

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 17 décembre 2021 à Poitiers
par **CONTAMINES Mathieu**
né le 18/11/1989 à Saint Michel (16)

Inégalités en santé : étude de l'influence du gradient d'exposition à la précarité sur les prescriptions médicamenteuses des médecins généralistes de la Vienne, de 2019 à 2021

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame le Professeure PERAULT POCHAT Marie Christine

Membres : Monsieur le Docteur TARSISSI Omar
Madame le Docteur DELOUCHE Marion
Madame le Docteur THIRIOUX Bérangère
Monsieur le Docteur LESCARRET Bruno

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur BIRAULT François– Professeur associé de Médecine Générale



Le Doyen,

Année universitaire 2021 - 2022

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- 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
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en disponibilité**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive (**retraite au 01/01/2022**)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile (**retraite au 01/11/2021**)
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie

- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (**retraite au 01/12/2021**)
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (**en mission 1 an jusqu'à fin octobre 2021**)
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie (**en mission 1an a/c du 12/07/2021**)
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelynne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignant d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres 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
- CASTETS Monique, 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
- 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)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- 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)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Madame le Professeure PERAULT POCHAT Marie-Christine

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je tiens aussi à vous remercier d'avoir été à mon écoute lors de moment difficile durant l'internat. Veuillez trouver ici ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur LARSISSI Omar, Madame le Docteur LELOUCHE Marion, Monsieur le Docteur LASCARRET Bruno et Madame le Docteur THIRIOUX Bérangère

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon plus profond respect.

A Monsieur le Docteur BIRAULT François

Je tiens à vous remercier de m'avoir permis de travailler sur ce sujet, de m'avoir accompagné et permis de mener à bien ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	p 9
2. OBJECTIFS	p 12
3. MATERIEL ET METHODE	p 13
3.1 Période et type d'étude	p 13
3.2 Collecte et analyse des données	p 14
3.2.1 Données relatives au critère d'évaluation principal	p 14
3.2.2 Données relatives aux médecins et leur patientèle	p 17
3.2.3 Données relatives aux populations	p 18
3.3 Analyse statistique	p 18
4. RESULTATS	p 19
5. DISCUSSION	p 21
5.1 Résultats de l'étude préliminaire	p 21
5.2 Force et limites	p 21
5.3 Matériel et méthode	p 22
5.4 Analyse et interprétation	p 23
6. SYNTHÈSE	p 28
7. CONCLUSION	p 29
8. ANNEXES	p 31
9. BIBLIOGRAPHIE	p 65
10. RESUME ET MOT CLEFS	p 67
11. SERMENT	p 69

ABBREVIATIONS

ACS : Assurance complémentaire santé

ALD : Affection de longue durée

ATC : Anatomique Thérapeutique Chimique

BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive

CMU : Couverture médicale universelle

CMU-C : Couverture médicale universelle complémentaire

COVID-19: COronaVirus Disease appeared in 2019

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

C2S : Complémentaire santé solidaire

DDD : Dose journalière définie (Defined Daily Dose)

DREES : direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RGAM : Régime général de l'assurance maladie

RR : Risque relatif

DEFINITIONS

Régime générale de l'assurance maladie : Le régime général est l'un des trois grands régimes qui composent l'Assurance Maladie. Organisé en différentes branches (maladie, accidents du travail-maladies professionnelles, retraite, famille et recouvrement), c'est le régime qui concerne le plus grand nombre d'individus en France. Il couvre les salariés, les retraités du secteur privé et les fonctionnaires, et d'une manière générale tous ceux qui ne relèvent pas d'un régime spécifique (agriculteurs, indépendants, régimes spéciaux etc.). Les assurés sont rattachés à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de leur lieu de résidence.

Couverture maladie universelle (CMU) et couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) :

La CMU a été créée en 2019 et effective depuis le 1^{er} janvier 2000 pour permettre aux populations les plus démunies de bénéficier d'un égal accès aux soins en termes de prestation, traitement et remboursement.

Ces personnes doivent :

- Résider sur le territoire français depuis au moins 3 mois, de façon stable et régulière
- Ne doivent pas être déjà couvertes par un autre régime d'assurance maladie
- Avoir des revenus inférieurs sur les 12 derniers mois au plafond annuel fixé (en fonction de la composition du foyer)

Cependant elle ne permet pas de remboursement sur le ticket modérateur et le forfait hospitalier. La CMU-C, avant le 1^{er} novembre 2019, prenait en charge la part complémentaire de tous les soins prescrits et remboursables par l'assurance maladie à hauteur de 100% du tarif de responsabilité de la sécurité sociale (consultations,

médicaments, hospitalisation etc.). Elle offrait la prise en charge des lunettes, des prothèses dentaires, des frais d'orthodontie, des dispositifs médicaux et des audioprothèses. La prise en charge se faisait à hauteur de forfaits fixés venant en complément des tarifs de la sécurité sociale. Ses bénéficiaires avaient un droit à la dispense totale d'avance des frais et ne pouvaient se voir facturer de dépassements d'honoraires.

Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) : avant le 1^{er} novembre 2019, système qui s'adressait aux personnes dont les ressources dépassaient de 35% le plafond d'attribution de la CMU-C. Le montant variait en fonction de l'âge (de 100 € pour les moins de 16 ans et 550 € pour ceux de 60 ans et plus). L'ACS était à utiliser sur un des contrats de « complémentaire santé » sélectionnés par l'État (en raison d'un bon rapport qualité/prix). Le bénéficiaire obtenait alors une réduction sur le coût de sa complémentaire avec l'attestation fournie. L'ACS offrait aussi un droit à la dispense totale d'avance de frais et à des tarifs plafonnés pour les soins dentaires, et ses bénéficiaires ne pouvaient pas être sujets aux dépassements d'honoraires.

Complémentaire santé solidaire (C2S) : couverture complémentaire issue de la fusion de la CMU-C et de l'ACS depuis le 1^{er} novembre 2019. Elle est attribuée gratuitement aux personnes dont les ressources sont inférieures au plafond d'attribution de la CMU-C, en contrepartie d'une participation financière aux personnes dont les ressources correspondent à l'attribution de l'ACS (définie selon l'âge, de 8 à 30 € par mois).

Le niveau de couverture est semblable à celui de la CMU-C et ses bénéficiaires ont droit à la dispense totale d'avance des frais et ne peuvent se voir facturer de dépassements d'honoraires. La C2S est gérée soit par l'organisme d'assurance maladie en charge de la protection obligatoire de l'assuré ou par un organisme complémentaire agréé.

Affection de longue durée (ALD) : Affection dont la durée prévisible d'évolution est supérieure à 6 mois. Il convient de distinguer les affections « non exonérantes » qui permettent de bénéficier d'arrêt de travail de plus de 6 mois et/ou de la prise en charge des transports en lien avec l'affection mais n'ouvrent pas de droit à la prise en charge du ticket modérateur et les affections « exonérantes » dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et coûteux pour lesquelles le ticket modérateur est supprimé (remboursement à 100% sur la base du tarif de la Sécurité sociale des frais de santé liés à l'ALD).

1. INTRODUCTION

Selon le dictionnaire Larousse, la précarité est définie comme l'état ou la situation « qui n'offre nulle garantie de durée, de stabilité, qui peut toujours être remis en cause » (définition dictionnaire Larousse) et qui s'applique à différents domaines : précarité économique, sociale, professionnelle etc. Elle se définit aussi comme une « absence de sécurité permettant aux personnes d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux » (1). Il existe un lien entre précarité et maladie : on constate une incidence de pathologie plus élevée chez les patients les plus précaires (troubles mentaux, cardiovasculaires, métaboliques, neurologiques et cancers) (2), ainsi qu'un taux global de mortalité significativement supérieur (RR de 2.4) par rapport à la population générale (3). On retrouve clairement des particularités spécifiques à ces patients avec un risque relatif de 1.4 pour l'insuffisance rénale chronique, les problèmes cardiovasculaires et les maladies neurologiques, 2.0 pour l'épilepsie, 2.2 pour le diabète et 2.4 pour les pathologies psychiatriques (3).

Ces différences se retrouvent aussi au niveau de conduite à risque dans leur mode de vie avec un risque d'exposition au tabac de 1.6 et de 4.7 pour les troubles addictifs et un risque d'obésité de 1.7 par rapport au reste de la population (2).

En France, il est établi qu'un des droits fondamentaux est celui de l'égal accès aux soins pour tous. Il est défini par les articles L1110-1 et L1110-3 du code de santé publique. Ce droit d'égal accès de chacun aux soins nécessités par son état de santé et ne doit pas être menacé de toute forme de discrimination (sociale, raciale). Cette égalité d'accès passe notamment par une accessibilité financière aux soins. L'une des particularités du système français de remboursement des frais médicaux est organisé par les régimes d'assurance maladie obligatoire de base et sur les régimes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance).

Pour la plupart, les personnes issues de la population dite « non-précaire » bénéficie du régime général de l'assurance maladie (RGAM), qui rembourse 65% de la dépense de soins (consultation, médicaments, examens, hospitalisations) sur la base du tarif de la sécurité sociale. Les 35% restants sont à la charge de l'assuré mais peuvent être pris en charge par des organismes complémentaires au travers de contrats « complémentaire santé ». Les personnes dites « précaires » sont celles dont les revenus sont inférieurs aux plafonds d'attribution de la CMU-C (inférieur ou égal à 746 €/mois pour une personne seule ou 1 119 €/mois pour un couple, en France métropolitaine) et de l'ACS (entre 747 et 1 007 €/mois pour une personne seule ou entre 1 120 et 1 510 €/mois pour un couple) (4). Ils sont pris en charge par le RGAM à hauteur de 65% et, grâce à la CMU-C et l'ACS, les 35% restants sont à la charge de l'organisme complémentaire.

De plus, en 1945 à l'origine de la création du système de création de l'assurance maladie, un autre régime de remboursement a été mis en place passant par le dispositif ALD qui

traduit le principe de solidarité collective en visant à permettre l'accès aux soins aux personnes exposés à des soins longs et coûteux (5).

Il a été mis en évidence qu'il existe une prévalence d'ALD plus importante (11%) au sein de la population précaire, bénéficiaire de la CMU-C par rapport aux non précaire (8%) (6).

A la fin octobre 2019, environ 5,85 millions de personnes bénéficient de la CMU-C et 1,71 million de l'ACS (respectivement 5.85 millions et 1,30 d'utilisateur) et devant un taux de non-recours à l'ACS estimé par la DREES d'environ 53-67% en 2018, il a été décidé de reformer les dispositifs de couverture santé des personnes en situation de précarité (4).

Le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C et l'ACS ont disparues pour laisser place à la complémentaire santé solidaire (C2S). Il s'agit d'une complémentaire attribuée à titre gratuit aux personnes dont les ressources sont inférieures au plafond d'attribution de la CMU-C, en contrepartie d'une participation financière aux personnes dont les ressources correspondent à l'attribution de l'ACS (définie selon l'âge de l'assuré).

On peut en déduire qu'avec un moins bon état de santé avec une incidence plus élevée de pathologies chroniques et une mortalité plus élevée (2, 3), les patients précaires tendent à consulter leur médecin généraliste plus facilement (7). Il devrait exister une plus forte prescription de médicaments indiqués pour les maladies connues comme ayant une prévalence plus élevée en fonction de l'état de précarité, comparativement au reste de la population.

Or, dans une étude réalisée sur les prescriptions médicamenteuses des médecins généralistes français (8), nous pouvons observer :

- Que les praticiens prescrivent de manière égale des traitements (amoxicilline, pristinamycine, ivermectine, salbutamol et tiopropium) qui devraient théoriquement être plus prescrits aux patients précaires compte tenu du fait qu'ils sont plus atteints par les maladies ciblées par ces médicaments (bronchite chronique, pneumonie aigue communautaire, infections cutanées, etc.).
- Que deux molécules, utilisées dans le traitement du diabète, sont sous-remboursées dans la population précaire, bien que la prévalence de ce dernier soit plus élevée que dans la population non précaire (9)

2. OBJECTIFS

Une étude préliminaire portant sur les remboursements des médicaments prescrits aux patients précaires C2S (anciennement désigné sous le terme CMU-C) en France a mis en évidence qu'il existait un effet de la population sur des différences de remboursement entre les patients précaires et non précaires (8) signifiant des failles de compensation des inégalités en santé.

Dans cette étude nous allons nous intéresser à l'effet de la prévalence de la précarité sur les différences constatées, et tenter de déterminer s'il existe une association entre la prévalence de précarité et les inégalités de prescriptions qui en découlent entre deux groupes de médecins généralistes. Nous avons émis l'hypothèse que l'exposition à une prévalence élevée de précarité dans la patientèle des médecins généralistes impacte négativement leurs prescriptions médicamenteuses par rapport aux praticiens moins exposés. Notre but est de prouver qu'il existe une différence de prescription

médicamenteuse entre les médecins généralistes en fonction du gradient de patients C2S au sein de leur patientèle.

La question de recherche principale est :

La prévalence d'exposition à la précarité modifie-t-elle les prescriptions médicamenteuses entre les médecins généralistes ?

Le critère d'évaluation principal est le MNT PARPAT (montant par patient) :

Il a pour but d'évaluer une insuffisance de la compensation des inégalités voulue par le système de remboursement C2S.

Nous avons émis l'hypothèse que l'exposition des médecins généralistes à une prévalence de précarité élevée impacte négativement les prescriptions médicamenteuses par rapport aux médecins généralistes les moins exposés.

Nous avons défini que cette insuffisance se traduit par un MNT PARPAT pour la population précaire plus faible chez des médecins avec un taux élevé de C2S dans leur patientèle comparativement aux médecins en ayant le moins.

3. MATERIEL ET METHODE

3.1 Période et type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive observationnelle quantitative rétrospective dans le département de la Vienne, sur des données obtenues du 2^{ème} trimestre 2019 au 1^{er} trimestre 2021.

3.2 Collecte et analyse des données

Les données, fournies par la CPAM de la Vienne, ont été collectées par l'Institut français de Statistique des Praticiens libéraux (ISPL). Ces données sont issues des feuilles de soins concernant les remboursements médicamenteux d'avril 2019 à mars 2021 pour les assurés affiliés au régime général de la CPAM de la Vienne et de la C2S.

3.2.1 Données relatives au critère d'évaluation principal

Le critère principal utilisé est le « montant par patient » pour 20 médicaments parmi les plus prescrits en médecine générale. Nous avons utilisé la classification ATC, qui correspond à la classification Anatomique Thérapeutique Chimique de la molécule, décidée par le *Collaborating Center for Drug Statistics Methodology* dirigé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Cette classification permet d'établir un standard international pour l'étude de l'utilisation de ces molécules mais qui ne constitue pas un guide de recommandation des prescriptions médicamenteuses. Elles sont classées en fonctions de leurs propriétés chimiques, pharmacologiques et thérapeutiques (10).

