

Année 2023

2023 TOU3 1096

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Côme DE TREDERN

Le 14 septembre 2023

**LE RECOURS TARDIF AUX SOINS DE PREMIERS RECOURS : ENQUÊTE AUPRÈS DES
MÉDECINS GÉNÉRALISTES D'OCCITANIE**

Directrice de thèse : Dr Lisa OUANHNON

JURY :

Madame le Professeur Julie DUPOUY

Présidente

Monsieur le Professeur André STILLMUNKES

Assesseur

Madame la Docteur Lisa OUANHNON

Assesseur

Monsieur le Docteur David COLOMBO

Assesseur



Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine

2022-2023

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHORE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BRQS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur SERRE Guy
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MESTHE Pierre	
Professeur LANG Thierry	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maieutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie infantile	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AUSSSEL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MALAUAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie Neurologique et Chirurgie Neuro-vasculaire
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RÉCHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALES DE GALUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
Mme DJULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. KAMAR Naassim (C.E)	Néphrologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie		

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maieutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

Professeurs Associés

M. ABBO Olivier
Mme BONGARD Vanina
M. BOUNES Vincent
Mme BOURNET Barbara
Mme CASPER Charlotte
M. CAVIGNAC Etienne
M. CHAPUT Benoit
M. COGNARD Christophe
Mme CORRE Jill
Mme DALENC Florence
M. DE BONNECAZE Guillaume
M. DECRAMER Stéphane
Mme DUPRET-BORIES Agnès
M. EDOUARD Thomas
M. FAGUER Stanislas
Mme FARUCH BILFELD Marie
M. FRANCHITTO Nicolas
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio
Mme GASCOIN Géraldine
M. GUIBERT Nicolas
M. GUILLEMINAULT Laurent
M. HERIN Fabrice
M. LAIREZ Olivier
M. LEANDRI Roger
M. LOPEZ Raphael
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume
Mme MARTINEZ Alejandra
M. MARX Mathieu
M. MEYER Nicolas
Mme MOKRANE Fatima
Mme PASQUET Marlène
M. PIAU Antoine
M. PORTIER Guillaume
M. PUGNET Grégory
M. REINA Nicolas
M. RENAUDINEAU Yves
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline
Mme SAVAGNER Frédérique
M. SAVALL Frédéric
M. SILVA SIFONTES Stein
Mme SOMMET Agnès
M. TACK Ivan
Mme VAYSSE Charlotte
Mme VEZZOSI Delphine
M. YRONDI Antoine
M. YSEBAERT Loïc

Chirurgie infantile
Epidémiologie, Santé publique
Médecine d'urgence
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Chirurgie orthopédique et traumatologie
Chirurgie plastique
Radiologie
Hématologie
Cancérologie
Anatomie
Pédiatrie
Oto-rhino-laryngologie
Pédiatrie
Néphrologie
Radiologie et imagerie médicale
Addictologie
Chirurgie Plastique
Pédiatrie
Pneumologie
Pneumologie
Médecine et santé au travail
Biophysique et médecine nucléaire
Biologie du dével. et de la reproduction
Anatomie
Maladies infectieuses, maladies tropicales
Gynécologie
Oto-rhino-laryngologie
Dermatologie
Radiologie et imagerie médicale
Pédiatrie
Médecine interne
Chirurgie Digestive
Médecine interne
Chirurgie orthopédique et traumatologie
Immunologie
Rhumatologie
Biochimie et biologie moléculaire
Médecine légale
Réanimation
Pharmacologie
Physiologie
Cancérologie
Endocrinologie
Psychiatrie
Hématologie

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAUAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
Mme WOISARD Virginie

FACULTE DE SANTE
Departement Médecine, Maieutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol André	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPEBIE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LEPAGE Benoit	Pharmacologie et immunologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MONTASTIER Emille	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CURT Jonathann	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SAÛNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
M. GACHIES Hervé
Mme LATROUS Léila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

Dédicaces aux membres du jury

A Pr Julie Dupouy. Vous avez accepté de présider le jury de ma thèse. Je vous remercie pour votre intérêt porté à ce travail. Je vous témoigne ma sincère considération.

A Dr Lisa Ouahnnon. Ce travail a été une véritable collaboration. Je te remercie pour ta bienveillance, aussi pour ta rigueur, ta patience et ton investissement consacré à ma thèse d'exercice.

A Pr André Stillmunkes. Merci d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. Je vous remercie pour la pédagogie apportée au cours de ma formation, et vous témoigne ma sincère considération.

A Dr David Colombo. Merci d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. Je te remercie pour ta confiance renouvelée au cours des remplacements chez toi, pour ton exemple de rigueur médicale, d'écoute et de bienveillance.

Dédicaces personnelles

A mes amis, Florent, Pricia, Andréïa et Ana.

A mes deux sœurs, Camille et Eloïse.

A mes parents, Guillaume, Sylvaine.

A ma grand-mère, Jacqueline.

Serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des Médecins en 2012

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

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

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

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

Table des matières

Liste des abréviations	2
I. Introduction	3
II. Matériel et méthode	6
1. Protocole de l'étude.....	6
2. Population.....	6
3. Recrutement	6
4. Déroulement de l'enquête	7
5. Elaboration du questionnaire.....	7
6. Variables étudiées	8
7. Analyses statistiques	10
8. Ethique et règlementation.....	11
III. Résultats	12
1. Réponses au questionnaire	12
2. Population de l'étude.....	13
3. Quantification de la proportion de consultations tardives.....	15
4. Analyses univariées.....	15
5. Rôle de la précarité financière dans le lien entre défavorisation et recours tardif	18
IV. Discussion.....	19
V. Conclusion	26
VI. Annexes	27
VII. Bibliographie	44

Liste des abréviations

ALD : Affection Longue Durée

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

C2S : Complémentaire Santé Solidaire (ex CMU-C)

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DES : Diplôme d'Etude Supérieure

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EDI : European Deprivation Index

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EU-SILC : European-Union-Statistics on Income and Living Conditions

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRIS : Ilots Regroupés pour l'Information Statistique

NHIS : National Health Interview Survey

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescription

SRCV : Statistique sur les Ressources et Conditions de Vie

URPS : Union Régionale des Professionnelles de Santé

I. Introduction

L'accès au système de soins se démocratise, en France, durant la deuxième moitié du 20^{ème} siècle. Les effectifs médicaux augmentent, et la population recourt plus souvent au médecin (1,2). Les écarts de recours au médecin généraliste se réduisent entre les différentes catégories socio-professionnelles ; en particulier, les agriculteurs, jusqu'alors les moins consommateurs de soins, rejoignent le niveau de recours moyen (2). La population est couverte par l'Assurance maladie, l'extension du système mutualiste, puis la création de la couverture médicale universelle complémentaire (CMU-C) en 2000 qui s'adresse aux personnes à faibles ressources financières.

Néanmoins, les inégalités d'accès aux soins persistent : en témoigne, un gradient social de consommation de soins et de participation aux programmes de dépistages dans tous les pays de l'Europe et de l'OCDE (3–5). En région ex-Midi-Pyrénées, on observe une diminution régulière du recours aux soins de premiers recours et de prévention avec le niveau de défavorisation socio-économique. Les personnes vivant dans des zones défavorisées recourent moins souvent au médecin généraliste, et pour les femmes moins souvent au gynécologue et aux dépistages gynécologiques (6,7). Les difficultés d'accès aux soins se traduisent par des recours aux soins insuffisants d'une partie de la population : des non-recours aux soins, des renoncements aux soins ou encore des reports de soins.

Les non-recours aux soins se définissent comme les situations de besoin de soins avérés, ressentis ou non, mais non satisfaits. Les renoncements aux soins se définissent quant à eux comme les situations de besoins de soins ressentis, mais non satisfaits (8). Certains auteurs préfèrent à ces deux définitions, une définition unique des besoins de soins non satisfaits. Sara Allin propose ainsi cinq catégories de besoins de soins non satisfaits : par choix, par non perception du besoin, par obstacle à l'accès aux soins, par inadéquation du traitement reçu selon les standards médicaux, et par inadéquation des traitements reçus selon le jugement des personnes recevant les soins (9). La mesure de ces besoins de soins non satisfaits s'appuie le plus souvent sur des enquêtes déclaratives, et les proportions retrouvées varient fortement selon ces enquêtes (10). Selon une étude basée sur les données de 2017 de l'enquête Statistiques sur les Ressources et Conditions de Vie (SRCV) menée par l'INSEE, 84% des personnes de 16 ans ou plus déclaraient avoir eu besoin de voir un médecin au cours des douze derniers mois ; et parmi elles, 3,8% déclaraient avoir renoncé à au moins un soin sur cette période (11).

