



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement
le 12 septembre 2024 à Poitiers
par **Madame Tanase Dana Maria**

Etude de la prescription de Gliclazide par les médecins généralistes en France, chez les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire et ceux au Régime Général de l'Assurance Maladie, de 2019 à 2021

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Xavier Jean, Psychiatre Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, Doyen et Directeur de la Section Médecine

Membres : Madame la Docteure Camille Evrard, Maître de Conférences Associé, Oncologue Médical

Monsieur le Docteur Patrick Bossuet, Médecine Générale

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François Birault, Professeur Associé, Médecine Générale



LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesneur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesneur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesneur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesneur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesneur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesneur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesneur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesneur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

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

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

Maitre de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

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

Maitres de Conférences associés de médecine générale

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

Professeurs émérites

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

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

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

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

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

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

Professeurs des universités

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

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

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

Maîtres de conférences

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

Maîtres de conférences associés - officine

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

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

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

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

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

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

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

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

REMERCIEMENTS

A mesdames et messieurs les membres du jury,

Merci de me consacrer une partie de votre temps et d'avoir accepté de juger ce travail.

A Monsieur le Professeur Xavier Jean,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et d'évaluer mon travail.

A Monsieur le Docteur François Birault,

Merci de me faire l'honneur de juger cette thèse. J'ai eu la chance de vous avoir eu pour la première fois comme membre de jury pendant la soutenance de mon mémoire en 2021. Je vous remercie pour le soutien, la patience et la confiance que vous m'aviez apporté tout au long de ce travail.

A Madame la Docteure Camille Evrard,

Je vous remercie et je me sens honorée et enthousiaste que vous fassiez parti de ce jury. Lorsque j'ai choisi cette date pour la soutenance, j'ai eu l'agréable surprise de savoir que vous feriez parti du jury. Je me souviens de votre sourire, empathie et optimisme quand je vous voyais pendant mon stage dans le service d'Oncologie Médicale.

A Monsieur le Docteur Patrick Bossuet,

Il n'y a pas de mots pour exprimer ma reconnaissance pour l'aide que vous m'apportez chaque jour. Je vous remercie pour votre accompagnement tout au long de mon parcours, d'abord en tant que maître de stage, puis en tant que collègue. J'espère ne pas vous décevoir et être à la hauteur de vos attentes.

A tous mes maîtres de stage,

Dr Pain, les Docteurs Liaigre, Dr Aubineau, Dr Ceveau, Dr Blanc, les gynécologues et pédiatres de CH Niort, Dr Corneau, Dr Jeanmaire, tous les professionnels de santé rencontrés pendant mes stages et ma tutrice **Dr Lebonheur**

Pour votre patience et accompagnement dans mon apprentissage et formation continue, votre écoute et vos conseils dans les moments les plus difficiles que j'ai rencontré pendant mes stages, votre gentillesse et empathie que vous m'aviez montré tout au long de mon parcours.

A ma famille,

A mes parents, je ne saurais comment exprimer la reconnaissance que je vous porte. Sans vous je ne serais pas là où je suis aujourd'hui. Votre amour et la confiance que vous m'avez montré m'ont aidé à réussir à tenir et accomplir tout ce que j'ai entrepris jusqu'ici. Je vous remercie infiniment et j'espère pouvoir transmettre à mes enfants tout ce que vous m'avez apporté. Je vous aime !

A ma sœur Adriana, j'ai de la chance d'avoir une sœur comme toi, tu es ma meilleure amie. Merci pour ton écoute, tes conseils et ton aide constante. Merci également à mon beau-frère qui m'a aidé au début de ma carrière, merci Vladimir, mon neveu, pour ton énergie et sourire constant.

A mes grands-parents maternels et paternels, merci pour mon enfance pleine de bonheur grâce à vous. Les plus beaux souvenirs de mes premières années sont avec vous. Je sais que grâce à votre amour et vos prières, Dieu nous protège.

A George,

Merci d'être mon mari, merci pour ton amour et ton soutien et ta confiance en moi. Merci pour notre fils, **Patric**, notre merveille et bonheur apparu récemment dans notre vie, un amour comme jamais ressenti, grâce à toi. Je profite pour remercier également ma belle-mère, Maria, pour l'aide continue qu'elle nous offre.

A mes amis,

Nathaneige

Cristina

Ionela

Laura

Ana Maria

Mai

Dan

Ana

Cristina

Ani

Luminita

Ana

Virginie

Silviu

Liliana

Père Adrian

Sylvie

Christine

Carmen

Rajja

Jannique

Table des matières

Abréviations	9	
I. Introduction		
1. Le diabète: rappel et chiffres clés.....	10	
2. Rôle et fonctionnement de la sécurité sociale.....	11	
3. Précarité en santé.....	12	
4. Santé des populations précaires.....	13	
5. La Gliclazide.....	14	
6. Objectifs de l'étude.....	15	
II. Matériel et Méthodes		
1. Type, période et population d'étude.....	16	
2. Collecte des données	16	
2.1 Sélection des patients	16	
2.2 Sélection du traitement	19	
3. Critère de jugement principal.....	19	
4. Analyse statistique.....	23	
III. Résultats		
1. Description de la population	24	
2. Analyse des remboursements de Gliclazide et de leur évolution pour le groupe précaire en France (2019-2021)	24	
3. Doses délivrées moyennes de Metformine.....	25	
IV. Discussion		
1. Analyse des principaux résultats	27	
2. Limites.....	29	
2.1 Caractéristiques des patients.....	29	
2.2 Caractéristiques des prescriptions.....	31	
3. Caractéristiques des médecins.....	31	
V. Hypothèses		33
1. Complexités de la prise en charge médico-sociale des patients précaires.....	33	
1.1 Compliance au traitement.....	33	
1.2 L'immigration.....	34	
1.3 Impact culturel	34	

2. Profil de santé global et comorbidités.....	35
3. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients en situation de précarité.....	35
4. La stigmatisation des patients précaires diabétiques.....	36
5. Situation des médecins les plus exposés à la précarité.....	37
VI. Perspectives.....	38
VII. Conclusions.....	39
Annexes.....	41
Bibliographie.....	59
Résumé et mots clés.....	63
Serment.....	64

Abréviations

ADOs : Antidiabétiques Oraux

ALD : Affection Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées

ATC : Anatomique, Thérapeutique et Chimique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DDD : Defined Daily Dose

DT2 : Diabète de Type 2

HAS : Haute Autorité de Santé

ISPL : Institut Statistique des Professionnels Libéraux

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RGAM : Régime Général de l'Assurance Maladie

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

SU : Sulfamides Hypoglycémiants

I. Introduction

1. Le diabète : rappel et chiffres clés

Le diabète est une maladie chronique résultant de l'insuffisance de sécrétion de l'insuline par le pancréas ou de l'insulino-résistance des cellules de l'organisme.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le diabète par :

- Une glycémie supérieure à 1,26 g/L (7,0 mmol/L) après un jeûne de huit heures et vérifiée à deux reprises;
- Ou la présence de symptômes de diabète (polyurie, polydipsie, amaigrissement) associée à une glycémie plasmatique supérieure ou égale à 2 g/L (11,1 mmol/L);
- Ou une glycémie plasmatique supérieure ou égale à 2 g/L (11,1 mmol/L) 2 heures après une charge orale de 75 g de glucose.

Selon la fédération internationale du diabète, en 2021, le diabète tous types confondus affecte plus de 537 millions de personnes dans le monde, soit 1 personne sur 10, dont 61 millions en Europe. Selon les prévisions, la prévalence du diabète de type 2 atteindra 783 millions en 2045 (1).

En France, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement est en augmentation depuis les premières estimations réalisées à partir des bases de données de l'Assurance maladie en 1998 (2) et se caractérise par de fortes disparités territoriales et socio-économiques (3,4).

Le diabète de type 2 représente environ 90 à 95 % des cas de diabète. Dans cette forme, les patients présentent généralement une résistance à l'insuline accompagnée d'une carence relative en insuline. Le surpoids et l'obésité ainsi que le manque d'activité physique, contribuent également fortement à la progression du diabète (5).

Compte tenu du caractère silencieux de la maladie, environ 20 % des personnes diabétiques âgées de 18 à 74 ans ne seraient pas diagnostiquées (6).

Le médecin généraliste est souvent amené à poser le diagnostic de diabète de type 2. Le traitement de référence du diabète de type 2 consiste en la modification des habitudes de vie avec l'adoption d'une alimentation équilibrée, une perte de poids si nécessaire et la pratique d'une activité physique. En seconde intention, des antidiabétiques oraux peuvent être prescrits pour aider à contrôler la glycémie. Ces modifications doivent s'inscrire dans une dynamique relationnelle riche entre le médecin et le patient, et ce d'autant plus que le diabète de type 2 est une pathologie complexe.

2. Rôle et fonctionnement de la Sécurité sociale

La Sécurité sociale se compose d'un ensemble d'institutions qui ont pour fonction de protéger les individus des conséquences de divers événements ou situations. En ce qui concerne la branche « maladie », la Sécurité sociale assure la prise en charge des dépenses de santé des assurés et garantit l'accès aux soins. Elle favorise également l'accès à la santé des plus démunis (7).

Le financement du système de remboursement des soins en France repose sur le régime obligatoire et le régime complémentaire.

On distingue différents régimes obligatoires (8) :

- Le Régime Général (88% de la population) : couvre les travailleurs salariés et indépendants ainsi que les bénéficiaires de la protection universelle maladie (PUMa).
- Le Régime Agricole (5%) : couvre les exploitants et salariés agricoles.
- Les Régimes Spéciaux (7%) : SCNF, marins, fonctionnaires.

Ces régimes d'Assurance Maladie permettent aux assurés d'obtenir un remboursement à hauteur de 60 à 70% pour la majorité de leurs dépenses.

La part complémentaire correspond au montant restant après déduction de la prise en charge de l'assurance maladie. Il existe de nombreuses complémentaires santé (mutuelles ou assurances privées) prenant en charge une partie ou la totalité du montant restant (9).

La Complémentaire Santé Solidaire (ex-Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) permet aux assurés ayant de faibles revenus financiers de bénéficier gratuitement d'une complémentaire santé (10). C'est également le cas de l'Aide Médicale d'État (AME), destinée aux étrangers en situation irrégulière. La CSS donne droit à l'exonération de la participation forfaitaire et à l'accès au tiers payant, il n'y a donc pas d'avance de frais (11).

Cette complémentaire est accessible sous réserve :

- D'exercer une activité professionnelle en France ou y résider de façon stable et régulière depuis plus de trois mois;
- D'être affilié à un régime d'Assurance Maladie;
- D'avoir des ressources inférieures à un certain plafond.

Il existe deux CSS (11) :

- La CSS gratuite ou « sans participation financière », sous réserve d'un plafond de ressources annuelles maximal de 10 166€ pour un foyer d'une seule personne au 1^{er} avril 2024.
- La CSS payante ou « avec participation financière », à moins d'1 euro par jour (coût variable selon l'âge de l'assuré), sous réserve d'un plafond de ressources annuelles maximal de 13 724€ pour un foyer d'une seule personne au 1^{er} avril 2024.

3. Précarité en santé

De multiples facteurs seraient à l'origine du processus de précarisation: événements ou situations familiales complexes (décès, séparation, isolement), conditions de vie (chômage, logement précaire, faibles revenus). L'altération de l'état de santé peut également amener à une situation de précarité; en effet, l'incapacité ou la moindre capacité à travailler entraîne une perte des revenus. Ces difficultés financières entraînent par la suite des modifications du style de vie: changement de logement, isolement social (13, 14).

Les situations de précarité favorisent aussi la survenue de problèmes de santé :

- Modes de vie et comportements à risque : déséquilibres alimentaires, toxicomanies, instabilité du logement, violence ou maltraitance;
- Mauvaise capacité à prendre en charge la maladie, à considérer la santé comme prioritaire;
- Difficultés d'accès aux soins pour des raisons financières ou socioculturelles, recours aux soins retardés.

Le lien entre précarité et dégradation de l'état de santé est largement admis et cette liaison est retrouvée pour la mortalité (15) *mais aussi la morbidité avec notamment plus de maladies cardiovasculaires et de diabète (16)*; en 2016, la prévalence du diabète était multipliée par deux chez les patients de moins de 60 ans bénéficiaires de la CMU-C, passant de 1,6% en population générale à 3,4% chez les bénéficiaires (17). Plusieurs études ont mis en évidence qu'un bas statut socio-économique était associé à un mauvais contrôle glycémique (18,19) et la prévalence de complications du diabète est également plus élevée dans les populations précaires

(rétinopathie diabétique et la neuropathie diabétique) car le contrôle glycémique serait moins régulier (20).

Une étude de 2005 sur les patients bénéficiant de la CMU-C et en Affection Longue Durée (ALD) montrait également une prévalence plus élevée du diabète mais aussi de maladies psychiatriques, hypertension artérielle, tuberculose, cirrhoses, cancers des voies aérodigestives supérieures que dans la population générale (21).

Il existe de nombreux comportements à risque chez les patients précaires (consommation d'alcool, tabac, toxicomanie) venant aussi altérer la santé mentale et physique de ces patients (22).

4. Santé des populations précaires

Il est établi que les populations de statut socio-économique modeste présentent une prévalence accrue de divers facteurs de risque pour la santé, tels que le surpoids, l'hypertension artérielle, le syndrome métabolique et le tabagisme (23). Cette réalité se retrouve également dans le cas du diabète de type 2 et de ses complications (24).

Des études ont démontré une prévalence du diabète de type 2 deux fois plus élevée chez les patients de moins de 60 ans bénéficiaires de la CMU-C, comparés à la population générale (1,6% vs 3,4% en 2016) (25).

L'existence d'un "indice territorial de désavantage social" a également été mise en évidence, illustrant une prévalence plus élevée du diabète traité pharmacologiquement dans les communes métropolitaines les plus défavorisées (25).

Les populations précaires présentent un contrôle glycémique généralement moins satisfaisant que les populations non précaires. Cette situation a des conséquences néfastes sur la santé, en augmentant la prévalence de certaines complications du diabète. La rétinopathie diabétique et la neuropathie diabétique sont deux complications fréquentes du diabète, dont la prévalence est plus élevée chez les populations précaires en raison d'un contrôle glycémique souvent défaillant (20).

Les personnes bénéficiant de la CMU-C, indicateur de précarité, sont également plus susceptibles d'être hospitalisées pour des complications liées au diabète (25).

Ces données illustrent les conséquences graves d'un mauvais contrôle glycémique chez les populations défavorisées.

La mise en place de la CMU-C au début du 21^{ème} siècle a indéniablement contribué à réduire de manière significative le renoncement aux soins pour des raisons financières (26). Cependant, des études ont révélé des disparités persistantes dans les prescriptions de certains traitements pharmaceutiques, notamment ceux du diabète de type 2, entre les patients précaires (bénéficiaires de la CSS) et les patients non précaires, non bénéficiaires (27).

Si la CMU-C a permis de limiter les obstacles financiers aux soins, elle n'a pas encore réussi à éliminer complètement les inégalités de prise en charge.

5. La Gliclazide

La Gliclazide, un sulfamide hypoglycémiant représente un traitement de seconde intention du diabète de type II, après échec des biguanides, sous forme de bithérapie (metformine + sulfamide hypoglycémiant) ou en monothérapie en cas de contre-indication/intolérance à la metformine, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (28).

