation des médecins les plus exposés à la précarité	28
d. Perspectives	29
V. Conclusion.....	30
REFERENCES.....	32
RESUME.....	37
ANNEXES	38

GLOSSAIRE

ALD : Affection Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées

ATC : Anatomique, Thérapeutique et Chimique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DDM : Dose Délivrée Moyenne

HAS : Haute Autorité de Santé

ISPL : Institut Statistique des Professionnels Libéraux

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RGAM : Régime Général de l'Assurance Maladie

SNIIRAM : Système National d'Informations Inter Régimes de l'Assurance Maladie

I. Introduction

a. Etat des lieux du diabète de type II en France

Le diabète de type II est une maladie chronique de forte prévalence et en constante augmentation (1). En 2015, 415 millions de personnes en étaient atteintes dans le monde et ce nombre est estimé à 642 millions en 2040 (2). En France, le taux de patients traités pharmacologiquement pour un diabète représentait 5,41% de la population en 2021, soit plus de 3,6 millions de personnes (3). Plus de 90% étaient des diabètes de type 2 (3). Entre 2010 et 2017, ce taux aurait augmenté, chez les plus de 45 ans, de 0,9% par an chez l'homme et de 0,4% par an chez la femme (4).

Ces chiffres sous-estiment probablement la prévalence réelle du diabète en France puisqu'entre 2014 et 2016, 1,2% de la population aurait présenté un diabète non traité et 1,7% un diabète méconnu (5).

En l'absence de contrôle de la maladie, les complications sont nombreuses et potentiellement graves (6). En 2019, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il s'agissait d'une des dix principales causes de mortalité dans le monde (7), bien qu'une diminution de 26% des décès ait été observée chez les hommes diabétiques de type 2 de plus de 45 ans entre 2001 et 2007 et 11% chez les femmes (8). La surmortalité par rapport à la population générale a diminué chez les hommes passant de +53% entre 2002 et 2006 à +34% entre 2007 et 2012 (8). Cependant, elle se maintient chez les femmes (+57% entre 2007 et 2012) (8).

b. Fonctionnement de la Sécurité Sociale en France

Le financement du système de remboursement des soins en France repose sur le régime obligatoire et le régime complémentaire. Les régimes obligatoires de l'assurance maladie sont représentés par le Régime Général (88% de la population), le Régime Agricole (5%) et les Régimes Spéciaux (7%) (9). La part complémentaire peut être prise en charge au titre d'une couverture complémentaire collective dans certains emplois, ou contractée auprès d'une mutuelle, d'une institution de prévoyance ou d'une compagnie d'assurance (10).

En cas de faibles ressources, la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), remplacée depuis 2019 par la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), et l'Aide Médicale d'Etat (AME) permettent de prendre en charge cette part complémentaire (11). Ces dispositifs mis en place depuis 2000 visent à réduire les inégalités entre les patients précaires et non précaires ; la

précarité étant définie ici sur un critère économique. La CSS donne également droit à l'exonération de la participation forfaitaire et à l'accès au tiers payant (pas d'avance de frais) (12).

Pour en bénéficier, il faut exercer une activité professionnelle en France ou y résider de façon stable et régulière depuis plus de trois mois (13). Le plafond d'attribution à ne pas dépasser était fixé au 1^{er} janvier 2023 à 9719 € par an pour une personne seule, soit 810 € de revenus par mois (13).

Fin mai 2022, 7,19 millions de personnes étaient bénéficiaires de la CSS (14), tandis que l'AME, destinée aux étrangers en situation irrégulière, concernait seulement 400 000 personnes en métropole (15).

c. Santé des populations précaires

D'une façon générale, la prévalence des facteurs de risque tels que le surpoids, l'hypertension artérielle, le syndrome métabolique, ou encore le tabagisme, est plus importante chez les populations de statut socio-économique modeste (16). Il en va de même pour le diabète de type II et ses complications (6). En 2016, la prévalence du diabète était multipliée par deux chez les patients de moins de 60 ans bénéficiaires de la CMU-C, passant de 1,6% en population générale à 3,4% chez les bénéficiaires (17). L'existence d'un « indice territorial de désavantage social » a aussi été mis en évidence avec une prévalence du diabète traité pharmacologiquement plus élevée dans les communes métropolitaines les plus défavorisées (17).

Le contrôle glycémique étant moins bon dans les populations précaires, la prévalence de certaines complications, dont la rétinopathie diabétique et la neuropathie diabétique, y est plus élevée (18). Cela se traduit également par des hospitalisations pour complications liées au diabète beaucoup plus fréquentes chez les personnes bénéficiant de la CMU-C (17).

Depuis le début du 21^{ème} siècle, la CMU-C a permis de diminuer considérablement la proportion de renoncement au soin pour raison financière (19). Néanmoins, des différences de prescription entre les patients précaires (bénéficiaires de la CSS) et non précaires (non bénéficiaires de la CSS) ont été observées concernant certains traitements pharmaceutiques, dont celui du diabète de type II (20). Cela suggère que ce dispositif ne permet pas de compenser entièrement les inégalités de soin.

d. Justifications de l'étude

La Metformine, un Biguanide, traitement de première intention du diabète de type II selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), est la molécule la plus prescrite dans la prise en charge de cette pathologie (21),(22).

Or la Metformine serait plus remboursée, donc probablement plus prescrite, chez les patients non précaires selon l'étude « The Characteristics of Care Provided to Population(s) in Precarious Situations in 2015. A Preliminary Study on the Universal Health Cover in France » (20). Ces résultats ne sont pas concordants avec la prévalence du diabète dans les populations précaires.

Cependant, cette étude n'a été menée que sur les données de l'année 2015, il serait donc intéressant de vérifier si cette différence de prescription persiste dans le temps.

Par ailleurs, depuis cette première étude en 2015, l'épidémie de COVID-19 a grandement impacté le système de soin français. Les médecins généralistes ont dû changer leur pratique quotidienne (23) et ont connu modifications et baisse de leur activité (24), notamment lors des périodes de confinement (25). L'accès au soin ayant été affecté par la situation sanitaire, les patients chroniques tels que les diabétiques de type II ont parfois différé leur prise en charge (25),(26).

C'est pourquoi nous avons choisi dans le cadre de cette étude de ne pas étudier l'année 2020, non représentative des conditions de prise en charge normale.

Enfin, selon une seconde étude publiée en 2022, l'augmentation de l'exposition à la précarité serait associée à une diminution de la prescription de Metformine à l'ensemble des patients, quel que soit leur statut de précarité (27), impactant davantage les populations bénéficiaires de la CMU-C. Cela suggère un impact négatif de l'exposition à la précarité sur la prescription des médecins généralistes français.

L'objectif principal de l'étude est de comparer les doses délivrées moyennes (DDM) de Metformine issues des prescriptions des médecins généralistes libéraux français, entre les patients précaires et non précaires, sur les années 2019 et 2021.