Le premier niveau correspond au groupe anatomique (première lettre).

Le deuxième niveau définit le sous-groupe pharmacologique (deux premiers chiffres).

Le troisième et le quatrième niveau correspondent à des sous-groupes chimiques (deuxième et troisième lettres) et le dernier niveau indique la substance chimique (deux derniers chiffres).

Exemple : Tamsulosine = G04CA02

- G : Appareil génito-urinaire et hormones sexuelles
- 04 : Urologie
- CA : Alpha bloquant
- 02 : Tamsulosine

Ils ont été choisis selon les critères suivants :

- Nous avons sélectionné deux molécules différentes pour une même classe ATC en excluant les classes ne pouvant être prescrites par les médecins généralistes.
- La première molécule de chaque classe correspond à la molécule la plus prescrite durant la période d'étude.
- La deuxième molécule correspond à la molécule avec le montant de remboursement le plus élevé durant la période d'étude.
- Pour les classes H, M, N et P une seule molécule a été sélectionnées car remplissant les deux derniers critères.

Le tableau 1 indique le montant total remboursé pour chaque classe ATC ainsi que le nombre de boîtes écoulées avec leurs pourcentages correspondants, ainsi que le nombre de boîtes écoulées en 2020.

Tableau I. Classification Thérapeutique et Chimique (ATC) du 1^{er} niveau et remboursement total en France en 2020

Classification ATC – 1 ^{er} niveau		Montant remboursé (€)	%	Nombre de boîtes	%
A	Système digestif et métabolisme	2 127 772 881,49	11	382 037 328	17
B	Sang et organes hématopoïétiques	1 838 723 426,58	9,5	125 913 742	5,6
C	Système cardio-vasculaire	1 670 727 156,60	8,6	244 030 088	10,9
D	Dermatologie	221 657 649,47	1,1	78 294 853	3,5
G	Système génito-urinaire et hormones sexuelles	355 300 595,99	1,8	61 869 375	2,7
H	Hormones systémiques, à l'exclusion des hormones sexuelles et des insulines	559 982 626,00	2,9	54 849 717	2,4
J	Anti-infectieux (usage systémique)	1 933 407 362,71	10	131 293 521	5,8
L	Antinéoplasiques et agents immun modulateurs	5 404 066 853,16	28	17 721 444	0,8
M	Système musculo-squelettique	257 772 297,53	1,3	80 419 996	3,6
N	Système nerveux	2 236 925 037,38	11,6	832 449 668	37,2
P	Antiparasitaires, insecticides et répulsifs	41 024 309,64	0,2	5 131 439	0,2
R	Système respiratoire	1 250 048 066,21	6,5	132 276 951	5,9
S	Organes sensoriels	1 052 974 302,77	5,5	74 248 313	3,3
V	Divers	294 483 800,89	1,5	17 636 935	0,8
Total		19 244 866 366,42	100	2 238 173 370	100

L'étude antérieure (8) a utilisé les modulations de la Dose Journalière Définie (DDD) dans l'évaluation des différences de prescriptions des médicaments remboursés entre les populations précaires et non précaires. La consommation et l'utilisation des traitements médicamenteux peut être exprimée à travers le nombre d'unités délivrées, le montant du remboursement, le nombre de prescriptions etc.

La DDD correspond à la dose thérapeutique conseillée par jour, pour une molécule donnée dans ses principales indications chez un patient adulte (10).

Dans cette étude nous utilisons le montant de remboursement par patients (MNT_PARPAT), pour les 20 médicaments les plus prescrits et remboursés par les médecins généralistes. Il s'agit du rapport de la somme de médicaments prescrits totaux par le médecin généraliste au nombre global de patients du praticien. C'est le paramètre qui est disponible pour cette base de données.

$MNT_PARPAT = (\text{prix unitaire TTC} * \text{nombre d'unités, avec application du taux de remboursement}) / \text{nombre total de patients}$

L'hypothèse de travail est qu'une différence significative du MNT PARPAT entre des médecins avec des prévalences de C2S différentes, pour un traitement donné, reflète une différence dans les prescriptions.

3.2.2 Données relatives aux médecins et leur patientèle

Les données, anonymes, concernent l'ensemble des médecins généralistes libéraux conventionnés de la Vienne, consolidées sur le numéro de leur cabinet principal (si activité en cabinet secondaire) mais nous n'avons pris en compte que les données concernant les médecins avec des prévalences de C2S différentes.

Nous avons défini deux groupes d'appartenance (GROUPE C2S) :

- Le quartile inférieur (Q inf) de la population des médecins généralistes de la Vienne avec une prévalence de C2S inférieure ou égale à 5,61%.
- Et le quartile supérieur (Q sup), correspondant à la population des médecins généralistes avec une prévalence de C2S supérieure ou égale à 12,67%.

La patientèle des médecins généralistes correspond à :

- Un patient pour lequel le médecin généraliste a prescrit un soin remboursé au cours de la période d'étude,
- Un patient pour lequel le médecin généraliste a effectué un acte remboursé,
- Un patient ayant fait l'objet d'un remboursement et dont le médecin généraliste était déclaré médecin traitant.

3.2.3 Données relatives aux populations

Nous avons défini deux populations d'étude, une considérée « non précaire » bénéficiant du RGAM, et un autre groupe considéré « précaire » car bénéficiant du système C2S. Les patients précaires sont généralement plus jeunes (94% de moins de 60 ans et 43% de moins de 20 ans en 2019) à prédominance féminine après l'âge de 20 ans (4). En 2019, les bénéficiaires du système CMU-C était majoritairement des femmes. Il faut aussi savoir que les patients les plus âgés ont parfois de faible revenu et relèvent de minimas sociaux dépassant le plafond d'attribution de la CMU-C.

3.3 Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été calculées grâce au logiciel *Jamovi-Software*©. Nous avons calculé les montants de remboursement médicamenteux pour les patients précaires (P) et non précaires (NP), les montants de remboursement pour les deux populations de médecin (Q inf et Q sup), puis les montants pour les deux populations en fonction du groupe d'appartenance de leur médecin généraliste. Pour tester si un gradient de précarité élevé dans la patientèle du médecin généraliste impacte négativement ses prescriptions, comparativement aux praticiens les moins exposés, nous avons effectué des analyses de variance ANOVA en utilisant le MNT PARPAT comme variable avec les groupes d'appartenances des médecins (Qinf et Qsup) et les populations (P et NP) comme facteurs. Ces analyses ont été effectuées séparément pour toutes les molécules sélectionnées.

Le critère de jugement principal était une différence, au seuil de 5%, de prescription par molécule et statut du patient (précaire ou non) entre les deux populations de médecins

généralistes : ceux du quartile inférieur (proportion de patients C2S inférieure ou égale à 5.61%) et ceux du quartile supérieur (proportion de patients C2S supérieure ou égale à 12.67%). Une valeur de $p < 0,05$ est considérée comme significative.

4. RESULTATS

Il existe un effet :

- population pour l'ensemble des molécules analysées. Nous retrouvons un montant de remboursement significativement plus important pour la population précaire pour les 20 médicaments sélectionnés dans l'étude, quel que soit le groupe d'appartenance du praticien. (*cf. Annexes ; tableau II, tableau III*)

- Il existe un effet lié au prescripteur, donc un effet de la prévalence de précarité, pour 19 molécules (à l'exception du timolol). Nous constatons un montant de remboursement plus important dans le groupe du quartile inférieur, indépendamment du statut C2S du patient. (*cf. Annexes ; tableau II, tableau III*)

- Il existe une interaction population et le groupe d'appartenance, concernant uniquement la population précaire, pour tous les traitements à l'exception de la tamsulosine et du timolol. Nous constatons que pour les 18 autres molécules, les montants de remboursement pour la population précaire sont significativement moins importants avec l'augmentation du gradient de précarité, c'est-à-dire dans le groupe le plus exposé (Q sup). Cet effet ne se retrouve pas pour la population générale non précaire qui ne souffrent d'aucune différence significative dans les deux groupes de médecins. (*cf. Annexes ; tableau IV*)

Les résultats ne sont pas significatifs mais nous retrouvons une tendance de montant de remboursement légèrement plus élevé pour les patients non précaires dans le groupe des médecins du quartile supérieur.

Ces résultats supposent que l'augmentation du gradient d'exposition à la précarité auquel sont contraints les praticiens, influe sur les prescriptions délivrées à la population précaire.

Bien qu'il ait été rapporté que le confinement mis en place dans le cadre de la crise sanitaire lié au virus de la COVID 19 a impacté l'activité des généralistes par une diminution du nombre de consultation d'environ 30%, nous ne retrouvons pas de différences significatives entre les trimestres de remboursement notamment sur le deuxième trimestre 2020.

Concernant l'âge, on constate des montants de remboursements plus élevés en vieillissant. La tranche d'âge des 75 ans et plus est la plus grande consommatrice avec des résultats significativement plus importants pour 16 traitements (metformine, insuline glargine, acide acétylsalicylique, rivaxoraban, atorvastatine, rosuvastatine, serenoa repens, tamsulosine, ibuprofene, amoxicilline, pristinamycine, prednisolone, paracétamol, ivermectine, tiopropium, timolol). Les quatre molécules restantes (ciclopirox, econazole, salbutamol, acide cromoglicique) ont aussi des montants de remboursements significativement plus importants à partir de 60 ans.

Concernant le sexe, nous constatons une consommation plus importante de sept traitements par la population masculine (acide acétylsalicylique, rivaxoraban, atorvastatine, rosuvastatine, pristinamycine, ivermectine, salbutamol), une consommation plus importante de paracétamol par les femmes et l'absence de différence significative pour 10 molécules (metformine, insuline glargine, ciclopirox, econazole, prednisolone, ibuprofène, tiopropium, acide cromoglicique, timolol). Le serenoa repens et tamsulosine ne sont prescrits qu'aux hommes.

5. DISCUSSION

5.1 Résultats obtenus lors de l'étude préliminaire

Une précédente étude pharmaco-épidémiologique s'est intéressée à rechercher si le système de couverture médicale CMU-C destiné à la population française précaire permettait de compenser les inégalités des prescriptions de médicaments remboursés (8). Les résultats obtenus ont partiellement montré un échec de compensation des inégalités de la CMU-C. Parmi les 20 molécules étudiées, 12 ont été remboursées de manière égale dans les deux populations et les huit restantes présentaient des différences significatives entre les deux groupes.

Six molécules ont été significativement moins prescrites aux patients précaires (metformine, atorvastatine, rosuvastatine, tamsulosine, paracétamol et timolol) et qui ciblent principalement des maladies chroniques. L'éconazole et le ciclopirox ont montré le schéma inverse en étant plus remboursés chez la population précaire.

Il existe donc un effet de la population (précaires et non précaires) sur les prescriptions médicamenteuses.

5.2 Force et limites

Ces résultats confortent l'étude préliminaire (8) alors que notre paramètre d'étude est différent. Le système de remboursement C2S ne compense pas complètement les inégalités en santé dues à la précarité, et plus la précarité augmente moins cette compensation est efficace.

Cette étude se limite à l'analyse des données concernant uniquement deux catégories de médecins et non aux quatre quartiles. De plus, nous avons analysé des données issues d'un seul département, sur une période de 8 trimestres seulement. Bien que nous ayons eu accès à plusieurs informations concernant les patients (sexe et âge) nous n'avons pas eu accès aux données liées à leur état de santé, leurs antécédents et les pathologies sous-jacentes (notamment le statut ALD). Nous n'avons pas pu adapter notre analyse à ces variables. Nous ne disposons pas des données concernant les traitements non remboursés théoriquement inaccessible aux patients précaires et qui représentent des inégalités irréductibles.

Nous ne connaissons pas le nombre de patients dont les traitements des pathologies chroniques sont renouvelés par des médecins spécialistes.

5.3 Matériel et méthode

Dans cette étude nous avons recherché s'il existait une association entre le niveau de prévalence de précarité auquel sont exposés les praticiens généralistes et les inégalités en termes de prescriptions médicamenteuses remboursées chez les populations précaires et non précaires. Nous avons adopté une méthode basée sur l'analyse du montant de remboursement moyen par patient pour les patients bénéficiant du système C2S et ceux du régime général dans deux groupes de médecins généralistes (différenciés par la prévalence de patients C2S dans leur patientèle).

Il existe notamment une différence majeure par rapport à l'étude de 2015, dans le sens où la définition d'un patient précaire s'est élargie avec la mise en place du système C2S, fusion des système CMU-C et ACS.

Le choix des molécules étudiées est dans la continuité du travail précédent et de sa méthodologie (8).

Le choix du département de la Vienne s'explique par un taux moyen de précarité (entre 7.6 et 8.8% en 2019 pour la région Poitou-Charentes) proche du taux national (8.1% en 2019) (4). En réduisant le champ de l'étude nous voulions concentrer notre analyse sur des populations de patient et de médecin d'une même zone géographique et tester l'effet du gradient d'exposition à la précarité.

5.4 Analyse et interprétation

Premièrement nous constatons une différence dans le montant moyen remboursé dans les populations précaires et non précaires, indépendamment du groupe d'appartenance du médecin généraliste et donc de la prévalence de précarité. Les patients précaires sont de plus gros consommateurs de médicaments et concordent avec les données épidémiologiques (8).

Nous retrouvons partiellement les résultats de l'étude de 2015 (8), car nous retrouvons aussi des montants plus importants pour les populations précaires concernant l'insuline glargine, rivaxoraban, rosuvastatine, econazole, tamsulosine, amoxicilline, tioproprium et l'acide cromoglicique qui semblent être prescrits en excès. Cependant, en réduisant l'échelle de l'étude nous ne constatons pas de sous remboursement pour des traitements comme le ciclopirox, serenoa repens, prednisolone, paracetamol, ivermectine, et salbutamol. Cela confirme le fait que les patients les plus précaires, les plus exposés aux problèmes de santé, sont logiquement les plus gros consommateurs.

Ces résultats étaient attendus pour des molécules comme la metformine et l'insuline qui ciblent le diabète, l'atorvastatine et la rosuvastatine prescrites dans les maladies cardiovasculaire et métabolique, les antibiotiques tels que l'amoxicilline et la pristinamycine (2, 3, 9), et l'éconazole et le ciclopirox qui traitent les infections fongiques, plus fréquentes au sein des populations précaires car favorisées par des problèmes d'hygiène et des mauvaises conditions de travail (11).

Il n'est pas surprenant non plus de retrouver des taux de remboursement plus importants chez les précaires pour le salbutamol et le tiopropium, utilisés pour les maladies broncho-pulmonaires comme l'asthme et la BPCO qui touchent plus souvent les patients en situation de précarité (2, 3), dues à des conditions d'insalubrité des logements, à l'exposition à des facteurs de risque tel que le tabac ou l'obésité (2).