Il existe de nombreux facteurs associés aux renoncements aux soins. Ces facteurs peuvent être propres aux individus, à leur environnement, ou au système de santé. Les personnes renonçant aux soins sont notamment plus souvent jeunes et issues de milieux sociaux défavorisés (11). Selon les données de 2017 de l'enquête Statistique sur les Ressources et Conditions de Vie (SRCV), le risque de déclarer un ou plusieurs renoncements aux soins était ainsi multiplié par 1,9 chez les personnes âgées de 16 à 29 ans en comparaison de la classe d'âge 30-39 ans, par 1,6 chez les personnes vivant sous le seuil de pauvreté, et par 3 chez les personnes pauvres en conditions de vie¹. Chez ces dernières, vivre dans une zone très sous-dotée en médecins généralistes multipliait par 8 le risque de renoncer à des soins.

Les renoncements et non-recours aux soins sont coûteux pour les dépenses publiques. Ils sont responsables de recours finalement plus tardifs, pour des pathologies plus évoluées, et entraînent l'usage plus fréquents des services d'urgences et des structures de soins non programmés (13). Les renoncements et non-recours aux soins ont aussi un coût social : ils favorisent la chronicisation de pathologies, leur aggravation, ou la survenue de handicaps ; alors que pathologies chroniques et handicaps sont reconnus comme des facteurs de maintien dans des situations de précarités (14–16).

La première définition du recours tardif en santé, proposée dans l'étude *The culpability for delay in the treatment of cancer* (Pack et Gallo, 1938), repose dans un contexte d'oncologie sur un critère temporel : le délai de recours aux soins est qualifié de tardif lorsqu'il dépasse trois mois après la perception des premiers symptômes (17). D'autres définitions reposent sur des critères cliniques ou paracliniques témoignant d'une pathologie évoluée ou d'un risque pronostic majoré au moment du diagnostic. Selon la conférence de consensus du Forum Nobel de Stockholm de 2009, par exemple, une présentation tardive pour le VIH est définie par un taux de CD4 inférieur 350/ μ L ou une manifestation clinique en lien avec un stade SIDA au moment du diagnostic (18). Ces définitions, basées sur des critères objectifs, permettent d'étudier le recours tardif de manière reproductible. Toutefois, développées dans le cadre spécifique d'une pathologie, elles n'apparaissent pas adaptées à la multitude de

¹ La pauvreté en conditions de vie est un indicateur de l'INSEE témoignant de difficultés matérielles. Un ménage est qualifié de pauvre en conditions de vie selon ses déclarations d'insuffisance de ressources, de restrictions en biens de consommation, de difficultés de logement et de retards de paiements (12). L'INSEE l'a remplacé depuis 2020 par l'indicateur de privation matérielle et sociale, calculé à partir de l'enquête SRCV.

motifs de consultation et problèmes de santé rencontrés dans le cadre des soins de premiers recours.

A l'issue d'une revue narrative de la littérature réalisée pour le D.E.S de médecine générale, nous avons proposé de définir comme tardif, « un délai de recours aux soins qui expose au risque de ne pas atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé ». Cette définition est issue de celle de l'accès aux soins optimal proposée par P. Lombrail et énoncée initialement en 1993 par la National Academy of Medicine (USA) : « the timely use of personal health services to achieve the best possible health outcome » (19,20).

Les recours tardifs aux soins et les reports de soins sont le plus souvent étudiés en contexte hospitalier, et plus rarement en soins primaires. L'association Médecins du Monde, qui dispense des soins primaires en France auprès de populations précaires et éloignées du système de santé, publie tous les ans un dossier de presse, *L'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins*. Elle y présente le niveau de recours tardif constaté dans ses centres de santé. Cette proportion connaît une augmentation quasi constante depuis les années 2000, pour atteindre en 2021 plus de la moitié des consultants des centres de santé de l'association en France (21).

Le phénomène de recours tardif n'a pas été quantifié dans le cadre des soins primaires en population générale, et le lien avec les inégalités socio-territoriales est mal connu. Nous avons ainsi souhaité nous intéresser au phénomène de recours tardif en médecine générale, à travers une enquête menée auprès des médecins généralistes.

L'objectif principal de cette enquête était de quantifier la fréquence du recours tardif aux soins en médecine générale. L'objectif secondaire était d'étudier le lien entre les caractéristiques socio-territoriales et le recours tardif aux soins de premier recours.

II. Matériel et méthode

1. Protocole de l'étude

Il s'agissait d'une enquête observationnelle transversale quantitative, réalisée via un questionnaire auto-administré.

2. Population

La population de l'étude étaient les médecins ayant une activité de médecin généraliste, exerçant dans un des départements suivants : Ariège (09), Aude (11), Aveyron (12), Haute-Garonne (31), Gers (32), Lot (46), Hautes-Pyrénées (65), Tarn (81), Tarn et Garonne (82), correspondants aux départements dépendants de l'Université Toulouse – Rangueil.

Les critères d'inclusion étaient :

- L'exercice de la médecine générale, en tant que médecin généraliste installé, remplaçant ou en tant qu'interne en médecine générale ;
- L'exercice dans un des départements sus-cités.

Les critères d'exclusion étaient :

- L'exercice exclusif d'une activité autre que la médecine générale (exercice exclusif d'une autre spécialité, ou exercice exclusif d'une pratique non médicale) ;
- L'exercice exclusivement hospitalier ou institutionnel (par exemple, en EHPAD, PMI, PASS ...) ;
- L'exercice dans un autre département.

3. Recrutement

L'invitation à participer à l'enquête a été adressée par courrier électronique de mars à mai 2023. La diffusion a été réalisée via :

- Un réseau personnel et professionnel de médecins généralistes rencontrés au cours de la formation (enseignants, maîtres de stage, tuteurs, bouche à oreille), ou via contact direct auprès de secrétariats de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).

- La mailing-list de l'Union Régionale des Professionnels de Santé de la région (URPS) de la région Occitanie ;
- La mailing-list des médecins du réseau e.CARE, réseau toulousain d'appui au parcours de soins de patients en situation de précarité ;
- Les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins d'Ariège, du Tarn, du Tarn et Garonne, du Gers et de l'Aude, à destination des médecins installés dans les départements ou des médecins remplaçants uniquement ;
- La Gazette des thèses, diffusée auprès des internes en médecine générale inscrits à l'Association des Internes de Médecine Générale de Midi-Pyrénées.

L'email décrivait le contexte de l'enquête et comportait un lien à suivre pour y participer (Annexe 1).

4. Déroulement de l'enquête

Un recueil de données était réalisé par les médecins au préalable à la participation au questionnaire en ligne. Le recueil de données pouvait se faire sur un à cinq jours de consultations consécutifs ou non. Il s'agissait de comptabiliser, pour chaque journée, le nombre total de consultations réalisées, et parmi elles le nombre de consultations qu'ils jugeaient tardives. Les explications concernant ce recueil de données sont présentées en Annexe 2. Un tableur pouvait être imprimé pour faciliter le recueil (Annexe 3).

5. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire était divisé en trois parties (questionnaire en Annexe 4) :

La première partie du questionnaire permettait de s'assurer que les médecins correspondaient aux critères d'inclusion de l'étude, et de recueillir des caractéristiques démographiques et de pratique les concernant.

La deuxième partie du questionnaire permettait de renseigner les résultats du recueil de données réalisé préalablement (nombre total de consultation et nombres de consultations tardives).

La troisième partie du questionnaire recueillait des données socio-territoriales et de santé :

- Adresse du lieu d'exercice du médecin ;
- Proportion de patients bénéficiant d'une ou plusieurs Affection Longue Durée (ALD) parmi la patientèle médecin-traitant ;
- Proportion de patients bénéficiant de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) parmi la patientèle médecin-traitant.

Une notice explicative décrivait comment retrouver la proportion de patients bénéficiant d'une ou plusieurs ALD ou de la C2S parmi la patientèle médecin-traitant (Annexe 5).

6. Variables étudiées

Variable principale

La variable principale était le **caractère tardif ou non tardif des consultations** réalisées par les médecins. Il s'agissait d'une variable qualitative binaire définie par le caractère tardif ou non du recours aux soins. Pour répondre à l'objectif principal, nous avons calculé la proportion de consultations tardives par rapport au nombre total de consultations. Nous avons aussi calculé la proportion de recours tardifs retrouvée par chaque médecin afin de présenter la variabilité des proportions retrouvées.

Variables secondaires

- **L'European Deprivation Index (EDI) (22)** selon sa version française de 2017, à l'échelle de l'IRIS ² du lieu d'exercice

L'EDI est un indicateur écologique reflétant le niveau de défavorisation d'un territoire donné. Il tient compte de données objectives comme le niveau de revenu et de données déclaratives en lien avec la qualité de vie et les conditions de vie. Il s'appuie sur des données de recensements et fiscales collectées par l'INSEE, et sur une enquête par panel menée en France (enquête SRCV) déclinée aussi à l'échelle de l'Union Européenne (enquête EU-SILC). L'EDI était considéré comme un proxy du niveau de défavorisation de la patientèle suivie et du niveau de défavorisation en conditions de vie associé au secteur géographique du lieu d'exercice.