L'objectif secondaire est de mesurer si l'exposition des médecins à la précarité influe sur les DDM de Metformine de ces deux populations sur ces mêmes années.

II. Matériel et Méthodes

a. Type, période et population d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle, quantitative, pharmaco-épidémiologique, rétrospective au sein de la population française affiliée au Régime Général de l'Assurance Maladie (RGAM) sous la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) en 2019 puis 2021.

b. Collecte des données

Les données utilisées sont issues de l'Institut Statistique des Professionnels Libéraux (ISPL) (28). Il s'agit d'une base de données collectées au sein du Système National d'Informations Inter Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) de laquelle nous avons pu demander à extraire les données de remboursement annuel de la Metformine par région (métropole et DOM-TOM) pour les années 2019 et 2021.

i. Sélection des patients

La grande majorité de la population étant soumise au RGAM il a été décidé de ne pas inclure dans notre étude les patients dépendants des autres régimes. De même, les patients bénéficiaires d'une AME étant très minoritaires, ils ont été exclus de notre population d'étude.

Parmi les patients soumis au RGAM, nous avons donc choisi les bénéficiaires de la CSS pour représenter le groupe « précaire », comparés aux patients non bénéficiaires représentant le groupe « non précaire ».

Les effectifs de population par région ont été obtenus via les données de Légifrance (29,30). Les taux de précarité départementaux (% de bénéficiaires CSS) ont été extraits des rapports de la CSS de l'Assurance Maladie des années 2019 et 2021 (31,32). A noter, le département de Mayotte est exclu des données de l'Assurance Maladie car la CSS, sauf rare exception, n'y est pas applicable. Les effectifs de population précaire et non précaire et les taux de précarité régionaux ont été calculés à partir de ces données pour les deux années (TABLEAU 1).

ii. Sélection du traitement

L'ISPL utilise la classification « Anatomique, Thérapeutique et Chimique » (ATC) contrôlée par l'OMS pour identifier les médicaments étudiés (33). Les principes actifs y sont répartis selon cinq niveaux en fonction de leur organe ou système d'action, leur but thérapeutique et

leurs propriétés chimiques. Le premier niveau (1^{ère} lettre) correspond à l'un des quatorze groupes anatomiques. Le second (deux premiers chiffres) identifie le principal sous-groupe pharmacologique ou thérapeutique. Les troisième et quatrième niveaux (deuxième et troisième lettres) se rapportent à d'autres sous-groupes chimiques pharmacologiques ou thérapeutiques. Enfin, le cinquième (deux derniers chiffres) indique la substance chimique.

S'agissant du Diabète de type II, les données montrent que la grande majorité des patients sont traités par des antidiabétiques oraux, avec comme chef de file les Biguanides (22). Ces résultats sont concordants avec les recommandations actuelles de la HAS qui préconise la prescription de Metformine en première intention en l'absence de contre-indication (21).

Par conséquent, ce sont les données de prescription de la Metformine que nous avons décidé d'analyser.

Selon la classification ATC, la Metformine est identifiée par le code A10BA02 : elle appartient au groupe anatomique du système digestif (A), indiquée dans le traitement du diabète (A10), représentant les agents hypoglycémisants (A10B), plus précisément du groupe des Biguanides (A10BA), où les deux derniers chiffres (02) correspondent à la substance chimique exacte.

c. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est la Dose Délivrée Moyenne (DDM) de Metformine chez les patients précaires versus les non précaires en 2019 et en 2021.

Afin d'estimer la dose moyenne de Metformine délivrée aux patients précaires et non précaires, nous avons utilisé pour les deux années 2019 et 2021 les montants annuels remboursés par région pour chaque conditionnement dans chacune de ces populations (ANNEXE, TABLEAU A). Un coût unitaire journalier standard pour chaque conditionnement a été estimé selon le prix de la boîte de la spécialité, le nombre de comprimés par boîte et la posologie journalière standard proposée par le Vidal (34,35) (ANNEXE, TABLEAU B).

La DDM de Metformine a été obtenue pour chaque population (précaire et non précaire), en divisant les montants annuels remboursés par le coût unitaire journalier standard, puis par l'effectif de la population concernée. La DDM était donc exprimée en nombre de jours de traitement à posologie standard, par personne, par an.

L'hypothèse 0 était que la DDM chez les précaires et la DDM chez les non précaires devaient être égales.

d. Analyse statistique

Une fois les DDM calculées, nous les avons comparées grâce à un test de Student.

Afin de rechercher une association entre la DDM et le taux de précarité par région, nous avons utilisé un modèle de régression linéaire univariée.

Les tests statistiques étaient considérés comme significatifs si la p-valeur était inférieure à 0.05.

Les analyses ont été effectuées avec le logiciel Statistica R (version 4.3).

III. Résultats

a. Description de la population

En 2019, 4 916 941 personnes bénéficiaient de la CSS, qui concernait 7 269 181 personnes en 2021 (TABLEAU 1). La population totale était de 67 761 032 habitants en 2019 pour 68 229 198 habitants en 2021. En 2019, 90 964 936,97€ de Metformine ont été remboursés, en 2021 le montant était de 93 835 164,56 € (ANNEXE, TABLEAU A). Les taux de précarité en 2019 variaient en métropole de 4,97% en Bretagne à 11,8% dans les Hauts-de-France, tandis qu'en 2021, ils variaient de 5,93% en Corse à 13,6% dans les Hauts-de-France. En Outre-mer, les taux de précarité étaient situés entre 20% et 37% en 2019 et entre 24% et 44% en 2021 respectivement en Martinique et à La Réunion (TABLEAU 1).

REGION	Taux de précarité 2019	Population totale 2019	Population CSS 2019	Taux de précarité 2021	Population totale 2021	Population CSS 2021
Ile de France	9,69 %	12 291 219	1 191 364	10,28 %	12 377 425	1 272 520
Centre-Val de Loire	7,41 %	2 634 852	195 314	9,09 %	2 631 844	239 113
Bourgogne-Franche-Comté	6,52 %	2 885 864	188 111	8,34 %	2 879 404	240 118
Normandie	8,67 %	3 403 309	295 024	9,84 %	3 397 352	334 404
Hauts de France	11,8 %	6 096 177	719 231	13,6 %	6 097 057	829 044
Grand Est	7,28 %	5 657 093	411 896	9,22 %	5 663 885	522 034
Pays de la Loire	5,88 %	3 846 161	226 075	7,59 %	3 897 140	295 899
Bretagne	4,97 %	3 407 564	169 455	6,64 %	3 444 645	228 767
Nouvelle-Aquitaine	7 %	6 094 367	426 752	8,85 %	6 148 663	544 267
Occitanie	10,47 %	5 968 795	624 704	12,47 %	6 057 827	755 127
Auvergne-Rhône-Alpes	6,51 %	8 120 668	528 360	8,24 %	8 216 740	677 260
Provence-Alpes-Côte d'Azur	10,2 %	5 106 679	521 032	12,35 %	5 157 222	637 122
Corse	5,33 %	340 233	18 219	5,93 %	345 638	20 501
Guadeloupe	26 %	396 153	103 000	29 %	389 995	113 099
Martinique	20 %	377 711	75 542	24 %	369 406	88 657
Guyane	35 %	271 124	94 893	31 %	284 085	88 066
La Réunion	37 %	863 063	319 333	44 %	870 870	383 183
France entière		67 761 032	4 916 941		68 229 198	7 269 181