Concernant le serenoa repens et la tamsulosine qui sont utilisés dans le traitement de l'hypertrophie bénigne de prostate, on constate aussi un remboursement plus important dans la population précaire bien que la précarité ne soit pas un facteur de risque d'hypertrophie prostatique à proprement parlé (3, 12) et cela se retrouve aussi avec le timolol, un alpha bloquant utilisé dans le traitement du glaucome (13). Cependant une alternative thérapeutique chirurgicale est possible, accessible à la population non précaire et peut expliquer cette sur consommation par les patients les plus pauvres (14)

De plus nous savons que l'incidence de ces pathologies augmentent avec l'âge, il est donc logique de retrouver des montants plus importants pour les groupes les plus âgés.

En s'intéressant à regarder les prescriptions des généralistes en fonction de leur gradient d'exposition à la précarité, c'est-à-dire en comparant les deux groupes, nous constatons que paradoxalement les médecins ayant le moins de patients précaires sont ceux qui prescrivent le plus, indépendamment du statut C2S de leur patient. (*cf. Annexes ; tableau II, tableau III*)

En développant notre analyse et en comparant le montant de médicaments remboursés pour les populations précaires et non précaires, en fonction de la prévalence de précarité à laquelle est exposé leur médecin, nous constatons premièrement une absence de différence de prescription pour la population non précaire entre les médecins de quartile inférieur et supérieur, qui suggère une prise en charge similaire pour ces patients quel que soit le gradient de précarité.

Deuxièmement, nous constatons des résultats très différents pour la population précaire. Les montants de remboursements par patients sont plus importants pour ces patients dans le groupe de médecin du quartile inférieur, les moins exposés à la précarité. Nous avons démontré l'interaction de la prévalence de précarité et de la population précaires sur les prescriptions des médecins généralistes pour 18 des molécules testées, à l'exception de la tamsulosine et du timolol.

Nous pouvons extraire un modèle d'interaction pour ces traitements, en prenant l'exemple de la metformine et de l'atorvastatine (*cf. Annexes, figure I, figure II*), qui sont des traitements privilégiés pour les patients précaires (2, 3, 9, 15) et ses caractéristiques sont les suivantes : le montant de remboursement par patient pour la population précaire est toujours supérieur à celui des patients non précaires (quel que soit le groupe d'appartenance de leur médecin) et le montant de remboursement pour un patient précaire est significativement supérieur dans le groupe de médecin du quartile inférieur, c'est-à-dire que le montant de remboursement diminue avec l'augmentation de la prévalence de précarité. Ces résultats indiquent qu'une prévalence élevée de précarité impacte négativement les prescriptions médicamenteuses pour cette population mais uniquement pour la population précaire.

Plusieurs explications sont possibles. Les praticiens à forte exposition à la précarité s'adapterait à celle-ci en fournissant une prestation plus adaptée, en limitant leur prescription et en privilégiant l'éducation thérapeutique. Une autre explication à ces résultats peut être que l'exposition à un gradient de précarité élevé épuise les praticiens (16, 17, 18, 19) qui, en réaction, ont tendance à fournir une prestation de moindre qualité, réfléchissant moins, se concentrant sur un seul motif de consultation, ou en négligeant des pathologies bénignes car les patients précaires présentent plus de comorbidités que la population générale non précaire (2, 3). Les généralistes sont donc confrontés à un nombre plus important de consultations et demandes pour la population précaire (16, 19, 20, 21) et choisissent de se concentrer sur des pathologies plus graves. Cela peut expliquer une différence dans les montants de remboursement pour des traitements de pathologie bénigne comme les douleurs légères (ibuprofène et paracétamol), la conjonctivite allergique (acide cromoglique) ou les mycoses (ciclopirox et econazole) qui diminuent avec l'augmentation du gradient de précarité.

Les patients précaires sont d'autant plus difficiles à prendre en charge compte tenu d'un taux d'alphabétisation plus faible causant des difficultés de langage et de compréhension (15, 22) qui en plus de surcharger le travail du médecin (16), compromet une bonne prise des traitements et leur observance (23).

On peut aussi supposer que ces médecins choisissent délibérément de moins prescrire certaines molécules compte tenu d'un mésusage possible (automédication, surdosage, etc.). Plusieurs hypothèses dans ce sens peuvent être avancées : une prescription plus faible d'antibiotiques pour éviter que ces patients se retrouvent avec des comprimés restants au domicile et s'auto-médique sans avis médical préalable, les exposant à de potentiels effets indésirables voir de développer des résistances (24).

Ce raisonnement peut aussi s'appliquer à l'ibuprofène, pourvoyeur d'ulcères gastroduodénaux lorsqu'il est consommé en excès ou dans de mauvaises conditions.

Il est particulièrement intéressant d'observer l'effet de la prévalence de précarité sur les prescriptions de traitements tels que la metformine et l'atorvastatine qui ciblent respectivement le diabète, l'hypercholestérolémie et les maladies cardio-vasculaires. Conformément aux données épidémiologiques, nous retrouvons une prescription plus importante pour les patients précaires (25) mais nous constatons que le montant par patient diminue avec l'augmentation de la prévalence de précarité. Pour ces deux molécules notamment nous ne pouvons pas avancer d'argument en faveur d'une prescription limitée car ces traitements doivent être pris quotidiennement au long cours. Le diabète atteint les patients les plus âgés, il est donc logique de retrouver une consommation plus importante dans les groupes les plus vieux, et le fait que les hommes soient les plus gros consommateurs va aussi dans ce sens puisque la prévalence du diabète en France est de 2,7% pour les hommes contre 0,9% pour les femmes (bien que les femmes d'origine maghrébine présente l'incidence la plus élevée à 16,6%) (26, 27). Cela montre une faille de compensation des inégalités, d'autant plus que le gradient d'exposition à la précarité n'influence pas la population non précaire. Cet impact négatif concerne donc uniquement la population C2S. Il n'y a pas d'explication épidémiologique logique pour ces résultats mais il est possible de supposer, encore une fois, que la fatigue accumulée par les médecins, due à la forte exposition à la précarité, a un effet délétère. Dans le cas du diabète, les hospitalisations, les déséquilibres et les complications sont plus fréquents dans la population précaire (3, 9, 25) et nous pouvons supposer que les généralistes débordés, font plus appel aux médecins spécialistes concernant ces patients (20) pour le suivi et le renouvellement ce qui peut expliquer en partie un montant de remboursement plus faible.

Nous pouvons en conclure qu'une prévalence d'exposition à la précarité élevée impacte négativement les prescriptions médicamenteuses des généralistes pour la population précaire, ce qui n'est pas le cas des autres patients pour lesquels les montants de remboursement restent sensiblement identiques quel que soit le gradient de précarité.

SYNTHESE

Comme évoqué précédemment, nous retrouvons aussi un effet délétère de la prévalence de précarité pour traitements impliqué dans des pathologies bénignes mais aussi pour des maladies chroniques plus sérieuses comme le diabète et les maladies cardiovasculaires.

Une des explications possibles est que les patients issus de la population précaire sont plus difficiles à prendre en charge (17, 18, 21, 28) et cela épuise les généralistes. La relation médecin-patient est difficile à construire du fait, de barrière du langage et des difficultés de compréhension, d'une prise en charge sociale et administrative plus lourde avec une augmentation du temps de travail, d'un feedback négatif (plus faible observance et compliance aux traitements) et de clichés sociaux (29). Ces éléments participent à l'usure des praticiens. Une hypothèse que nous posons est que la complexité de prise en charge globale d'une patient précaire retenti indirectement sur une des qualités indispensables au travail de soignant : l'empathie.

L'empathie est définie comme la capacité de s'identifier à autrui dans ce qu'il ressent, c'est une attitude consistant à ressentir et comprendre l'autre dans sa globalité, son expérience et son état mental en adoptant sa perspective visuo-spatiale et psychologique tout en maintenant la distinction entre soi et l'autre (30, 31, 32, 33, 34) Cela comprend

des mécanismes automatiques, divers et complexes au niveau cognitif, émotionnel et spatial avec des processus d'autorégulation (30, 31, 32, 33, 34).

Sur les bases d'un travail de neuro-phénoménologie (16), nous posons ici le postulat que la surcharge de travail et le surmenage influe négativement sur l'empathie des praticiens généralistes, qui est une des qualités premières demandée à tous professionnel de santé pour établir une relation médecin-patient (16, 35). De plus, le manque d'empathie clinique est impliqué dans l'épuisement professionnel et est même considéré comme un facteur de risque de surmenage dans le milieu médical (31, 36).

Le raisonnement inverse peut aussi être avancé ; nous pouvons nous demander si les médecins les moins exposés ne prescrivent pas en excès aux patients précaires car n'étant pas habitué à les prendre en charge tandis que les praticiens les plus exposés s'y sont adaptés. Les mécanismes d'adaptation à la précarité nécessitent d'être plus étudié, en prenant le médecin comme sujet d'étude.

CONCLUSION

Nos données montrent que le système de remboursement C2S ne suffit pas à compenser les inégalités. Bien que nous retrouvions des montants de remboursement plus importants pour l'ensemble des molécules dans la population précaire, nous remarquons que ce montant diminue avec l'augmentation du gradient de précarité et qu'il existe un impact négatif sur praticiens généralistes, en première ligne et dits de « premier recours ». De plus, nous avons montré que cet effet délétère ne concerne que la population précaire, puisqu'aucun résultat n'est significatif dans le groupe des patients non précaires.

Ces résultats mettent en évidence la problématique de la formation des praticiens et l'amélioration de leur pratique lorsqu'ils prennent en charge un patient précaire, la nécessité de développer et améliorer des compétences cliniques afin de mieux repérer les caractéristiques inhérentes à la population défavorisée. Un autre point mis en avant est la nécessité de repérer au mieux et plus précocement les signes d'alerte de burnout pour ne pas mettre en danger l'empathie nécessaire demandée aux praticiens pour prendre soin de leurs patients.

Il est pertinent d'envisager des études sur le groupe des médecins les plus exposés à la précarité en étudiant leurs prescriptions médicamenteuses et leurs variations en fonction de leur niveau d'empathie et d'épuisement professionnel.

ANNEXES

Tableau II. Moyenne des montants de remboursements par patient (MNT_PARPAT), pour la population précaire (P) et non précaire (NP) puis dans les deux groupes de médecins sélectionnés sur leur prévalence d'exposition à la précarité, comprenant ceux du quartile inférieur les moins exposés (Q inf) et le quartile supérieur plus exposé (Q sup)

ATC	Molécule	MNT PARPAT P+NP (€) Mean +/- SD	MNT PARPAT P (€) Mean +/- SD	MNT PARPAT NP (€) Mean +/- SD	Groupe médecin	MNT PARPAT P+NP (€) Mean +/- SD	MNT PARPAT P (€) Mean +/- SD	MNT PARPAT NP (€) Mean +/- SD
A	Metformine	8,60 +/- 14,3	18,6 +/- 24,1	4,97 +/- 4,49	Q inf	8,38 +/- 14,3	29,4 +/- 27,2	3,80 +/- 3,84
					Q sup	8,76 +/- 14,4	15,1 +/- 21,9	5,36 +/- 5,03
	Insuline glargine	39,4 +/- 95,1	105 +/- 171	18,9 +/- 32,2	Q inf	33,4 +/- 77,3	175 +/- 168	15,5 +/- 19,0
					Q sup	43,2 +/- 105	89,5 +/- 168	21,7 +/- 39,8
B	Ac. acétylcalicylique	5,23 +/- 6,39	8,44 +/- 10,1	4,15 +/- 3,97	Q inf	5,50 +/- 6,80	12,8 +/- 12,2	4,16 +/- 3,99
					Q sup	5,00 +/- 6,01	6,71 +/-	4,13 +/- 3,95
	Rivaxoraban	62,3 +/- 124	223 +/- 281	38,5 +/- 39,1	Q inf	63,2 +/- 145	409 +/- 431	39,9 +/- 41,2
					Q sup	61,4 +/- 96,6	162 +/- 173	36,8 +/- 36,3
C	Atorvastatine	9,79 +/- 13,3	19,8 +/- 22,9	6,69 +/- 5,33	Q inf	11,0 +/- 16,4	38,4 +/- 29,7	6,51 +/- 5,21
					Q sup	8,81 +/- 9,92	13,0 +/- 14,9	6,87 +/- 5,46
	Rosuvastatine	8,99 +/- 15,6	27,3 +/- 34,1	6,03 +/- 5,77	Q inf	9,39 +/- 18,4	57,1 +/- 46,5	5,94 +/- 5,67
					Q sup	8,58 +/- 12,3	17,8 +/- 22,0	6,13 +/- 5,89
D	Ciclopirox	1,86 +/- 5,14	4,43 +/- 10,1	1,12 +/- 1,55	Q inf	1,63 +/- 4,35	11,0 +/- 14,6	1,06 +/- 1,39
					Q sup	2,01 +/- 5,60	3,68 +/- 9,19	1,18 +/- 1,69
	Econazole	1,07 +/- 4,73	3,30 +/- 10,0	0,482 +/- 0,642	Q inf	1,06 +/- 4,62	11,2 +/- 16,1	0,442 +/- 0,612
					Q sup	1,07 +/- 4,82	2,18 +/- 8,25	0,526 +/- 0,673
G	Serenoa Repens	23,5 +/- 71,4	123 +/- 186	11,1 +/- 8,52	Q inf	17,2 +/- 51,5	207 +/- 227	11,0 +/- 9,65
					Q sup	29,1 +/- 84,9	110 +/- 179	11,1 +/- 9,65
	Tamsulosine	7,33 +/- 12,8	26,4 +/- 34,4	5,49 +/- 5,26	Q inf	6,29 +/- 7,92	34,3 +/- 28,4	5,67 +/- 5,55
					Q sup	8,47 +/- 16,4	11,1 +/- 35,3	5,26 +/- 4,85
H	Prednisolone	1,29 +/- 2,25	2,69 +/- 4,00	0,853 +/- 0,907	Q inf	1,30 +/- 2,51	4,90 +/- 5,88	0,832 +/- 0,837
					Q sup	1,29 +/- 2,01	2,06 +/- 2,98	0,877 +/- 0,982
J	Amoxicilline	2,24 +/- 4,32	4,46 +/- 7,62	1,45 +/- 1,49	Q inf	2,20 +/- 4,05	7,63 +/- 8,88	1,37 +/- 1,32
					Q sup	2,27 +/- 4,52	3,55 +/- 6,96	1,54 +/- 1,66
	Pristinamycine	9,10 +/- 24,1	27,6 +/- 53,4	5,43 +/- 7,09	Q inf	8,14 +/- 26,5	59,7 +/- 95,8	4,97 +/- 5,28
					Q sup	9,99 +/- 21,6	21,2 +/- 37,2	5,96 +/- 8,74
M	Ibuprofène	1,18 +/- 3,32	2,70 +/- 6,07	0,626 +/- 0,729	Q inf	1,11 +/- 4,00	5,02 +/- 10,6	0,560 +/- 0,597
					Q sup	1,24 +/- 2,63	2,10 +/- 3,96	0,703 +/- 0,851
N	Paracetamol	15,8 +/- 27,7	22,2 +/- 39,2	11,3 +/- 13,3	Q inf	16,3 +/- 32,2	25,7 +/- 49,0	11,0 +/- 13,5
					Q sup	15,4 +/- 22,9	19,8 +/- 30,2	11,7 +/- 13,0
P	Ivermectine	1,94 +/- 3,83	4,05 +/- 6,60	1,34 +/- 2,20	Q inf	1,41 +/- 3,51	11,7 +/- 14,9	1,01 +/- 1,22
					Q sup	2,35 +/- 4,02	3,45 +/- 5,28	1,71 +/- 2,92
R	Salbutamol	2,50 +/- 6,13	6,03 +/- 10,9	1,22 +/- 1,47	Q inf	2,36 +/- 6,59	10,3 +/- 15,7	1,14 +/- 1,07
					Q sup	2,63 +/- 5,70	4,74 +/- 8,50	1,32 +/- 1,83
	Tiopropium	14,0 +/- 32,6	53,7 +/- 75,2	7,75 +/- 7,81	Q inf	11,3 +/- 26,2	101 +/- 69,0	6,52 +/- 5,98
					Q sup	16,5 +/- 37,4	43,7 +/- 73,2	9,09 +/- 9,23
S	Ac. Cromo.	1,35 +/- 2,61	3,24 +/- 4,78	0,836 +/- 1,12	Q inf	1,26 +/- 2,88	8,08 +/- 5,39	0,708 +/- 0,786
					Q sup	1,42 +/- 2,35	2,30 +/- 3,43	0,986 +/- 1,40
	Timolol	3,48 +/- 5,72	11,1 +/- 12,1	2,36 +/- 2,74	Q inf	1,05 +/- 2,18	13,1 +/- NaN	1,47 +/- 1,32
					Q sup	4,83 +/- 7,10	10,9 +/- 12,6	3,21 +/- 3,41