Les sulfamides hypoglycémiant (SU) ont longtemps été des piliers du traitement du diabète de type 2 (DT2). Cependant, l'arrivée de nouvelles classes d'antidiabétiques oraux, en premier lieu les inhibiteurs de la DPP-4 (gliptines) suivis des inhibiteurs des SGLT2 (gliflozines), a bouleversé le paysage thérapeutique, malgré le coût avantageux des SU. Conforme l'article de André J. Scheen « Existe-t-il encore une place pour les sulfamides hypoglycémiant dans le traitement du diabète de type 2 en 2021 ? » les sulfamides hypoglycémiant (SU) ont longtemps été considérés comme la principale alternative ou le complément privilégié, voire incontournable, à la metformine en cas d'échec de la monothérapie. La commercialisation de nouveaux ADOs qui offrent certains avantages, en particulier un très faible risque d'hypoglycémies et des effets plus favorables sur le poids, sans compter la protection cardio-rénale pour ce qui concerne les iSGLT2, ont fait tomber les SU de leur piédestal, en particulier chez les patients à haut risque. Dans ce cas-là, même si les SU gardent une place dans le traitement du DT2 on constate qu'elle devient de plus en plus limitée. Les SU doivent certainement être évités chez les personnes âgées fragiles et chez les patients à risque hypoglycémique (29).

6. Objectifs de l'étude

Selon une étude publiée en 2022, l'augmentation de l'exposition à la précarité serait associée à une diminution de la prescription d'ADOs à l'ensemble des patients, quel que soit leur statut de précarité (30), impactant davantage les populations bénéficiaires de la CMU-C. Cela suggère un impact négatif de l'exposition à la précarité sur la prescription des médecins généralistes français.

L'objectif principal

Cette étude vise à comparer, sur les années 2019, 2020 et 2021, les doses délivrées journalières moyennes (DDD moyenne, Defined Daily Dose voir section matériel et méthode ci-dessous) de Gliclazide prescrites par les médecins généralistes libéraux français aux patients précaires et non précaires en France, en se basant sur les données de délivrance en pharmacie.

L'objectif secondaire

Il est important de noter que cette étude vise également à déterminer si la prévalence de la précarité influence les prescriptions de Gliclazide par les médecins généralistes en France sur les trois années étudiées. Si une telle influence est observée, elle se traduirait par une variation de la DDD (Dose Définie Journalière) en fonction du niveau de précarité dans la zone géographique étudiée.

Cette analyse permettra d'identifier d'éventuels liens entre la précarité et les pratiques de prescription.

II. Matériel et Méthodes

1. Type, période et population d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, quantitative, pharmaco-épidémiologique, rétrospective qui concerne la population française affiliée au Régime Général de l'Assurance Maladie (RGAM) sous la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) en 2019, 2020 et 2021.

2. Collecte des données

Les données concernant les remboursements de prescriptions de Gliclazide ont été obtenues auprès de l'Institut Statistique des Professionnels de santé Libéraux (ISPL) (31), un institut créé par l'Union Régionale de Professionnels de Santé – Médecins Libéraux en 2007, qui a comme objectif de collecter des données de santé obtenus suite aux feuilles de soins établies par les professionnelles de santé libéraux. La base de données est collectée au sein du Système National d'Informations Inter Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) d'où nous avons extrait les données de remboursement annuel de la Gliclazide par chaque région.

2.1 Sélection des patients

Cette étude s'intéresse aux médicaments délivrés uniquement en pharmacie sur ordonnance de médecins généralistes en France métropolitaine et dans quatre départements d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Réunion et Guyane). Compte tenu de l'applicabilité très restreinte du CSS à Mayotte, ce département a été exclu des données de l'Assurance Maladie.

Les données analysées, provenant de l'ISPL et de l'Assurance Maladie, couvrent la période de 2019 à 2021.

Les données recueillies sur l'ISPL portent uniquement sur le nombre de boîtes délivrées et le montant remboursé par les différents organismes de 2019 à 2021. Anonymisées, elles ne comportent aucune information relative aux patients (sexe, âge, mode de vie, antécédents médicaux).

L'étude se concentre sur le nombre de boîtes délivrées et le montant remboursé par les organismes d'assurance maladie.

Étant donné que la grande majorité de la population est couverte par le Régime Général d'Assurance Maladie (RGAM), il a été décidé de ne pas inclure dans l'étude les patients affiliés à d'autres régimes.

De même, en raison de leur nombre restreint, les patients bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME) ont également été exclus de la population étudiée.

Deux groupes de patients couverts par le Régime Général d'Assurance Maladie (RGAM) ont été sélectionnés pour comparaison :

- Le groupe "précaire" constitué des bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS).
- Le groupe "non précaire" constitué des patients non bénéficiaires de la CSS.

Les effectifs de population par région ont été déterminée à l'aide des données de Légifrance (32,33). Pour comparer les taux de précarité (définis par le pourcentage de bénéficiaires de la CSS) par département, nous avons extrait des données des rapports de la CSS de l'Assurance Maladie pour les années 2019, 2020 et 2021 (34,35).

À partir de ces données, nous avons calculé les effectifs des deux groupes (population précaire et non précaire) ainsi que les taux de précarité par région pour les trois années (Tableau 1, Tableau 2, Tableau 3).

Il est important de noter que la définition de la population précaire dans cette étude repose uniquement sur un critère financier.

Année	Région	Population totale	Population CSS	Population non CSS	Taux de précarité
2019	Auvergne Rhone Alpes	8120668	674612	7446056	8,31%
	Bourgogne Franche Comté	2885864	226490	2659374	7,85%
	Bretagne	3407564	219130	3188434	6,43%
	Centre Val de Loire	2634852	250764	2384088	9,52%
	Corse	340233	25134	315099	7,39%
	Grand Est	5657093	526052	5131041	9,30%
	Guadeloupe	396153	129880	266273	32,79%
	Guyane	271124	96101	175023	35,45%
	Hauts de France	6096177	836761	5259416	13,73%
	Ile de France	12291279	1252323	11038956	10,19%
	Martinique	377711	95864	281847	25,38%
	Normandie	3403309	343292	3060017	10,09%
	Nouvelle-Aquitaine	6094367	542999	5551368	8,91%
	Occitanie	5968795	750743	5218052	12,58%
	Pays de la Loire	3846161	285564	3560597	7,42%
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	5106679	647904	4458775	12,69%
	La Réunion	863063	393341	469722	45,58%
France entière	67761092	7296954	60464138	10,77%	

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

Année	Région	Population totale	Population CSS	Population non CSS	Taux de précarité
2020	Auvergne Rhone Alpes	8167945	668294	7499651	8,18%
	Bourgogne Franche Comté	2881889	232110	2649779	8,05%
	Bretagne	3425074	221279	3203795	6,46%
	Centre Val de Loire	2631697	241500	2390197	9,18%
	Corse	343726	20757	322969	6,04%
	Grand Est	5658527	534729	5123798	9,45%
	Guadeloupe	393401	114329	279072	29,06%
	Guyane	278472	85200	193272	30,60%
	Hauts de France	6096682	849857	5246825	13,94%
	Ile de France	12328447	1265588	11062859	10,27%
	Martinique	373762	84432	289330	22,59%
	Normandie	3400150	332892	3067258	9,79%
	Nouvelle-Aquitaine	6117956	532665	5585291	8,71%
	Occitanie	6009622	731248	5278374	12,17%
	Pays de la Loire	3871617	287346	3584271	7,42%
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	5128856	626100	4502756	12,21%
	La Réunion	865507	384173	481334	44,39%
France entière	67973330	7212499	60760831	10,61%	

TABEAU 2 : Effectifs de population (en nombre d'habitants) et taux de précarité (en %) par région en 2020

Année	Région	Population totale	Population CSS	Population non CSS	Taux de précarité
2021	Auvergne Rhone Alpes	7982339	678266	7304073	8,50%
	Bourgogne Franche Comté	2734957	226367	2508590	8,28%
	Bretagne	3444645	234357	3210288	6,80%
	Centre Val de Loire	2631844	248881	2382963	9,46%
	Corse	345638	21031	324607	6,08%
	Grand Est	5663885	549426	5114459	9,70%
	Guadeloupe	389995	115439	274556	29,60%
	Guyane	284085	75283	208802	26,50%
	Hauts de France	6097057	865149	5231908	14,19%
	Ile de France	12377425	1320316	11057109	10,67%
	Martinique	369406	86810	282596	23,50%
	Normandie	3397352	346277	3051075	10,19%
	Nouvelle-Aquitaine	6148663	553825	5594838	9,01%
	Occitanie	6057827	741074	5316753	12,23%
	Pays de la Loire	3897140	303430	3593710	7,79%
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	5157222	657530	4499692	12,75%
	La Réunion	870870	395375	475495	45,40%
France entière	67850350	7418836	60431514	10,93%	

TABEAU 3 : Effectifs de population (en nombre d'habitants) et taux de précarité (en %) par région en 2021

2.2 Sélection du traitement

L'ISPL utilise la classification « Anatomique, Thérapeutique et Chimique » (ATC) gérée par l'OMS pour identifier les médicaments étudiés (36). C'est un système qui classe par différents niveaux les médicaments du point de vue anatomique, thérapeutique et chimique.

- **Niveau 1 (1^{ère} lettre) :** Groupe anatomique (par exemple, A pour l'appareil digestif);
- **Niveau 2 (2 premiers chiffres) :** Sous-groupe pharmacologique ou thérapeutique principal;
- **Niveau 3 et 4 (2^{ème} et 3^{ème} lettres) :** Sous-groupes chimiques, pharmacologiques ou thérapeutiques plus précis;
- **Niveau 5 (2 derniers chiffres) :** Substance chimique précise du médicament .

Selon la classification ATC, la Gliclazide est identifiée par le code **A10BB09** :

A – correspond au groupe anatomique du système digestif;

10 - correspond à la catégorie de traitement antidiabétique;

BB - représentant les agents hypoglycémisants, plus précisément du groupe des sulfonylurées;

09 - correspondent à la substance chimique exacte, dans notre cas, la Gliclazide.

Le traitement du diabète de type 2 repose principalement sur les antidiabétiques oraux, parmi lesquels la gliclazide qui occupe une place prépondérante en deuxième option (37). Les recommandations de la HAS en vigueur confirment l'importance de la gliclazide dans la prise en charge de cette maladie, en monothérapie, en cas de contre-indications à la metformine ou en association avec d'autres antidiabétiques, conformément aux schémas thérapeutiques recommandés (38). C'est pour ces raisons que nous avons porté notre choix sur l'analyse des données de prescription de la gliclazide.

3. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est la Dose Délivrée Daily Moyenne (DDD moyenne) de la Gliclazide délivrée dans les deux types de populations (les patients précaires et ceux non précaires) en 2019, 2020 et 2021. S'il y a une différence statistiquement significative de DDD entre population précaire et population non précaire cela montrera une différence de prescriptions délivrées entre ces deux types de populations.

La DDD c'est une unité de mesure créée par l'OMS et correspond à la dose d'entretien moyenne supposée par jour, utilisée pour son indication principale, pour un médicament (39). Comme c'est une dose supposée elle ne correspond pas nécessairement à la dose habituellement prescrite. La DDD permet de mesurer la quantité consommée d'une substance spécifique dans

une population spécifique, sans tenir compte du prix et des divers conditionnements disponibles pour cette substance.

Une DDD est attribuée par un bureau d'experts de l'OMS à chaque molécule faisant partie de la classification de l'ATC (Tableau 4).

ATC code	Name	DDD	U	Adm.R	Note
A10BB09	Gliclazide	60	mg	O	

Tableau 4 : DDD de substance de la catégorie A10BB09. Source : OMS (40)

Afin de comparer la dose quotidienne moyenne de Gliclazide (DDD) prescrite aux patients précaires et non précaires en France sur les années 2019 à 2021, nous avons utilisé une approche en deux étapes :

1. **Analyse des données de remboursement** : Nous avons collecté les montants annuels remboursés par l'assurance maladie pour chaque conditionnement de Gliclazide, ventilés par région et par type de population (précaire et non précaire) (Tableau A, Tableau B, Tableau C).
2. **Estimation de la DDD** : Pour chaque conditionnement, nous avons estimé un coût unitaire journalier standard en prenant en compte le prix de la boîte, le nombre de comprimés par boîte et la posologie journalière recommandée (Tableau D). Cette information nous a permis de calculer la DDD moyenne pour chaque population et chaque année.

Les résultats présentés dans cette étude ont été obtenus à l'aide des formules de calcul suivantes :

$$DDD \text{ prest. réf.} = \frac{\frac{\text{Montant remboursé prest. réf.}}{\text{Coût journalier}}}{\text{Population prest. réf.}}$$

$$DDD \text{ CSS} = \frac{\frac{\text{Montant remboursé TM CMU}}{\text{Coût journalier}}}{\text{Population CSS}}$$

L'hypothèse de départ (H0) de cette étude était que la DDD moyenne de Gliclazide était la même chez les patients précaires et non précaires.

Année	Région	Montant remboursé	Montant remboursé Groupe précaire	Montant remboursé Groupe Non précaire	Taux de remboursement groupe précarité	Taux de remboursement groupe non précarité
2019	Auvergne Rhone Alpes	3357462	7527	3349935	0,2242%	99,7758%
	Bourgogne Franche Comté	1618432	2715	1615717	0,1678%	99,8322%
	Bretagne	876819	1734	875085	0,1978%	99,8022%
	Centre Val de Loire	1330686	2862	1327824	0,2151%	99,7849%
	Corse	119204	258	118946	0,2164%	99,7836%
	Grand Est	3613623	7284	3606339	0,2016%	99,7984%
	Guadeloupe	350988	2831	348157	0,8066%	99,1934%
	Guyane	139897	2368	137529	1,6927%	98,3073%
	Hauts de France	3622146	9919	3612227	0,2738%	99,7262%
	Ile de France	5333121	24333	5308788	0,4563%	99,5437%
	Martinique	456316	2781	453535	0,6094%	99,3906%
	Normandie	1998186	4058	1994128	0,2031%	99,7969%
	Nouvelle-Aquitaine	2587797	6192	2581605	0,2393%	99,7607%
	Occitanie	2894671	9472	2885199	0,3272%	99,6728%
	Pays de la Loire	1510491	3521	1506970	0,2331%	99,7669%
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	2606066	9301	2596765	0,3569%	99,6431%
	La Réunion	948826	9997	938829	1,0536%	98,9464%
France entière	33364731	107153	33257578	0,3212%	99,6788%	

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

Année	Région	Montant remboursé	Montant remboursé Groupe précaire	Montant remboursé Groupe Non précaire	Taux de remboursement groupe précarité	Taux de remboursement groupe non précarité
2020	Auvergne Rhone Alpes	2678820	5741	2673079	0,2143%	99,7857%
	Bourgogne Franche Comté	1276528	2100	1274428	0,1645%	99,8355%
	Bretagne	738519	1175	737344	0,1591%	99,8409%
	Centre Val de Loire	1091458	2064	1089394	0,1891%	99,8109%
	Corse	96398	163	96235	0,1691%	99,8309%
	Grand Est	2880011	5610	2874401	0,1948%	99,8052%
	Guadeloupe	312417	2019	310398	0,6463%	99,3537%
	Guyane	120059	1812	118247	1,5093%	98,4907%
	Hauts de France	2945801	7473	2938328	0,2537%	99,7463%
	Ile de France	4068076	18157	4049919	0,4463%	99,5537%
	Martinique	355167	1679	353488	0,4727%	99,5273%
	Normandie	1602426	2899	1599527	0,1809%	99,8191%
	Nouvelle-Aquitaine	2096479	4485	2091994	0,2139%	99,7861%
	Occitanie	2322016	7272	2314744	0,3132%	99,6868%
	Pays de la Loire	1260084	2487	1257597	0,1974%	99,8026%
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	2087929	6793	2081136	0,3253%	99,6747%
	La Réunion	807024	7847	799177	0,9723%	99,0277%
France entière	26739212	79776	26659436	0,2983%	99,7017%	

TABLEAU B : Montants remboursés annuels de Gliclazide (en euros) par région pour les patients bénéficiaires de la CSS (groupe précaire) et les patients non bénéficiaires de la CSS (groupe non précaire) en 2020