TABLEAU 1 : Effectifs de population (en nombre d'habitants) et taux de précarité (en %) par région en 2019 et 2021

b. Doses délivrées moyennes de Metformine

En 2019, la DDM de Metformine était de 0.0038 jour de traitement à posologie standard par personne pour une année dans la population précaire contre 0.12 jour par personne dans la population non précaire (TABLEAU 2) (t de Student = -17.38, $p < 0.01$). En 2021, ces doses étaient respectivement de 0.0037 et 0.13 (t de Student = -17.16, $p < 0.01$).

REGION	2019		2021	
	DDM Groupe Précaire	DDM Groupe Non Précaire	DDM Groupe Précaire	DDM Groupe Non Précaire
Ile de France	0,004	0,078	0,004	0,071
Centre-Val de Loire	0,004	0,118	0,003	0,101
Bourgogne-Franche-Comté	0,003	0,114	0,003	0,116
Normandie	0,003	0,101	0,003	0,107
Hauts de France	0,003	0,108	0,002	0,099
Grand Est	0,004	0,106	0,003	0,097
Pays de la Loire	0,003	0,085	0,003	0,080
Bretagne	0,002	0,073	0,002	0,069
Nouvelle-Aquitaine	0,003	0,086	0,003	0,084
Occitanie	0,002	0,078	0,003	0,081
Auvergne-Rhône-Alpes	0,003	0,079	0,008	0,231
Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,003	0,079	0,003	0,083
Corse	0,004	0,098	0,004	0,095
Guadeloupe	0,006	0,265	0,005	0,271
Martinique	0,007	0,256	0,005	0,246
Guyane	0,008	0,142	0,005	0,082
La Réunion	0,007	0,323	0,006	0,346
France entière	0,038	0,12	0,037	0,13

TABLEAU 2 : Dose délivrée moyenne (DDM) de Metformine, en nombre de jour de traitement à posologie standard par personne et par an, détaillée par région et en France entière pour les patients bénéficiaires de la CSS (groupe précaire) et les patients non bénéficiaires de la CSS (groupe non précaire) en 2019 et 2021

Concernant l'association entre la dose délivrée moyenne et le taux de précarité, on observe une association significative ($p < 0.01$) pour chaque population et chaque année, avec des forces différentes. En effet, l'association est plus faible dans la population précaire (augmentation de la DDM de 0.014 et de 0.0063 par augmentation d'1% du taux de précarité en 2019 et 2021 respectivement) que dans la population non précaire (augmentation de la DDM de 0.62 et de 0.57 par augmentation d'1% du taux de précarité en 2019 et 2021 respectivement) (TABLEAU 3).

Les doses délivrées moyennes et le taux de précarité sont faiblement corrélés (coefficient de corrélation de 0.15).

	DDM Groupe Précaire	<i>p</i>	DDM Groupe Non précaire	<i>p</i>
Taux de précarité 2019	0.014	< 0.01	0.62	< 0.01
Taux de précarité 2021	0.0063	< 0.01	0.57	< 0.01

TABLEAU 3 : Modèle de régression linéaire de la DDM en fonction du taux de précarité régional en 2019 et 2021. Les valeurs correspondent aux coefficients de régression bruts dans les modèles univariés pour chaque population et chaque année.

IV. Discussion

a. Analyse des principaux résultats

Les effectifs de population en France (métropole et outre-mer) étaient similaires entre 2019 et 2021 (respectivement 67 761 032 et 68 229 198 habitants), en revanche, le nombre de patients bénéficiaires de la CSS a augmenté entre les deux années (respectivement 4 916 941 et 7 269 181 personnes) (TABLEAU 1).

Les taux de précarité étaient plus élevés dans les départements d’Outre-mer (Antilles et La Réunion) sur les deux années (TABLEAU 1). En métropole, les régions les plus précaires étaient les Hauts de France, l’Occitanie et Provence-Alpes-Côte d’Azur sur les deux années (>10 % de bénéficiaires de la CSS en 2019 et >12% en 2021), tandis que les régions les moins précaires étaient la Bretagne, la Corse et les Pays de la Loire (<6% de bénéficiaires de la CSS en 2019 et <8% en 2021) (TABLEAU 1). On observe une augmentation de la précarité entre 2019 et 2021 pour toutes les régions sauf la Guyane (TABLEAU 1). La précarité au sein des régions était elle-même très variable en fonction des départements (31,32).

L’objectif principal de notre étude était de vérifier la compensation des inégalités d’accès au soin par la CSS. Nos résultats confirment pourtant une différence dans les doses délivrées de Metformine entre les populations précaires et non précaires pour les années 2019 et 2021. En effet, pour la posologie standard et rapportée à l’effectif de la population, on observe une dose délivrée moyenne, exprimée en nombre de jours de traitement à posologie standard par personne et par an, significativement plus faible dans la population précaire sur les deux années (0.0038 *v/s* 0.12 en 2019 et 0.0037 *v/s* 0.13 en 2021, t Student $p < 0.01$) pouvant traduire une différence de prescription selon la précarité (TABLEAU 2).

L’objectif secondaire de notre étude était d’évaluer l’impact de l’exposition des médecins généralistes à la précarité sur leur prescription. Or, on observe une faible différence de la dose délivrée en fonction du taux de précarité au sein de la population précaire (augmentation de la DDM d’environ 0,01 pour 1% d’augmentation du taux de précarité) (TABLEAU 3). Ce résultat est similaire dans la population générale, avec une augmentation plus importante de la DDM (augmentation de 0,6) (TABLEAU 3). Cela pourrait suggérer une tendance à une plus grande prescription de Metformine de façon générale lorsque la précarité régionale augmente. Cependant, bien que cette différence existe, elle reste très minime et ne nous permet pas de

conclure véritablement à un effet du taux de précarité sur la prescription de Metformine par les médecins généralistes.

Partant du postulat que la CSS élimine les inégalités d'accès au soin entre patients précaires et non précaires, on ne devrait donc pas retrouver de différence de prescription entre les deux populations. De plus, la prévalence du diabète étant plus importante chez les patients précaires (17), si une différence de dose délivrée devait exister, on pourrait s'attendre à ce qu'elle soit en faveur du groupe précaire.