Tableau III. Comparaison des moyennes des montants de remboursement par patient pour les médecins les moins exposés (Q inf) par rapport aux plus exposés (Q sup) et Comparaison des moyennes des montants pour la population non précaire (NP) par rapport aux patients précaires (P)

ATC	Molécule	Comparaison	Mean difference	SE	df	t	p
A	Metformine	Q inf - Q sup	6,76	0,696	2114	9,72	<0,001
		NP - P	-17,3	0,696	2114	-24,8	<0,001
	Insuline glargine	Q inf - Q sup	39,6	7,15	1204	5,54	<0,001
		NP - P	-114	7,15	1204	-15,9	<0,001
B	Acide acétylsalicylique	Q inf - Q sup	3,04	0,306	2341	9,94	<0,001
		NP - P	-5,6	0,306	2341	-18,3	<0,001
	Rivaxoraban	Q inf - Q sup	125	10,7	997	11,7	<0,001
		NP - P	-247	10,7	997	-23	<0,001
C	Atorvastatine	Q inf - Q sup	12,5	0,615	2047	20,3	<0,001
		NP - P	-19	0,615	2047	-30,9	<0,001
	Rosuvastatine	Q inf - Q sup	19,6	1,13	1282	17,2	<0,001
		NP - P	-31,5	1,13	1282	-27,7	<0,001
D	Ciclopirox	Q inf - Q sup	3,62	0,561	1004	6,45	<0,001
		NP - P	-6,24	0,561	1004	-11,1	<0,001
	Econazole	Q inf - Q sup	4,47	0,377	1662	11,8	<0,001
		NP - P	-6,2	0,377	1662	-16,4	<0,001
G	Serenoa Repens	Q inf - Q sup	48,4	13,8	400	3,5	<0,001
		NP - P	-148	13,8	4	-10,7	<0,001
	Tamsulosine	Q inf - Q sup	4,47	2,33	611	2,03	0,043
		NP - P	-24,3	2,33	611	-10,4	<0,001
H	Prednisolone	Q inf - Q sup	1,4	0,113	2349	12,3	<0,001
		NP - P	-2,63	0,113	2349	-23,1	<0,001
J	Amoxicilline	Q inf - Q sup	1,96	0,191	3008	10,2	<0,001
		NP - P	-4,13	0,191	3008	-21,6	<0,001
	Pristinamycine	Q inf - Q sup	18,8	2,48	932	7,58	<0,001
		NP - P	-35	2,48	932	-14,1	<0,001
M	Ibuprofène	Q inf - Q sup	1,39	0,165	2559	8,45	<0,001
		NP - P	-2,93	0,165	2559	-17,8	<0,001
N	Paracétamol	Q inf - Q sup	2,61	0,803	4790	3,25	0,001
		NP - P	-11,4	0,803	4790	-14,2	<0,001
P	Ivermectine	Q inf - Q sup	3,78	0,849	304	4,45	<0,001
		NP - P	-6,23	0,849	304	-7,33	<0,001
R	Salbutamol	Q inf - Q sup	2,7	0,281	2653	9,61	<0,001
		NP - P	-6,29	0,281	2653	-22,4	<0,001
	Tiopropium	Q inf - Q sup	27,2	4,57	494	5,95	<0,001
		NP - P	-64,3	4,57	494	-14,1	<0,001
S	Acide cromoglicique	Q inf - Q sup	2,75	0,218	1019	12,6	<0,001
		NP - P	-4,35	0,218	1019	-19,9	<0,001
	Timolol	Q inf - Q sup	0,237	2,61	97	0,0909	0,928
		NP - P	-9,65	2,61	97	-3,7	<0,001

Tableau IV. Interaction entre population précaire/non précaire et prévalence de la précarité. Comparaison des différences moyennes de remboursements pour les médecins avec un gradient de précarité plus faible (Q inf) par rapport aux praticiens avec une prévalence de précarité élevée (Q sup) en fonction de la population (P et NP)

ATC	Molécule	Population (Q inf - Q sup)	Mean difference	SE	df	t	p
A	Metformine	NP	-0,79	0,641	2114	-1,23	0,606
		P	14,315	1,235	2114	11,6	< 0,001
	Insuline glargine	NP	-6,17	5,7	1204	-1,08	0,701
		P	85,46	13,12	1204	6,51	< 0,001
B	Ac. acétylsalicylique	NP	0,0271	0,285	2341	0,0951	1
		P	6,0583	0,542	2341	11,1777	< 0,001
	Rivaxoraban	NP	3,16	6,79	997	0,465	0,967
		P	247,4	20,36	997	12,149	< 0,001
C	Atorvastatine	NP	-0,36	0,544	2047	-0,662	0,911
		P	25,387	1,104	2047	23,002	< 0,001
	Rosuvastatine	NP	-0,185	0,739	1282	-0,251	0,994
		P	39,32	2,146	1282	18,324	< 0,001
D	Ciclopirox	NP	-0,115	0,347	1004	-0,331	0,988
		P	7,352	1,066	1004	6,894	< 0,001
	Econazole	NP	-0,0847	0,242	1662	-0,35	0,985
		P	9,0157	0,715	1662	12,612	< 0,001
G	Serehoa repens	NP	-0,118	6,48	400	-0,0183	1
		P	96,939	26,9	400	3,6043	0,002
	Tamsulosine	NP	0,41	0,96	611	0,428	0,974
		P	9,062	4,569	611	1,983	0,195
H	Prednisolone	NP	-0,0454	0,0963	2349	-0,471	0,965
		P	2,8403	0,2053	2349	13,836	< 0,001
J	Amoxicilline	NP	-0,164	0,171	3008	-0,96	0,772
		P	4,081	0,343	3008	11,91	< 0,001
	Pristinamycine	NP	-0,991	1,57	932	-0,631	0,922
		P	38,565	4,7	932	8,202	< 0,001
M	Ibuprofène	NP	-0,143	0,145	2559	-0,987	0,757
		P	2,929	0,296	2559	9,892	< 0,001
N	Paracétamol	NP	-0,707	1,02	4790	-0,689	0,901
		P	5,923	1,24	4790	4,794	< 0,001
P	Ivermectine	NP	-0,701	0,457	304	-1,53	0,418
		P	8,263	1,635	304	5,05	< 0,001
R	Salbutamol	NP	-0,181	0,256	2653	-0,709	0,894
		P	5,577	0,5	2653	11,16	< 0,001
	Tiopropium	NP	-2,56	2,65	494	-0,967	0,768
		P	56,88	8,74	494	6,508	< 0,001
S	Acide cromoglicique	NP	-0,278	0,156	1019	-1,78	0,282
		P	5,78	0,407	1019	14,19	< 0,001
	Timolol	NP	-1,74	1,05	97	-1,663	0,349
		P	2,22	5,11	97	0,433	0,973

Figure I. Analyse et comparaison ANOVA – METFORMINE : Montants de remboursements pour les populations précaires (1) et non précaires (2) dans les groupes des médecins à faible prévalence de précarité (Q inf) et les médecins à forte prévalence de précarité dans leur patientèle (Q sup).

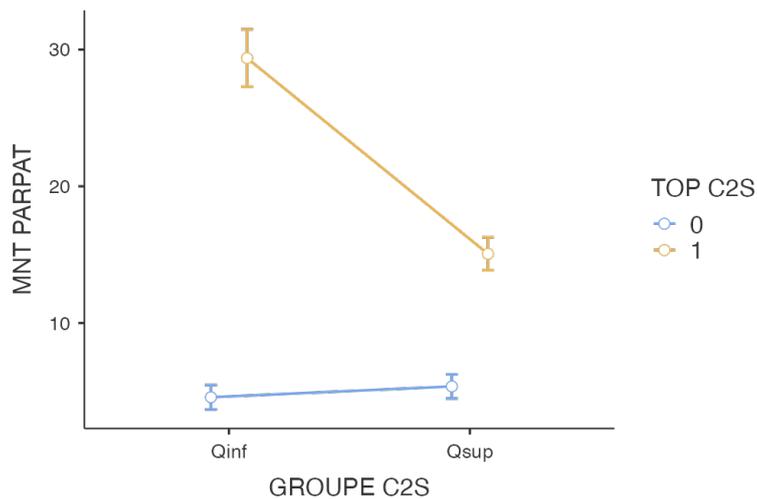
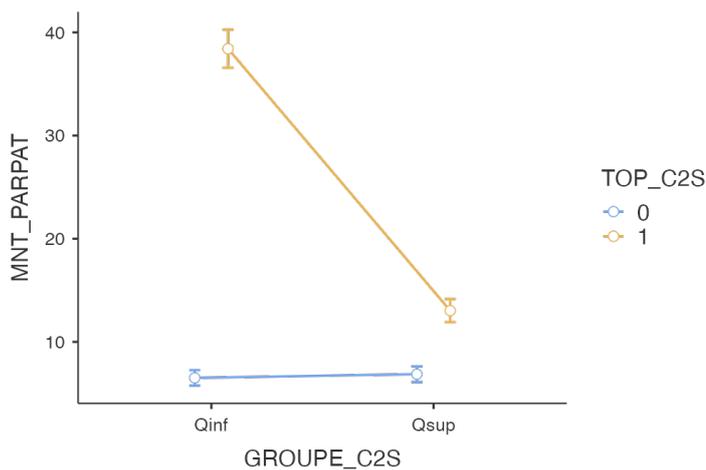


Figure II. Analyse et comparaison ANOVA – ATORVASTATINE : Montants de remboursements pour les populations précaires (1) et non précaires (2) dans les groupes des médecins à faible prévalence de précarité (Q inf) et les médecins à forte prévalence de précarité dans leur patientèle (Q sup).



Données et analyses des médicaments étudiés :

- **GROUPE_C2S** : groupe d'appartenance des médecins généralistes (cf. Matériels et méthode), Quartile inférieur (**Qinf**) et quartile supérieur (**Qsup**)
- **TOP_C2S** : Statut de précarité, précaire (**1**) et non précaire (**0**)
- **Sexe** : masculin (**1**) et féminin (**2**)
- **Tranches d'âge** : de 0 à 19 ans (**0-19**), de 20 à 39 ans (**20-39**), de 40 à 59 (**40-59**), de 60 à 74 ans (**60-74**) et 75 ans et plus (**75+**)
- **Trim**: année (trimestre)

ACIDE ACETYLSALICYLIQUE

Model Coefficients - MNT_PARPAT

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept ^a	10.602	0.363	29.219	< .001
GROUPE_C2S :				
Qsup – Qinf	-1.159	0.207	-5.607	< .001
TOP_C2S :				
1 – 0	5.190	0.239	21.734	< .001
Sexe :				
2 – 1	-2.715	0.202	-13.424	< .001
Age :				
0-19 – 75+	-8.813	0.724	-12.173	< .001
20-39 – 75+	-8.954	0.442	-20.257	< .001
40-59 – 75+	-8.194	0.265	-30.863	< .001
60-74 – 75+	-4.425	0.257	-17.196	< .001
Trim. :				
2019(3) – 2019(2)	0.454	0.417	1.088	0.277
2019(4) – 2019(2)	0.215	0.401	0.536	0.592
2020(1) – 2019(2)	0.675	0.402	1.679	0.093
2020(2) – 2019(2)	0.319	0.403	0.792	0.428
2020(3) – 2019(2)	-0.488	0.403	-1.211	0.226
2020(4) – 2019(2)	-0.645	0.406	-1.588	0.112
2021(1) – 2019(2)	-1.219	0.404	-3.015	0.003

^a Represents reference level

ANOVA - MNT_PARPAT

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
GROUPE_C2S (médecins)	3507	1	3506.9	98.7	<.001
TOP_C2S (population)	11871	1	11871.0	334.2	<.001
GROUPE_C2S * TOP_C2S	3445	1	3444.6	97.0	<.001
Residuals	83155	2341	35.5		

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S

Comparison							
GROUPE_C2S	GROUPE_C2S	Mean Difference	SE	df	t	p _{tukey}	
Qinf	- Qsup	3.04	0.306	2341	9.94	<.001	

Post Hoc Comparisons - TOP_C2S

Comparison							
TOP_C2S	TOP_C2S	Mean Difference	SE	df	t	p _{tukey}	
0	- 1	-5.60	0.306	2341	-18.3	<.001	

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S (Med. * TOP_C2S (Pop.))