Année	Région	Montant remboursé	Montant remboursé Groupe précaire	Montant remboursé Groupe Non précaire	Taux de remboursement groupe précarité	Taux de remboursement groupe non précarité
2021	Auvergne Rhone Alpes	2739838	5810	2734028	0,2121%	99,7879%
	Bourgogne Franche Comté	1278178	2127	1276051	0,1664%	99,8336%
	Bretagne	766690	1248	765441	0,1628%	99,8372%
	Centre Val de Loire	1052003	2147	1049856	0,2041%	99,7959%
	Corse	99360	148	99212	0,1488%	99,8512%
	Grand Est	2935257	6084	2929173	0,2073%	99,7927%
	Guadeloupe	308846	1618	307229	0,5238%	99,4762%
	Guyane	108082	1072	107010	0,9917%	99,0083%
	Hauts de France	2965047	7615	2957432	0,2568%	99,7432%
	Ile de France	4058491	18168	4040323	0,4477%	99,5523%
	Martinique	345055	1635	343420	0,4739%	99,5261%
	Normandie	1610563	3150	1607413	0,1956%	99,8044%
	Nouvelle-Aquitaine	2144548	4464	2140084	0,2082%	99,7918%
	Occitanie	2354809	7379	2347429	0,3134%	99,6866%
	Pays de la Loire	1271849	2519	1269329	0,1981%	99,8019%
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	2080825	6786	2074039	0,3261%	99,6739%
	La Réunion	798298	7525	790773	0,9426%	99,0574%
France entière	26917739	79495	26838243	0,2953%	99,7047%	

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

Conditionnement	Nombre de comprimés par boîte	DDD OMS	Prix par boîte	Coût journalier estimé
GLICLAZIDE BGA 80MG CPR 180	180	60	23,86 €	0,099
GLICLAZIDE MYP LM 60MG CPR 90	90	60	8,95 €	0,099
GLICLAZIDE MYL 80MG CPR 60	60	60	8,06 €	0,101
GLICLAZIDE MYP LM 60MG CPR 30	30	60	3,14 €	0,105
GLICLAZIDE BGA 80MG CPR 20	20	60	2,99 €	0,112
DIAMICRON LM 60MG CPR 90	90	60	10,27 €	0,114
DIAMICRON LM 60MG CPR 30	30	60	3,96 €	0,132
GLICLAZIDE ARL LM 30MG CPR 180	180	60	23,52 €	0,261
GLICLAZIDE EG LM 30MG CPR 60	60	60	7,97 €	0,266
GLICLAZIDE ARL LM 30MG CPR 30	30	60	4,28 €	0,285
DIAMICRON LM 30MG CPR 60	60	60	10,97 €	0,366
DIAMICRON 30 MG CPR 30	30	60	8,45 €	0,563

TABLEAU D : Coût journalier estimé selon le conditionnement en fonction de la posologie standard

4. Analyse statistique

Une fois les DDD moyennes calculées, une comparaison a été réalisée à l'aide d'un test de Student.

Un modèle de régression linéaire univariée a ensuite été utilisé pour explorer la corrélation entre la DDD et le taux de précarité par région.

Un seuil de p-valeur inférieur à 0,05 a été défini pour considérer les tests statistiques comme significatifs.

Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel Statistica R (version 4.3).

III. Résultats

1. Description de la population

D'après les données du Tableau 1, le nombre de personnes bénéficiant de la Complémentaire santé solidaire (CSS) en France a connu une légère évolution entre 2019 et 2021.

- En 2019, 7 296 954 personnes étaient couvertes par la CSS.
- Ce chiffre a enregistré un léger recul en 2020, avec 7 212 499 bénéficiaires.
- En 2021, une légère hausse a été observée, portant le nombre de bénéficiaires à 7 418 836.

Parallèlement, la population totale française a également évolué sur cette période, passant de 67 761 092 habitants en 2019 à 67 973 330 habitants en 2020, puis à 67 850 350 habitants en 2021.

2. Analyse des remboursements de Gliclazide et de leur évolution pour le groupe précaire en France (2019-2021)

D'après les données du Tableau 2, les remboursements de Gliclazide en France ont connu une certaine fluctuation entre 2019 et 2021, avec une baisse notable en 2020 suivie d'une légère remontée en 2021.

- En 2019, les remboursements s'élevaient à 33 364 731 €. Ce chiffre a enregistré une baisse importante en 2020, passant à 26 739 212 €. En 2021, une légère hausse a été observée, portant les remboursements à 26 917 739 €.

Parallèlement à cette évolution des remboursements totaux, le taux de remboursement de Gliclazide pour le groupe précaire a également connu une légère baisse sur la période étudiée.

- En 2019, le taux de remboursement était de 0,321%. Ce chiffre a diminué en 2020 pour atteindre 0,298%. En 2021, le taux de remboursement s'est stabilisé à 0,29533%.

Ces données mettent en lumière une évolution complexe des remboursements de Gliclazide en France, avec des variations tant au niveau des montants totaux remboursés que du taux de remboursement pour le groupe précaire.

En métropole, les taux de précarité en 2019 variaient entre 6,43% et 13,73%, respectivement en Bretagne et dans les Hauts-de-France. Cette tendance s'est maintenue en 2020 et 2021, avec des taux compris entre 6,04% et 13,94% (Corse et Hauts-de-France) et entre 6,08% et 14,19% (Corse et Hauts-de-France), respectivement.

En Outre-mer, les taux de précarité étaient plus élevés, oscillant entre 25% et 45% en 2019, entre 22% et 44% en 2020 et entre 23% et 45% en 2021, respectivement en Martinique et à La Réunion (TABLEAU 1, TABLEAU 2, TABLEAU 3).

3. Doses délivrées moyennes de Gliclazide

En 2019, la DDD moyenne de Gliclazide était de 0.0016 jour de traitement à posologie standard par personne pour une année dans la population précaire contre 0.07 jour par personne dans la population non précaire (t de Student = -8,87, $p < 0.01$). En 2020, ces doses étaient respectivement de 0.0014 et 0.07 (t de Student = -8,62 $p < 0.01$), en 2021, ces doses étaient respectivement de 0.0012 et 0.06 (t de Student = -8,73 $p < 0.01$).

Sur l'ensemble des années 2019 à 2021, la DDD moyenne de Gliclazide était de 0.0014 jour de traitement à posologie standard par personne pour une année dans la population précaire et de 0.0704 jour par personne dans la population non précaire (Tableau 5 et Annexe 1).

L'analyse statistique confirme une différence statistiquement significative entre les DDD de Gliclazide chez les patients précaires et les patients non précaires (les patients non précaires ont une DDD plus importante que les patients précaires).

Années	Population	Moyenne DDD	IC à 95%	Ecart type
2019-2021	P	0,0014	[0,00125-0,00156]	0,0046
	NP	0,0704	[0,06145-0,07929]	0,2661
2019	P	0,0016	[0,00126-0,00185]	0,0050
	NP	0,0729	[0,05713-0,0887]	0,2698
2020	P	0,0014	[0,00115-0,00170]	0,0047
	NP	0,0714	[0,0555-0,08736]	0,2687
2021	P	0,0012	[0,00101-0,00147]	0,0042
	NP	0,0670	[0,05224-0,08127]	0,2604

Tableau 5 : Ecart types et Moyennes des DDD de Gliclazide en nombre de jour de traitement à posologie standard par personne et par an, en France entière pour les patients bénéficiaires de la CSS (groupe précaire) et les patients non bénéficiaires de la CSS (groupe non précaire) en 2019, 2020 et 2021.

Le modèle de régression linéaire, a permis d'établir une corrélation claire entre le taux de précarité et la DDD de Gliclazide. Cette analyse, menée sur la population précaire et non précaire entre 2019 et 2021, révèle qu'une augmentation de 1% du taux de précarité se traduit par une hausse de 0,009 de la DDD pour la population précaire, respective 0,28 population non précaire (Tableau 6).

Le graphique montre que la consommation de Gliclazide augmente avec le taux de précarité sur les trois ans dans les deux types de populations. Pourtant, si on regarde de plus près les années 2020 et 2021, il n'y a pas de lien direct entre ces deux éléments chez les personnes précaires (Tableau 6, Annexe 2).

Population	Années	Origine	Coefficient	P value
P	2019-2021	0,0009004	0,0028114	<,0001*
	2019	0,5532447	-0,423269	<,0001*
	2020	0,5321753	-0,310839	< 0,1604*
	2021	0,5060477	-0,362638	< 0,0565*
NP	2019-2021	0,0281871	0,2354881	<,0001*
	2019	0,0324509	0,216812	<,0001*
	2020	0,022793	0,2934059	<,0001*
	2021	0,0273138	0,2250867	<,0001*

Tableau 6 : Modelé de régression linéaire de la DDD de Gliclazide dans la population précaire et non précaire en fonction des taux de précarité, sur la période 2019-2021. Les valeurs correspondent aux coefficients de régression bruts dans les modèles univariés pour chaque population.

Le test de corrélation de Kendall confirme une corrélation significative positive entre DDD et taux de précarité pour chaque population ($p < 0,0001$) sur les 3 années, mais celle-ci est faible, avec une valeur à 0,109 dans la population précaire et de 0,159 dans la population non précaire (Annexe 2).

IV. Discussion

1. Analyse des principaux résultats

La population en France métropolitaine et outre-mer est restée relativement stable entre 2019 et 2021, passant de 67 761 092 habitants en 2019 à 67 973 330 en 2020 et 67 850 350 en 2021. Parallèlement, le nombre de bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) a également connu une stabilité relative, avec 7 296 954 personnes couvertes en 2019, 7 212 499 en 2020 et 7 418 836 en 2021 (Tableau 1).

Disparités régionales de la précarité en France métropolitaine (2019-2021) :

- Hauts-de-France, Occitanie et PACA concentrent les plus forts taux de bénéficiaires CSS (>12%).
- Bretagne, Corse et Pays de la Loire affichent les taux de bénéficiaires CSS les plus faibles (<7%).

L'analyse de la précarité en France sur la période 2019-2021 révèle une augmentation globale du taux de bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) dans toutes les régions métropolitaines et ultramarines, à l'exception de la Guyane, qui connaît une légère baisse.

L'objectif principal de notre étude était de comparer, sur les années 2019, 2020 et 2021, les doses délivrées journalières moyennes de Gliclazide prescrites par les médecins généralistes libéraux français aux patients précaires et non précaires en France, en se basant sur les données de délivrance en pharmacie.

Pourtant nos résultats confirment une différence dans les doses délivrées de Gliclazide entre les populations précaires et non précaires pour les années 2019, 2020 et 2021, soulignant que la Complémentaire santé solidaire ne parvient pas à combler entièrement les disparités d'accès aux soins en matière de prescription médicamenteuse. Les précaires présentent une DDD moyenne significativement plus faible (0.0016, 0.0014, 0.0012 jours de traitement/personne/an) que les non précaires (0.07, 0.07, 0.06 jours de

traitement/personne/an), suggérant une possible différence de prescription selon le statut précaire ($p < 0.01$) (Tableau 3 et Annexe 1).

Cette observation soulève des questions quant aux facteurs pouvant expliquer cette disparité, notamment l'accès aux soins et les caractéristiques individuelles des patients, les pratiques de prescription.

L'objectif secondaire de notre étude était d'évaluer l'impact de l'exposition des médecins généralistes à la précarité sur leur prescription. Or, on observe une faible différence de la dose délivrée en fonction du taux de précarité au sein de la population précaire (augmentation de la DDD moyenne d'environ 0,009 pour 1% d'augmentation du taux de précarité).

Ce résultat est similaire dans la population générale, avec une augmentation plus importante de la DDD moyenne (augmentation de 0,28) (Tableau 4).

Cette observation pourrait indiquer une association potentielle entre l'augmentation de la précarité régionale et un taux plus élevé de prescription de Gliclazide. Cependant la différence observée est minime et ne permet pas de conclure à un effet causal direct du taux de précarité sur les choix de prescription des médecins généralistes.

Étant donné que la Complémentaire Santé solidaire (CSS) vise à éliminer les inégalités d'accès aux soins entre les patients précaires et non précaires, on ne devrait pas observer de différence de prescription entre ces deux groupes. De plus, la prévalence du diabète étant plus élevée chez les patients précaires (25), si une différence de dosage devait exister, on s'attendrait à ce qu'elle soit en faveur du groupe précaire.

En France, les personnes atteintes de diabète de type 2 bénéficient d'une prise en charge complète et gratuite de leur maladie. Cette prise en charge, appelée Affection Longue Durée (ALD), leur garantit un remboursement intégral de tous les soins et traitements liés à leur diabète. Cela inclut les consultations chez leur médecin traitant, les analyses de laboratoire, les médicaments et l'hospitalisation, si nécessaire (41). Que les patients soient ou non couverts par la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), ils n'ont aucun frais à avancer. Par conséquent, les différences observées dans les prescriptions de médicaments antidiabétiques ne devraient pas être dues à des difficultés financières.

Cependant, malgré cette prise en charge complète, des inégalités dans les prescriptions persistent.

2. Limites

Les analyses présentées sont basées sur des données globales de remboursement, et non sur des données individuelles de prescription. Cela signifie que les résultats et leur interprétation pourraient être biaisés.

En effet, les données de l'ISPL ne fournissent que des informations générales.

Elles indiquent le nombre de boîtes de médicaments remboursées chaque année par région, en fonction du conditionnement. Ces données ne nous permettent pas d'identifier les patients individuellement, ni de connaître leur sexe, leur âge, leur état de santé, la posologie des médicaments prescrits ou leur observance du traitement.

Malheureusement, nous ne disposons pas d'informations précises concernant l'exposition individuelle de chaque médecin généraliste à la précarité.

Par conséquent, il n'a pas été possible de prendre en compte ces facteurs dans notre analyse. Cela signifie que les résultats pourraient être influencés par des biais de confusion.

2.1 Caractéristiques des patients

La population des patients diabétiques de type 2 présente une structure d'âge notablement différente de celle des bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS).

La CSS attire majoritairement une population jeune, avec 43% des bénéficiaires en 2019 âgés de moins de 20 ans (42), en comparaison, l'âge moyen des patients diabétiques de type 2 était de 67 ans en 2019 (24,43) . En 2019, seulement 6,1% des bénéficiaires de la CSS avaient plus de 60 ans (43). Ce chiffre contraste fortement avec la population générale où 26,1% des individus avaient plus de 60 ans en 2019.

En conclusion, ces données mettent en évidence un écart important entre la répartition par âge des patients diabétiques de type 2 et celle des bénéficiaires de la CSS.

Il est important de noter que l'analyse de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) et de sa relation avec la précarité peut être biaisée par un changement intervenu en 2022.

Depuis 2022, les personnes âgées de plus de 65 ans nouvellement bénéficiaires de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (ASPA) ont un accès simplifié à la CSS (44,45). Avant cette date, les individus relevant de l'ASPA, dont les seuils d'accès étaient plus élevés, n'étaient pas nécessairement couverts par la CSS.

En conséquence, au cours des années étudiées, certains patients précaires n'ont pas été comptabilisés comme tels car ils bénéficiaient de l'ASPA et non de la CSS.

Cette situation introduit un biais de sélection dans les groupes comparés, pouvant affecter les résultats de l'analyse.

Un autre élément à prendre en compte est l'écart d'âge entre les patients diabétiques de type 2 du groupe précaire et ceux du groupe non précaire.

Le groupe précaire est majoritairement composé de personnes plus jeunes, en conséquence, leur diabète est potentiellement moins avancé que celui des patients du groupe non précaire. Les patients précaires peuvent nécessiter des posologies de Gliclazide moins importantes. Certains d'entre eux pourraient même ne pas avoir besoin de médicaments, mais seulement d'une surveillance et de conseils hygiéno-diététiques pour gérer leur diabète.

Cette différence d'âge et d'avancement de la maladie pourrait expliquer en partie la disparité observée dans les prescriptions de Gliclazide entre les deux groupes.