En outre, les patients diabétiques de type II bénéficient d'une reconnaissance en Affection Longue Durée (ALD) exonérante leur permettant d'obtenir un remboursement à 100% des soins et traitements en lien avec leur pathologie chronique (36). Ainsi, que le patient soit bénéficiaire ou non de la CSS, il n'aura aucune avance de frais à effectuer, ni lors de ses consultations chez son médecin traitant concernant son diabète, ni lors de la récupération de son traitement auprès du pharmacien (36). La différence de prescription ici retrouvée ne devrait donc pas pouvoir s'expliquer par le fait d'être ou non en situation de précarité financière. Pourtant, malgré l'ALD et la protection sociale par la CSS, nous observons bien une différence.

b. Limites

Il s'agit ici d'analyses à partir des données globales de remboursement, et non des données individuelles de prescription, ce qui pourrait biaiser les résultats et leur interprétation.

En effet, les données de l'ISPL sont générales, indiquant le nombre de boîtes et leur remboursement annuel par région en fonction du conditionnement. Ainsi, nous n'avons aucune information individuelle concernant le sexe, l'âge ou encore le statut médical des patients. De la même façon nous n'avons aucune donnée précise de prescription en termes de posologie ou d'observance du patient. Enfin, nous n'avons pas de donnée exacte concernant l'exposition individuelle de chaque médecin généraliste à la précarité. Aucun ajustement sur ces critères n'a donc pu être effectué dans notre analyse, créant de potentiels biais de confusion.

i. **Caractéristiques des patients**

Concernant le critère d'âge des patients, la population diabétique de type II est bien différente de la population bénéficiaire de la CSS. En effet, cette dernière est majoritairement composée de personnes jeunes dont les moins de 20 ans représentaient en 2019 43% des bénéficiaires (31). Ainsi, tandis que l'âge moyen des patients diabétiques de type 2 était de 67ans en 2019

(6), la population CSS n'était constituée que de 6,1% de patients de plus de 60 ans cette même année (31). Cette répartition est bien différente de la population générale, où quatre tranches d'âge (<20ans, 20-40ans, 40-60ans et >60ans) sont réparties à parts presque égales (26,1% de plus de 60 ans dans la population générale en 2019) (37).

Depuis 2022, les individus de plus de 65 ans nouvellement bénéficiaires de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (ASPA) se sont vus faciliter l'accès à la CSS (38). Néanmoins, avant cela, les patients n'étaient plus forcément concernés par la CSS lorsqu'ils relevaient des minimas sociaux, et notamment de l'ASPA dont les seuils d'attribution étaient plus élevés (39). Sur les années étudiées, certains patients pourtant précaires n'étaient donc pas comptabilisés en tant que tel puisqu'ils bénéficiaient de l'ASPA et non de la CSS, ce qui constitue un biais de classement dans les groupes comparés.

Par ailleurs, les patients diabétiques de type II du groupe précaire étant plus jeunes, leur pathologie est potentiellement moins avancée que celle du groupe non précaire. Par conséquent, les posologies de Metformine indiquées sont possiblement moindres et certains d'entre eux pourraient même ne bénéficier que d'une surveillance et de recommandations hygiéno-diététique pour le contrôle de leur diabète. Cela pourrait expliquer en partie la différence de prescription.

A propos des comorbidités des patients, si l'on s'interroge sur le raisonnement du médecin généraliste lorsqu'il va prescrire de la Metformine, on peut estimer qu'une fois l'indication posée celui-ci va prendre en compte l'absence de contre-indication à la prescription d'une telle molécule et notamment l'absence d'insuffisance rénale ou hépato-cellulaire (35). Ainsi, si le patient présente une altération de la fonction rénale, le médecin peut choisir de prescrire une autre spécialité qu'il estimerait plus adaptée. Or l'insuffisance rénale chronique pourrait être plus fréquemment rencontrée chez les patients précaires de façon générale (40) bien qu'il n'existe pas encore d'étude décrivant cela en France. Par conséquent, on peut se demander si cela pourrait expliquer en partie une prescription de Metformine moindre chez les patients précaires du fait de sa contre-indication au profit d'une autre spécialité.

Une analyse sur des données individuelles des patients pourrait permettre de s'affranchir de ces biais.

ii. Caractéristiques des prescriptions

Au sujet des données de prescription, notre étude est menée sur la base de données de remboursement. En effet, nous avons considéré que le traitement par Metformine serait prescrit selon les recommandations pour tous les patients et que chaque patient concerné aurait une bonne observance. On compare donc ici des doses délivrées par patient en supposant qu'elles représentent des doses prescrites par patient. Or ces doses calculées sur la base du remboursement se rapprochent davantage de doses reçues et non de doses prescrites. La non-observance est très fréquente chez les patients diabétiques de type II ; un sur deux ne prendrait pas son traitement correctement et ce de façon plus marquée chez les patients les plus précaires (41). De la même façon, des données de prescription précises permettraient d'affiner ce résultat. Cela ne diminue cependant pas la pertinence de notre analyse, l'essentiel pour son état de santé étant la dose prise par le patient.

iii. Caractéristiques des médecins

Afin de répondre à notre objectif secondaire, nous nous sommes intéressés à l'influence du niveau de précarité sur la prescription. Contrairement aux études menées sur l'année 2015 (20,27) on ne retrouve ici qu'une très faible modification de la prescription en fonction du taux de précarité régional. Néanmoins, bien que minime, cette variabilité existe et pourrait être en lien avec des différences de pratiques régionales, qu'elles soient d'origine populationnelle (régime, mode de vie, ...) ou professionnelle (âge des praticiens, ...). De plus, au sein même d'une région, la précarité reste très variable entre les départements. Par exemple, en Nouvelle-Aquitaine en 2021, le taux de bénéficiaires de la CSS était de 8,85% sur la région, passant de 7% dans les Deux-Sèvres à 10% dans la Vienne (32). Les populations auxquelles les médecins généralistes vont être exposés sont donc inégales et l'on retrouvera par ailleurs des disparités entre les patientèles en termes de précarité selon le lieu d'installation au sein d'un même département voire au sein d'une même ville (42). Ainsi, de la même façon que pour les données des patients, des données individuelles par médecin seraient nécessaires pour analyser de façon plus précise la prescription en fonction du taux de précarité, d'autant que le pourcentage de patients CSS de chaque médecin est connu de l'Assurance Maladie.