Comparison									
Med.	Pop.	Med.	Pop.	Mean Difference	SE	df	t	p _{tukey}	
Qinf	0	-	Qinf	1	-8.6137	0.499	2341	-	<.001
		-	Qsup	0	0.0271	0.285	2341	0.0951	1.000
		-	Qsup	1	-2.5555	0.350	2341	-7.3081	<.001
	1	-	Qsup	0	8.6408	0.503	2341	17.1848	<.001
		-	Qsup	1	6.0583	0.542	2341	11.1777	<.001
Qsup	0	-	Qsup	1	-2.5826	0.355	2341	-7.2692	<.001

Note. Comparisons are based on estimated marginal means

ACIDE CROMOGLICIQUE

Model Coefficients - MNT_PARPAT

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept ^a	2.68015	0.295	9.0896	< .001
GROUPE_C2S :				
Qsup – Qinf	-0.49598	0.153	-3.2374	0.001
TOP_C2S :				
1 – 0	2.88312	0.190	15.1716	< .001
Sexe :				
2 – 1	-0.23435	0.150	-1.5584	0.119
Age :				
0-19 – 75+	-2.12871	0.276	-7.7068	< .001
20-39 – 75+	-1.59542	0.266	-6.0005	< .001
40-59 – 75+	-1.44052	0.259	-5.5675	< .001
60-74 – 75+	-0.48500	0.274	-1.7695	0.077
Trim. :				
2019(3) – 2019(2)	-0.27683	0.276	-1.0042	0.316
2019(4) – 2019(2)	-0.32709	0.325	-1.0062	0.315
2020(1) – 2019(2)	-0.56285	0.286	-1.9701	0.049
2020(2) – 2019(2)	0.00471	0.234	0.0201	0.984
2020(3) – 2019(2)	-0.61916	0.272	-2.2736	0.023
2020(4) – 2019(2)	-0.17800	0.295	-0.6029	0.547
2021(1) – 2019(2)	-0.59015	0.286	-2.0629	0.039

^a Represents reference level

ANOVA - MNT_PARPAT

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
GROUPE_C2S (médecins)	775	1	775.16	159	< .001
TOP_C2S (population)	1936	1	1935.97	398	< .001
GROUPE_C2S * TOP_C2S	940	1	939.78	193	< .001
Residuals	4961	1019	4.87		

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S

Comparison		Mean Difference	SE	df	t	p _{tukey}
Médecins	Médecins					
Qinf	- Qsup	2.75	0.218	1019	12.6	< .001

Post Hoc Comparisons - TOP_C2S

Comparison		Population	Population	Mean Difference	SE	df	t	<i>p</i> tukey
0	- 1			-4.35	0.218	1019	-19.9	<.001

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S (Med.) * TOP_C2S (Pop.)

Comparison		Med.	Pop.	Med.	Pop.	Mean Difference	SE	df	t	<i>p</i> tukey
Qinf	0 -	Qinf	1			-7.377	0.388	1019	-19.03	<.001
				Qsup	0	-0.278	0.156	1019	-1.78	0.282
				Qsup	1	-1.597	0.195	1019	-8.19	<.001
	1 -	Qsup	0			7.099	0.390	1019	18.20	<.001
				Qsup	1	5.780	0.407	1019	14.19	<.001
Qsup	0 -	Qsup	1			-1.319	0.199	1019	-6.61	<.001

Note. Comparisons are based on estimated marginal means

AMOXICILLINE

Model Coefficients - MNT_PARPAT

Predictor	Estimate	SE	t	<i>p</i>
Intercept ^a	4.3796	0.294	14.9207	<.001
GROUPE_C2S :				
Qsup – Qinf	-0.6577	0.150	-4.3866	<.001
TOP_C2S:				
1 – 0	3.5758	0.173	20.7152	<.001
Sexe :				
2 – 1	0.0135	0.144	0.0933	0.926
Age :				
0-19 – 75+	-3.0739	0.249	-12.3566	<.001
20-39 – 75+	-2.6325	0.253	-10.3888	<.001
40-59 – 75+	-2.3925	0.253	-9.4633	<.001
60-74 – 75+	-1.1768	0.267	-4.4055	<.001
Trim. :				
2019(3) – 2019(2)	-0.8577	0.285	-3.0068	0.003
2019(4) – 2019(2)	0.0868	0.276	0.3146	0.753
2020(1) – 2019(2)	0.0178	0.271	0.0657	0.948
2020(2) – 2019(2)	-1.0221	0.301	-3.3987	<.001
2020(3) – 2019(2)	-1.1089	0.288	-3.8515	<.001
2020(4) – 2019(2)	-1.2654	0.294	-4.3012	<.001
2021 – 2019(2)	-1.1740	0.288	-4.0729	<.001

^a Represents reference level

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
GROUPE_C2S (médecins)	1690	1	1689.7	105	<.001
TOP_C2S (populations)	7526	1	7526.1	466	<.001
GROUPE_C2S * TOP_C2S	1984	1	1984.3	123	<.001
Residuals	48531	3008	16.1		

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S

Comparison						
Médecins	Médecins	Mean Difference	SE	df	t	p tukey
Qinf	- Qsup	1.96	0.191	3008	10.2	<.001

Post Hoc Comparisons - TOP_C2S

Comparison						
Population	Population	Mean Difference	SE	df	t	p tukey
0	- 1	-4.13	0.191	3008	-21.6	<.001

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S (Med.) * TOP_C2S (Pop.)

Comparison									
Med.	Pop.	Med.	Pop.	Mean Difference	SE	df	t	p tukey	
Qinf	0	-	Qinf	1	-6.257	0.324	3008	-19.299	<.001
		-	Qsup	0	-0.164	0.171	3008	-0.960	0.772
		-	Qsup	1	-2.175	0.201	3008	-10.846	<.001
	1	-	Qsup	0	6.093	0.326	3008	18.686	<.001
		-	Qsup	1	4.081	0.343	3008	11.910	<.001
Qsup	0	-	Qsup	1	-2.011	0.204	3008	-9.880	<.001

Note. Comparisons are based on estimated marginal means

ATORVASTATINE

Model Coefficients - MNT_PARPAT

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept ^a	15.6630	0.842	18.5987	< .001
GROUPE_C2S :				
Qsup – Qinf	-3.8705	0.490	-7.8977	< .001
TOP_C2S :				
1 – 0	15.6633	0.579	27.0438	< .001
Sexe :				
2 – 1	-3.8124	0.478	-7.9769	< .001
Age :				
0-19 – 75+	-14.6494	10.767	-1.3605	0.174
20-39 – 75+	-13.7764	1.567	-8.7925	< .001
40-59 – 75+	-11.3161	0.613	-18.4520	< .001
60-74 – 75+	-3.8193	0.594	-6.4323	< .001
Trim. :				
2019(3) – 2019(2)	0.0585	0.951	0.0615	0.951
2019(4) – 2019(2)	1.2869	0.947	1.3585	0.174
2020(1) – 2019(2)	-0.8536	0.958	-0.8914	0.373
20202 – 2019(2)	1.6398	0.937	1.7496	0.080
20203 – 2019(2)	-1.9293	0.960	-2.0106	0.045
20204 – 2019(2)	-1.1733	0.978	-1.2003	0.230
20211 – 2019(2)	-1.8957	0.966	-1.9631	0.050

^a Represents reference level

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
GROUPE_C2S (médecins)	47921	1	47921	414	< .001
TOP_C2S (population)	110842	1	110842	957	< .001
GROUPE_C2S * TOP_C2S	50718	1	50718	438	< .001
Residuals	237086	2047	116		

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S

Comparison		Mean Difference	SE	df	t	p _{tukey}
Médecins	Médecins					
Qinf	- Qsup	12.5	0.615	2047	20.3	< .001

Post Hoc Comparisons - TOP_C2S

Comparison						
Population	Population	Mean Difference	SE	df	t	p _{tukey}
0	- 1	-19.0	0.615	2047	-30.9	<.001

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S (Med.) * TOP_C2S (Pop.)

Comparison								
Med.	Pop.	Med.	Pop.	Mean Difference	SE	df	t	p _{tukey}
Qinf	0	- Qinf	1	-31.905	1.018	2047	-31.342	<.001
		- Qsup	0	-0.360	0.544	2047	-0.662	0.911
	- Qsup	1	-6.518	0.687	2047	-9.482	<.001	
	1	- Qsup	0	31.545	1.020	2047	30.912	<.001
		- Qsup	1	25.387	1.104	2047	23.002	<.001
Qsup	0	- Qsup	1	-6.158	0.691	2047	-8.910	<.001

Note. Comparisons are based on estimated marginal means

CICLOPIROX

Model Coefficients - MNT_PARPAT

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept ^a	8.0910	0.779	10.3839	<.001
GROUPE_C2S :				
Qsup – Qinf	-0.5445	0.329	-1.6574	0.098
TOP_C2S :				
0 – 1	-4.1534	0.393	-10.5630	<.001
Sexe :				
2 – 1	-0.7612	0.308	-2.4742	0.014
Age :				
0-19 – 75+	-3.5775	0.608	-5.8800	<.001
20-39 – 75+	-3.1209	0.549	-5.6836	<.001
40-59 – 75+	-2.3554	0.522	-4.5161	<.001
60-74 – 75+	-0.8285	0.524	-1.5809	0.114
Trim. :				
2019(3) – 2019(2)	0.5755	0.626	0.9193	0.358
2019(4) – 2019(2)	0.0822	0.625	0.1315	0.895
2020(1) – 2019(2)	-0.5577	0.628	-0.8881	0.375
2020(2) – 2019(2)	-0.0360	0.624	-0.0577	0.954
2020(3) – 2019(2)	-0.7635	0.624	-1.2230	0.222
2020(4) – 2019(2)	-0.8140	0.638	-1.2764	0.202
2021(1) – 2019(2)	-0.8021	0.637	-1.2590	0.208

^a Represents reference level

ANOVA - MNT_PARPAT

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
GROUPE_C2S (médecins)	978	1	978.3	41.7	<.001
TOP_C2S (population)	2907	1	2906.9	123.8	<.001
GROUPE_C2S * TOP_C2S	1041	1	1041.2	44.3	<.001
Residuals	23576	1004	23.5		

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S

Comparison						
Médecins	Médecins	Mean Difference	SE	df	t	p tukey
Qinf	- Qsup	3.62	0.561	1004	6.45	<.001

Post Hoc Comparisons - TOP_C2S

Comparison						
Population	Population	Mean Difference	SE	df	t	p tukey
0	- 1	-6.24	0.561	1004	-11.1	<.001

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S (Med.) * TOP_C2S (Pop.)

Comparison								
Med.	Pop.	Med.	Pop.	Mean Difference	SE	df	t	p tukey
Qinf	0	- Qinf	1	-9.971	1.041	1004	-9.582	<.001
		- Qsup	0	-0.115	0.347	1004	-0.331	0.988
		- Qsup	1	-2.619	0.422	1004	-6.204	<.001
1	-	- Qsup	0	9.857	1.039	1004	9.489	<.001
		- Qsup	1	7.352	1.066	1004	6.894	<.001
Qsup	0	- Qsup	1	-2.505	0.418	1004	-5.998	<.001

Note. Comparisons are based on estimated marginal means

ECONAZOLE

Model Coefficients - MNT_PARPAT

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept ^a	2.4510	0.442	5.541	< .001
GROUPE_C2S :				
Qsup – Qinf	-0.8536	0.235	-3.626	< .001
TOP_C2S :				
1 – 0	3.5484	0.292	12.155	< .001
Sexe :				
2 – 1	-0.1748	0.226	-0.772	0.440
Age :				
0-19 – 75+	-2.4550	0.372	-6.591	< .001
20-39 – 75+	-2.0281	0.358	-5.665	< .001
40-59 – 75+	-1.9059	0.354	-5.389	< .001
60-74 – 75+	-0.4088	0.359	-1.137	0.256
Trim. :				
2019(3) – 2019(2)	0.3408	0.455	0.749	0.454
2019(4) – 2019(2)	-0.1174	0.448	-0.262	0.794
2020(1) – 2019(2)	-0.3079	0.445	-0.691	0.489
2020(2) – 2019(2)	-0.2270	0.454	-0.500	0.617
2020(3) – 2019(2)	-0.5819	0.441	-1.321	0.187
2020(4) – 2019(2)	-0.2914	0.444	-0.657	0.511
2021(1) – 2019(2)	0.0443	0.443	0.100	0.920

^a Represents reference level

ANOVA - MNT_PARPAT

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
GROUPE_C2S (médecins)	2695	1	2694.9	140	< .001
TOP_C2S (population)	5195	1	5195.5	270	< .001
GROUPE_C2S * TOP_C2S	2798	1	2798.0	145	< .001
Residuals	31984	1662	19.2		

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S

Comparison		Mean Difference	SE	df	t	p _{tukey}
Médecins	Médecins					
Qinf	- Qsup	4.47	0.377	1662	11.8	< .001

Post Hoc Comparisons - TOP_C2S

Comparison		Population	Population	Mean Difference	SE	df	t	p _{tukey}
0	- 1			-6.20	0.377	1662	-16.4	<.001

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S (Med.) * TOP_C2S (Pop.)

Comparison		Med.	Pop.	Med.	Pop.	Mean Difference	SE	df	t	p _{tukey}
Qinf	0	-	Qinf	1		-10.7505	0.689	1662	-15.599	<.001
			-	Qsup	0	-0.0847	0.242	1662	-0.350	0.985
			-	Qsup	1	-1.7348	0.302	1662	-5.752	<.001
	1	-	Qsup	0		10.6658	0.692	1662	15.417	<.001
			-	Qsup	1	9.0157	0.715	1662	12.612	<.001
Qsup	0	-	Qsup	1		-1.6502	0.308	1662	-5.365	<.001

Note. Comparisons are based on estimated marginal means

IBUPROFENE

Model Coefficients - MNT_PARPAT

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept ^a	2.7210	0.265	10.285	<.001
GROUPE_C2S :				
Qsup – Qinf	-0.4557	0.128	-3.567	<.001
TOP_C2S :				
1 – 0	2.4637	0.145	16.949	<.001
Sexe :				
2 – 1	0.0737	0.123	0.601	0.548
Age :				
0-19 – 75+	-2.5925	0.233	-11.108	<.001
20-39 – 75+	-2.4128	0.227	-10.620	<.001
40-59 – 75+	-1.9285	0.224	-8.625	<.001
60-74 – 75+	-1.1543	0.234	-4.936	<.001
Trim. :				
2019(3) – 2019(2)	0.4747	0.242	1.964	0.050
2019(4) – 2019(2)	0.3859	0.237	1.627	0.104
2020(1) – 2019(2)	-0.2436	0.232	-1.049	0.294
2020(2) – 2019(2)	-0.5770	0.259	-2.229	0.026
2020(3) – 2019(2)	-0.4539	0.246	-1.846	0.065
2020(4) – 2019(2)	-0.4989	0.244	-2.041	0.041
2021(1) – 2019(2)	-0.4981	0.238	-2.091	0.037

^a Represents reference level

ANOVA - MNT_PARPAT

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	<i>p</i>
GROUPE_C2S (médecins)	700	1	700.25	71.5	< .001
TOP_C2S (population)	3095	1	3095.44	315.9	< .001
GROUPE_C2S * TOP_C2S	851	1	851.22	86.9	< .001
Residuals	25074	2559	9.80		

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S

Comparison						
Médecins	Médecins	Mean Difference	SE	df	t	<i>p</i> tukey
Qinf	- Qsup	1.39	0.165	2559	8.45	< .001

Post Hoc Comparisons - TOP_C2S

Comparison						
Population	Population	Mean Difference	SE	df	t	<i>p</i> tukey
0	- 1	-2.93	0.165	2559	-17.8	< .001

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S (Med.) * TOP_C2S (Pop.)