Dans l'analyse du raisonnement du médecin généraliste vis-à-vis de la prescription de Gliclazide chez les patients diabétiques de type 2, il est important de considérer les comorbidités présentes, notamment l'absence de contre-indications à la prescription de ce médicament. Parmi ces contre-indications figurent l'insuffisance rénale ou hépato-cellulaire (46). Or, il est plausible que l'insuffisance rénale chronique soit plus fréquente chez les patients précaires en général, bien qu'aucune étude en France n'ait encore exploré spécifiquement ce point (47). Cette prévalence accrue d'insuffisance rénale chronique chez les patients précaires pourrait expliquer en partie la différence observée dans les prescriptions de Gliclazide entre cette population et les patients non précaires. En effet, face à une contre-indication pour la Gliclazide, le médecin pourrait opter pour une alternative thérapeutique mieux adaptée.

En résumé, l'analyse de données individuelles des patients constitue un outil essentiel pour compléter l'analyse de données agrégées et obtenir une compréhension plus complète des facteurs influençant la prescription de Gliclazide chez les patients diabétiques de type 2, en particulier dans les populations précaires.

2.2 Caractéristiques des prescriptions

Notre étude s'appuie sur des données de remboursement pour analyser les prescriptions de Gliclazide. Cette approche présente certaines limites qu'il est important de souligner.

L'analyse repose sur deux hypothèses principales :

- Le traitement par Gliclazide est prescrit conformément aux recommandations pour tous les patients.
- Chaque patient concerné par l'étude a une bonne observance du traitement.

En réalité, ces hypothèses peuvent ne pas être parfaitement vérifiées. Il est possible que :

- Certains patients reçoivent des prescriptions de Gliclazide en dehors des recommandations.
- La non-observance du traitement soit plus ou moins importante que ce que nous supposons.

Ces hypothèses impliquent que les doses de Gliclazide délivrées aux patients, calculées à partir des données de remboursement, se rapprochent davantage des doses reçues par les patients que des doses prescrites par les médecins.

La non-observance, effectivement fréquente chez les patients diabétiques de type 2 (avec un patient sur deux ne suivant pas correctement son traitement, et ce de manière plus marquée chez les populations précaires)(48), peut biaiser les résultats de notre analyse.

Néanmoins, la pertinence de l'étude n'est pas remise en cause pour autant.

En effet, du point de vue de l'état de santé du patient, c'est la dose de médicament effectivement prise qui importe, et non la dose prescrite.

Notre analyse, malgré ses limites, offre un éclairage précieux sur les prescriptions de Gliclazide chez les patients diabétiques de type 2.

2.3 Caractéristiques des médecins

Notre étude visait également à explorer l'influence du niveau de précarité sur la prescription de Gliclazide. Contrairement aux études menées en 2015 (30,49), nos résultats indiquent une variation minime de la prescription en fonction du taux de précarité régional.

Néanmoins, cette variabilité, bien que modeste, pourrait s'expliquer par des différences de pratiques régionales, d'origine populationnelle (régime alimentaire, mode de vie, etc.) ou professionnelle (âge des praticiens, etc.).

De plus, la précarité présente une forte hétérogénéité au sein même des régions, comme en témoigne l'exemple de la Nouvelle-Aquitaine, le taux de bénéficiaires de la

Complémentaire Santé Solidaire (CSS) atteignait 8,85% de la population en 2021 (50). Cependant, cette couverture par la CSS présentait des disparités notables entre les départements de la région : Deux-Sèvres - Le taux de bénéficiaires de la CSS était le plus bas de la région, s'établissant à 7%, à l'inverse, la Vienne affichait le taux de bénéficiaires le plus élevé, avec 10% (50).

Par conséquent, les médecins généralistes sont exposés à des populations d'une précarité variable, ce qui peut se traduire par des disparités entre les patientèles en termes de précarité, même au sein d'un même département ou d'une même ville (51).

Comme pour les données des patients, l'analyse de données individuelles par médecin permettrait d'affiner l'étude de la prescription en fonction du taux de précarité. D'autant que l'Assurance Maladie dispose du pourcentage de patients CSS de chaque médecin.

V. Hypothèses

Bien que notre étude ne puisse prétendre à l'exhaustivité, les résultats obtenus mettent en évidence un écart significatif dans les conduites thérapeutiques en fonction du statut socioéconomique. Il convient désormais d'explorer les déterminants de ces inégalités, en s'intéressant tant aux caractéristiques sociodémographiques des patients qu'aux facteurs contextuels et aux représentations sociales des professionnels de santé.

1. Complexités de la prise en charge médico-sociale des patients précaires

1.1. Compliance au traitement

La compliance ou observance thérapeutique fait référence au comportement de suivi d'une thérapeutique prescrite, qui regroupe à la fois les traitements médicamenteux, l'hygiène de vie, le plan de soins et le suivi (rendez-vous des consultations, examens complémentaires : biologie, imagerie, etc.). En général, les patients en situation de précarité sont moins compliants au traitement et au suivi de leur santé, en particulier en raison de la nécessité d'un accompagnement dans leur parcours de santé et des conditions socio-économiques (instabilité résidentielle, patients avec un niveau de littératie limité, des barrières linguistiques, difficultés financières etc. (52)).

La priorité est la satisfaction de leurs besoins fondamentaux (nourriture, logement, habillement, etc.) avant leur état de santé, ce qui complique l'accès aux soins. Il devient alors compliqué d'expliquer aux patients les risques d'un médicament tel que la gliclazide et la nécessité accrue de surveiller les principaux paramètres de leur diabète en prenant ce médicament (53).

Un autre point important à mettre en évidence est la vision de certains patients précaires concernant la prise d'un médicament. Les réticences à prendre des médicaments chez les patients précaires sont souvent liées à un manque d'information (l'inutilité des médicaments, leurs peurs de devenir encore plus malades à cause de ce médicament, l'inutilité de prendre un médicament s'ils n'ont pas de symptômes, leur croyance dans les médicaments dits « anciens » connus dans leur entourage (52)), à des expériences négatives avec les traitements, ou à des croyances culturelles qui privilégient les remèdes naturels.

1.2 L'immigration

En 2022, 7,0 millions d'immigrés vivent en France, soit 10,3 % de la population totale (54). Le lien entre précarité et immigration est indéniable, et ses répercussions sur la santé des personnes migrantes sont multiples et complexes. Les immigrés sont plus susceptibles de développer des maladies chroniques, des troubles mentaux et des problèmes de santé liés au stress en raison de leurs conditions de vie souvent précaires. De plus, les barrières linguistiques, administratives et financières limitent leur accès aux soins de santé, tandis que les traumatismes liés à leur parcours migratoire peuvent avoir des conséquences durables sur leur santé mentale.

La précarité des immigrés s'explique par une combinaison de facteurs : discriminations à l'emploi, logements insalubres, barrières linguistiques et administratives, limitant leur accès à des conditions de vie décentes et à des soins de santé.

Les médecins généralistes doivent adapter leur prise en charge des immigrantes en tenant compte de leurs antécédents médicaux et la présence de médicaments apportés de l'étranger afin d'éviter les interactions médicamenteuses, notamment avec la gliclazide.

1.3 Impact culturel

La culture joue un rôle fondamental dans la santé des individus et des populations. Il est essentiel de prendre en compte cette dimension dans toutes les actions de prévention, de diagnostic et de traitement. Une prise en compte de la diversité culturelle permet d'améliorer la qualité des soins et de favoriser une relation de confiance entre les professionnels de santé et les patients.

Prenons l'exemple des pays musulmans et notamment du Ramadan. Le suivi d'un régime dans le cadre du diabète est perturbé par le jeûne diurne et par la présence de tentations gourmandes ainsi que par l'horaire d'alimentation nocturne pendant cette période (55).

Un autre exemple concernant la difficulté de suivre un régime alimentaire adéquat se trouve dans les pays d'origine où les habitudes alimentaires incluent principalement l'utilisation du riz ou d'autres féculents à chaque repas (55).

Il existe d'autres cultures où l'obésité est un signe de prospérité et de richesse. Implémenter un style de vie sain, une activité physique régulière, et un régime adapté contre le diabète dans ce type de culture peut être très difficile et limiter la compliance aux traitements.

Comme mentionné auparavant, la précarité impose en priorité les besoins fondamentaux, notamment la nourriture. La gliclazide présente comme effet indésirable le risque d'hypoglycémie. En se rapportant à la balance bénéfice-risque dans cette situation, on observe vite que chez les patients précaires, l'utilisation de cette molécule peut être dangereuse (53).

2. Profil de santé global et comorbidités

Il y a des études qui montrent qu'en France, une personne sur cinq saute au moins un repas pour des raisons financières, et que la grande majorité ne peut pas se permettre l'achat d'aliments frais tels que des fruits ou des légumes (20,56). Les patients précaires ont davantage recours aux aides alimentaires, qui contiennent principalement des féculents et des produits qui se conservent facilement, ce qui se traduit par une consommation plus faible en légumes, fruits, produits laitiers, viande et poisson (56).

Une autre étude récente montre que les patients ayant recours aux paniers d'aide alimentaire sont plus exposés aux risques de maladies liées à la nutrition telles que le diabète, l'hypertension artérielle, l'obésité et les carences en vitamines (57). Nous pouvons comprendre que pour ces populations, la priorité est de se nourrir, et non nécessairement la qualité des aliments consommés.

Les patients en situation de précarité ont, la plupart du temps, un terrain de santé complexe, souvent polypathologique, auquel les médecins généralistes prêtent attention. Ils préfèrent prescrire des médicaments plus sûrs, avec moins d'effets indésirables, plus faciles à expliquer et moins contraignants pour les patients.

3. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients en situation de précarité

Une étude approfondie de 2018 met en évidence les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients en situation de précarité (58). La multimorbidité, souvent associée à une observance thérapeutique limitée, le fréquent manque de motivation et à des recours tardifs aux soins, associés à des consultations plus longues (58) constitue un défi majeur. De plus, l'inefficacité perçue des actions de prévention aggrave la situation de ces patients. Les médecins évoquent des problèmes d'organisation, comme les oublis de rendez-vous ou de retard, l'absence de carte Vitale et le changement fréquent de médecin (59).

Ces facteurs alourdissent la charge des professionnels de santé.

Les difficultés de communication avec les patients précaires, déjà identifiées dans une étude de 2009 (60) persistent et constituent un obstacle majeur à une prise en charge optimale. Ces difficultés sont particulièrement marquées pour des pathologies chroniques nécessitant une bonne adhésion au traitement, comme le diabète. La compréhension mutuelle entre le professionnel de santé et le patient étant essentielle pour l'éducation thérapeutique, les problèmes de communication peuvent entraîner des conséquences négatives sur l'évolution de la maladie.

4. La stigmatisation des patients précaires diabétiques

La stigmatisation des patients précaires est un phénomène complexe qui s'aggrave lorsqu'il s'agit de maladies chroniques telles que le diabète. En effet, ces patients se trouvent confrontés à une double stigmatisation : celle liée à leur précarité sociale et celle associée à leur maladie.

Bien que les caractéristiques des patients jouent un rôle, il est également nécessaire d'examiner les biais cognitifs et les attitudes des professionnels de santé, en particulier des médecins prescripteurs.

Les stéréotypes négatifs associant la précarité à des comportements malsains (alimentation déséquilibrée, sédentarité), renforcés par des biais cognitifs, contribuent à une dévalorisation de ces patients. Les professionnels de santé, comme tout un chacun, peuvent être influencés par des biais cognitifs qui les amènent à porter des jugements hâtifs sur les patients précaires. Une étude de 2020 a révélé que certains médecins généralistes entretiennent des préjugés négatifs envers les bénéficiaires de la CMU, les qualifiant souvent de 'fraudeurs', 'absentéistes' ou 'sur-consommateurs' (60). Même si ces propos ne reflètent pas l'opinion de tous les professionnels de santé, ils témoignent d'une stigmatisation persistante envers les patients précaires. Cette stigmatisation peut se manifester par des refus de soins, entraînant des inégalités d'accès aux soins (61). Cette situation est d'autant plus préoccupante que les patients précaires diabétiques sont souvent perçus comme une charge pour le système de santé, liée aux coûts importants de la prise en charge du diabète.

Une étude de l'IRDES en 2009 a révélé que près de 20% des médecins généralistes parisiens refusaient de soigner les bénéficiaires de la CMU. Bien que ces pratiques semblent s'être réduites, les patients bénéficiaires d'une AME sont toujours confrontés à des

discriminations significatives dans l'accès aux soins (62). Les médecins justifiaient leurs refus par des contraintes administratives, des raisons économiques et des préjugés sociaux (63).

La stigmatisation des patients précaires diabétiques a des conséquences multiples et graves :

- Retard dans la prise en charge et complications potentiellement évitables: Les patients peuvent hésiter à consulter un médecin par peur d'être jugés ou discriminés. Cela peut conduire à un retard dans le diagnostic et la prise en charge de leur diabète, ce qui peut entraîner des complications potentiellement évitables.
- Mauvais contrôle de la glycémie et risque accru de complications: La stigmatisation peut entraîner une perte de confiance dans le système de santé et une non-adhésion aux traitements. Cela peut conduire à un mauvais contrôle de la glycémie, ce qui augmente le risque de complications à long terme, telles que les maladies cardiaques, les AVC, l'insuffisance rénale et la cécité.
- Anxiété, dépression et isolement social pouvant aggraver la maladie: La stigmatisation peut avoir un impact négatif sur la santé mentale des patients, en favorisant l'anxiété, la dépression et l'isolement social. Ces problèmes de santé mentale peuvent à leur tour aggraver le diabète.

En résumé, la stigmatisation des patients précaires diabétiques crée un cercle vicieux ayant des conséquences néfastes sur leur santé et leur bien-être.

5. Situation des médecins les plus exposés à la précarité

Une étude de 2022 «Exposure to High Precariousness Prevalence Negatively Impacts Drug Prescriptions of General Practitioners to Precarious and Non-Precarious Populations» suggérait que la prévalence élevée de la précarité dans un territoire pouvait réduire la prescription de traitement contre le diabète, y compris chez les patients non précaires (30). Nos résultats indiquent une très faible différence de prescription en fonction du niveau de précarité, ne permettent pas d'établir un lien direct entre le taux de précarité et les pratiques prescriptives.

D'autres études soulignent les défis auxquels sont confrontés les médecins généralistes lorsqu'ils prennent en charge des patients en situation de précarité. Ces difficultés, liées notamment à un manque de formation spécifique, à une charge de travail excessive et à un réseau de soins insuffisant, impactent directement la qualité de la relation médecin-patient et la prise en charge globale du patient (60).

VI. Perspectives

Le manque de connaissances des médecins sur la précarité est identifié comme la principale barrière à une prise en charge optimale (60). La moitié des médecins interrogés estiment ne pas disposer des compétences suffisantes pour prendre en charge les patients précaires, notamment en ce qui concerne la coordination avec les travailleurs sociaux et la connaissance des droits sociaux (64).

Au-delà des soins médicaux, le soutien psychologique, l'estime de soi et les liens sociaux constituent des déterminants majeurs dans le parcours de soins des patients précaires.

Ces facteurs, souvent négligés dans les approches médicales traditionnelles, constituent des déterminants majeurs de leur état de santé et de leur capacité à adhérer aux traitements.

Afin d'améliorer l'accès aux soins pour tous, il est essentiel de développer des formations continues pour les médecins généralistes, visant à renforcer leurs compétences en matière de repérage de la vulnérabilité, d'écoute active et de coordination des soins. Par ailleurs, la mise en place de structures pluridisciplinaires, associant professionnels de santé et travailleurs sociaux, permettrait de répondre de manière plus globale aux besoins complexes des patients en situation de précarité (60).

VII. Conclusion

L'instauration de la Complémentaire santé solidaire (CSS), succédant à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), a marqué un tournant majeur dans l'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité en France. En garantissant une prise en charge intégrale des frais de santé, cette réforme a considérablement réduit le phénomène de renoncement aux soins, particulièrement marqué au début du XXI^e siècle.