² IRIS : pour Ilots Regroupés pour l'Information Statistique, correspondant à un découpage du territoire par l'INSEE en zones d'environ 2000 habitants cohérentes sur le plan de l'habitat et au niveau socio-économique.

- **L'indice Accessibilité Potentielle Localisée au médecin généraliste (APL) (23)** selon sa version 2021, associé à la commune du lieu d'exercice

Cet indice reflète l'accessibilité aux soins de médecine générale dans une commune donnée. Il tient compte de l'offre de soins de médecine générale selon les données de remboursements de l'Assurance maladie, et d'une estimation de la demande de soins selon la densité de la population de la commune et de sa structure par âge. Il est exprimé en nombre de consultations ou visites de médecine générale accessibles par habitant et par an.

Pour les analyses descriptives, les indices EDI et APL ont été présentées selon leurs quintiles de leurs distributions en métropole. Pour les analyses univariées, les indices EDI et APL ont été catégorisés selon les quintiles de leurs distributions dans la population d'étude. Il s'agissait de variables qualitatives ordinales.

- **La proportion de patients bénéficiant d'une ou plusieurs ALD**

La proportion de patients bénéficiant d'une ou plusieurs ALD, suivis sur l'année en cours en tant que médecin traitant et de plus de 7 ans, était obtenue à partir du Relevé Individuel d'Activité et de Prescription (RIAP) et sur le site amelipro. Cette proportion était considérée comme un proxy de l'état de santé de la patientèle.

- **La proportion de patients bénéficiant de la C2S**

La proportion de patients bénéficiant de la C2S suivis sur l'année révolue (2022) en tant que médecin traitant était obtenue de même sur le RIAP et sur le site amelipro. Etant parfois absente des informations fournies par amelipro pour l'année en cours, le questionnaire proposait dans ce cas d'indiquer la proportion de patients bénéficiant de la C2S suivis sur l'année 2021. La proportion de patients bénéficiant de la C2S était considérée comme un proxy du niveau de pauvreté monétaire de la patientèle.

Pour les analyses descriptives, les proportions de patients suivis bénéficiant d'une ou plusieurs ALD et de la C2S ont été présentées selon des groupes significatifs mais aux effectifs de médecins correspondant inégaux (0 à 10% de patients en ALD suivis, 10 à 20% etc.). Pour les analyses univariées, les proportions de patients en ALD et bénéficiant de la C2S ont été catégorisées selon les quartiles de leurs distributions au sein de la population de l'étude.

- **Le niveau d'urbanisation de la commune d'exercice des médecins**

Pour définir le niveau d'urbanisation, nous avons utilisé la grille communale de densité établie par l'INSEE selon sa version publiée en janvier 2023 (24). Cette classification distingue sept types de communes selon leur niveau caractéristique de densité de peuplement. Nous avons considéré comme relevant d'un exercice en zone urbaine, un exercice au sein d'un grand centre urbain, d'un centre urbain intermédiaire, ou d'une ceinture urbaine ; d'un exercice en zone semi-rurale, un exercice au sein d'une petite ville ou d'un bourg rural ; et d'un exercice en zone rurale, un exercice situé dans une commune rurale à habitat dispersé ou dans une commune rurale à habitat très dispersé.

7. Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont consisté dans un premier temps en une analyse descriptive des caractéristiques de la population d'étude, de la distribution de la variable principale et de celles des variables secondaires.

Des analyses univariées ont ensuite été menées afin de tester l'association entre la variable principale et les variables secondaires. Ces analyses ont consisté en des régressions logistiques univariées. La littérature suggère l'association importante des conditions de vie défavorisées dans le renoncement aux soins, que n'expliqueraient que partiellement les difficultés financières (8,11,25,26). Nous avons voulu étudier l'importance de la précarité financière (approchée par la C2S), dans le lien entre défavorisation globale (approchée par l'EDI) et recours tardif. Pour cela, nous avons réalisé une régression logistique univariée entre le niveau d'EDI et le recours tardif, puis multivariée en ajoutant la variable C2S.

Le risque de première espèce alpha était fixé à 5%. Les calculs statistiques ont été réalisés dans un premier temps avec le logiciel Excel® 2016 et les logiciels en ligne BiostaTGV et MedCalc, puis avec le logiciel R.

8. Ethique et réglementation

Cette étude n'impliquait pas la personne humaine et n'impliquait pas le traitement de données de soins. Elle était hors champs de la Loi Jardé, et relevait de la méthodologie de référence CNIL MR-004.

Le projet de thèse a fait l'objet d'une déclaration de conformité au Règlement Général de Protection des Données (RGPD), et a été inscrit au Tableau d'Enregistrement Recherche et Thèses du DUMG Toulouse en date du 20.01.2023 sous le numéro 2023DTC1 (Annexe 6 : Déclaration Conformité CNIL).

Conformément au RGPD, une information individuelle a été délivrée aux personnes participantes et dont les données ont été traitées.

Les données du questionnaire ont été anonymisées.

III. Résultats

1. Réponses au questionnaire

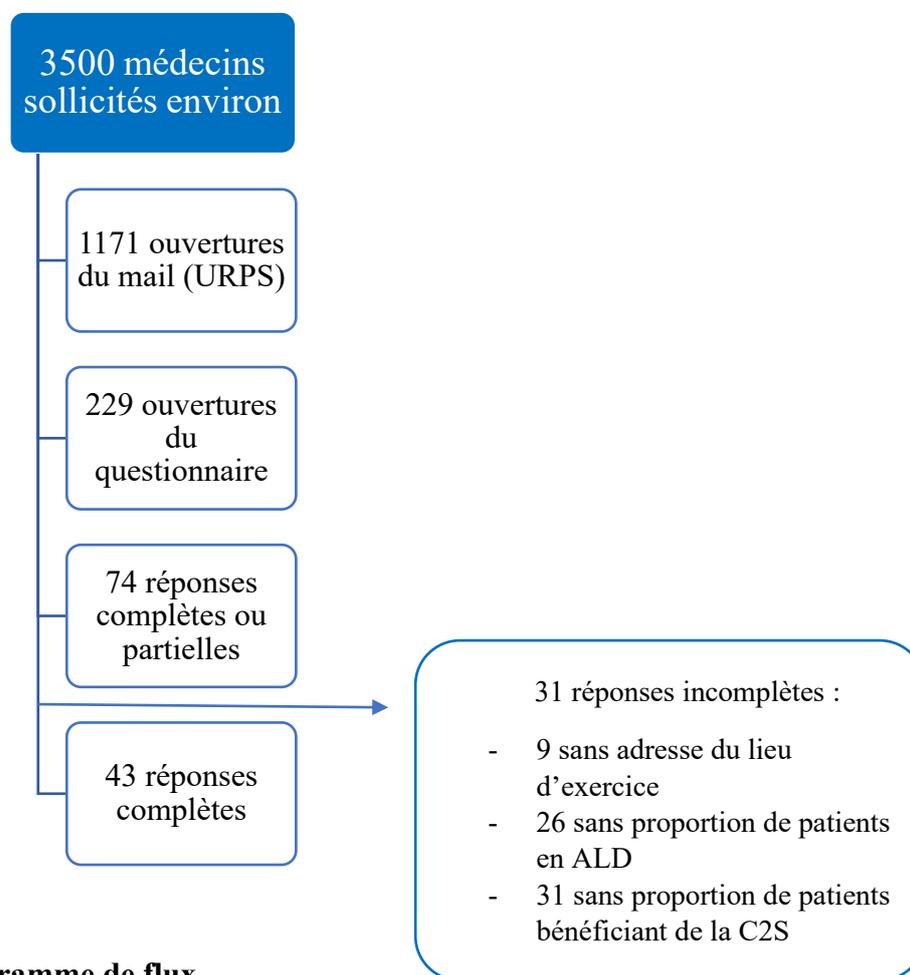


Figure 1 : Diagramme de flux

Nous avons sollicité, avec le concours de l'URPS Occitanie, de certains Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins, de la Gazette des thèses et du réseau e.CARE, environ 3500 médecins installés, remplaçants ou internes en médecine générale et supposés exercer dans un des départements de la région ex-Midi-Pyrénées ou dans le département de l'Aude.

Le questionnaire a été complété par 74 médecins, soit un taux de participation de 2,1%. Parmi les 74 réponses au questionnaire, 43 étaient complètes, et 31 étaient incomplètes (voir Figure 1).

Certaines valeurs aberrantes concernant les variables secondaires ont été exclues des analyses : 8 pour la variable ALD et la variable C2S et 1 pour la variable APL.

Au total, parmi les 74 réponses au questionnaire, 65 réponses ont été incluses dans les analyses recherchant une association entre le recours tardif et la variable EDI ; 64 réponses avec la variable APL ; 65 réponses avec le caractère urbain, semi-rural ou rural de la commune d'exercice ; 40 réponses avec la variable ALD, et 35 réponses avec la variable C2S.