Comparison									
Med.	Pop.	Med.	Pop.	Mean Difference	SE	df	t	<i>p</i> tukey	
Qinf	0	-	Qinf	1	-4.464	0.281	2559	-15.866	< .001
		-	Qsup	0	-0.143	0.145	2559	-0.987	0.757
		-	Qsup	1	-1.536	0.167	2559	-9.207	< .001
	1	-	Qsup	0	4.321	0.284	2559	15.205	< .001
		-	Qsup	1	2.929	0.296	2559	9.892	< .001
Qsup	0	-	Qsup	1	-1.393	0.172	2559	-8.120	< .001

Note. Comparisons are based on estimated marginal means

INSULINE GLARGINE

Model Coefficients - MNT_PARPAT

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept ^a	60.47	9.35	6.470	< .001
GROUPE_C2S :				
Qsup – Qinf	-3.01	5.17	-0.582	0.561
TOP_C2S :				
1 – 0	100.68	6.02	16.722	< .001
Sexe :				
2 – 1	-8.78	4.91	-1.788	0.074
Age :				
0-19 – 75+	-63.88	30.28	-2.109	0.035
20-39 – 75+	-73.98	10.42	-7.100	< .001
40-59 – 75+	-56.17	6.78	-8.288	< .001
60-74 – 75+	-27.86	5.94	-4.694	< .001
Trim :				
2019(3) – 2019(2)	-7.30	10.60	-0.689	0.491
2019(4) – 2019(2)	-2.72	10.80	-0.251	0.802
2020(1) – 2019(2)	-3.87	10.45	-0.370	0.711
2020(2) – 2019(2)	-10.57	9.95	-1.063	0.288
2020(3) – 2019(2)	-12.07	10.07	-1.199	0.231
2020(4) – 2019(2)	-21.41	10.30	-2.079	0.038
2021(1) – 2019(2)	-16.48	10.45	-1.577	0.115

^a Represents reference level

ANOVA - MNT_PARPAT

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
GROUPE_C2S (médecins)	228337	1	228337	30.7	< .001
TOP_C2S (population)	1.88e+6	1	1.88e+6	252.3	< .001
GROUPE_C2S * TOP_C2S	304940	1	304940	41.0	< .001
Residuals	8.95e+6	1204	7433		

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S

Comparison		Mean Difference	SE	df	t	p _{tukey}
Médecins	Médecins					
Qinf	- Qsup	39.6	7.15	1204	5.54	< .001

Post Hoc Comparisons - TOP_C2S

Comparison		Population	Population	Mean Difference	SE	df	t	p tukey
0	- 1			-114	7.15	1204	-15.9	<.001

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S (Med.) * TOP_C2S (Pop.)

Comparison		Med.	Pop.	Med.	Pop.	Mean Difference	SE	df	t	p tukey
Qinf	0 - Qinf	0	-	Qinf	1	-159.45	12.57	1204	-12.69	<.001
	- Qsup			Qsup	0	-6.17	5.70	1204	-1.08	0.701
	- Qsup			Qsup	1	-73.98	7.05	1204	-10.50	<.001
	1 - Qsup	1	-	Qsup	0	153.28	12.45	1204	12.31	<.001
	- Qsup			Qsup	1	85.46	13.12	1204	6.51	<.001
Qsup	0 - Qsup	0	-	Qsup	1	-67.81	6.83	1204	-9.93	<.001

Note. Comparisons are based on estimated marginal means

IVERMECTINE

Model Coefficients - MNT_PARPAT

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept ^a	6.3443	1.379	4.6017	<.001
GROUPE_C2S :				
Qsup - Qinf	-0.3983	0.461	-0.8633	0.389
TOP_C2S :				
1 - 0	3.2422	0.549	5.9109	<.001
Sexe :				
2 - 1	-1.2993	0.424	-3.0677	0.002
Age :				
0-19 - 75+	-4.6150	1.283	-3.5965	<.001
20-39 - 75+	-3.9280	1.284	-3.0595	0.002
40-59 - 75+	-3.7279	1.285	-2.9022	0.004
60-74 - 75+	-3.1942	1.471	-2.1709	0.031
Trim. :				
2019(3) - 2019(2)	0.0547	0.796	0.0688	0.945
2019(4) - 2019(2)	0.0349	0.701	0.0497	0.960
2020(1) - 2019(2)	-0.6958	0.766	-0.9086	0.364
2020(2) - 2019(2)	-0.3226	0.802	-0.4024	0.688
2020(3) - 2019(2)	-0.6743	0.789	-0.8542	0.394
2020(4) - 2019(2)	0.2310	0.823	0.2806	0.779
2021(1) - 2019(2)	-0.9750	0.870	-1.1210	0.263

ANOVA - MNT_PARPAT

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
GROUPE_C2S (médecins)	246	1	246.0	19.8	<.001
TOP_C2S (population)	667	1	667.1	53.8	<.001
GROUPE_C2S * TOP_C2S	346	1	345.7	27.9	<.001
Residuals	3771	304	12.4		

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S

Comparison			Mean Difference	SE	df	t	p _{tukey}
Médecins	Médecins						
Qinf	- Qsup		3.78	0.849	304	4.45	<.001

Comparison			Mean Difference	SE	df	t	p _{tukey}
Population	Population						
0	- 1		-6.23	0.849	304	-7.33	<.001

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S (Med.) * TOP_C2S (Pop.)

Comparison			Mean Difference	SE	df	t	p _{tukey}
Med.	Pop.	Med. Pop.					
Qinf	0	- Qinf 1	-10.708	1.606	304	-6.67	<.001
		- Qsup 0	-0.701	0.457	304	-1.53	0.418
		- Qsup 1	-2.445	0.539	304	-4.53	<.001
	1	- Qsup 0	10.007	1.610	304	6.22	<.001
		- Qsup 1	8.263	1.635	304	5.05	<.001
Qsup	0	- Qsup 1	-1.744	0.553	304	-3.16	0.010

Note. Comparisons are based on estimated marginal means

METFORMINE

Model Coefficients - MNT PARPAT

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept ^a	14.781	0.979	15.099	< .001
GROUPE C2S :				
Qsup – Qinf	-2.237	0.548	-4.079	< .001
TOP C2S :				
1 – 0	15.318	0.620	24.721	< .001
Sexe :				
2 – 1	-2.851	0.530	-5.377	< .001
Age :				
60-74 – 75+	-3.630	0.680	-5.340	< .001
40-59 – 75+	-9.786	0.695	-14.074	< .001
20-39 – 75+	-12.585	1.255	-10.030	< .001
0-19 – 75+	-6.286	8.620	-0.729	0.466
Trim. :				
2019(4) – 2019(2)	-0.561	1.078	-0.521	0.603
2020(1) – 2019(2)	-3.391	1.077	-3.149	0.002
2019(3) – 2019(2)	-1.594	1.083	-1.472	0.141
2021(1) – 2019(2)	-4.627	1.078	-4.293	< .001
2020(2) – 2019(2)	-2.674	1.080	-2.476	0.013
2020(3) – 2019(2)	-3.714	1.075	-3.454	< .001
2020(4) – 2019(2)	-3.308	1.082	-3.057	0.002

^a Represents reference level

ANOVA - MNT PARPAT

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
GROUPE C2S (médecins)	15090	1	15090	94.5	< .001
TOP C2S (population)	98216	1	98216	615.2	< .001
GROUPE C2S * TOP C2S	18824	1	18824	117.9	< .001
Residuals	337480	2114	160		

Post Hoc Comparisons - GROUPE C2S

Comparison						
Médecins	Médecins	Mean Difference	SE	df	t	p _{tukey}
Qinf	- Qsup	6.76	0.696	2114	9.72	< .001

Post Hoc Comparisons – TOP C2S

Comparison		Population	Population	Mean Difference	SE	df	t	<i>p</i> _{tukey}
0	- 1			-17.3	0.696	2114	-24.8	<.001

Post Hoc Comparisons - GROUPE C2S (Med.) * TOP C2S (Pop.)

Comparison				Mean Difference	SE	df	t	<i>p</i> _{tukey}
Med.	Pop.	Med.	Pop.					
Qinf	0	- Qinf	1	-24.805	1.165	2114	-21.30	<.001
		- Qsup	0	-0.790	0.641	2114	-1.23	0.606
	1	- Qsup	1	-10.490	0.764	2114	-13.73	<.001
		- Qsup	0	24.014	1.162	2114	20.66	<.001
Qsup	0	- Qsup	1	14.315	1.235	2114	11.60	<.001
		- Qsup	1	-9.699	0.761	2114	-12.75	<.001

Note. Comparisons are based on estimated marginal means

PARACETAMOL

Model Coefficients - MNT_PARPAT

Predictor	Estimate	SE	t	<i>p</i>
Intercept ^a	39.220	1.322	29.662	<.001
GROUPE_C2S :				
Qsup – Qinf	-2.337	0.672	-3.480	<.001
TOP_C2S :				
1 – 0	13.928	0.685	20.348	<.001
Sexe :				
2 – 1	1.825	0.668	2.731	0.006
Age :				
0-19 – 75+	-40.886	1.099	-37.204	<.001
20-39 – 75+	-38.937	1.107	-35.186	<.001
40-59 – 75+	-31.391	1.101	-28.521	<.001
60-74 – 75+	-19.680	1.107	-17.785	<.001
Trim. :				
2019(3) – 2019(2)	-0.988	1.348	-0.733	0.464
2019(4) – 2019(2)	0.179	1.351	0.133	0.895
2020(1) – 2019(2)	-1.512	1.319	-1.147	0.252
2020(2) – 2019(2)	-1.351	1.361	-0.992	0.321
2020(3) – 2019(2)	-3.474	1.335	-2.603	0.009
2020(4) – 2019(2)	-1.079	1.339	-0.806	0.420
2021(1) – 2019(2)	-3.080	1.346	-2.289	0.022

^a Represents reference level

ANOVA - MNT_PARPAT

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	<i>p</i>
GROUPE_C2S (médecins)	7773	1	7773	10.6	0.001
TOP_C2S (population)	148015	1	148015	201.1	<.001
GROUPE_C2S * TOP_C2S	12555	1	12555	17.1	<.001
Residuals	3.53e+6	4790	736		

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S

Comparison						
Médecins	Médecins	Mean Difference	SE	df	t	<i>p</i> tukey
Qinf	- Qsup	2.61	0.803	4790	3.25	0.001

Post Hoc Comparisons - TOP_C2S

Comparison						
Population	Population	Mean Difference	SE	df	t	<i>p</i> tukey
0	- 1	-11.4	0.803	4790	-14.2	<.001

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S (Med) * TOP_C2S (Population)

Comparison									
Med.	Pop.	Med.	Pop.	Mean Difference	SE	df	t	<i>p</i> tukey	
Qinf	0	-	Qinf	1	-14.695	1.19	4790	-12.383	<.001
		-	Qsup	0	-0.707	1.02	4790	-0.689	0.901
		-	Qsup	1	-8.773	1.07	4790	-8.203	<.001
	1	-	Qsup	0	13.989	1.20	4790	11.687	<.001
		-	Qsup	1	5.923	1.24	4790	4.794	<.001
Qsup	0	-	Qsup	1	-8.066	1.08	4790	-7.464	<.001

Note. Comparisons are based on estimated marginal means

PREDNISOLONE

Model Coefficients - MNT_PARPAT

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept ^a	2.09640	0.1764	11.8832	< .001
TOP_C2S :				
1 – 0	2.16484	0.1031	20.9906	< .001
GROUPE_C2S :				
Qsup – Qinf	-0.48940	0.0870	-5.6268	< .001
Sexe :				
2 – 1	-0.00771	0.0841	-0.0917	0.927
Age :				
0-19 – 75+	-1.54463	0.1525	-10.1257	< .001
20-39 – 75+	-1.46241	0.1517	-9.6390	< .001
40-59 – 75+	-1.03136	0.1497	-6.8918	< .001
60-74 – 75+	-0.59678	0.1569	-3.8030	< .001
Trim. :				
2019(3) – 2019(2)	0.13574	0.1677	0.8093	0.418
2019(4) – 2019(2)	0.58127	0.1581	3.6764	< .001
2020(1) – 2019(2)	0.11158	0.1573	0.7092	0.478
2020(2) – 2019(2)	-0.28948	0.1815	-1.5952	0.111
2020(3) – 2019(2)	-0.24582	0.1697	-1.4489	0.148
2020(4) – 2019(2)	-0.25388	0.1693	-1.4998	0.134
2021(1) – 2019(2)	-0.42987	0.1720	-2.4993	0.013

^a Represents reference level

ANOVA - MNT_PARPAT

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
GROUPE_C2S (médecins)	627	1	626.81	152	< .001
TOP_C2S (population)	2214	1	2213.57	537	< .001
GROUPE_C2S * TOP_C2S	668	1	668.16	162	< .001
Residuals	9692	2349	4.13		

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S

Comparison		Mean Difference	SE	df	t	p _{tukey}
Médecins	Médecins					
Qinf	- Qsup	1.40	0.113	2349	12.3	< .001

Post Hoc Comparisons - TOP_C2S

Comparison		Population	Population	Mean Difference	SE	df	t	p _{tukey}
0	- 1			-2.63	0.113	2349	-23.2	<.001

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S (Med.) * TOP_C2S (Pop.)