Selon nos analyses de la précarité en France sur la période 2019-2021 révèle une augmentation globale du taux de bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) dans toutes les régions métropolitaines et ultramarines, à l'exception de la Guyane.

La Gliclazide ayant été choisie comme molécule-témoin, notre étude visait à évaluer si la CSS avait permis de réduire les disparités d'accès à un traitement essentiel pour les patients diabétiques en France.

Nos analyses mettent en évidence un écart statistiquement significatif et persistant sur les années 2019, 2020 et 2021 concernant la prescription de DDD moyenne de la gliclazide, les patients en situation de précarité étant systématiquement défavorisés par rapport à leurs homologues non-précaires.

Étant donné que la CSS a pour objectif de réduire les inégalités d'accès aux soins, il est paradoxal de constater une telle différence de prescription entre les patients précaires et non-précaires. Vu la prévalence élevée du diabète de type 2 et la présence d'ALD chez tous les patients éligibles, il est particulièrement surprenant de constater ces écarts.

Malgré les avancées permises par la CSS, des disparités persistent dans l'accès aux soins, notamment en matière de prescription médicamenteuse.

Cette disparité dans les prescriptions pourrait s'expliquer par une combinaison de facteurs liés tant aux caractéristiques des patients qu'aux pratiques médicales.

Les patients en situation de précarité sont confrontés à une multitude de facteurs, tant socio-économiques que personnels, qui complexifient leur parcours de soins et réduisent leur capacité à adhérer aux traitements.

Les médecins généralistes font face à de nombreux défis lorsqu'ils prennent en charge des patients en situation de précarité. Les caractéristiques spécifiques de cette population, telles que la multimorbidité, une faible observance thérapeutique, des difficultés d'accès aux soins et des problèmes de communication, complexifient considérablement la relation médecin-patient et la prise en charge globale du patient. Le manque de compétences pour gérer la complexité des

situations des patients précaires, notamment en termes de coordination avec les acteurs sociaux, constitue un obstacle supplémentaire pour les médecins généralistes.

Par ailleurs, les pratiques professionnelles des médecins jouent un rôle déterminant dans la relation thérapeutique avec les patients bénéficiaires de la CSS. La stigmatisation de ces derniers et les difficultés perçues par certains médecins à les prendre en charge peuvent influencer négativement l'observance des traitements. Un manque de sensibilisation et de formation spécifique des professionnels de santé à la prise en charge de cette population apparaît comme un enjeu majeur pour améliorer la qualité des soins et réduire les inégalités de santé.

Ensuite, nous avons mis en évidence une corrélation faiblement positive entre la DDD de la gliclazide et le taux de précarité départemental: plus la précarité augmente, plus les prescriptions de cette molécule semblent augmenter. Ce phénomène concerne aussi bien les populations précaires que non précaires mais étant donné que la différence observée est minime ne permet pas de conclure à un effet causal direct du taux de précarité sur les choix de prescription des médecins généralistes.

Les résultats de cette étude soulignent la complexité des facteurs influençant les inégalités de santé, notamment en matière de prescriptions médicales. Il apparaît clairement que pour réduire ces inégalités, il est nécessaire d'adopter une approche globale qui tienne compte à la fois des déterminants sociaux de la santé et des pratiques professionnelles, afin de garantir une prise en charge adaptée aux besoins de tous.

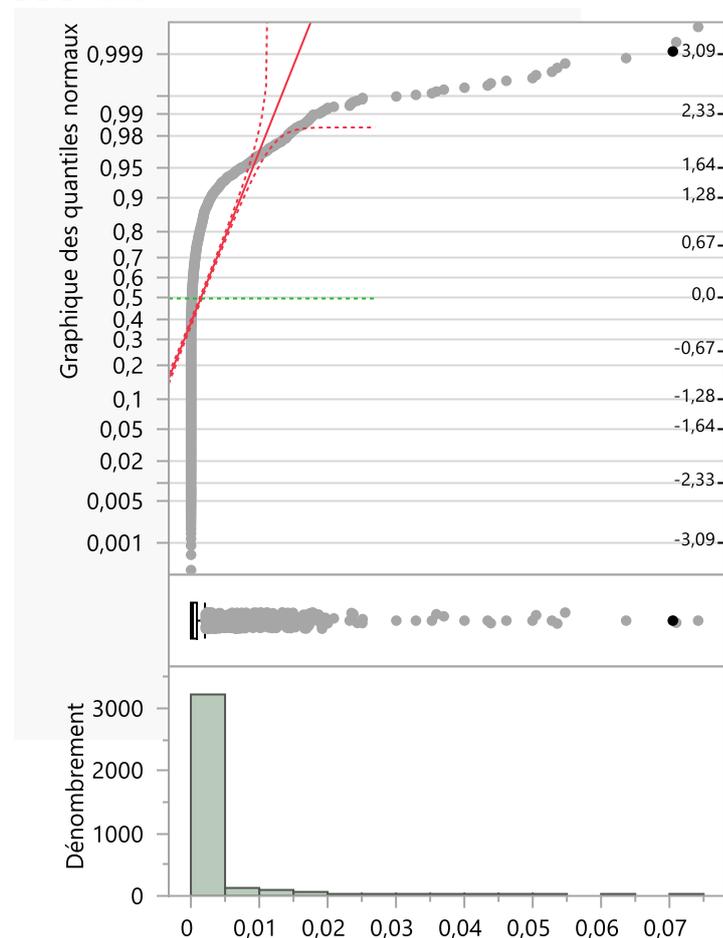
Une étude qualitative permettrait d'identifier les besoins en formation des médecins généralistes et les obstacles rencontrés dans la prise en charge de ces patients. Parallèlement, une analyse quantitative en intégrant des données épidémiologiques précises et en analysant les prescriptions individuelles.

Annexes

Annexe 1

Distribution DDD Gliclazide de 2019 à 2021

DDD CSS



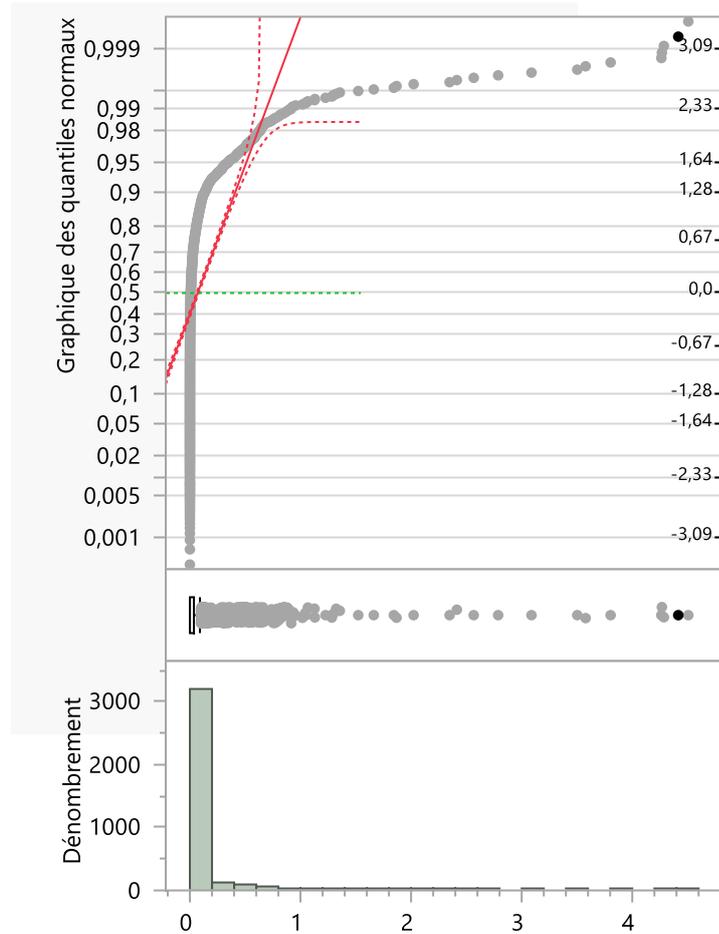
Quantiles

100%	maximum	0,0742164
75%	quartile	0,0008497
50%	médiane	0,0001323
25%	quartile	0
0%	minimum	0

Statistiques de résumé

Moyenne	0,001404
Écart-type	0,0046064
Erreur standard de la moyenne	7,8756e-5
Limite supérieure de l'intervalle de confiance de la moyenne pour 95 %	0,0015584
Limite inférieure de l'intervalle de confiance de la moyenne pour 95 %	0,0012496
Nombre d'observations	3421
N manquantes	0

DDD Prestation référence



Quantiles

100%	maximum	4,506433
75%	quartile	0,0402261
50%	médiane	0,0080844
25%	quartile	0,0010234
0%	minimum	0

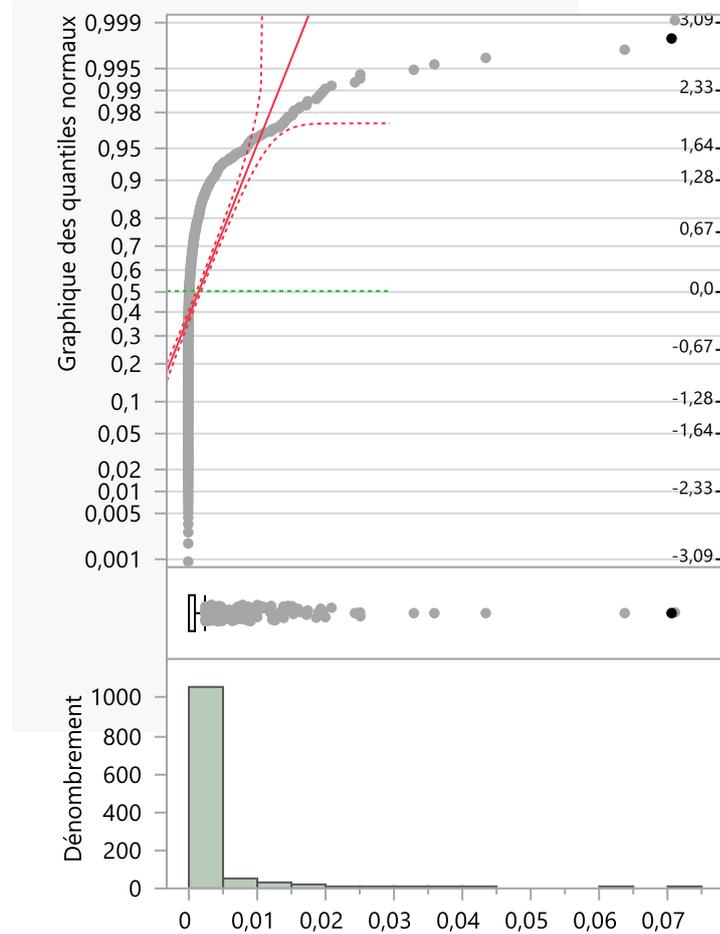
Statistiques de résumé

Moyenne	0,0703686
Écart-type	0,2661259
Erreur standard de la moyenne	0,00455
Limite supérieure de l'intervalle de confiance de la moyenne pour 95 %	0,0792896
Limite inférieure de l'intervalle de confiance de la moyenne pour 95 %	0,0614477
Nombre d'observations	3421
N manquantes	0

Annexe 1.1

Distribution Gliclazide Année 2019

DDD CSS



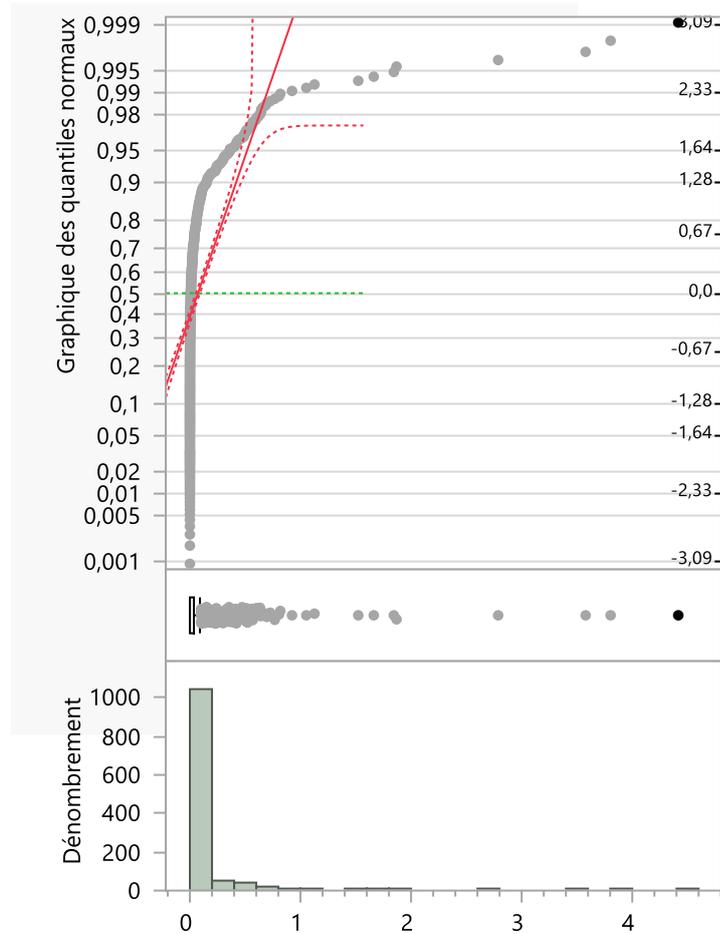
Quantiles

100%	maximum	0,0710066
75%	quartile	0,0009754
50%	médiane	0,000144
25%	quartile	0
0%	minimum	0

Statistiques de résumé

Moyenne	0,0015546
Écart-type	0,0050306
Erreur standard de la moyenne	0,0001499
Limite supérieure de l'intervalle de confiance de la moyenne pour 95 %	0,0018486
Limite inférieure de l'intervalle de confiance de la moyenne pour 95 %	0,0012606
Nombre d'observations	1127
N manquantes	0

DDD Prestation référence



Quantiles

100%	maximum	4,4158274
75%	quartile	0,040954
50%	médiane	0,0085991
25%	quartile	0,0011425
0%	minimum	2,7176e-6

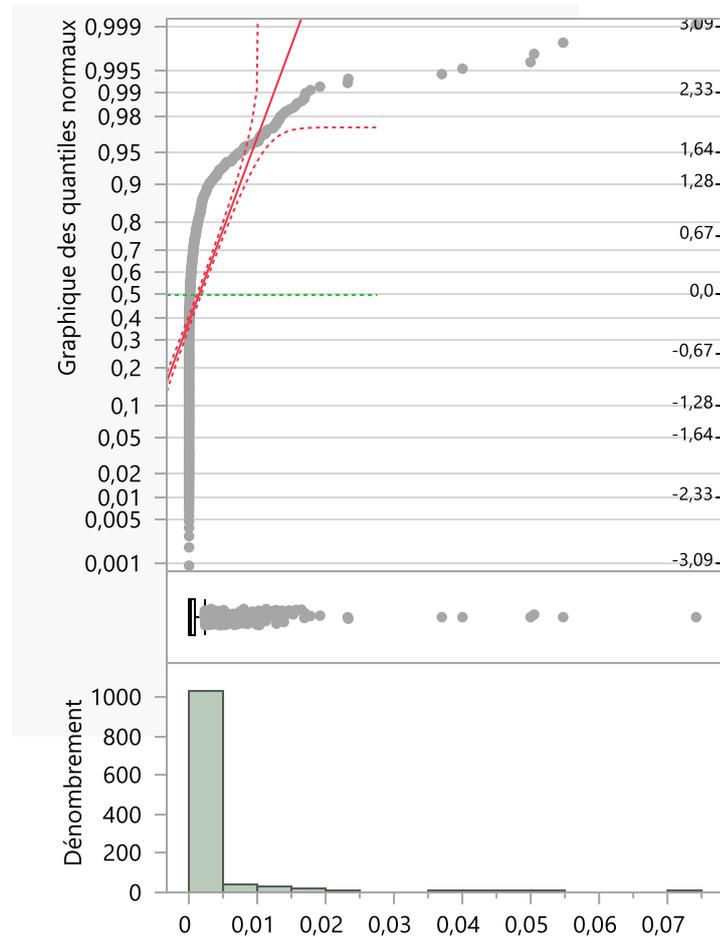
Statistiques de résumé

Moyenne	0,0728977
Écart-type	0,2698208
Erreur standard de la moyenne	0,0080374
Limite supérieure de l'intervalle de confiance de la moyenne pour 95 %	0,0886676
Limite inférieure de l'intervalle de confiance de la moyenne pour 95 %	0,0571278
Nombre d'observations	1127
N manquantes	0