iv. Définition de la précarité

En outre, à propos de la notion de précarité en elle-même, il est important de remarquer que nous l'avons définie ici uniquement dans sa dimension financière, en comparant des populations selon leurs revenus. Or on ne peut pas seulement résumer la précarité à une notion pécuniaire. Elle est en effet définie par l'OMS comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux » ; certaines études évoquant d'ailleurs « les précarités » (43). Bien qu'elle y soit souvent associée, la précarité est donc à différencier de la pauvreté, elle-même définie par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) comme un niveau de vie inférieur à un certain seuil souvent fixé à 60% du niveau de vie médian (44). Les études américaines par exemple, au-delà du critère socio-économique, vont avoir tendance à définir la précarité selon des indicateurs sociaux tels que l'ethnie, l'orientation sexuelle ou encore la religion qu'ils considèrent comme une possible appartenance à une minorité pouvant être à l'origine d'une précarité sociale (45). Cependant la situation de vulnérabilité ou non d'un patient reste difficile à mesurer en tant que critère ; c'est pourquoi nous avons choisi d'utiliser la CSS afin d'avoir un indicateur objectif de la précarité. Néanmoins, il serait envisageable de se baser sur des données plus précises via d'autres déterminants sociaux tels que le niveau d'éducation, la catégorie socio-professionnelle, ou encore la monoparentalité afin de préciser notre analyse. Ce faisant, on ne peut conclure dans notre étude qu'à une inégalité d'accès au soin selon une précarité financière et non une précarité globale.

c. Hypothèses

Malgré les limites de notre étude, cette différence significative de prescription selon le statut de précarité est bien réelle et nous amène à questionner l'origine potentielle de ces inégalités selon certaines particularités du patient ou certaines attitudes du médecin.

i. Difficultés dans la prise en charge du patient précaire

Du côté du patient lui-même, les bénéficiaires de la CSS, bien qu'ils consultent plus souvent leur médecin traitant (46), sont en moins bonne santé que la population générale ; la grande majorité des pathologies les plus fréquemment déclarées étant surreprésentées chez les bénéficiaires de la CSS (47). Ainsi, il existe cette idée reçue selon laquelle les patients les plus précaires négligeraient leur état de santé. Toutefois, il s'agit d'avantage d'une méconnaissance

ou d'un rejet des règles hygiéno-diététiques recommandées par les professionnels de santé, notamment du fait de faibles moyens financiers (48). En raison d'une mauvaise observance, non seulement des règles hygiéno-diététiques, mais aussi de leur traitement, ils auraient tendance à aggraver leur état de santé (48). Ces caractéristiques des populations précaires rendraient ces patients plus difficiles à prendre en charge par le médecin généraliste.

En effet, une étude menée en 2018 révélait que les trois quarts des médecins généralistes interrogés rencontraient des difficultés dans la prise en charge de leurs patients précaires (49). Les principales problématiques exprimées par les médecins étaient pour plus de 80% d'entre eux, la multimorbidité, l'observance thérapeutique et le recours au soin tardif ; 75% signalaient également l'absence d'efficacité de la prévention dans ces populations. Sur le plan non clinique, 83% évoquaient également des consultations plus longues (49). Par ailleurs, dans une étude antérieure de même type réalisée en 2009, près d'un médecin interrogé sur deux mentionnait des problèmes de communication (50). Ainsi, ce type de patient serait souvent chronophage et plus difficile à prendre en charge, notamment dans des pathologies telles que le diabète où la compréhension et l'éducation thérapeutique sont indispensables à une bonne adhésion de la part du patient.

ii. Stigmatisation du patient précaire

Mais au-delà des facteurs liés aux patients, nous devons nous interroger également sur d'éventuels facteurs liés aux médecins prescripteurs.

Sur ce plan, il existe encore malheureusement beaucoup de préjugés à l'encontre des patients bénéficiaires de la CSS. Une étude socio-anthropologique publiée en 2020, avec pour sujet central la discrimination dans les soins, a interrogé un certain nombre de professionnels de santé dont des médecins généralistes sur leurs représentations des bénéficiaires de la CMU (51). Une certaine part des médecins interrogés décrivaient les patients bénéficiaires, souvent rabaisés au terme « les CMU », comme des patients « fraudeurs, absentéistes, vindicatifs, et surconsommateurs de soins » (51). Bien qu'il ne s'agisse pas de généraliser ces propos à l'ensemble du corps médical, il est évident qu'une stigmatisation à l'encontre des patients précaires est encore exercée par certains professionnels de santé. Aucune étude n'aurait démontré de lien entre ces représentations négatives et une discrimination dans les soins prodigués. Toutefois, on peut s'interroger sur le risque d'une diminution de proposition

thérapeutique ou préventive envers ces patients, notamment du fait des refus de soins à l'encontre des patients précaires.

De fait, cette stigmatisation engendre parfois une discrimination pouvant se traduire par un refus de prise en charge de la part des médecins, à l'origine d'une inégalité dans l'accès au soin. Il s'agit de patients bénéficiaires de la CSS qui se verraient refuser une consultation du fait de leur situation de précarité (52). Or ces refus de soins illégaux par les médecins généralistes seraient bien réels : une étude de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) pour le compte du Fonds CMU faisait état en 2009 à Paris d'un taux moyen de 19,5% de refus de soins par les médecins généralistes à l'encontre des bénéficiaires de la CMU (53). Ces refus de soins opposés aux patients précaires concernaient alors 32,6% des médecins généralistes de secteur 2 et 9,2% des médecins généralistes de secteur 1. Les justifications le plus souvent invoquées par les professionnels de santé étaient les contraintes administratives, les désagréments économiques et les motifs liés à la condition sociale des bénéficiaires (54). Toutefois, ces pratiques semblent se réduire avec les années.

Selon une récente étude, un patient aurait moins d'une chance sur deux d'obtenir un rendez-vous chez un médecin généraliste, qu'il soit bénéficiaire ou non de la CSS (52). Malheureusement, il existerait toujours une discrimination significative à l'égard des patients bénéficiaires d'une AME par les médecins généralistes (52).

iii. Situation des médecins les plus exposés à la précarité

Par ailleurs, l'étude «Exposure to High Precariousness Prevalence Negatively Impacts Drug Prescriptions of General Practitioners to Precarious and Non-Precarious Populations» publiée en 2022 suggérait l'existence d'un impact négatif de l'exposition à une forte précarité sur la prescription de Metformine par les médecins généralistes (27). Cet effet était plus marqué chez les patients bénéficiaires de la CSS, mais présent de façon significative quel que soit le statut du patient (27). Ainsi, au-delà de l'impact des représentations négatives sur la prise en charge des patients précaires par certains médecins généralistes, on pouvait se demander si l'exposition à une forte précarité n'était pas délétère dans la pratique quotidienne du médecin généraliste. Néanmoins, les résultats de notre étude divergent à ce sujet, ne retrouvant ici qu'une différence minimale de prescription selon le taux de précarité (TABLEAU 3). Nous ne pouvons donc pas conclure ici à une influence de l'exposition à la précarité sur la prescription.