Comparison		Med.	Pop.	Med.	Pop.	Mean Difference	SE	df	t	p _{tukey}
Qinf	0 - Qinf	0	-	Qinf	1	-4.0691	0.1925	2349	-21.139	<.001
	- Qsup			Qsup	0	-0.0454	0.0963	2349	-0.471	0.965
	- Qsup			Qsup	1	-1.2287	0.1171	2349	-10.496	<.001
	1 - Qsup	1	-	Qsup	0	4.0237	0.1942	2349	20.719	<.001
	- Qsup			Qsup	1	2.8403	0.2053	2349	13.836	<.001
Qsup	0 - Qsup	0	-	Qsup	1	-1.1834	0.1199	2349	-9.872	<.001

Note. Comparisons are based on estimated marginal means

PRISTINAMYCINE

Model Coefficients - MNT_PARPAT

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept ^a	23.34	2.85	8.201	<.001
GROUPE_C2S :				
Qsup – Qinf	-3.83	1.48	-2.582	0.010
TOP_C2S :				
1 – 0	26.43	2.02	13.107	<.001
Sexe :				
2 – 1	-4.64	1.45	-3.198	0.001
Age :				
0-19 – 75+	-19.65	3.07	-6.396	<.001
20-39 – 75+	-18.02	2.29	-7.861	<.001
40-59 – 75+	-14.76	2.17	-6.816	<.001
60-74 – 75+	-10.90	2.35	-4.642	<.001
Trim. :				
2019(3) – 2019(2)	-1.51	2.99	-0.506	0.613
2019(4) – 2019(2)	3.50	2.76	1.268	0.205
2020(1) – 2019(2)	-1.87	2.74	-0.684	0.494
2020(2) – 2019(2)	-2.96	3.01	-0.982	0.327
2020(3) – 2019(2)	-2.89	2.89	-0.998	0.319
2020(4) – 2019(2)	-1.52	2.94	-0.517	0.605
2021(1) – 2019(2)	-4.06	2.97	-1.366	0.172

^a Represents reference level

ANOVA - MNT_PARPAT

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
GROUPE_C2S (médecins)	27482	1	27482	57.5	<.001
TOP_C2S (population)	95273	1	95273	199.2	<.001
GROUPE_C2S * TOP_C2S	30458	1	30458	63.7	<.001
Residuals	445796	932	478		

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S

Comparison						
Médecins	Médecins	Mean Difference	SE	df	t	p tukey
Qinf	- Qsup	18.8	2.48	932	7.58	<.001

Post Hoc Comparisons - TOP_C2S

Comparison						
Population	Population	Mean Difference	SE	df	t	p tukey
0	- 1	-35.0	2.48	932	-14.1	<.001

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S (Med.) * TOP_C2S (Pop.)

Comparison									
Med.	Pop.	Med.	Pop.	Mean Difference	SE	df	t	p tukey	
Qinf	0	-	Qinf	1	-54.757	4.42	932	-12.391	<.001
		-	Qsup	0	-0.991	1.57	932	-0.631	0.922
		-	Qsup	1	-16.193	2.20	932	-7.361	<.001
1	-	-	Qsup	0	53.766	4.44	932	12.104	<.001
		-	Qsup	1	38.565	4.70	932	8.202	<.001
Qsup	0	-	Qsup	1	-15.202	2.25	932	-6.769	<.001

Note. Comparisons are based on estimated marginal means

RIVAXORABAN

Model Coefficients - MNT_PARPAT

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept ^a	110.91	10.82	10.2494	< .001
GROUPE_C2S :				
Qsup – Qinf	-25.90	6.35	-4.0810	< .001
TOP_C2S :				
1 – 0	212.91	9.62	22.1402	< .001
Sexe :				
2 – 1	-32.72	6.27	-5.2200	< .001
Age :				
20-39 – 75+	-73.59	17.83	-4.1274	< .001
40-59 – 75+	-103.66	9.00	-11.5208	< .001
60-74 – 75+	-57.04	7.02	-8.1302	< .001
Trim. :				
2019(3) – 2019(2)	9.27	12.97	0.7148	0.475
2019(4) – 2019(2)	-1.01	13.12	-0.0772	0.938
2020(1) – 2019(2)	-7.94	12.63	-0.6283	0.530
2020(2) – 2019(2)	2.44	12.66	0.1930	0.847
2020(3) – 2019(2)	-13.63	12.38	-1.1013	0.271
2020(4) – 2019(2)	-10.51	12.39	-0.8478	0.397
2021(1) – 2019(2)	-26.94	12.81	-2.1031	0.036

^a Represents reference level

ANOVA - MNT_PARPAT

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
GROUPE_C2S (médecins)	1.36e+6	1	1.36e+6	136	< .001
TOP_C2S (population)	5.30e+6	1	5.30e+6	531	< .001
GROUPE_C2S * TOP_C2S	1.29e+6	1	1.29e+6	129	< .001
Residuals	9.95e+6	997	9979		

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S

Comparison		Mean Difference	SE	df	t	p tukey
Médecins	Médecins					
Qinf	- Qsup	125	10.7	997	11.7	< .001

Post Hoc Comparisons - TOP_C2S

Comparison		Population	Population	Mean Difference	SE	df	t	p tukey
0	- 1			-247	10.7	997	-23.0	<.001

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S (Med.) * TOP_C2S (Pop.)

Comparison		Med.	Pop.	Med.	Pop.	Mean Difference	SE	df	t	p tukey
Qinf	0 -	Qinf	1			-369.46	18.24	997	-20.251	<.001
		Qsup	0			3.16	6.79	997	0.465	0.967
			Qsup	1			-122.06	11.13	997	-10.966
1 -		Qsup	0			372.62	18.36	997	20.299	<.001
		Qsup	1			247.40	20.36	997	12.149	<.001
Qsup	0 -	Qsup	1			-125.22	11.31	997	-11.067	<.001

Note. Comparisons are based on estimated marginal means

ROSUVASTATINE

Model Coefficients - MNT_PARPAT

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept ^a	16.9734	1.297	13.0853	<.001
GROUPE_C2S :				
Qsup – Qinf	-3.6970	0.731	-5.0605	<.001
TOP_C2S :				
1 – 0	23.8418	1.060	22.4819	<.001
Sexe :				
2 – 1	-4.2339	0.721	-5.8728	<.001
Trim. :				
2019(3) – 2019(2)	0.0566	1.454	0.0389	0.969
2019(4) – 2019(2)	-1.6246	1.473	-1.1030	0.270
2020(1) – 2019(2)	-2.0420	1.443	-1.4147	0.157
2020(2) – 2019(2)	-1.6615	1.425	-1.1658	0.244
2020(3) – 2019(2)	-2.7590	1.480	-1.8646	0.062
2020(4) – 2019(2)	-3.0973	1.451	-2.1344	0.033
2021(1) – 2019(2)	-5.1242	1.452	-3.5288	<.001
Age:				
20-39 – 75+	-11.3092	3.175	-3.5618	<.001
40-59 – 75+	-11.4589	0.952	-12.0384	<.001
60-74 – 75+	-5.5339	0.848	-6.5234	<.001

^a Represents reference level

ANOVA - MNT_PARPAT

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
GROUPE_C2S (médecins)	44727	1	44727	297	<.001
TOP_C2S (population)	115557	1	115557	768	<.001
GROUPE_C2S * TOP_C2S	45578	1	45578	303	<.001
Residuals	192853	1282	150		

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S

Comparison						
Médecins	Médecins	Mean Difference	SE	df	t	p tukey
Qinf	- Qsup	19.6	1.13	1282	17.2	<.001

Post Hoc Comparisons - TOP_C2S

Comparison						
Population	Population	Mean Difference	SE	df	t	p tukey
0	- 1	-31.5	1.13	1282	-27.7	<.001

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S (Med.) * TOP_C2S (Pop.)

Comparison								
Med.	Pop.	Med.	Pop.	Mean Difference	SE	df	t	p tukey
Qinf	0	- Qinf	1	-51.205	1.937	1282	-26.438	<.001
		- Qsup	0	-0.185	0.739	1282	-0.251	0.994
		- Qsup	1	-11.885	1.166	1282	-10.195	<.001
	1	- Qsup	0	51.020	1.947	1282	26.199	<.001
		- Qsup	1	39.320	2.146	1282	18.324	<.001
Qsup	0	- Qsup	1	-11.699	1.183	1282	-9.888	<.001

Note. Comparisons are based on estimated marginal means

SALBUTAMOL

Model Coefficients - MNT_PARPAT

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept ^a	4.17795	0.473	8.83900	< .001
GROUPE_C2S :				
Qsup – Qinf	-0.96687	0.227	-4.25275	< .001
Sexe :				
2 – 1	-0.71199	0.218	-3.26699	0.001
Age :				
0-19 – 75+	-3.44042	0.408	-8.42415	< .001
20-39 – 75+	-3.12404	0.412	-7.58981	< .001
40-59 – 75+	-2.20115	0.408	-5.39085	< .001
60-74 – 75+	-0.64943	0.423	-1.53408	0.125
Trim. :				
20193 – 20192	0.32883	0.453	0.72585	0.468
20194 – 20192	0.39934	0.436	0.91533	0.360
20201 – 20192	-0.20043	0.434	-0.46231	0.644
20202 – 20192	0.17116	0.442	0.38683	0.699
20203 – 20192	-0.52731	0.446	-1.18361	0.237
20204 – 20192	-0.00261	0.443	-0.00590	0.995
20211 – 20192	-0.68333	0.443	-1.54361	0.123
TOP_C2S :				
1 – 0	5.56000	0.259	21.45373	< .001

^a Represents reference level

ANOVA - MNT_PARPAT

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
GROUPE_C2S (médecins)	2919	1	2919.0	92.3	< .001
TOP_C2S (population)	15893	1	15892.8	502.7	< .001
GROUPE_C2S * TOP_C2S	3325	1	3324.9	105.2	< .001
Residuals	83874	2653	31.6		

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S

Comparison						
Médecins	Médecins	Mean Difference	SE	df	t	p _{tukey}
Qinf	- Qsup	2.70	0.281	2653	9.61	< .001

Post Hoc Comparisons - TOP_C2S

Comparison		Population	Population	Mean Difference	SE	df	t	<i>p</i> tukey
0	- 1			-6.29	0.281	2653	-22.4	<.001

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S (Med.) * TOP_C2S (Pop.)

Comparison		Med.	Pop.	Med.	Pop.	Mean Difference	SE	df	t	<i>p</i> tukey
Qinf	0 -	Qinf	1			-9.174	0.470	2653	-19.509	<.001
		Qsup	0			-0.181	0.256	2653	-0.709	0.894
		Qsup	1			-3.597	0.296	2653	-12.151	<.001
	1 -	Qsup	0			8.992	0.477	2653	18.847	<.001
		Qsup	1			5.577	0.500	2653	11.160	<.001
Qsup	0 -	Qsup	1			-3.416	0.307	2653	-11.131	<.001

Note. Comparisons are based on estimated marginal means

SERENOA REPENS

Model Coefficients - MNT_PARPAT

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept ^a	36.986	10.45	3.53915	<.001
GROUPE_C2S :				
Qsup – Qinf	-4.961	6.29	-0.78925	0.430
TOP_C2S :				
1 – 0	118.134	10.06	11.74229	<.001
Trim :				
2019(3) – 2019(2)	5.037	13.51	0.37293	0.709
2019(4) – 2019(2)	-0.130	13.21	-0.00987	0.992
2020(1) – 2019(2)	-3.385	12.28	-0.27564	0.783
2020(2) – 2019(2)	-9.950	12.10	-0.82245	0.411
2020(3) – 2019(2)	-12.919	11.89	-1.08618	0.278
2020(4) – 2019(2)	-8.702	12.03	-0.72358	0.470
2021(1) – 2019(2)	-12.183	12.12	-1.00510	0.315
Age :				
20-39 – 75+	-32.856	61.88	-0.53093	0.596
40-59 – 75+	-42.065	9.18	-4.58205	<.001
60-74 – 75+	-24.235	6.68	-3.62748	<.001

^a Represents reference level

ANOVA - MNT_PARPAT

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
GROUPE_C2S (médecins)	46075	1	46075	12.2	<.001
TOP_C2S (population)	428469	1	428469	113.9	<.001
GROUPE_C2S * TOP_C2S	46301	1	46301	12.3	<.001
Residuals	1.50e+6	400	3762		

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S

Comparison							
Médecins	Médecins	Mean Difference	SE	df	t	p tukey	
Qinf	- Qsup	48.4	13.8	400	3.50	<.001	

Post Hoc Comparisons - TOP_C2S

Comparison							
Population	Population	Mean Difference	SE	df	t	p tukey	
0	- 1	-148	13.8	400	-10.7	<.001	

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S * TOP_C2S

Comparison								
Med.	Pop.	Med.	Pop.	Mean Difference	SE	df	t	p tukey
Qinf	0	- Qinf	1	-196.155	25.45	400	-7.7088	<.001
		- Qsup	0	-0.118	6.48	400	-0.0183	1.000
	- Qsup	1	-99.216	10.82	400	-9.1724	<.001	
	1	- Qsup	0	196.036	25.46	400	7.6993	<.001
		- Qsup	1	96.939	26.90	400	3.6043	0.002
Qsup	0	- Qsup	1	-99.098	10.85	400	-9.1296	<.001

Note. Comparisons are based on estimated marginal means

TAMSULOSINE

Model Coefficients - MNT_PARPAT

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept ^a	10.267	1.357	7.566	< .001
GROUPE_C2S :				
Qsup – Qinf	-0.714	0.886	-0.806	0.421
TOP_C2S :				
1 – 0	21.833	1.555	14.041	< .001
Age :				
20-39 – 75+	-9.760	2.838	-3.439	< .001
40-59 – 75+	-11.228	1.295	-8.669	< .001
60-74 – 75+	-6.874	0.940	-7.316	< .001
Trim. :				
2019(3) – 2019(2)	2.207	1.681	1.313	0.190
2019(4) – 2019(2)	0.916	1.811	0.506	0.613
2020(1) – 2019(2)	0.792	1.649	0.481	0.631
2020(2) – 2019(2)	0.657	1.606	0.409	0.683
2020(3) – 2019(2)	-0.932	1.673	-0.557	0.578
2020(4) – 2019(2)	0.619	1.714	0.361	0.718
2021(1) – 2019(2)	-0.679	1.675	-0.405	0.686

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S

Comparison		Mean Difference	SE	df	t	p tukey
Médecins	Médecins					
Qinf	- Qsup	4.74	2.33	611	2.03	0.043

Post Hoc Comparisons - TOP_C2S

Comparison		Mean Difference	SE	df	t	p tukey
Population	Population					
0	- 1	-24.3	2.33	611	-10.4	< .001

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S (Med.) * TOP_C2S (Pop.)