Annexe 1.2

Distribution Gliclazide Année 2020

DDD CSS



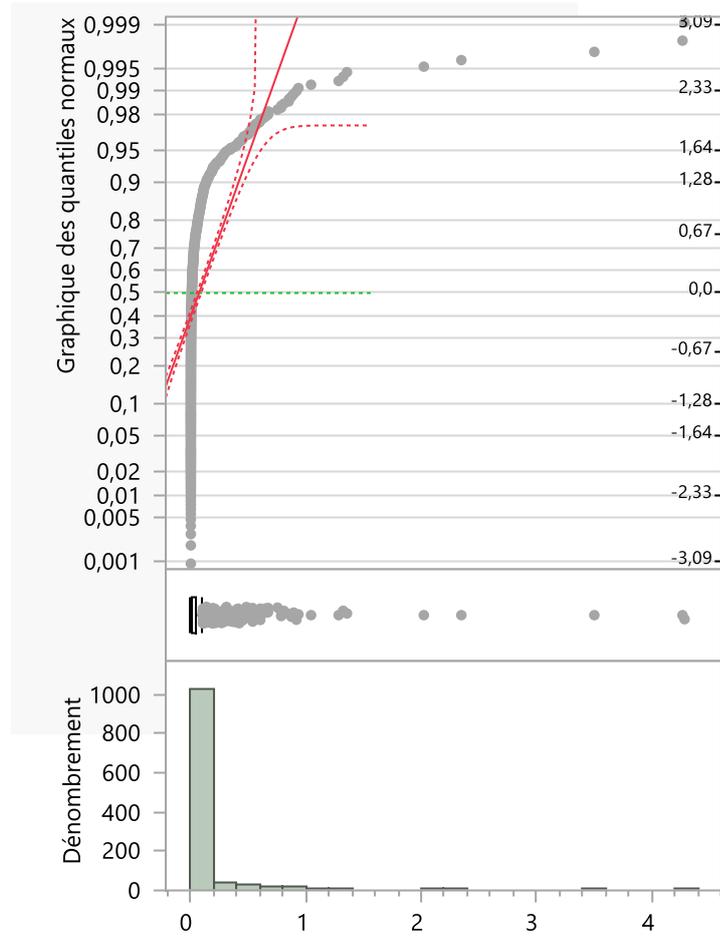
Quantiles

100%	maximum	0,0742164
75%	quartile	0,0009081
50%	médiane	0,0001352
25%	quartile	0
0%	minimum	0

Statistiques de résumé

Moyenne	0,0014292
Écart-type	0,0047141
Erreur standard de la moyenne	0,0001423
Limite supérieure de l'intervalle de confiance de la moyenne pour 95 %	0,0017085
Limite inférieure de l'intervalle de confiance de la moyenne pour 95 %	0,00115
Nombre d'observations	1097
N manquantes	0

DDD Prestation référence



Quantiles

100%	maximum	4,2856279
75%	quartile	0,0416001
50%	médiane	0,0082187
25%	quartile	0,0010777
0%	minimum	0

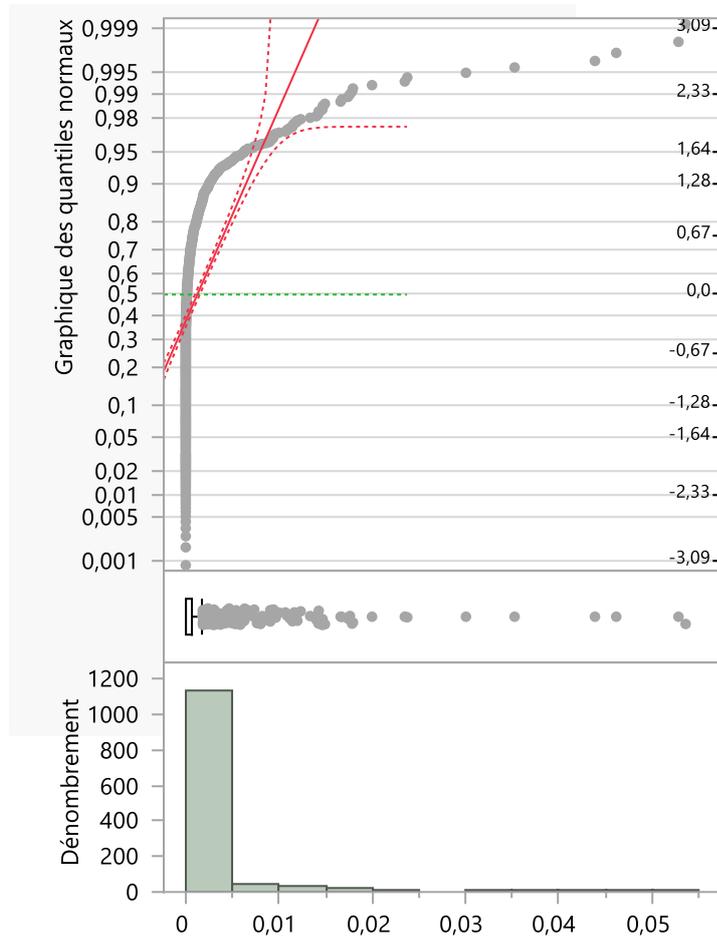
Statistiques de résumé

Moyenne	0,0714422
Écart-type	0,2687163
Erreur standard de la moyenne	0,0081132
Limite supérieure de l'intervalle de confiance de la moyenne pour 95 %	0,0873613
Limite inférieure de l'intervalle de confiance de la moyenne pour 95 %	0,0555231
Nombre d'observations	1097
N manquantes	0

Annexe 1.3

Distribution Gliclazide Année 2021

DDD CSS



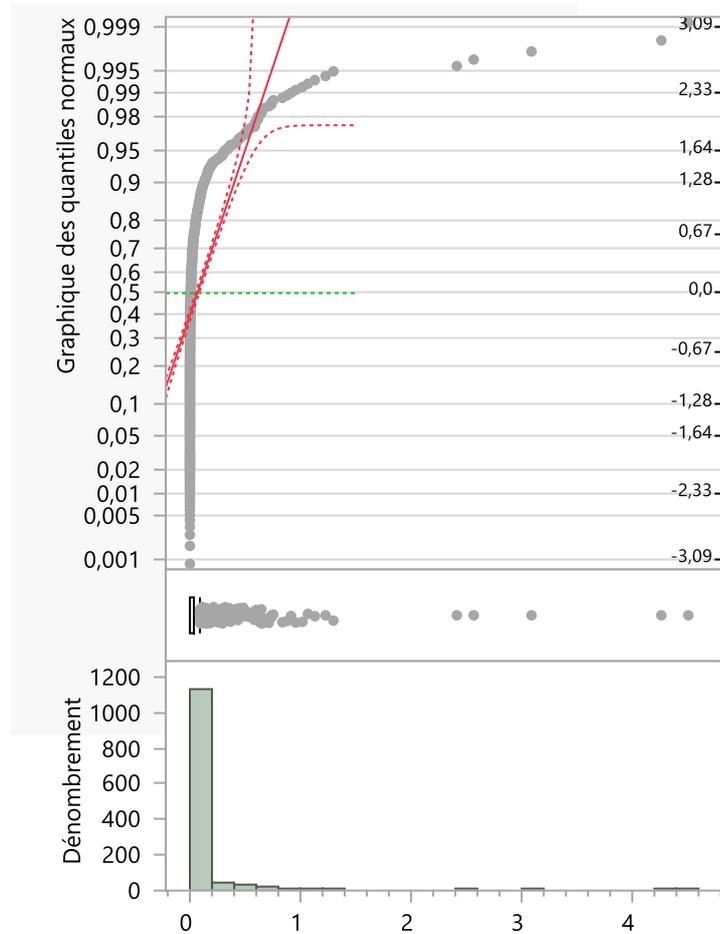
Quantiles

100%	maximum	0,053591
75%	quartile	0,0007278
50%	médiane	0,0001211
25%	quartile	0
0%	minimum	0

Statistiques de résumé

Moyenne	0,0012391
Écart-type	0,0040541
Erreur standard de la moyenne	0,0001172
Limite supérieure de l'intervalle de confiance de la moyenne pour 95 %	0,001469
Limite inférieure de l'intervalle de confiance de la moyenne pour 95 %	0,0010092
Nombre d'observations	1197
N manquantes	0

DDD Prestation référence



Quantiles

100%	maximum	4,506433
75%	quartile	0,0367455
50%	médiane	0,0075081
25%	quartile	0,0008676
0%	minimum	0

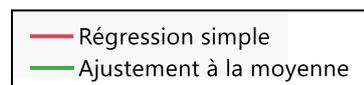
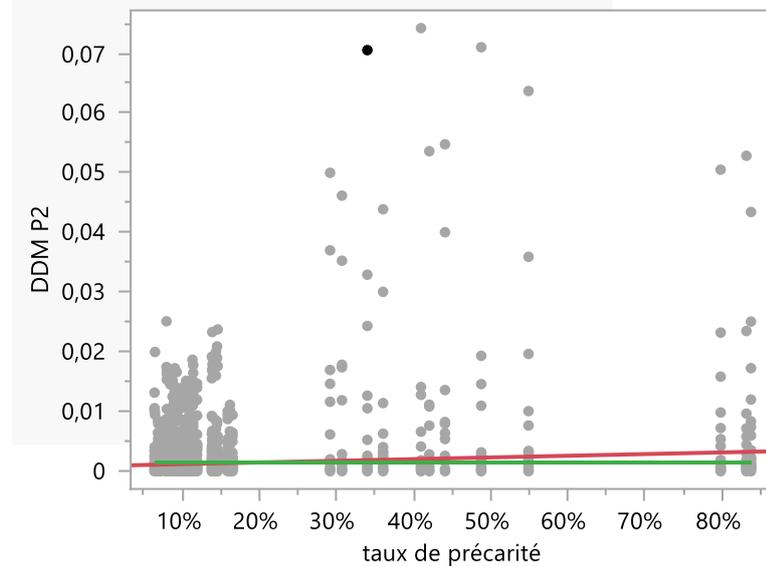
Statistiques de résumé

Moyenne	0,0670035
Écart-type	0,2603633
Erreur standard de la moyenne	0,0075255
Limite supérieure de l'intervalle de confiance de la moyenne pour 95 %	0,0817681
Limite inférieure de l'intervalle de confiance de la moyenne pour 95 %	0,052239
Nombre d'observations	1197
N manquantes	0

Annexe 2

Régression de la DDD de gliclazide au sein de la population précaire et non précaire, en fonction du taux de précarité, de 2019 à 2021

Ajustement bivarié de DDD CSS par taux de précarité



Statistiques de résumé

	Valeur	Inférieur à 95 %	Supérieur à 95 %	P-value
Corrélation	0,109992	0,076763	0,142977	<,0001*
Covariance	9,131e-5			
Dénombrement	3421			

Variable	Moyenne	Écart-type
taux de précarité	0,179124	0,180217
DDM P2	0,001404	0,004606

Régression simple

$$\text{DDM P2} = 0,0009004 + 0,0028114 * \text{taux de précarité}$$

Résumé de l'ajustement

R carré	0,012098
R carré ajusté	0,011809
Racine de l'erreur quadratique moyenne	0,004579
Moyenne de la réponse	0,001404
Observations (ou sommes pondérées)	3421

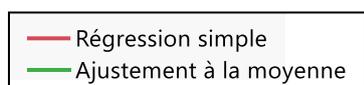
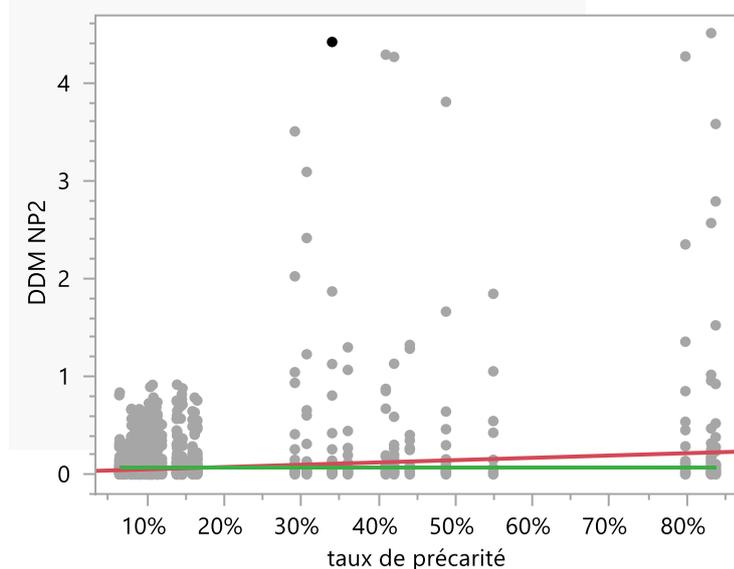
Analyse de la variance

Source	Degrés de liberté	Somme des carrés	Carré moyen	Rapport F
Modèle	1	0,00087795	0,000878	41,8702
Erreur	3419	0,07169069	0,000021	Prob. > F
Total corrigé	3420	0,07256864		<,0001*

Estimations des coefficients

Terme	Estimation	Erreur standard	t ratio	Prob. > t
Constante	0,0009004	0,00011	8,16	<,0001*
taux de précarité	0,0028114	0,000434	6,47	<,0001*

Ajustement bivarié de DDM Prestation référence par taux de précarité



Statistiques de résumé

	Valeur	Inférieur à 95 %	Supérieur à 95 %	P-value
Corrélation	0,15947	0,126634	0,191956	<,0001*
Covariance	0,007648			
Dénombrement	3421			

Variable	Moyenne	Écart-type
taux de précarité	0,179124	0,180217
DDM NP2	0,070369	0,266126

Régression simple

DDM NP2 = 0,0281871 + 0,2354881*taux de précarité

Résumé de l'ajustement

R carré	0,025431
R carré ajusté	0,025145
Racine de l'erreur quadratique moyenne	0,262759
Moyenne de la réponse	0,070369
Observations (ou sommes pondérées)	3421

Analyse de la variance

Source	Degrés de liberté	Somme des carrés	Carré moyen	Rapport F
Modèle	1	6,15965	6,15965	89,2158
Erreur	3419	236,05503	0,06904	Prob. > F
Total corrigé	3420	242,21468		<,0001*

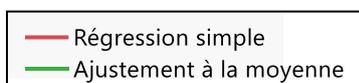
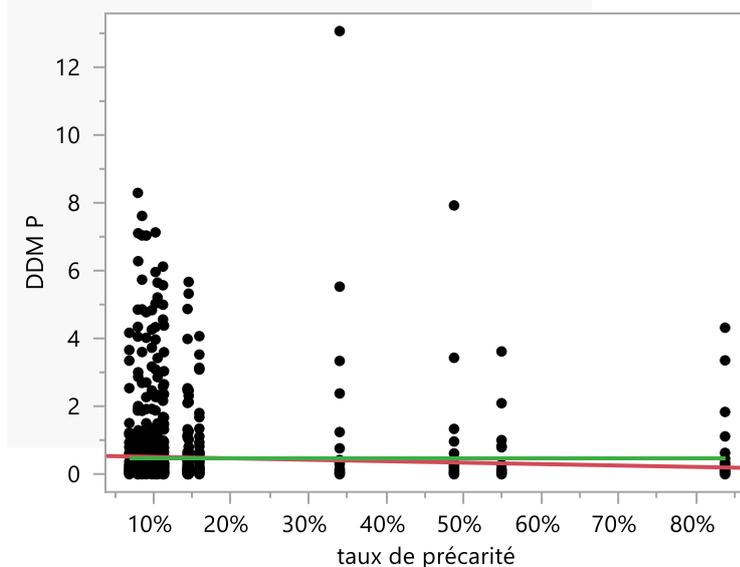
Estimations des coefficients

Terme	Estimation	Erreur standard	t ratio	Prob. > t
Constante	0,0281871	0,006334	4,45	<,0001*
taux de précarité	0,2354881	0,024931	9,45	<,0001*

Annexe 2.1

Régression de la DDD de Gliclazide au sein de la population précaire, en fonction du taux de précarité, pour chaque année.