D'autres études relevant des difficultés de prise en charge des patients vulnérables avaient d'ailleurs des résultats contraires (49,50). L'une d'entre-elles révélait que les médecins les plus

exposés à la précarité exprimaient une moindre difficulté dans la prise en charge des patients précaires par rapport aux praticiens moins habitués à recevoir des bénéficiaires de la CSS (50). D'autres mettaient plutôt en évidence des divergences dans le type de difficulté rencontré en fonction de la confrontation à la précarité ; suggérant que cette exposition permettrait de développer une forme d'expertise, celle-ci ne diminuant toutefois pas le sentiment de difficulté (49). Il semblerait effectivement qu'en fonction de leur lieu d'installation, certains médecins plus souvent confrontés à une certaine hétérogénéité adopteraient une position plus nuancée, les protégeant de la stigmatisation à l'encontre des bénéficiaires de la CSS (51). Du côté des étudiants en médecine, les préjugés seraient d'autant plus fréquents qu'ils seraient peu exposés aux patients en situation de précarité (51). L'expérience permettrait donc de développer une meilleure approche dans la prise en charge de la précarité.

d. Perspectives

Ainsi, la principale barrière à la prise en charge des patients précaires semble être un manque de connaissance des médecins généralistes des particularités inhérentes à la précarité (50).

En effet, un médecin sur deux ne se sentirait pas suffisamment formé à la prise en charge des patients en situation de précarité ; notamment dans l'intervention des travailleurs sociaux et l'accès aux droits dans le système français (49). La majorité des médecins auraient une mauvaise connaissance de la CSS et de ses critères d'attribution (51). Lorsqu'on les interroge, les praticiens expriment le souhait d'une formation ciblant l'approche pluridisciplinaire et sociale (50). Les préjugés s'enracinant chez les étudiants avant même d'avoir été confrontés aux patients bénéficiaires de la CSS, il s'agit potentiellement d'un manque de connaissance des différentes dimensions de la précarité (51).

Un enseignement ciblant la prise en charge de ces patients devrait être intégré au cursus de médecine générale, voire proposé dès le premier cycle des études de médecine, puis en formation continue pour les praticiens installés.

V. Conclusion

En France, l'accès au soin des patients précaires a été grandement facilité par l'instauration de la CSS, anciennement CMU-C, permettant une prise en charge complète du coût de leur traitement. Depuis le début du 21ème siècle, le renoncement financier au soin a ainsi largement diminué. Néanmoins, la persistance de certaines inégalités sur le terrain de la santé entre les patients précaires et non précaires a été démontrée à travers une différence dans la prescription de certaines molécules dont la Metformine. L'objectif principal de cette étude pharmaco-épidémiologique était d'analyser la prescription de la Metformine par les médecins généralistes selon le fait que le patient relève ou non de la CSS.

Nos résultats révèlent l'existence d'une différence significative de prescription de Metformine en France en 2019 et 2021 entre les patients précaires et non précaires, au dépend des précaires. La CSS étant supposée compenser les inégalités d'accès au soin, il est surprenant de retrouver une différence de prescription entre les deux groupes. Ces résultats interrogent d'autant plus du fait d'une plus forte prévalence du diabète de type II chez les patients et la présence d'une ALD pour tous ces patients quel que soit leur statut de précarité.

Des facteurs liés aux patients et aux médecins pourraient expliquer cette différence de prescription.

En effet, les patients bénéficiaires de la CSS sont jugés plus difficiles à prendre en charge par certains médecins généralistes, du fait notamment d'une mauvaise observance à la fois des règles hygiéno-diététiques et des thérapeutiques prescrites. A ce jour, il existe également encore des représentations négatives à l'encontre des patients bénéficiaires de la CSS, parfois décrits comme « absentéistes, vindicatifs et sur-consommateurs de soin ».

On peut se demander également si le médecin lui-même ne pourrait pas être à l'origine de cette variabilité que ce soit par stigmatisation, entraînant parfois un refus de soin, ou par les difficultés ressenties par certains à prendre en charge les patients précaires.

Ces difficultés semblent liées à un manque de sensibilisation et de formation des médecins généralistes à la prise en charge des patients précaires. Aussi pourrait-il être intéressant d'intégrer un enseignement spécifique sur ce sujet dans le cursus des étudiants en médecine français.

Une étude qualitative s'intéressant à l'état des connaissances et des représentations des étudiants en médecine vis-à-vis des bénéficiaires de la CSS pourrait permettre de cibler le type de formation à développer.

Enfin, pour s'affranchir de certains biais et affiner notre analyse, il serait intéressant de mener des études plus poussées, en ayant accès à certaines caractéristiques épidémiologiques de la population étudiée et aux prescriptions individuelles des médecins.

REFERENCES

1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [Internet]. 2023 [cité 4 août 2023]. Diabète - Principaux repères sur le diabète. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. Ogurtsova K, Fernandes JD da R, Huang Y, Linnenkamp U, Guariguata L, Cho NH, et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 1 juin 2017;128:40-50.
3. Santé Publique France - Géodes (Géo données en santé publique) [Internet]. Géodes - Santé publique France - Indicateurs : cartes, données et graphiques. Disponible sur: <https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=indicator&view=map2>
4. Fuentes S, Mandereau-Bruno L, Regnault N, Bernillon P, Bonaldi C, Cosson E, et al. Is the type 2 diabetes epidemic plateauing in France? A nationwide population-based study. *Diabetes & Metabolism*. 1 nov 2020;46(6):472-9.
5. Lailier G, Piffaretti C, Fuentes S, Nabe HD, Oleko A, Cosson E, et al. Prevalence of prediabetes and undiagnosed type 2 diabetes in France: Results from the national survey ESTEBAN, 2014–2016. *Diabetes Research and Clinical Practice*. juill 2020;165:108252.
6. Fosse-Edorh S, Piffaretti C, Saboni L, Mandereau-Bruno L, Bénézet L, Raimond, V, et al. Études Entred : un dispositif pour améliorer la connaissance de l'état de santé des personnes présentant un diabète en France – Premiers résultats de la troisième édition conduite en métropole en 2019. *Journal Mondial du Diabète*. 14 nov 2022;
7. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [Internet]. 2020 [cité 6 mars 2023]. Les 10 principales causes de mortalité. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
8. Piffaretti C, Fagot-Campagna A, Rey G, Antero-Jacquemin J, Latouche A, Mandereau-Bruno L, et al. Déterminants de la mortalité des personnes diabétiques de type 2. *Cohortes Entred, France, 2002-2013*. 8 nov 2016;
9. La Sécurité Sociale [Internet]. [cité 13 sept 2023]. Les régimes. Disponible sur: <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-cest-quoi/organisation/les-regimes>
10. Le Ministère de l'Economie des Finances et de la Souveraineté Industrielle et Numérique [Internet]. 2022 [cité 13 sept 2023]. Tout savoir sur les complémentaires santé. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/particuliers/tout-savoir-complementaires-sante>
11. L'Assurance Maladie - Ameli.fr [Internet]. [cité 13 sept 2023]. Complémentaire santé solidaire et aides financières. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/cmu-aides-financieres>
12. Service-public.fr Le site officiel de l'administration française [Internet]. 2023 [cité 13 sept 2023]. Complémentaire santé solidaire (ex-CMU-C). Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10027>