2. Population de l'étude

La proportion de médecins femmes et de médecins hommes était similaire (51,4% de femmes et 48,6% d'hommes). La majorité des médecins étaient jeunes : près des deux tiers des médecins étaient âgés de moins de 39 ans. Les médecins âgés de 40 à 59 ans représentaient moins d'un tiers de la population, et les médecins âgés de plus de 60 ans moins de 10% de la population. Les médecins étaient majoritairement de statut libéral, représentant un peu moins des deux tiers de la population d'étude, et près d'un tiers des médecins étaient des médecins remplaçants ou des internes. La plupart des médecins exerçaient dans un cabinet de groupe ou dans une maison de santé pluridisciplinaire (MSP).

Ils exerçaient en zone urbaine pour 27% d'entre eux, en zone semi-rurale pour 40,5% d'entre eux et en zone rurale pour 20,3% d'entre eux. L'information n'était pas connue pour 12,2% des médecins. Les médecins exerçaient majoritairement dans des communes ayant une relativement bonne accessibilité aux soins : la plupart se répartissaient dans les trois derniers quintiles de l'APL selon sa distribution en métropole. Les zones d'exercices étaient majoritairement défavorisées selon l'indice l'EDI.

La proportion de patients suivis bénéficiant d'une ou plusieurs ALD n'était pas connue pour plus de 45% des médecins. Les médecins pour lesquels cette information était connue se répartissaient en trois groupes homogènes, qui suivaient moins de 20% de patients en ALD (majoritairement entre 10 et 20%), entre 20 et 30% de patients en ALD, et entre 30 et 40% de patients en ALD. Cette proportion était en moyenne de 23,7% (médiane = 23,5%). Concernant la proportion de patients suivis bénéficiant de la C2S, elle n'était pas connue pour plus de la moitié des médecins. Lorsque l'information était connue, cette proportion était comprise entre 5 et 10% pour près de la moitié des médecins. Elle était en moyenne de 11,1% (médiane = 8,1%).

Les caractéristiques de la population d'étude sont détaillées dans le Tableau 1.

Les distributions des variables secondaires sont présentées en Annexe 8.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude

	Effectif (N=74)	% population
Caractéristiques démographiques et statut des médecins		
Genre		
Femmes	38	51,4
Hommes	36	48,6
Age		
25-29 ans	18	24,3
30-39 ans	28	37,8
40-49 ans	13	17,6
50-59 ans	8	10,8
60-69 ans	6	8,1
70 ans et +	1	1,4
Statut des médecins		
Interne en médecine générale	4	5,4
Médecin généraliste libéral	48	64,9
Médecin généraliste salarié	4	5,4
Médecin remplaçant diplômé	7	9,5
Médecin remplaçant non diplômé	9	12,2
Pratique mixte, libérale et salariée	2	2,7
Caractéristiques du lieu d'exercice et caractéristiques territoriales		
Type de lieu d'exercice		
Cabinet de groupe	34	45,9
Maison de santé pluridisciplinaire	31	41,9
Exercice seul en cabinet libéral	6	8,1
Autre situation	3	4,1
Donnée manquante	0	0
Type de commune d'exercice		
Urbain	20	27,0
Grands centres urbains	10	13,5
Centres urbains intermédiaires	6	8,1
Ceintures urbaines	4	5,4
Semi rural	30	40,5
Petites villes	7	9,5
Bourgs ruraux	23	31,1
Rural	15	20,3
Rural à habitat dispersé	10	13,5
Rural à habitat très dispersé	5	6,8
Donnée manquante	9	12,2
Indice APL 2021 (quintiles métropole)		
1 ^{er} quintile (0 – 2,051) (moins bonne accessibilité)	0	0
2 ^{ème} quintile (2,051 – 2,714)	2	2,7
3 ^{ème} quintile (2,714 – 3,294)	13	17,6
4 ^{ème} quintile (3,294 – 4,017)	13	17,6
5 ^{ème} quintile (4,017 – 15,296) (meilleur accessibilité)	36	48,6
Donnée manquante	10	13,5
Indice EDI 2017 (quintiles métropole)		
1 ^{er} quintile (le plus favorisé)	6	8,1
2 ^{ème} quintile	6	8,1
3 ^{ème} quintile	20	27,0
4 ^{ème} quintile	16	21,6
5 ^{ème} quintile (le plus défavorisé)	17	23,0
Donnée manquante	9	12,2
Caractéristiques des patientèles suivies		
Proportion de patients en ALD		
0% à 10%	3	4,1
10% à 20%	11	14,9
20% à 30%	13	17,6
30% à 40%	13	17,6
Donnée manquante ou exclue	34	45,9
Proportion de patients bénéficiant de la C2S		
0 à 5%	6	8,1
5% à 10%	16	21,6
10% à 15%	7	9,5
Plus de 15%	6	8,1
Donnée manquante ou exclue	39	52,7

3. Quantification de la proportion de consultations tardives

Les médecins ont réalisé au total 5541 consultations sur 243 jours cumulés de participation. La durée de participation à l'enquête était en moyenne de 3,2 jours. Ils ont réalisé en moyenne 22,8 consultations par jour de participation.

Sur les 5541 consultations réalisées, 425 consultations étaient jugées tardives par les médecins, **soit en moyenne 7,7% des consultations. La médiane de la proportion de consultations jugées tardives par médecin était de 5,4% (1^{er} quartile = 3,2%, 3^{ème} quartile = 11,8%)**. Un peu plus de 10% des médecins n'ont déclaré aucune consultation tardive sur leur période de participation à l'enquête.

La distribution des pourcentages de consultations tardives retrouvées par médecin est présentée Graphique 1.

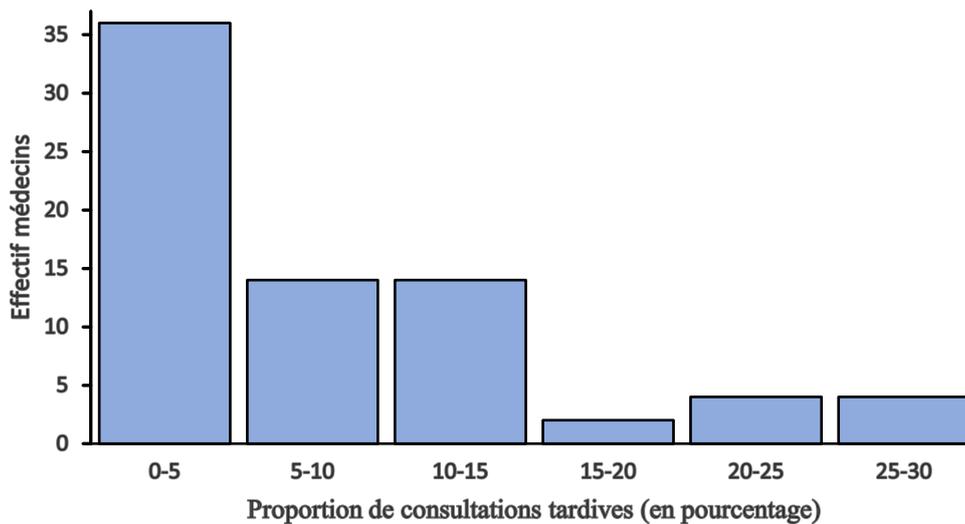


Figure 1 : Proportions de consultations tardives retrouvées par les médecins

4. Analyses univariées

Les médecins qui exerçaient dans les secteurs les plus défavorisés en conditions de vie avaient significativement plus de risque de déclarer des recours tardifs que les médecins des secteurs les plus favorisés. Le risque de déclarer des recours tardifs apparaissait augmenter selon le niveau de défavorisation approché par l'EDI, hormis pour les médecins appartenant au 2^{ème} quintile qui déclaraient significativement moins de recours tardifs (Figure 2).

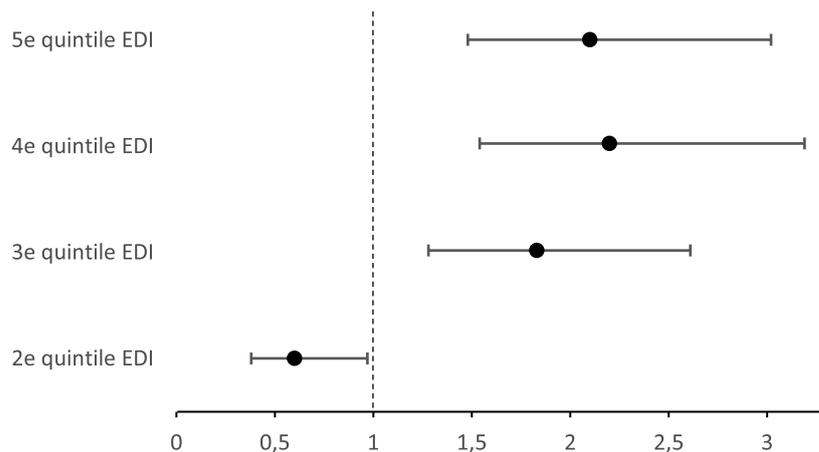


Figure 2 : Odds ratios avec intervalles de confiance du recours tardif selon le niveau de défavorisation (référence = 1^{er} quintile de l'EDI dans la population d'étude)

Les résultats n'étaient pas significatifs concernant l'association entre recours tardif et accessibilité aux soins représentée par l'indice APL.