Ajustement bivarié de DDD CSS par taux de précarité Année 2019



Régression simple

DDM P = 0,5532447 - 0,4232692*taux de précarité

Résumé de l'ajustement

R carré	0,005136
R carré ajusté	0,004252
Racine de l'erreur quadratique moyenne	1,152907
Moyenne de la réponse	0,47284
Observations (ou sommes pondérées)	1127

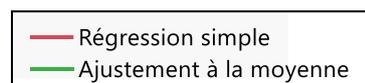
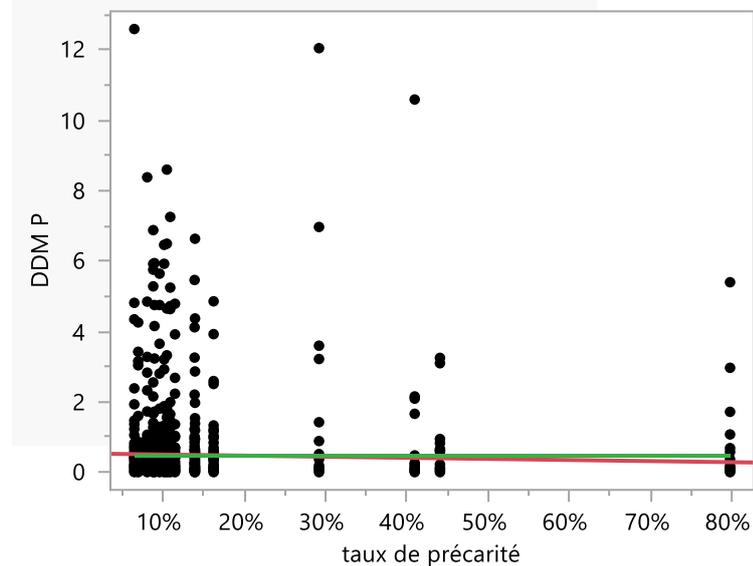
Analyse de la variance

Source	Degrés de liberté	Somme des carrés	Carré moyen	Rapport F
Modèle	1	7,7204	7,72036	5,8083
Erreur	1125	1495,3435	1,32919	Prob. > F
Total corrigé	1126	1503,0639		0,0161*

Estimations des coefficients

Terme	Estimation	Erreur standard	t ratio	Prob. > t
Constante	0,5532447	0,04788	11,55	<,0001*
taux de précarité	-0,423269	0,175627	-2,41	0,0161*

Ajustement bivarié de DDD CSS par taux de précarité Année 2020



Statistiques de résumé

	Valeur	Inférieur à 95 %	Supérieur à 95 %	P-value
Corrélation	-0,04241	-0,10134	0,01682	0,1604
Covariance	-0,00857			
Dénombrement	1097			

Variable	Moyenne	Écart-type
taux de précarité	0,168106	0,166036
DDM P	0,479921	1,21694

Régression simple

DDM P = 0,5321753 - 0,310839*taux de précarité

Résumé de l'ajustement

R carré	0,001799
R carré ajusté	0,000887
Racine de l'erreur quadratique moyenne	1,2164
Moyenne de la réponse	0,479921
Observations (ou sommes pondérées)	1097

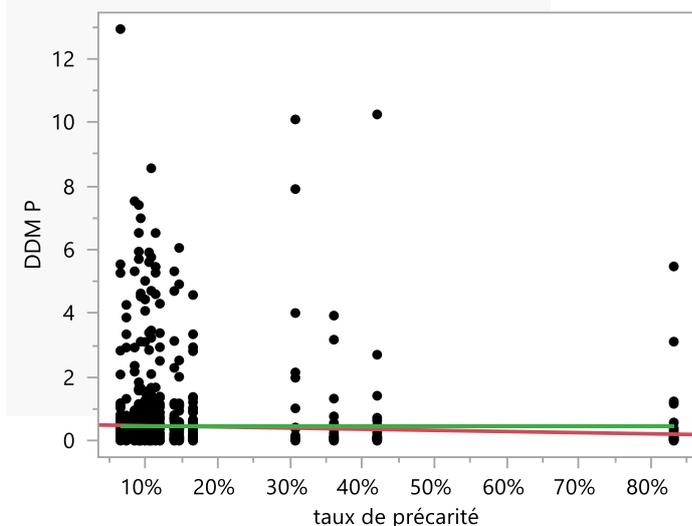
Analyse de la variance

Source	Degrés de liberté	Somme des carrés	Carré moyen	Rapport F
Modèle	1	2,9194	2,91936	1,9730
Erreur	1095	1620,1930	1,47963	Prob. > F
Total corrigé	1096	1623,1124		0,1604

Estimations des coefficients

Terme	Estimation	Erreur standard	t ratio	Prob. > t
Constante	0,5321753	0,052275	10,18	<,0001*
taux de précarité	-0,310839	0,221293	-1,40	0,1604

Ajustement bivarié de DDM CSS par taux de précarité Année 2021



Statistiques de résumé

	Valeur	Inférieur à 95 %	Supérieur à 95 %	P-value
Corrélation	-0,05514	-0,11146	0,001522	0,0565
Covariance	-0,01137			
Dénombrement	1197			

Variable	Moyenne	Écart-type
taux de précarité	0,179018	0,177078
DDM P	0,441129	1,164525

Régression simple

DDM P = 0,5060477 - 0,3626378*taux de précarité

Résumé de l'ajustement

R carré	0,003041
R carré ajusté	0,002206
Racine de l'erreur quadratique moyenne	1,16324
Moyenne de la réponse	0,441129
Observations (ou sommes pondérées)	1197

Analyse de la variance

Source	Degrés de liberté	Somme des carrés	Carré moyen	Rapport F
Modèle	1	4,9318	4,93181	3,6448
Erreur	1195	1616,9866	1,35313	Prob. > F
Total corrigé	1196	1621,9184		0,0565

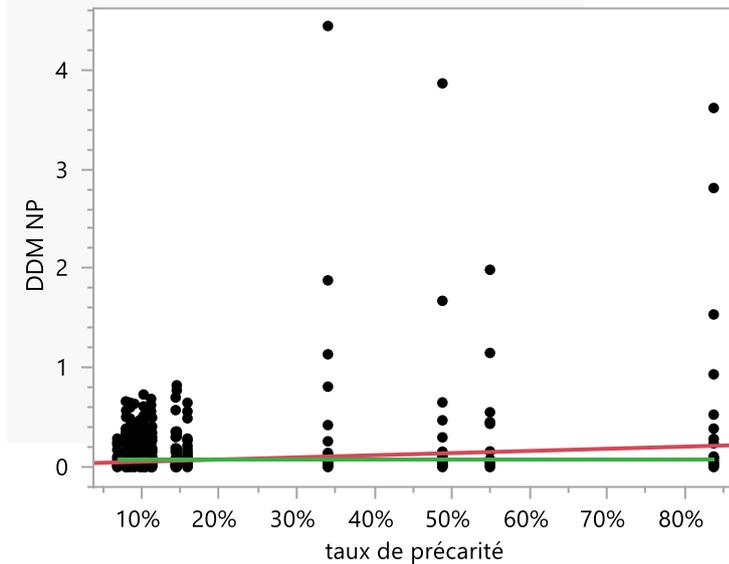
Estimations des coefficients

Terme	Estimation	Erreur standard	t ratio	Prob. > t
Constante	0,5060477	0,04782	10,58	<,0001*
taux de précarité	-0,362638	0,18995	-1,91	0,0565

Annexe 2.2

Régression de la DDD de Gliclazide au sein de la population non précaire, en fonction du taux de précarité, pour chaque année.

Ajustement bivarié de DDD Prestation référence par taux de précarité Année 2019



Statistiques de résumé

	Valeur	Inférieur à 95 %	Supérieur à 95 %	P-value
Corrélation	0,155238	0,097729	0,211713	<,0001*
Covariance	0,008298			
Dénombrement	1127			

Variable	Moyenne	Écart-type
taux de précarité	0,189961	0,195629
DDM NP	0,073637	0,273224

Régression simple

$$\text{DDM NP} = 0,0324509 + 0,216812 \cdot \text{taux de précarité}$$

Résumé de l'ajustement

R carré	0,024099
R carré ajusté	0,023231
Racine de l'erreur quadratique moyenne	0,270032
Moyenne de la réponse	0,073637
Observations (ou sommes pondérées)	1127

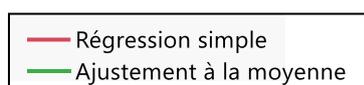
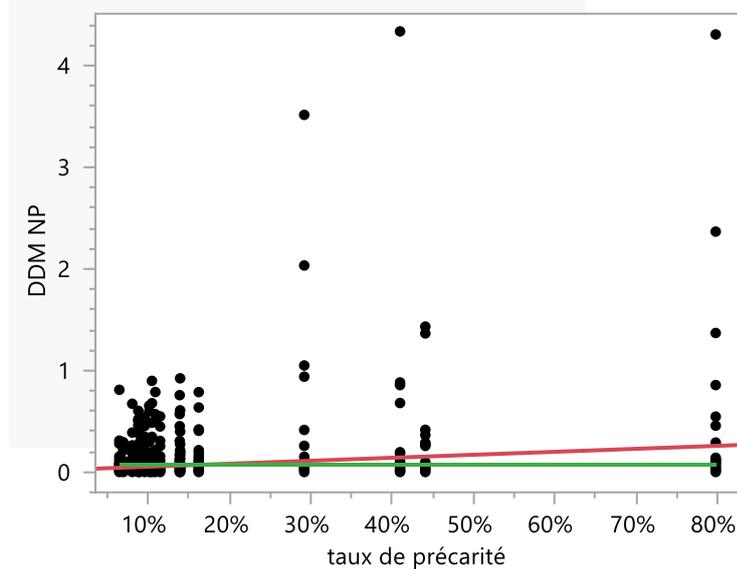
Analyse de la variance

Source	Degrés de liberté	Somme des carrés	Carré moyen	Rapport F
Modèle	1	2,025679	2,02568	27,7806
Erreur	1125	82,031754	0,07292	Prob. > F
Total corrigé	1126	84,057433		<,0001*

Estimations des coefficients

Terme	Estimation	Erreur standard	t ratio	Prob. > t
Constante	0,0324509	0,011214	2,89	0,0039*
taux de précarité	0,216812	0,041135	5,27	<,0001*

Ajustement bivarié de DDM Prestation référence par taux de précarité Année 2020



Statistiques de résumé

	Valeur	Inférieur à 95 %	Supérieur à 95 %	P-value
Corrélation	0,179305	0,121405	0,235988	<,0001*
Covariance	0,008089			
Dénombrement	1097			

Variable	Moyenne	Écart-type
taux de précarité	0,168106	0,166036
DDM NP	0,072116	0,271694

Régression simple

DDM NP = 0,022793 + 0,2934059*taux de précarité

Résumé de l'ajustement

R carré	0,03215
R carré ajusté	0,031266
Racine de l'erreur quadratique moyenne	0,267413
Moyenne de la réponse	0,072116
Observations (ou sommes pondérées)	1097

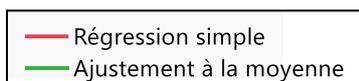
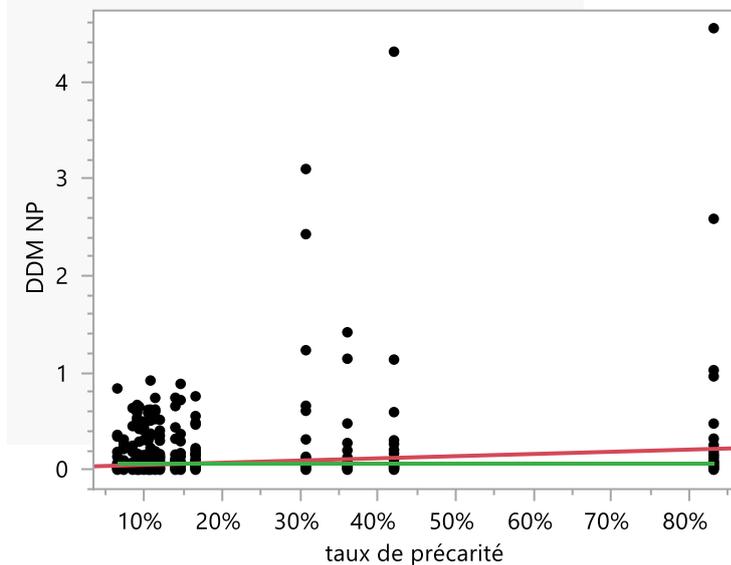
Analyse de la variance

Source	Degrés de liberté	Somme des carrés	Carré moyen	Rapport F
Modèle	1	2,601087	2,60109	36,3738
Erreur	1095	78,303245	0,07151	Prob. > F
Total corrigé	1096	80,904332		<,0001*

Estimations des coefficients

Terme	Estimation	Erreur standard	t ratio	Prob. > t
Constante	0,022793	0,011492	1,98	0,0476*
taux de précarité	0,2934059	0,048649	6,03	<,0001*

Ajustement bivarié de DDM Prestation référence par taux de précarité Année 2021



Statistiques de résumé

	Valeur	Inférieur à 95 %	Supérieur à 95 %	P-value
Corrélation	0,151488	0,095648	0,206377	<,0001*
Covariance	0,007058			
Dénombrement	1197			

Variable	Moyenne	Écart-type
taux de précarité	0,179018	0,177078
DDM NP	0,067608	0,26311

Régression simple

DDM NP = 0,0273138 + 0,2250867*taux de précarité

Résumé de l'ajustement

R carré	0,022948
R carré ajusté	0,022131
Racine de l'erreur quadratique moyenne	0,260182
Moyenne de la réponse	0,067608
Observations (ou sommes pondérées)	1197

Analyse de la variance

Source	Degrés de liberté	Somme des carrés	Carré moyen	Rapport F
Modèle	1	1,900029	1,90003	28,0676
Erreur	1195	80,895339	0,06769	Prob. > F
Total corrigé	1196	82,795368		<,0001*

Estimations des coefficients

Terme	Estimation	Erreur standard	t ratio	Prob. > t
Constante	0,0273138	0,010696	2,55	0,0108*
taux de précarité	0,2250867	0,042486	5,30	<,0001*

Bibliographie

1. Home, Resources, diabetes L with, Acknowledgement, FAQs, Contact, et al. IDF Diabetes Atlas | Tenth Edition [Internet]. [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: <https://diabetesatlas.org/>.
2. RICORDEAU P, WEILL A, VALLIER N, BOURREL R, GUILHOT J, FENDER P, et al. Prévalence et coût du diabète en France métropolitaine : quelles évolutions entre 1998 et 2000. *Rev Med Ass Maladie*. 2002.
3. RICCI P, BLOTIERE PO, WEIL A, SIMON D, TUPPIN P, RICORDEAU R, ALLEMAND H. Diabète traité en France : quelles évolutions entre 2000 et 2009. *Bull Epidémiol Hebd*. 2010;(42-43):425-31.
4. MANDEREAU-BRUNO L, DENIS P, FAGIT-CAMPAGNA A, FOSSE-EDORH S. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement et disparités territoriales en France en 2012. *Bull Epidémiol Hebd*. 2014.
5. American Diabetes Association. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. *Diabetes Care*. 2021;44(Suppl 1):S15-S33. doi:10.2337/dc21-S002.
6. BONALDI C, VERNAY M, ROUDIER C, SALANAVE B, OLEKO A, MALON A, CASTETBON K, FAGOT-CAMPAGNA A. A first national prevalence estimate of diagnosed and undiagnosed diabetes in France in 18- to 74-year-old individuals: the French Nutrition and Health Survey 2006/2007. *Diabet Med*. 2011 May;28(5):583-9.
7. <https://solidarites.gouv.fr/la-securite-sociale-fonctionnement-branches-et-caisses>.
8. La Sécurité Sociale [Internet]. [cité 13 sept 2023]. Les régimes. Disponible sur: <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-cest-quoi/organisation/les-regimes>.
9. Complémentaire santé (mutuelle) et complémentaire santé solidaire [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N20286> [consulté le 16 avril 2024].
10. L'Assurance Maladie - Ameli.fr [Internet]. [cité 13 sept 2023]. Complémentaire santé solidaire et aides financières. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/cmu-aides-financieres>.
11. Service-public.fr Le site officiel de l'administration française [Internet]. 2023 [cité 13 sept 2023]. Complémentaire santé solidaire (ex-CMU-C). Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10027>.
12. Complémentaire santé solidaire [Internet]. Disponible sur: <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/complementairesantesolidaire.php> [consulté le 16 avril 2024].
13. Haut Comité de la santé publique. Santé et précarité. Actualité et dossier en santé publique. 1995;(12).
14. Haut Comité de la santé publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Paris : le Haut Comité ; 1998.
15. Leclerc A, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. Les inégalités sociales de santé. Paris : Institut national de la santé et de la recherche médicale-La Découverte ; 2000.