13. Ameli [Internet]. 2023 [cité 13 sept 2023]. Complémentaire santé solidaire : qui peut en bénéficier et comment ? Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/complementaire-sante-solidaire-qui-peut-en-beneficier-et-comment>
14. Direction de la Sécurité Sociale. Rapport annuel - La Complémentaire Santé Solidaire - Année 2022. 2022.
15. La Commission des Finances de l'Economie Générale et du Contrôle Budgétaire. Rapport d'information déposé en application de l'article 146 du Règlement sur l'évaluation du coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière. 2023 mai. Report No.: 1244.
16. Jaffiol C, Thomas F, Bean K, Jégo B, Danchin N. Impact of socioeconomic status on diabetes and cardiovascular risk factors: Results of a large French survey. *Diabetes & Metabolism*. 2013;(39).
17. Fosse-Edorh S, Piffaretti C, Mandereau-Bruno L. Le poids du diabète en France en 2016. Synthèse épidémiologique. *Santé Publique France*. 2018;
18. Bihan H, Laurent S, Sass C, Nguyen G, Huot C, Moulin JJ, et al. Association Among Individual Deprivation, Glycemic Control, and Diabetes Complications. *Diabetes Care*. 1 nov 2005;28(11):2680-5.
19. Célant N, Dourgnon P, Guillaume S, Pierre A, Sermet C. L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats. *Questions d'économie de la Santé - Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)*. mai 2014;198.
20. Birault F, Mignot S, Caunes N, Boutin P, Bouquet E, Pérault-Pochat MC, et al. The Characteristics of Care Provided to Population(s) in Precarious Situations in 2015. A Preliminary Study on the Universal Health Cover in France. *IJERPH*. 9 mai 2020;17(9):3305.
21. Haute Autorité de Santé (HAS), Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des Produits de Santé (ANSM). Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. 2013 janv.
22. Eschwege E, Basdevant A, Crine A, Moisan C, Charles MA. Type 2 diabetes mellitus in France in 2012: Results from the ObEpi survey. *Diabetes & Metabolism*. 1 févr 2015;41(1):55-61.
23. Andolfatto D, Labbé D. Covid-19 : Une défaite française. *Revue Politique et Parlementaire*. 22 juin 2020;
24. Davin-Casalena B, Jardin M, Guerrera H, J. Mabilille, Tréhard H, Lapalus D, et al. L'impact de l'épidémie de COVID-19 sur les soins de premier recours en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : retour d'expérience sur la mise en place d'un dispositif de surveillance en temps réel à partir des données régionales de l'Assurance maladie. *Rev Epidemiol Sante Publique*. juin 2021;69(3):105-15.
25. Langlard F, Douangdara S, Boulanger S, Castaing E. Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ? *Etudes et résultats - Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques*. mai 2020;(1150).

26. Mercier E, Merceron A, Morin S. Baromètre COVID 19 un projet de science citoyenne. IPSOS - Enquête Amgen. avr 2020;
27. Birault F, Le Bonheur L, Langbour N, Clodion S, Jaafari N, Perault-Pochat MC, et al. Exposure to High Precariousness Prevalence Negatively Impacts Drug Prescriptions of General Practitioners to Precarious and Non-Precarious Populations: A Retrospective Pharmaco-Epidemiological Study. IJERPH. 3 mars 2022;19(5):2962.
28. Institut Statistique des Professionnels de santé Libéraux [Internet]. [cité 6 mars 2023]. Disponible sur: <http://www.ispl.fr/>
29. Légifrance. Décret n° 2021-1946 du 31 décembre 2021 authentifiant les chiffres des populations de métropole, des départements d'outre-mer de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de La Réunion, et des collectivités de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin, et de Saint-Pierre-et-Miquelon. janv 1, 2022.
30. Légifrance. Décret n° 2019-1546 du 30 décembre 2019 authentifiant les chiffres des populations de métropole, des départements d'outre-mer de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de La Réunion, et des collectivités de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin, et de Saint-Pierre-et-Miquelon. déc 31, 2019.
31. Direction de la Sécurité Sociale. Fonds de la Complémentaire Santé Solidaire - rapport d'activité 2019. 2019.
32. Direction de la Sécurité Sociale. Rapport annuel - La Complémentaire Santé Solidaire - Année 2021. 2021.
33. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [Internet]. [cité 6 mars 2023]. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification. Disponible sur: <https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit/atc-classification>
34. VIDAL [Internet]. 2023 [cité 4 août 2023]. Monographie STAGID 700 mg cp séc. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/stagid-700-mg-cp-sec-15508.html>
35. VIDAL [Internet]. 2022 [cité 4 août 2023]. Monographie GLUCOPHAGE 500 mg cp pellic. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/glucofrage-500-mg-cp-pellic-7615.html>
36. Ameli [Internet]. [cité 6 août 2023]. Qu'est ce que le dispositif appelé Affection Longue Durée (ALD). Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/affection-longue-duree-ald/affection-longue-duree-maladie-chronique>
37. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) - Mesurer pour comprendre [Internet]. 2019 [cité 20 août 2023]. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676587?sommaire=3696937>
38. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2022 - Dossier de presse. sept 24, 2021.

39. Décret n° 2018-227 du 30 mars 2018 portant revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées. 2018-227 mars 30, 2018.
40. Patzer RE, McClellan WM. Influence of race, ethnicity and socioeconomic status on kidney disease. *Nat Rev Nephrol.* sept 2012;8(9):533-41.
41. Rolnick SJ, Pawloski PA, Hedblom BD, Asche SE, Bruzek RJ. Patient characteristics associated with medication adherence. *Clin Med Res.* juin 2013;11(2):54-65.
42. Centre d'observation de la société [Internet]. 2013 [cité 17 août 2023]. Pauvreté et inégalités : des contrastes marqués entre territoires. Disponible sur: <https://www.observationsociete.fr/revenus/inegalites-revenus/pauvrete-et-inegalites-des-contrastés-marqués-entre-territoires/>
43. Zaouche-Gaudron C, Sanchou P. Précarités - Introduction. *Empan.* 2005;60(4):10-3.
44. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) - Mesurer pour comprendre [Internet]. 2021 [cité 27 août 2023]. Définition - Seuil de pauvreté | Insee. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1653>
45. Trinh MH, Agénor M, Austin SB, Jackson CL. Health and healthcare disparities among U.S. women and men at the intersection of sexual orientation and race/ethnicity: a nationally representative cross-sectional study. *BMC Public Health.* 19 déc 2017;17:964.
46. Jess N. Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins. *Etudes et résultats - Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques.* déc 2015;(0944).
47. Allonier C, Boisquérin B, Fur PL. Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population - Résultats des enquêtes ESPS 2006-2008. 2012;
48. Arborio AM, Lechien MH. « Dans les classes populaires, on ne prend pas soin de sa santé. »: In: *La France d'en bas ? Le Cavalier Bleu*; 2019. p. 123-9.
49. Aubert, Douangdara S, Boulanger S, Brifault F, Morin E. Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale : opinions et pratiques des médecins généralistes. *Etudes et résultats - Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques.* oct 2018;(1089).
50. Flye Sainte Marie C, Querrioux I, Baumann C, Di Patrizio P. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. *Santé Publique.* 2015;27(5):679-90.
51. Desprès C. Quelles représentations sociales des bénéficiaires de la CMU-C ? *Médecine Palliative.* 1 avr 2021;20(2):103-12.
52. Le Rolland L, Mendras P, Roy D, Sultan Parraud J, Toulemon L. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État. *Les dossiers de la direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques.* mai 2023;(109).