Les médecins qui suivaient la plus grande proportion de patients bénéficiant de la C2S déclaraient significativement plus de recours tardifs : $OR_{4/1} = 1,5$ (IC 95% : 1,1 – 2,2).

Les médecins appartenant au 3^{ème} quartile pour la variable ALD déclaraient significativement plus de recours tardifs que les médecins qui suivaient la moins grande proportion de patients en ALD et appartenant au 1^{er} quartile : $OR_{3/1} = 1,8$ (IC 95% : 1,3 – 2,5). Toutefois, les médecins appartenant aux autres quartiles pour la variable ALD ne retrouvaient pas une proportion de recours tardifs significativement différente en comparaison des médecins du 1^{er} quartile.

Les médecins exerçant dans une commune rurale ou semi-rurale ne déclaraient pas de proportions significativement différentes de recours tardif en comparaison des médecins exerçant dans une commune urbaine. Les médecins exerçant dans une commune semi-rurale avaient néanmoins tendance à déclarer moins de recours tardifs.

Les résultats des analyses univariées sont présentés dans le Tableau 2.

Tableau 2 : Recours tardif au médecin généraliste et déterminants socio-territoriaux et de santé : régressions logistiques univariées

Variable secondaire	Caractère tardif de la consultation		OR *	IC 95%	p-value
	Oui	Non			
Niveau EDI (IRIS)					
Quintile 1	46	901	Réf.	Réf.	Réf.
Quintile 2	29	936	0,60	0,38 – 0,97	0,04
Quintile 3	101	1082	1,83	1,28 – 2,61	< 0,01
Quintile 4	97	864	2,20	1,54 – 3,19	< 0,0001
Quintile 5	109	1018	2,10	1,48 – 3,02	< 0,0001
Niveau APL (commune)					
Quintile 1	52	705	Réf.	Réf.	Réf.
Quintile 2	103	1155	1,21	0,86 – 1,72	0,28
Quintile 3	57	969	0,80	0,54 – 1,18	0,25
Quintile 4	117	1196	1,33	0,95 – 1,88	0,94
Quintile 5	53	776	0,93	0,62 – 1,38	0,70
Proportion de patients bénéficiant de la C2S					
Quartile 1	50	746	Réf.	Réf.	Réf.
Quartile 2	48	650	1,10	0,73 – 1,66	0,64
Quartile 3	36	623	0,86	0,55 – 1,34	0,51
Quartile 4	92	891	1,54	1,08 – 2,22	0,02
Proportion de patients en ALD					
Quartile 1	60	849	Réf.	Réf.	Réf.
Quartile 2	59	852	0,98	0,67 – 1,42	0,91
Quartile 3	98	730	1,90	1,36 – 2,67	< 0,001
Quartile 4	64	821	1,10	0,77 – 1,59	0,53
Type de commune					
Urbain	136	1737	Réf.	Réf.	Réf.
Semi-rural	135	1903	0,91	0,71 – 1,16	0,43
Rural	111	1161	1,22	0,94 – 1,58	0,13

* Les groupes de référence étaient : le 1^{er} quintile pour l'EDI et le 1^{er} quintile pour l'APL selon la distribution des indices dans la population d'étude ; le 1^{er} quartile pour la proportion de patients bénéficiant de la C2S et le 1^{er} quartile pour la proportion de patients en ALD selon leurs distributions au sein de la population d'étude ; le caractère urbain de la commune d'exercice.

5. Rôle de la précarité financière dans le lien entre défavorisation et recours tardif

Les odds ratios du recours tardif en fonction des quintiles pour l'EDI étaient peu modifiés en ajoutant la variable C2S au modèle. Le niveau de précarité financière ne semblait donc que peu expliquer le lien entre défavorisation globale et recours tardif au médecin généraliste.

Les résultats de cette analyse complémentaire sont présentés dans le Tableau 3.

Tableau 3 : Régression logistique du recours tardif aux soins selon l'EDI seul puis selon l'EDI ajusté sur la C2S

Niveau indice EDI	OR non ajusté *	IC 95%	p-value	OR ajusté *	IC 95%	p-value
Quintile 1	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Quintile 2	0,60	0,38 – 0,97	0,04	0,51	0,24 – 1,06	0,07
Quintile 3	1,83	1,28 – 2,61	< 0,01	2,00	1,19 – 3,56	0,01
Quintile 4	2,20	1,54 – 3,19	< 0,0001	1,08	0,60 – 2,00	0,81
Quintile 5	2,10	1,48 – 3,02	< 0,0001	2,15	1,21 – 4,02	0,01

* groupe de référence = 1^{er} quintile de l'indice de défavorisation EDI (le plus favorisé) selon sa distribution au sein de la population d'étude.

IV. Discussion

Principaux résultats

Les médecins ont retrouvé en moyenne 7,7% consultations tardives au cours de la période de participation à l'enquête. La médiane des proportions de consultations tardives retrouvées par médecin était de 5,4%.

Les médecins exerçant dans les secteurs les moins favorisés selon l'EDI retrouvaient plus de recours tardifs, de même que ceux qui suivaient la plus grande proportion de patients bénéficiant de la C2S. Toutefois, le niveau de précarité financière, estimé par la C2S, ne semblait que peu expliquer le lien entre défavorisation globale, approché par l'EDI, et recours tardif au médecin généraliste.

Il n'existait pas de nette association entre la proportion de patients bénéficiant d'une ALD et le recours tardif. Il n'y avait pas d'association significative avec le niveau d'accessibilité aux soins reflété par l'indice APL. Il n'y avait pas d'association significative avec le caractère rural, semi-rural ou urbain de la commune d'exercice des médecins.

Forces et limites

Cette enquête est originale : elle quantifie le recours tardif en médecine générale et en donne une première proportion. Une telle enquête n'a pas été retrouvée dans la littérature. Les problématiques d'accès aux soins sont en effet le plus souvent étudiées selon l'axe du renoncement aux soins. Le recours tardif aux soins est quant à lui étudié plus fréquemment dans le contexte de pathologies spécifiques et en milieu hospitalier.

L'enquête étudie le recours tardif et son lien avec des variables pertinentes en santé. L'EDI est un indice écologique de défavorisation utilisé pour l'étude des inégalités sociales de santé, en tant que proxy du niveau individuel et contextuel de défavorisation en conditions de vie. L'indice tient compte dans son calcul de différents besoins définis comme essentiels lorsque possédés ou satisfaits par la majorité de la population. Certains auteurs ont souligné le possible manque d'adaptabilité de l'indice au contexte local, qui devrait être exploré (27). L'indice pourrait notamment être peu performant pour comparer des territoires très différents en termes d'urbanisation (28). Sa robustesse apparaît avoir été confirmée par une étude menée en 2022 à l'échelle métropolitaine (29). L'indicateur APL est un des indicateurs existant pour mesurer l'accessibilité aux soins. La DREES définit par exemple un « désert

médical » en fonction de la valeur de l'indice APL (30). L'utilisation de données du RIAP fournies sur le site amelipro à chaque médecin installé, était une manière de connaître certaines caractéristiques des patientèles suivies par les médecins. Il peut s'agir d'une source de données intéressante pour d'autres thèses d'exercice en l'absence de données individuelles ou plus exhaustives de l'Assurance maladie.

Le faible effectif de médecins ayant participé à l'enquête représente néanmoins la principale limite de ce travail : des variables non étudiées et distribuées inégalement dans la population d'étude peuvent biaiser nos résultats. Les médecins n'étaient par ailleurs pas représentatifs de la population de médecins généralistes exerçant en France. Ils étaient plus jeunes que la moyenne des médecins généralistes et plus souvent de statut libéral selon les dernières données publiées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Ils exerçaient par ailleurs dans des secteurs relativement défavorisés sur le plan des conditions de vie, mais aussi dans des communes relativement favorisées en termes d'accessibilité aux soins.

La définition utilisée pour notre enquête pour qualifier une consultation de tardive n'a pas été validée. Son caractère subjectif peut être responsable d'un biais de mesure. Concernant la quantification du recours tardif en médecine générale, l'objectif principal de l'enquête, questionner l'urgence ou la semi-urgence du recours aurait permis de sensibiliser la mesure du recours tardif et d'avoir une appréciation de la subjectivité des médecins.