Comparison		Mean Difference	SE	df	t	p tukey		
Med.	Pop.	Med.	Pop.					
Qinf	0	- Qinf	1	-28.665	4.310	611	-6.651	< .001
		- Qsup	0	0.410	0.960	611	0.428	0.974
		- Qsup	1	-19.603	1.763	611	-11.116	< .001
	1	- Qsup	0	29.075	4.323	611	6.726	< .001
		- Qsup	1	9.062	4.569	611	1.983	0.195
Qsup	0	- Qsup	1	-20.013	1.795	611	-11.147	< .001

TIMOLOL

Model Coefficients - MNT_PARPAT

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept ^a	13.6750	2.185	6.2572	<.001
GROUPE_C2S :				
Qsup – Qinf	1.7804	0.972	1.8320	0.070
TOP_C2S :				
0 – 1	-9.8469	1.620	-6.0789	<.001
Sexe :				
2 – 1	-0.8173	1.025	-0.7972	0.428
Age :				
20-39 – 75+	-9.9373	2.750	-3.6134	<.001
40-59 – 75+	-2.2507	1.360	-1.6552	0.101
60-74 – 75+	-2.0989	1.051	-1.9975	0.049
Trim. :				
2019(3) – 2019(2)	-0.0329	1.759	-0.0187	0.985
2019(4) – 2019(2)	0.9445	1.719	0.5493	0.584
2020(1) – 2019(2)	-2.3404	2.023	-1.1569	0.250
2020(2) – 2019(2)	-0.9287	1.861	-0.4991	0.619
2020(3) – 2019(2)	0.5191	2.037	0.2549	0.799
2020(4) – 2019(2)	-2.2901	1.879	-1.2187	0.226
2021(1) – 2019(2)	-1.5024	1.812	-0.8289	0.409

^a Represents reference level

ANOVA - MNT_PARPAT

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
GROUPE_C2S (médecins)	0.199	1	0.199	0.00827	0.928
TOP_C2S (population)	329.887	1	329.887	13.67823	<.001
GROUPE_C2S * TOP_C2S	13.873	1	13.873	0.57522	0.450
Residuals	2339.413	97	24.118		

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S

Comparison		Mean Difference	SE	df	t	p _{tukey}
Médecins	Médecins					
Qinf	- Qsup	0.237	2.61	97.0	0.0909	0.928

Post Hoc Comparisons - TOP_C2S

Comparison		Population	Population	Mean Difference	SE	df	t	p _{tukey}
0	- 1			-9.65	2.61	97.0	-3.70	<.001

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S (Med.) * TOP_C2S (Pop.)

Comparison		Med.	Pop.	Med.	Pop.	Mean Difference	SE	df	t	p _{tukey}
Qinf	0 -	Qinf	1		-11.63	4.97	97.0	-2.341	0.096	
			0		-1.74	1.05	97.0	-1.663	0.349	
	1 -	Qsup	1		-9.41	1.60	97.0	-5.870	<.001	
Qsup	0 -	Qsup	0		9.89	4.97	97.0	1.991	0.198	
			1		2.22	5.11	97.0	0.433	0.973	
Qsup	0 -	Qsup	1		-7.67	1.60	97.0	-4.807	<.001	

Note. Comparisons are based on estimated marginal means

TIOPROPIUM

Model Coefficients - MNT_PARPAT

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept ^a	19.814	4.36	4.5433	<.001
GROUPE_C2S :				
Qsup – Qinf	-3.406	2.60	-1.3092	0.191
TOP_C2S :				
1 – 0	55.616	3.91	14.2209	<.001
Sexe :				
2 – 1	-3.381	2.52	-1.3397	0.181
Age :				
20-39 – 75+	-32.357	6.88	-4.7061	<.001
40-59 – 75+	-20.244	3.58	-5.6477	<.001
60-74 – 75+	-8.739	2.99	-2.9264	0.004
Trim. :				
2019(3) – 2019(2)	1.572	4.96	0.3168	0.752
2019(4) – 2019(2)	1.099	5.26	0.2091	0.834
2020(1) – 2019(2)	0.238	4.78	0.0498	0.960
2020(2) – 2019(2)	-2.469	5.06	-0.4877	0.626
2020(3) – 2019(2)	-0.910	4.97	-0.1833	0.855
2020(4) – 2019(2)	2.479	4.96	0.4999	0.617
2021(1) – 2019(2)	-7.361	5.03	-1.4649	0.144

^a Represents reference level

ANOVA - MNT_PARPAT

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
GROUPE_C2S (médecins)	26691	1	26691	35.4	<.001
TOP_C2S (population)	149721	1	149721	198.4	<.001
GROUPE_C2S * TOP_C2S	31972	1	31972	42.4	<.001
Residuals	372832	494	755		

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S

Comparison							
Médecins	Médecins	Mean Difference	SE	df	t	p tukey	
Qinf	- Qsup	27.2	4.57	494	5.95	<.001	

Post Hoc Comparisons - TOP_C2S

Comparison							
Population	Population	Mean Difference	SE	df	t	p tukey	
0	- 1	-64.3	4.57	494	-14.1	<.001	

Post Hoc Comparisons - GROUPE_C2S (Med.) * TOP_C2S (Pop.)

Comparison								
Med.	Pop.	Med.	Pop.	Mean Difference	SE	df	t	p tukey
Qinf	0	- Qinf	1	-94.03	8.14	494	-11.552	<.001
		- Qsup	0	-2.56	2.65	494	-0.967	0.768
		- Qsup	1	-37.16	4.10	494	-9.053	<.001
1	-	- Qsup	0	91.47	8.16	494	11.212	<.001
		- Qsup	1	56.88	8.74	494	6.508	<.001
Qsup	0	- Qsup	1	-34.59	4.14	494	-8.356	<.001

BIBLIOGRAPHIE

1. Avis et rapports du Conseil Économique et Social session de 1987, 10 et 11 février 1987, grande pauvreté et précarité économique et sociale rapport, présenté par WRESINSKI J, accessible via : <https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf> [consulté le 25 nov. 2021]
2. Jess N. Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins. 2015;6.
3. Tuppin P, Blotière P-O, Weill A, Ricordeau P, Allemand H. Surmortalité et hospitalisations plus fréquentes des bénéficiaires de la couverture médicale universelle complémentaire en 2009. *Presse Médicale*. juin 2011;40(6):e304-14.
4. Rapport d'activité 2019, Fonds de la complémentaire santé solidaire, accessible via: https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/RA_2019_VF.pdf [consulté le 25 nov. 2021]
5. Rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les affections de longue durée, présenté par DOOR J.P., 2008, consulté le 25/11/2021, accessible via: <https://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i0659.asp>
6. Rapport d'activité 2015, Fonds de la complémentaire santé solidaire, accessible via: https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2015.pdf [consulté le 25 nov. 2021]
7. Moscrop A, MacPherson P. Should doctors record their patients' income? *Br J Gen Pract*. oct 2014;64(627):e672-4.
8. Birault F, Mignot S, Caunes N, Boutin P, Bouquet E, Pérault-Pochat M-C, 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. *Int J Environ Res Public Health*. 9 mai 2020;17(9):3305.
9. Bihan H, Laurent S, Sass C, Nguyen G, Huot C, Moulin JJ, et al. Association Among Individual Deprivation, Glycemic Control, and Diabetes Complications: The EPICES score. *Diabetes Care*. 1 nov 2005;28(11):2680-5.
10. Classification ATC/DDD, intérêt en pharmacovigilance, accessible via: https://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficacy/trainingcourses/11atc_ddd.pdf [consulté le 25 nov. 2021]
11. Chimelli L, Mahler-Araújo MB. Fungal Infections. *Brain Pathol*. janv 1997;7(1):613-27.
12. Hoke GP, McWilliams GW. Epidemiology of Benign Prostatic Hyperplasia and Comorbidities in Racial and Ethnic Minority Populations. *Am J Med*. août 2008;121(8):S3-10.
13. Jonas JB, Aung T, Bourne RR, Bron AM, Ritch R, Panda-Jonas S. Glaucoma. *The Lancet*. nov 2017;390(10108):2183-93.
14. Conlon R, Saheb H, Ahmed IIK. Glaucoma treatment trends: a review. *Can J Ophthalmol*. févr 2017;52(1):114-24.
15. Mendenhall E, Kohrt BA, Norris SA, Ndeti D, Prabhakaran D. Non-communicable disease syndemics: poverty, depression, and diabetes among low-income populations. *The Lancet*. mars 2017;389(10072):951-63.
16. Thirioux B, Birault F, Jaafari N. Empathy Is a Protective Factor of Burnout in Physicians: New Neuro-Phenomenological Hypotheses Regarding Empathy and Sympathy in Care Relationship. *Front Psychol*. 2016;doi:10.3389/fpsy.2016.00763
17. Caiazzo A, Cardano M, Cois E, Costa G, Marinacci C, Spadea T, et al. [Inequalities in health in Italy]. *Epidemiol Prev*. juin 2004;28(3 Suppl):i-ix, 1-161.
18. Frachon A, Vignier N. Health issues in precarious people. *Rev Prat*. 2020;70:385-91
19. Ortiz-Hernandez Ortiz-Hernandez L, Pérez-Salgado D, Tamez-Gonzalez S. Inégalités socio-économiques et santé dans Mexico. *Rev Med Inst Mex Seguro*. 2015;53:336-47

20. van Doorslaer E. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Can Med Assoc J.* 17 janv 2006;174(2):177-83.
21. De Oliveira A, Chavannes B, Steinecker M, Denantes M, Chastang J, Ibanez G. How French general practitioners adapt their care to patients with social difficulties? *Fam Med Community Health.* nov 2019;7(4):e000044.
22. Barlow P, Mohan G, Nolan A, Lyons S. Area-level deprivation and geographic factors influencing utilisation of General Practitioner services. *SSM - Popul Health.* sept 2021;15:100870.
23. Hurst JR, Agarwal G, van Boven JFM, Daivadanam M, Gould GS, Wan-Chun Huang E, et al. Critical review of multimorbidity outcome measures suitable for low-income and middle-income country settings: perspectives from the Global Alliance for Chronic Diseases (GACD) researchers. *BMJ Open.* sept 2020;10(9):e037079.
24. Haenssger MJ, Charoenboon N, Xayavong T, Althaus T. Precarity and clinical determinants of healthcare-seeking behaviour and antibiotic use in rural Laos and Thailand. *BMJ Glob Health.* déc 2020;5(12):e003779.
25. Saurel-Cubizolles M-J, Chastang J-F, Menvielle G, Leclerc A, Luce D. Social inequalities in mortality by cause among men and women in France. *J Epidemiol Community Health.* mars 2009;63(3):197-202.
26. Prévalence et incidence du diabète en France, mis à jour le 10/11/2021, Santé Publique France, accessible via : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/articles/prevalence-et-incidence-du-diabete> [consulté le 25 nov. 2021]
27. Savall, A. (2017). Le diabète à l'épreuve du domestique : le quotidien autour de l'alimentation de femmes maghrébines immigrées à Montpellier. *Sciences sociales et san-té*, 35, 5-30. <https://doi.org/10.3917/sss.351.0005>
28. Tudrej BV, Etonno R, Martinière A, Hervé C, Birault F. Clinique de la précarité ? Réflexions éthiques et retour d'expériences autour d'un modèle de repérage des déterminants sociaux de la santé vers la santé publique clinique. *Ethics Med Public Health.* juill 2018;6:15-25.
29. Mendenhall E, Kohrt BA, Norris SA, Ndeti D, Prabhakaran D. Non-communicable disease syndemics: poverty, depression, and diabetes among low-income populations. *Lancet.* 2017;389:951-63.doi:10.1016/S0140-6736(17)30402-6.
30. Thakkar KN, Brugger P, Park S. Exploring Empathic Space: Correlates of Perspective Transformation Ability and Biases in Spatial Attention. Verdejo García A, éditeur. *PLoS ONE.* 10 juin 2009;4(6):e5864.
31. Decety J. "A social cognitive neuroscience model of human empathy". In: Harmon-Jones E, Winkielman P, editors. *Social Neuroscience: integrating biological and psychological explanations of social behaviors.* New York, NY: Guilford Press; 2007.p.246-70
32. Raz G, Jacob Y, Gonen T, Winetraub Y, Flash T, Soreq E, et al. Cry for her or cry with her: context-dependent dissociation of two modes of cinematic empathy reflected in network cohesion dynamics. *Soc Cogn Affect Neurosci.* janv 2014;9(1):30-8.
33. Thirioux B, Mercier MR, Jorland G, Berthoz A, Blanke O. Mental Imagery of Self-Location during Spontaneous and Active Self-Other Interactions: An Electrical Neuroimaging Study. *J Neurosci.* 26 mai 2010;30(21):7202-14.
34. Thirioux B, Mercier MR, Blanke O, Berthoz A. The cognitive and neural time course of empathy and sympathy: An electrical neuroimaging study on self-other interaction. *Neuroscience.* mai 2014;267:286-306.
35. Hojat M, Louis DZ, Maio V, Gonnella JS. Editorial: Empathy and Health Care Quality. *Am J Med Qual.* janv 2013;28(1):6-7.
36. Halpern J. What is clinical empathy? *J Gen Intern Med.* août 2003;18(8):670-4.

Résumé et mots clefs

Contexte : Les patients en situation de précarité sont connus comme étant de plus gros consommateur de soins, notamment en médicament, du fait d'une interaction entre précarité et mauvais état de santé. Une des politiques en matière de santé en France est de vouloir compenser les inégalités inhérentes à la précarité à travers un système de remboursement et de prise en charge financière des soins pour ces personnes. Il serait logique de constater une plus grande consommation de médicaments comparativement aux autres patients. Cependant une étude préliminaire a rapporté que des traitements ciblant des maladies à plus forte prévalence dans la population précaire sont sous prescrites par les médecins généralistes pour ces patients.

Objectif : Déterminer si la prévalence d'exposition à la précarité des médecins généralistes modifie leurs prescriptions de médicaments remboursés.

Méthode : Nous avons comparé les montants de remboursement concernant 20 molécules différentes prescrites aux patients précaires et non précaires, par deux groupes de médecins généralistes de la Vienne, avec des prévalences de patients C2S différentes, de 2019 à 2021.

Le critère de jugement principal était une différence au seuil de 5% du montant de remboursement entre les populations et les groupes de praticien généraliste.

Résultats : Nous confirmons l'existence d'un effet population sur les prescriptions, avec des remboursements plus importants pour tous les traitements dans la population précaire. Nous démontrons l'effet du gradient de prévalence à la précarité sur les prescriptions des généralistes, concernant la population précaire, avec une baisse des montants pour 18

molécules quand l'exposition à la précarité est forte. Cet effet ne se retrouve pas de manière significative pour la population non précaire.

Conclusion : L'exposition à la précarité influence clairement les prescriptions des généralistes. Cela peut signifier que les médecins les plus exposés développent des techniques et des mécanismes d'adaptation propres à la population précaire, privilégiant l'éducation, contrairement aux praticiens moins habitués qui pourraient sur prescrire. Une autre hypothèse que nous posons est que la population précaire, plus compliquée à prendre en charge, génère une surcharge de travail, de l'épuisement et une altération de l'empathie chez les médecins les plus exposés et qui influe négativement sur la prise en charge de leurs patients.

Mots clefs : précarité – assurance maladie – C2S – CMU – inégalités sociales en santé – accès aux soins – consommation de médicaments - médecine générale

Serment d'Hippocrate

Ordre des médecins 2012

“Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j’y manque.”