16. Guize L, Jaffiol C, Gueniot M, Bringer J, Giudicelli C, Traroni M, et al. Diabète et précarité. Étude d'une vaste population française. Paris : Académie nationale de médecine.
17. Fosse-Edorh S, Piffaretti C, Mandereau-Bruno L. Le poids du diabète en France en 2016. Synthèse épidémiologique. Santé Publique France. 2018.
18. Bachmann MO, Eachus J, Hopper CD, Davey SG, Propper C, Pearson NJ, Williams S, Tallon D, Frankel S: Socio-economic inequalities in diabetes complications, control, attitudes and health service use: a cross-sectional study. *Diabet Med* 20:921–929, 2003. 11.
19. Chaturvedi N, Stephenson JM, Fuller JH: The relationship between socioeconomic status and diabetes control and complications in the EURODIAB IDDM Complications Study. *Diabetes Care* 19 :423– 430, 1996.
20. Bihan H, Laurent S, Sass C, Nguyen G, Huot C, Moulin JJ, et al. Association Among Individual Deprivation, Glycemic Control, and Diabetes Complications. *Diabetes Care*. 1 nov 2005.
21. Païta M, Ricordeau P, De Roquefeuil L, et al. Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire. CNAMTS; 2007 août.
22. Dauphinot V, Dupré C, Gueguen R, Naudin F, Moulin JJ. Réseau des centres d'examens de santé : Géographie de la santé dans les Centres d'examens de santé. Données régionalisées 2004. Saint-Étienne (France) : Édition Cetaf ; 2006.
23. affiol C, Thomas F, Bean K, Jégo B, Danchin N. Impact of socioeconomic status on diabetes and cardiovascular risk factors: Results of a large French survey. *Diabetes & Metabolism*. 2013;(39).
24. Fosse-Edorh S, Piffaretti C, Saboni L, Mandereau-Bruno L, Bénézet L, Raimond, V, et al. Études Entred : un dispositif pour améliorer la connaissance de l'état de santé des personnes présentant un diabète en France – Premiers résultats de la troisième édition conduite en métropole en 2019. *Journal Mondial du Diabète*. 14 nov 2022.
25. Fosse-Edorh S, Piffaretti C, Mandereau-Bruno L. Le poids du diabète en France en 2016. Synthèse épidémiologique. Santé Publique France. 2018.
26. Célant N, Dourgnon P, Guillaume S, Pierre A, Sermet C. L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats. Questions d'économie de la Santé - Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). mai 2014.
27. Birault F, Mignot S, Caunes N, Boutin P, Bouquet E, Pérault-Pochat MC, et al. The Characteristics of Care Provided to Population(s) in Precarious Situations in 2015. A Preliminary Study on the Universal Health Cover in France. *IJERPH*. 9 mai 2020;17(9):3305.
28. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1022476/fr/strategie-medicamenteuse-du-controle-glycemique-du-diabete-de-type-2?xtmc=&xtcr=5.
29. Existe-t-il encore une place pour les sulfamides hypoglycémifiants dans le traitement du diabète de type 2 en 2021 ? - ScienceDirect.
30. Birault F, Le Bonheur L, Langbour N, Clodion S, Jaafari N, Pérault-Pochat MC, et al. Exposure to High Precariousness Prevalence Negatively Impacts Drug Prescriptions of General Practitioners to Precarious and Non-Precarious Populations: A Retrospective Pharmaco-Epidemiological Study. *IJERPH*. 3 mars 2022;19(5):2962.

31. Institut Statistique des Professionnels de santé Libéraux [Internet]. [cité 6 mars 2023]. Disponible sur: <http://www.ispl.fr/>.
32. Légifrance. Décret n° 2021-1946 du 31 décembre 2021 authentifiant les chiffres des populations de métropole, des départements d'outre-mer de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de La Réunion, et des collectivités de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin, et de Saint-Pierre-et-Miquelon. janv 1, 2022.
33. Légifrance. Décret n° 2019-1546 du 30 décembre 2019 authentifiant les chiffres des populations de métropole, des départements d'outre-mer de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de La Réunion, et des collectivités de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin, et de Saint-Pierre-et-Miquelon. déc 31, 2019.
34. Direction de la Sécurité Sociale. Rapport annuel - La Complémentaire Santé Solidaire - Année 2021. 2021.
35. Direction de la Sécurité Sociale. Fonds de la Complémentaire Santé Solidaire - rapport d'activité 2019. 2019.
36. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [Internet]. [cité 6 mars 2023]. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification. Disponible sur: <https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit/atc-classification>.
37. Safety and Efficacy of Gliclazide as Treatment for Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials Gijs W. D. Landman,^{1, *} Geertruide H. de Bock,² Kornelis J. J. van Hateren,¹ Peter R. van Dijk,¹ Klaas H. Groenier,³ Rijk O. B. Gans,⁴ Sebastiaan T. Houweling,¹ Henk J. G. Bilo,^{1, 4, 5} and Nanne Kleefstra¹
38. CT-14355_DIAMICRON_PIS_RI_Avis2_CT14355.pdf (has-sante.fr).
39. Defined Daily Dose (DDD) (who.int).
40. ATCDDD - ATC/DDD Index (fhi.no).
41. Ameli [Internet]. [cité 6 août 2023]. Qu'est-ce que le dispositif appelé Affection Longue Durée (ALD). Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/affection-longue-duree-ald/affection-longue-duree-maladie-chronique>.
42. Direction de la Sécurité Sociale. Fonds de la Complémentaire Santé Solidaire - rapport d'activité 2019. 2019.
43. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) - Mesurer pour comprendre [Internet]. 2019 [cité 20 août 2023]. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676587?sommaire=3696937>.
44. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2022 - Dossier de presse. sept 24, 2021.
45. Décret n° 2018-227 du 30 mars 2018 portant revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées. 2018-227 mars 30, 2018.
46. GLICLAZIDE BIOGARAN - VIDAL
47. Patzer RE, McClellan WM. Influence of race, ethnicity and socioeconomic status on kidney disease. Nat Rev Nephrol. sept 2012;8(9):533-41.
48. Rolnick SJ, Pawloski PA, Hedblom BD, Asche SE, Bruzek RJ. Patient characteristics associated with medication adherence. Clin Med Res. juin 2013;11(2):54-65.

49. Birault F, Mignot S, Caunes N, Boutin P, Bouquet E, Pérault-Pochat MC, et al. The Characteristics of Care Provided to Population(s) in Precarious Situations in 2015. A Preliminary Study on the Universal Health Cover in France. *IJERPH*. 9 mai 2020.
50. Direction de la Sécurité Sociale. Rapport annuel - La Complémentaire Santé Solidaire - Année 2021. 2021.
51. Centre d'observation de la société [Internet]. 2013 [cité 17 août 2023]. Pauvreté et inégalités : des contrastes marqués entre territoires. Disponible sur: <https://www.observationsociete.fr/revenus/inegalites-revenus/pauvrete-et-inegalites-des-contrastes-marques-entre-territoires/>.
52. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732017v1>.
53. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211104221000503>.
54. L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers | Insee.
55. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03664011v1/document>.
56. IPSOS. Baromètre de la pauvreté Ipsos / Secours Populaire 2021 : pour s'en sortir en France, il faut gagner au moins 1175 € par mois selon les Français [Internet]. Ipsos. 2021 [cité 2 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/barometre-de-la-pauvrete-ipsos-secourspopulaire-2021>.
57. Grange D, Castetbon K, Guibert G, Vernay M. Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire. Étude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005. - Ré3 sultats de votre recherche - Banque de données en santé publique. In 2013 [cité 13 janv 2022]. Disponible sur: <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=487674>.
58. Aubert, Douangdara S, Boulanger S, Brifault F, Morin E. Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale : opinions et pratiques des médecins généralistes. *Etudes et résultats - Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques*. oct 2018.
59. Maladies chroniques et précarité: obstacles à la prise en charge et préconisations | Cairn.info.
60. Flye Sainte Marie C, Querrioux I, Baumann C, Di Patrizio P. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. *Santé Publique*. 2015.
61. Le Rolland L, Mendras P, Roy D, Sultan Parraud J, Toulemon L. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État. *Les dossiers de la direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques*. mai 2023;(109).
62. Desprès C, Guillaume S, Couralet PE. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris. *Institut De Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES)*. 2009.
63. Le défenseur des droits - République Française. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-c, de l'ACS et de l'AME - Rapport remis au Premier ministre. 2014 mars.
64. Aubert, Douangdara S, Boulanger S, Brifault F, Morin E. Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale : opinions et pratiques des médecins généralistes. *Etudes et résultats - Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques*. oct 2018;(1089).

RESUME ET MOTS CLES

Introduction : Les personnes en situation de précarité sont davantage exposées à divers facteurs de risque, dont le diabète de type 2. Des études ont démontré une prévalence du diabète de type 2 deux fois plus élevée chez les patients de moins de 60 ans bénéficiaires de la CMU-C, comparés à la population générale. La CSS a pour mission de réduire les inégalités en matière de santé. Pourtant, les données suggèrent que les bénéficiaires de la CSS ne bénéficient pas toujours d'un parcours de soins optimal.

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle, pharmaco-épidémiologique quantitative, mesurant la délivrance de Gliclazide prescrite par les médecins généralistes sur la France entière de 2019 à 2021. Le critère de jugement principal est la DDD Moyenne de Gliclazide délivrée dans les deux types de populations (les patients précaires et ceux non précaires). Cette étude vise également à déterminer si la prévalence de la précarité influence les prescriptions de Gliclazide par les médecins généralistes en France sur les trois années étudiées.

Résultats : Le nombre de bénéficiaires de la CSS a connu une stabilité relative, avec 7 296 954 personnes couvertes en 2019, 7 212 499 en 2020 et 7 418 836 en 2021.

Nos résultats confirment une différence dans les doses délivrées de Gliclazide entre les populations précaires et non précaires pour les années 2019, 2020 et 2021, soulignant que la CSS ne parvient pas à combler entièrement les disparités d'accès aux soins en matière de prescription médicamenteuse. Les précaires présentent une DDD moyenne significativement plus faible que les non précaires suggérant une possible différence de prescription selon le statut précaire. Notre deuxième objectif était d'évaluer si l'exposition à une population plus précaire influençait les prescriptions des médecins généralistes. Les résultats montrent une très faible différence de la DDD délivrée en fonction du taux de précarité au sein de la population précaire.

Discussion : Les résultats suggèrent l'existence de biais dans les pratiques de prescription, qui pourraient être liés à des facteurs multiples tels que les difficultés d'accès aux soins, les inégalités sociales et les représentations négatives envers les patients précaires. Pour réduire ces inégalités, il est indispensable d'améliorer la prise en charge de ces patients en renforçant les compétences des professionnels de santé, en luttant contre la stigmatisation et en favorisant une coordination efficace des soins.

Conclusion : Une approche méthodologique mixte serait particulièrement intéressante pour approfondir cette problématique. Une étude qualitative permettrait d'identifier les besoins en formation des médecins généralistes et les obstacles rencontrés dans la prise en charge de ces patients, tandis qu'une analyse quantitative fournirait des données épidémiologiques précises sur les pratiques de prescriptions individuelles.

Mots-clés : diabète; prescription; DDD; gliclazide; précarité; CSS; CMU; médecine générale.

Serment



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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RESUME ET MOTS CLES

Introduction : Les personnes en situation de précarité sont davantage exposées à divers facteurs de risque, dont le diabète de type 2. Des études ont démontré une prévalence du diabète de type 2 deux fois plus élevée chez les patients de moins de 60 ans bénéficiaires de la CMU-C, comparés à la population générale. La CSS a pour mission de réduire les inégalités en matière de santé. Pourtant, les données suggèrent que les bénéficiaires de la CSS ne bénéficient pas toujours d'un parcours de soins optimal.

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle, pharmaco-épidémiologique quantitative, mesurant la délivrance de Gliclazide prescrite par les médecins généralistes sur la France entière de 2019 à 2021. Le critère de jugement principal est la DDD Moyenne de Gliclazide délivrée dans les deux types de populations (les patients précaires et ceux non précaires). Cette étude vise également à déterminer si la prévalence de la précarité influence les prescriptions de Gliclazide par les médecins généralistes en France sur les trois années étudiées.

Résultats : Le nombre de bénéficiaires de la CSS a connu une stabilité relative, avec 7 296 954 personnes couvertes en 2019, 7 212 499 en 2020 et 7 418 836 en 2021.

Nos résultats confirment une différence dans les doses délivrées de Gliclazide entre les populations précaires et non précaires pour les années 2019, 2020 et 2021, soulignant que la CSS ne parvient pas à combler entièrement les disparités d'accès aux soins en matière de prescription médicamenteuse. Les précaires présentent une DDD moyenne significativement plus faible que les non précaires suggérant une possible différence de prescription selon le statut précaire. Notre deuxième objectif était d'évaluer si l'exposition à une population plus précaire influençait les prescriptions des médecins généralistes. Les résultats montrent une très faible différence de la DDD délivrée en fonction du taux de précarité au sein de la population précaire.

Discussion : Les résultats suggèrent l'existence de biais dans les pratiques de prescription, qui pourraient être liés à des facteurs multiples tels que les difficultés d'accès aux soins, les inégalités sociales et les représentations négatives envers les patients précaires. Pour réduire ces inégalités, il est indispensable d'améliorer la prise en charge de ces patients en renforçant les compétences des professionnels de santé, en luttant contre la stigmatisation et en favorisant une coordination efficace des soins.

Conclusion : Une approche méthodologique mixte serait particulièrement intéressante pour approfondir cette problématique. Une étude qualitative permettrait d'identifier les besoins en formation des médecins généralistes et les obstacles rencontrés dans la prise en charge de ces patients, tandis qu'une analyse quantitative fournirait des données épidémiologiques précises sur les pratiques de prescriptions individuelles.

Mots-clés : diabète; prescription; DDD; gliclazide; précarité; CSS; CMU; médecine générale.