[Comparaison avec la littérature](#)

- Quantification du recours tardif en soins de premier recours

Les données chiffrées du recours tardif mesuré en soins de premier recours en France dont nous disposons sont celles fournies par l'association Médecins du Monde, publiées dans l'*Observatoire de l'accès aux droits et aux soins*. En 2021, selon l'avis des médecins de l'association, plus de la moitié des personnes reçues dans les centres de santé avaient un retard de recours aux soins. Cette proportion de recours tardif est en augmentation depuis le début de sa mesure. En 2006, le recours tardif aux soins concernait 13% des patients reçus dans ses centres de santé. En 2011 et 2015, il concernait 38% des consultants (31,32). A partir de 2016 et dans les rapports suivants qui indiquent cette proportion, il concernait environ la moitié des consultants (33). Le public accueilli par l'association en France n'est toutefois pas représentatif de la population moyenne consultant en médecine générale. Les patients reçus sont le plus souvent jeunes, très fréquemment de nationalité étrangère, et dans ce cas souvent en situation irrégulière au regard du droit au séjour. Les motifs de recours

aux soins et de renoncement aux soins leurs sont spécifiques, bien que certains facteurs puissent être communs avec le reste de la population. Les motifs les plus fréquemment évoqués sont la méconnaissance des droits et des structures, la barrière linguistique et les difficultés financières. Par ailleurs, un nombre important des personnes soignées par l'association cumulent différents facteurs de précarité : logement, transport, manques en besoins de base, emploi non déclaré, isolement social. Elles peuvent subir des situations de violence et de discrimination. Les proportions élevées de recours tardifs retrouvées chez cette population spécifique sont à mettre en regard avec des problèmes de santé nécessitant fréquemment des soins urgents : en 2021, 44,4% des consultants nécessitaient des soins urgents ou assez urgents selon les médecins.

Aux USA, l'enquête annuelle National Health Interview Survey (NHIS) pose la question du report ou renoncement à des soins médicaux (delayed care, nonreceipt of medical care) pour raisons financières, à un panel représentatif de la population. En 2019, 8,5% des personnes interrogées aux Etats-Unis déclaraient avoir reporté ou renoncé à des soins médicaux pour raisons financières (34).

- Impact du niveau de défavorisation sur le renoncement aux soins

Certains résultats de notre enquête sont concordants avec la littérature concernant les déterminants de l'accès aux soins et du renoncement aux soins. Le recours tardif mesuré dans notre enquête apparaissait associé à des cadres de vie défavorisés, et cette association n'était que peu modifiée par la prise en compte du niveau de pauvreté monétaire des patientèles. Lorsqu'interrogées par des questionnaires à questions fermées, les personnes expliquent souvent leurs renoncements aux soins par des contraintes financières. Selon les données collectées entre 2004 et 2007 au cours de l'enquête par panel SRCV, elles expliqueraient ainsi un tiers des renoncements aux soins médicaux (35). Différentes études mettent néanmoins en lumière l'association fréquente des conditions de vie défavorisées avec le renoncement aux soins, que n'expliquent pas à elles seules les difficultés financières.

Une enquête de cohorte a été menée à partir de 2005 sur les caractéristiques socio-sanitaires de la population de l'agglomération parisienne. Ses données ont fait l'objet d'une analyse étudiant notamment l'association entre renoncement aux soins et le type de quartier d'habitation (25). Le renoncement aux soins était significativement plus important dans les quartiers défavorisés. Ces différences concernant le niveau de renoncement aux soins persistaient après ajustement sur les caractéristiques démographiques, la couverture maladie,

le niveau de revenus, la situation professionnelle, l'isolement social, l'existence d'une maladie chronique et la position sociale occupée parmi les proches. L'enquête soulignait un possible « effet contexte », propre au lieu de résidence, qui s'ajoute aux caractéristiques des habitants.

Un gradient social pour les dépistages gynécologiques a été retrouvé en région Midi-Pyrénées dans une étude menée en 2012 (7). Plus le secteur était défavorisé en conditions de vie, moins les femmes participaient aux dépistages par mammographie et frottis cervical. Les femmes bénéficiant de la CMU-C participaient aussi moins souvent aux dépistages, alors que celles habitant en zones urbaines, habitant dans des zones à la meilleure accessibilité aux soins, ou ayant un médecin traitant déclaré, y participaient plus souvent. L'association entre niveau de défavorisation et participation aux dépistages était peu modifiée en prenant en compte la précarité financière et le niveau d'accessibilité aux soins. L'association entre niveau de défavorisation et diminution du recours aux dépistages était par contre d'autant plus marquée en milieu urbain.

L'association forte entre conditions de vies défavorisées et renoncement aux soins est aussi confirmée par les données de l'enquête par panel SRCV. Selon les données de l'enquête collectées en 2017 par l'INSEE, les personnes pauvres en conditions de vie avaient 3 fois plus de risque de renoncer à des soins, lorsque les personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté monétaire mais non pauvres en conditions de vie avaient 1,6 fois plus de risque (11).

Une enquête qualitative multi-site menée en 2013 en France et en Suisse questionnait les enquêtés en situation de renoncement à des soins (8). L'objectif était d'identifier des facteurs du renoncement qui seraient potentiellement accessibles à l'action des pouvoirs publics et des acteurs de santé. En raison des contextes de soins choisis pour le recrutement (notamment, centres de santé associatifs, bus santé, équipe mobile précarité...), les personnes interrogées étaient souvent dans des situations de précarité. Les raisons financières étaient très fréquemment mises en avant par les enquêtés, et certains facteurs retrouvés dans l'enquête apparaissent directement liés à des difficultés financières. L'étude permettait aussi d'identifier d'autres facteurs, dont un certain nombre sont plus fréquemment retrouvés chez les personnes défavorisées. Par exemple, la faible littératie en santé, qui est socialement distribuée (36,37). Le manque de connaissances en santé peut s'accompagner de croyances fausses vis-à-vis de la maladie, de peurs du monde médical, de manque de confiance dans la médecine, ainsi que d'une plus faible adhérence aux soins et des refus de

dépistages (37). L'étude soulignait que les personnes ayant renoncé à des soins étaient fréquemment aussi privées ou avaient été privées d'autres besoins. Notamment, de besoins éducatifs et scolaires. D'autres facteurs retrouvés avaient trait à un vécu difficile vis-à-vis de la santé : la lassitude de se faire soigner ou d'avoir accompagné des proches dans leurs parcours de soins. Ces derniers facteurs sont susceptibles de concerner plus fréquemment les habitants de zones défavorisées, compte tenu de l'état de santé général moins bon des populations.

Une étude qualitative, menée par Marianne Comba pour sa thèse d'exercice soutenue en 2018, portait sur le regard et explications des médecins généralistes concernant les patients les consultant tardivement (38). De nombreuses explications ont été proposées par les médecins. Certaines d'entre elles étaient en lien avec des difficultés socio-économiques, mais pas uniquement. Nous n'en citerons ici qu'une partie :

- Les représentations différentes de la maladie en fonction de l'âge. Les jeunes n'envisageraient pas le risque de la maladie, les plus âgés attribueraient à tort certains symptômes à l'âge ou montreraient un certain fatalisme vis-à-vis de la maladie.
- Des recours aux soins différents selon le genre : les hommes auraient moins l'habitude de consulter du fait des moins nombreux dépistages de santé en comparaison des femmes.
- L'importance de l'entourage et du soutien social.
- La priorité donnée aux proches, au travail, à des événements ou contraintes de vie.

- Autres indicateurs étudiés

Concernant les indicateurs utilisés dans notre enquête, autres que le niveau de défavorisation globale, certaines études ont montré leur association avec le renoncement aux soins.

Selon les données de 2017 de l'enquête SRCV, vivre dans une zone sous dotée en médecins généralistes multiplie le risque de renoncer à des soins par 1,8 (11). Les résultats de notre enquête ne retrouvent pas d'association entre le niveau d'accessibilité aux soins et le recours tardif. Toutefois, très peu de médecins exerçaient dans des secteurs très sous dotés en médecins généralistes.

Le bénéfice d'une ALD ou de la C2S sont parfois utilisés comme proxy de l'état de santé et du niveau de pauvreté monétaire d'une population (6,7). Le moins bon état de santé, approché par l'état de santé et pathologies déclarés ou par le bénéfice d'une ALD, est associé à une augmentation significative du renoncement aux soins (39,40). Toutefois, à caractéristiques égales et notamment à état de santé comparable, les personnes bénéficiant d'une ALD ont significativement moins de risque de renoncer à des soins (11). De même, le risque de renoncer à des soins est significativement diminué pour les personnes bénéficiant de la C2S en comparaison de personnes à l'état de santé comparable et ne bénéficiant pas de complémentaire (41,42). Le bénéfice d'une ALD et de la C2S fonctionnent en effet pour les personnes comme des complémentaires santé, réduisant tout ou partie des barrières financières de leurs soins.

Les territoires ruraux cumulent plusieurs facteurs de défavorisation en termes d'accès aux soins. Les populations sont plus souvent pauvres sur le plan monétaire et sont moins diplômées (43,44). Leur état de santé est plus dégradé, et les professionnels de santé y sont fréquemment en nombre insuffisant (45). Environ 3% de la population française habite dans des territoires à la très faible accessibilité au médecin généraliste en 2019 selon l'indice APL. Parmi ces personnes, les trois quarts vivent en milieu rural, et un peu plus d'une sur cinq vit dans une grande aire urbaine (46). Elles sont toutefois moins concernées par des privations matérielles que les populations des territoires urbains (47).