53. Desprès C, Guillaume S, Couralet PE. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris. Institut De Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES). 2009;
54. Le défenseur des droits - République Française. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-c, de l'ACS et de l'AME - Rapport remis au Premier ministre. 2014 mars.

RESUME ET MOTS CLES

Introduction : La prévalence du diabète de type II est particulièrement élevée chez les patients en précarité économique en France. La Complémentaire Santé Solidaire (CSS) devrait compenser les inégalités d'accès au soin. Pourtant, il existerait une moindre prescription de Metformine, pourtant traitement de première intention dans cette pathologie selon la Haute Autorité de Santé (HAS), chez les bénéficiaires de la CSS. L'objectif principal de cette étude est de comparer les Doses Délivrées Moyennes (DDM) de Metformine issues des prescriptions des médecins généralistes libéraux français, entre les patients précaires et non précaires, sur les années 2019 et 2021.

Méthode : Cette étude observationnelle pharmaco-épidémiologique rétrospective analyse les données annuelles de remboursement de Metformine de la population française affiliée au Régime Général de l'Assurance Maladie (RGAM) par région pour les années 2019 et 2021. Le critère de jugement principal est la DDM de Metformine, comparée entre les patients précaires et non précaires, exprimée en jours de traitements à la dose standard préconisée par patient et par an.

Résultats : En 2019, 1 191 364 français bénéficiaient de la CSS, contre 1 272 520 en 2021. La DDM de Metformine était significativement plus haute chez les non précaires (0,038 v/s 0,12 en 2019 et 0,037 v/s 0,13 en 2021, $p < 0,01$).

Discussion : Malgré certains biais dus à l'absence de stratification, ces résultats suggèrent une différence de prescription selon le statut de précarité. Des difficultés de prise en charge des patients précaires, des représentations négatives et des refus de soins exercés à leur rencontre pourraient en partie l'expliquer.

Conclusion : Des études complémentaires, avec accès à des données individuelles plus précises sur les patients et les prescripteurs, seraient intéressantes, ainsi que l'intégration au cursus de médecine générale d'une formation spécifique sur la prise en charge des patients précaires.

Mots-clés : diabète ; prescription ; metformine ; précarité ; CSS ; CMU ; médecine générale

ANNEXE

	2019		2021	
	Montant remboursé Metformine Groupe précaire	Montant remboursé Metformine Groupe Non précaire	Montant remboursé Metformine Groupe précaire	Montant remboursé Metformine Groupe Non précaire
Ile de France	97 680,43	17 652 616,66	402 608,53	16 498 658,33
Centre-Val de Loire	10 715,6185	4 403 449,157	12 431,11	4 103 435,13
Bourgogne-Franche-Comté	8 532,7435	4 472 184,25	11 408,00	4 451 045,32
Normandie	11 398,533	4 878 887,971	14 634,83	4 881 984,42
Hauts de France	29 924,56	9 844 681,78	37 444,61	9 854 727,18
Grand Est	22 075,08	8 507 253,34	23 067,78	8 414 793,11
Pays de la Loire	9 477,9035	9 477,9035	12 422,68	4 223 108,14
Bretagne	5 932,2215	3 316 169,095	7 576,21	3 426 371,81
Nouvelle-Aquitaine	18 264,75	8 087 126,75	23 483,55	8 206 685,13
Occitanie	27 366,9955	7 459 182,653	34 504,69	7 549 587,12
Auvergne-Rhône-Alpes	27 785,98	10 263 069,11	33 155,29	10 236 214,86
Provence-Alpes-Côte d'Azur	32 220,802	7 152 262,847	37 184,75	7 083 781,64
Corse	818,50	402 608,53	1 091,48	408 622,63
Guadeloupe	7379,0465	996 416,0075	6 575,83	992 001,49
Martinique	6119,589	968 385,7065	5 331,60	890 016,28
Guyane	7235,657	262 257,2245	5 255,65	281 468,68
La Réunion	27 613,698	228 8907,98	30 197,07	2 332 663,29

TABLEAU A : Montants remboursés annuels de Metformine (en euros) par région pour les patients bénéficiaires de la CSS (groupe précaire) et les patients non bénéficiaires de la CSS (groupe non précaire) en 2019 et 2021.

Conditionnement	Prix de la boîte (Vidal)	Nombre de comprimés par boîte	Dose à posologie standard (Vidal)	Coût journalier estimé
STAGID 700 BOITE 30	2,26 €	30	3	0,23 €
STAGID 700 BOITE 100	5,98 €	100	3	0,18 €
METFORMINE 500 BOITE 30	1,89 €	30	2	0,13 €
METFORMINE 500 BOITE 90	4,76 €	90	2	0,11 €
METFORMINE 850 BOITE 30	2,64 €	30	2	0,18 €
METFORMINE 850 BOITE 90	7,32 €	90	2	0,16 €
METFORMINE 1000 BOITE 30	2,64 €	30	2	0,18 €
METFORMINE 1000 BOITE 90	7,32 €	90	2	0,16 €
GLUCOPHAGE 500 BOITE 30	1,89 €	30	2	0,13 €
GLUCOPHAGE 500 BOITE 90	4,76 €	90	2	0,11 €
GLUCOPHAGE 850 BOITE 30	2,64 €	30	2	0,18 €
GLUCOPHAGE 850 BOITE 90	7,32 €	90	2	0,16 €
GLUCOPHAGE 1000 BOITE 30	2,64 €	30	2	0,18 €
GLUCOPHAGE 1000 BOITE 90	7,32 €	90	2	0,16 €

TABLEAU B : Coût journalier estimé selon le conditionnement en fonction de la posologie standard (données VIDAL)



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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 !