Ouverture

Les résultats de notre enquête pourraient être confirmés sur de plus grands effectifs, plus représentatifs des conditions socio-territoriales de la population consultant en France en médecine générale. La définition que nous avons retenue pour qualifier de tardive une consultation en médecine générale pourrait être validée par méthode de consensus.

Le renoncement aux soins apparaît souvent associé à des situations de défavorisation. Ces situations sont marquées par des manques et expériences difficiles, présents ou passés : matériels et financiers, contextes de vie défavorisés et priorités à d'autres besoins, accès aux droits, accessibilité aux soins, faible littératie en santé, représentations et niveau éducatif, faible soutien social et isolement, expérience difficile de vie ou vis-à-vis de la santé. Comme le souligne Santé Publique France, les inégalités de santé peuvent néanmoins concerner toute la population, sur l'ensemble du gradient social (48).

La définition de l’OMS proposée lors de la conférence d’Alma-Ata en 1978 fait de la réduction des inégalités de santé une des missions des soins primaires (49). Elle porte des valeurs de droit à une santé optimale pour tous, de solidarité, et d’autonomie des personnes (voir encadré).

Encadré : Début de l’article 6 de la Conférence d’Alma-Ata

« Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination (...) »

En termes de santé publique, une meilleure compréhension des difficultés d’accès aux soins, dont témoignent notamment les recours tardifs aux soins, est nécessaire. Elle peut permettre d’adapter les politiques de santé afin de réduire les inégalités de santé.

Pour le médecin généraliste, identifier des personnes ayant renoncé à des soins ou ayant retardé leur consultation pourrait permettre une meilleure compréhension de leurs motivations et de leurs barrières d’accès aux soins.

V. Conclusion

Un gradient social de recours aux soins est observé partout en Europe (3–5). En région ex-Midi-Pyrénées, il se manifeste notamment par un moindre recours aux soins primaires et aux dépistages de santé des populations plus défavorisées (6,7). Parmi les effets des difficultés d'accès aux soins, les recours tardifs aux soins de premiers recours sont peu étudiés. L'objectif principal de cette étude était de quantifier le recours tardif en médecine générale. L'objectif secondaire était d'en rechercher le lien avec les caractéristiques socio-territoriales des zones d'exercice. L'enquête a consisté en un recueil de données, avec quantification des recours tardifs observés par les médecins généralistes au cours de leur pratique, puis en la passation d'un questionnaire en ligne.

Les médecins ont qualifié de tardives 7,7% des consultations qu'ils ont réalisées au cours du recueil de données. Ils exerçaient en majorité dans des secteurs défavorisés, mais à la relativement bonne accessibilité aux soins. La proportion de recours tardif était significativement plus importante pour les médecins qui exerçaient dans les secteurs les plus défavorisés selon l'indicateur écologique European Deprivation Index (EDI), et pour les médecins qui suivaient la plus forte proportion de patients bénéficiant de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) parmi leurs patientèles. L'association du recours tardif avec le niveau de défavorisation apparaissait peu modifiée par la prise en compte du niveau de pauvreté monétaire des patientèles dans le modèle. Les résultats n'étaient pas significatifs concernant l'offre de soin évaluée par l'indice Accessibilité Potentielle Localisée (APL), la proportion de patients bénéficiant d'une Affection Longue Durée (ALD) parmi la patientèle, et le caractère rural, semi-rural ou urbain de la commune d'exercice.

Bien que l'effectif réduit des médecins participants ait pu limiter la puissance de l'étude, celle-ci reste originale : elle permet de quantifier le pourcentage de recours tardif au médecin généraliste et d'en objectiver le lien avec les inégalités sociales. Les résultats apparaissent cohérents avec la littérature concernant les difficultés d'accès aux soins et le renoncement aux soins. Une meilleure compréhension du phénomène de recours tardifs aux soins de premiers recours pourrait permettre d'orienter les politiques de santé. Un recours tardif peut témoigner de difficultés d'accès aux soins à prendre en compte dans le parcours de santé.

Toulouse le 25

Vu et permis d'imprimer

Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY



le 25/08/2023
Vu, la Présidente du jury
Pr Julie DUPOUY
Médecine Générale



VI. Annexes

Annexe 1 : Mail d'invitation à participer à l'enquête

Chères Consœurs, Chers Confrères,

Je vous adresse cet email pour vous proposer de participer à une enquête, réalisée dans le cadre de ma thèse d'exercice et sous la direction de Dr Lisa Ouahnnon.

Cette enquête porte sur le recours tardif au médecin généraliste, et vise à mieux connaître ce phénomène : quelle fréquence et quels facteurs explicatifs ?

Elle se déroule en deux temps :

- Un recueil de données, qui consiste à quantifier le nombre de consultations que vous jugez tardives sur une période de 1 à 5 jours max, consécutifs ou non, grâce à un tableur mis à disposition et tenant compte d'une définition proposée.

- Un questionnaire en ligne d'environ 3 min.

Les explications et le lien du questionnaire en ligne sont disponibles sur ce lien : <https://drive.google.com/file/d/15jcav0fZzZzkcol9k9IOzjOa6PF-SVoF/view>,

N'hésitez pas à me contacter directement pour toutes questions !

Merci pour votre lecture et votre éventuelle participation,

Bien confraternellement,

Côme de Tredern

Annexe 2 : Texte explicatif de l'enquête

La problématique de l'accès aux soins en France trouve un intérêt renouvelé depuis plusieurs années dans le débat public, dans un contexte de démographie médicale déclinante en particulier en médecine générale. Étudiés depuis les années 1990, le renoncement aux soins et le non-recours aux soins sont devenus des marqueurs contribuant à l'évaluation de l'accessibilité aux soins et de l'efficacité du système de santé.

Les renoncements et non-recours aux soins concourent finalement à des recours aux soins, mais plus tardifs, pour des pathologies plus évoluées, et avec une sollicitation plus fréquente des services hospitaliers en particulier des services d'urgences. Ces recours tardifs aux soins sont mal connus en médecine générale.

La consultation tardive peut être définie comme « la consultation pour un problème de santé dans un délai exposant au risque de ne pas atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé ».

Dans le cadre de cette thèse visant à étudier le recours tardif aux soins de premiers recours, nous vous proposons de répondre à une question unique pour chaque consultation réalisée pendant la période de participation à l'enquête : **le problème présenté par le/la patient(e), de santé ou non, motif ou non de sa consultation, aurait-il nécessité une consultation plus précoce ?**

Comment répondre à cette enquête en pratique :

1. Nous vous proposons de faire un recueil de données sur une période d'une journée minimum à cinq jours maximum.

Ce recueil de données consiste à indiquer combien de consultations ont été réalisées pour chaque journée de participation à l'enquête, et parmi ces consultations combien étaient, selon vous, tardives.

Pour faire ce recueil, nous vous proposons un tableur à imprimer et à remplir tout au long de la journée de consultation : [document PDF](#)

2. **Une fois le recueil terminé, vous pouvez compléter le questionnaire en ligne.** Il reprend les données collectées et explore les facteurs potentiellement impliqués dans les retards de demande de soins.

➤ [Accès au questionnaire](#)

Protection des données : Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez-vous à la notice *ci-jointe*

Annexe 3 : Tableur proposé pour le recueil de données

Thèse d'exercice : Le recours tardif aux soins de premiers recours : quelle fréquence et quels facteurs explicatifs ?

Document de recueil des données

Document à imprimer et à compléter au cours de la période de recueil des données

- Pour chaque consultation, cocher la case si vous considérez que le problème présenté par le patient, de santé ou non (problème social, administratif), et motif ou non de sa consultation, aurait nécessité une consultation plus précoce.

Cs 1	Cs 2	Cs 3	Cs 4	Cs 5	Cs 6	Cs 7	Cs 8	Cs 9	Cs 10
Cs 11	Cs 12	Cs 13	Cs 14	Cs 15	Cs 16	Cs 17	Cs 18	Cs 19	Cs 20
Cs 21	Cs 22	Cs 23	Cs 24	Cs 25	Cs 26	Cs 27	Cs 28	Cs 29	Cs 30
Cs 31	Cs 32	Cs 33	Cs 34	Cs 35	Cs 36	Cs 37	Cs 38	Cs 39	Cs 40
Cs 41	Cs 42	Cs 43	Cs 44	Cs 45	Cs 46	Cs 47	Cs 48	Cs 49	Cs 50

Total consultations effectuées sur la journée : _____

Total des consultations tardives sur la journée : _____

Ces totaux seront à reproduire sur le [lien pour répondre à l'enquête](#)

Si vous participez plus d'une journée à l'enquête : vous pouvez imprimer la page suivante de ce document et ne renseigner le lien qu'à la fin du recueil des données.

Merci pour votre participation !

2^{ème} journée

Cs 1	Cs 2	Cs 3	Cs 4	Cs 5	Cs 6	Cs 7	Cs 8	Cs 9	Cs 10
Cs 11	Cs 12	Cs 13	Cs 14	Cs 15	Cs 16	Cs 17	Cs 18	Cs 19	Cs 20
Cs 21	Cs 22	Cs 23	Cs 24	Cs 25	Cs 26	Cs 27	Cs 28	Cs 29	Cs 30
Cs 31	Cs 32	Cs 33	Cs 34	Cs 35	Cs 36	Cs 37	Cs 38	Cs 39	Cs 40
Cs 41	Cs 42	Cs 43	Cs 44	Cs 45	Cs 46	Cs 47	Cs 48	Cs 49	Cs 50

3^{ème} journée

Cs 1	Cs 2	Cs 3	Cs 4	Cs 5	Cs 6	Cs 7	Cs 8	Cs 9	Cs 10
Cs 11	Cs 12	Cs 13	Cs 14	Cs 15	Cs 16	Cs 17	Cs 18	Cs 19	Cs 20
Cs 21	Cs 22	Cs 23	Cs 24	Cs 25	Cs 26	Cs 27	Cs 28	Cs 29	Cs 30
Cs 31	Cs 32	Cs 33	Cs 34	Cs 35	Cs 36	Cs 37	Cs 38	Cs 39	Cs 40
Cs 41	Cs 42	Cs 43	Cs 44	Cs 45	Cs 46	Cs 47	Cs 48	Cs 49	Cs 50

4^{ème} journée

Cs 1	Cs 2	Cs 3	Cs 4	Cs 5	Cs 6	Cs 7	Cs 8	Cs 9	Cs 10
Cs 11	Cs 12	Cs 13	Cs 14	Cs 15	Cs 16	Cs 17	Cs 18	Cs 19	Cs 20
Cs 21	Cs 22	Cs 23	Cs 24	Cs 25	Cs 26	Cs 27	Cs 28	Cs 29	Cs 30
Cs 31	Cs 32	Cs 33	Cs 34	Cs 35	Cs 36	Cs 37	Cs 38	Cs 39	Cs 40
Cs 41	Cs 42	Cs 43	Cs 44	Cs 45	Cs 46	Cs 47	Cs 48	Cs 49	Cs 50

5^{ème} journée

Cs 1	Cs 2	Cs 3	Cs 4	Cs 5	Cs 6	Cs 7	Cs 8	Cs 9	Cs 10
Cs 11	Cs 12	Cs 13	Cs 14	Cs 15	Cs 16	Cs 17	Cs 18	Cs 19	Cs 20
Cs 21	Cs 22	Cs 23	Cs 24	Cs 25	Cs 26	Cs 27	Cs 28	Cs 29	Cs 30
Cs 31	Cs 32	Cs 33	Cs 34	Cs 35	Cs 36	Cs 37	Cs 38	Cs 39	Cs 40
Cs 41	Cs 42	Cs 43	Cs 44	Cs 45	Cs 46	Cs 47	Cs 48	Cs 49	Cs 50



Ce questionnaire porte sur la consultation tardive en médecine générale dans le cadre d'une thèse d'exercice.

La consultation tardive peut être définie comme "la consultation pour un problème de santé dans un délai exposant au risque de ne pas d'atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé".

Ce questionnaire vise à mieux connaître les situations de retard de recours aux soins : quelle fréquence en médecine générale et quels facteurs explicatifs ?

Il prend moins de 5 min. Il s'adresse aux médecins généralistes exerçant dans un des départements de l'ancienne région Midi-Pyrénées ou dans le département de l'Aude.

Attention : avant d'y répondre vous devriez avoir terminé le recueil de données. Si vous n'avez pas lu le texte explicatif concernant ce recueil de données, merci de suivre ce lien.

Merci pour votre participation !

Il est parfois nécessaire de vider le cache ou changer de navigateur pour accéder au questionnaire.

Protection des données : pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez-vous à la notice ci-jointe



Partie A:

Avant de répondre à ce questionnaire, vous devriez avoir terminé le recueil de données, si ce n'est pas le cas merci de lire le texte explicatif ou de me contacter pour toute question : 06 87 66 79 57 - come.detreder@gmail.com

A1. Vous êtes :

Une femme

Un homme

A2. Votre tranche d'âge :

25-29 ans

30-39 ans

40-49 ans

50-59 ans

60-69 ans

70 ans et plus

A3. Votre statut :

Interne en médecine générale

Médecin généraliste libéral(e)

Médecin généraliste salarié(e)

Médecin généraliste remplaçant(e) thésé(e)

Médecin généraliste remplaçant(e) non thésé(e)

Médecin généraliste d'activité mixte libérale et salariée

Autre situation

A4. Vous exercez :

dans un cabinet médical seul

dans un cabinet de groupe

dans une maison de santé pluridisciplinaire

dans un service hospitalier

autre structure sanitaire publique

autre situation



Partie J: Fin du questionnaire

J1. Merci d'avoir répondu à cette enquête !

Si ce travail vous intéresse, vous pouvez laisser votre email pour recevoir ses résultats.

Un commentaire sur ce questionnaire ou concernant le recours tardif aux soins ?

(merci de ne pas indiquer de données relatives à la santé de vos patients)

Contact pour toute question :

Côme DETREDERN - 06 87 66 79 57 - come.detredern@gmail.com

Comment retrouver la proportion de patients bénéficiant de la CSS ou d'une ALD qui vous ont consulté

Pour retrouver le nombre de patients en ALD, aller sur amelipro :

Aller dans l'onglet **Activités** :

Puis **Convention – ROSP – OPTAM** :

The screenshot shows the website header for 'MÉDECINE GÉNÉRALE' with the 'amelipro' logo and 'l'Assurance Maladie' logo. The navigation menu includes 'Activités', 'Commandes', 'Liens utiles', and 'Contacts'. The 'Activités' section is expanded, listing various services. The item 'Convention - ROSP - OPTAM' is circled in red. The 'Services patient' section is also visible, describing simplified services for patients using their CPS card.

Activités

- Tous mes paiements
- Convention - ROSP - OPTAM**
- Saisie des horaires de cabinet
- Patientèle médecin traitant
- Déclaration de gardes et astreintes
- Compensation perte d'activité
- SIDEP
- Génération code Tous Anti Covid

Services patient

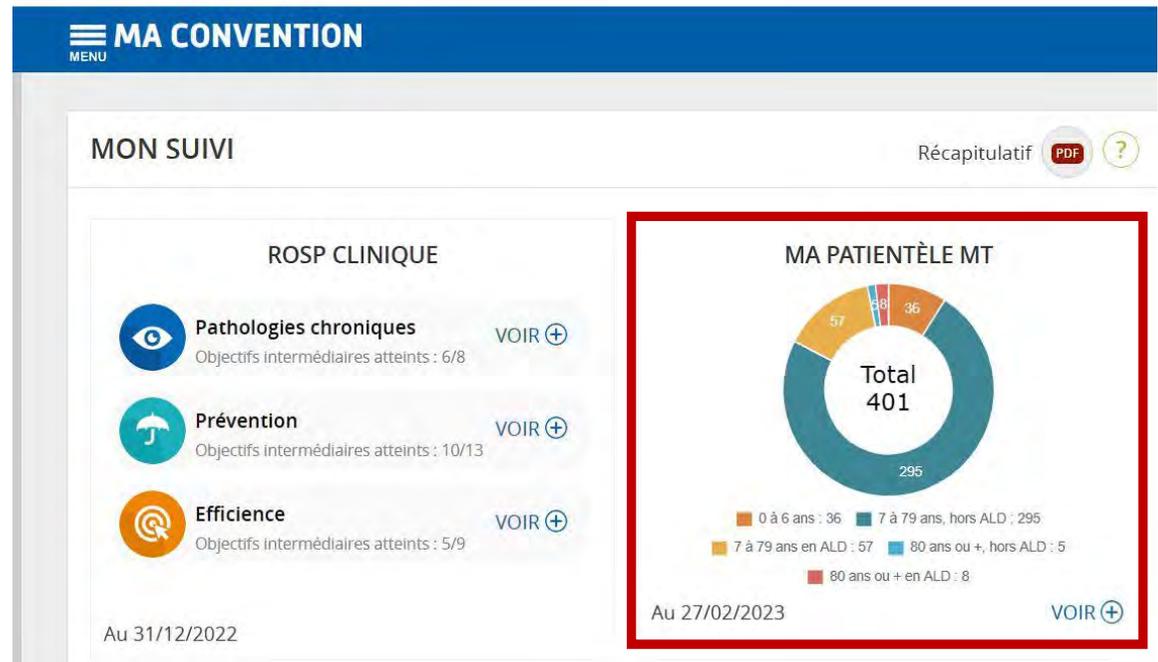
Des services de simplification de vos démarches pour vos patients sont accessibles et sécurisés par l'utilisation de votre carte CPS.

Vous trouverez des services tels que :

- Arrêt de travail
- Déclaration simplifiée de grossesse
- Déclaration médecin traitant
- Protocoles de soins et ALD

Identifiez-vous par carte CPS

Puis dans **Mon suivi** :



Dans l'encadré **MA PATIENTÈLE MT** sont indiqués (en nombre de consultations) :

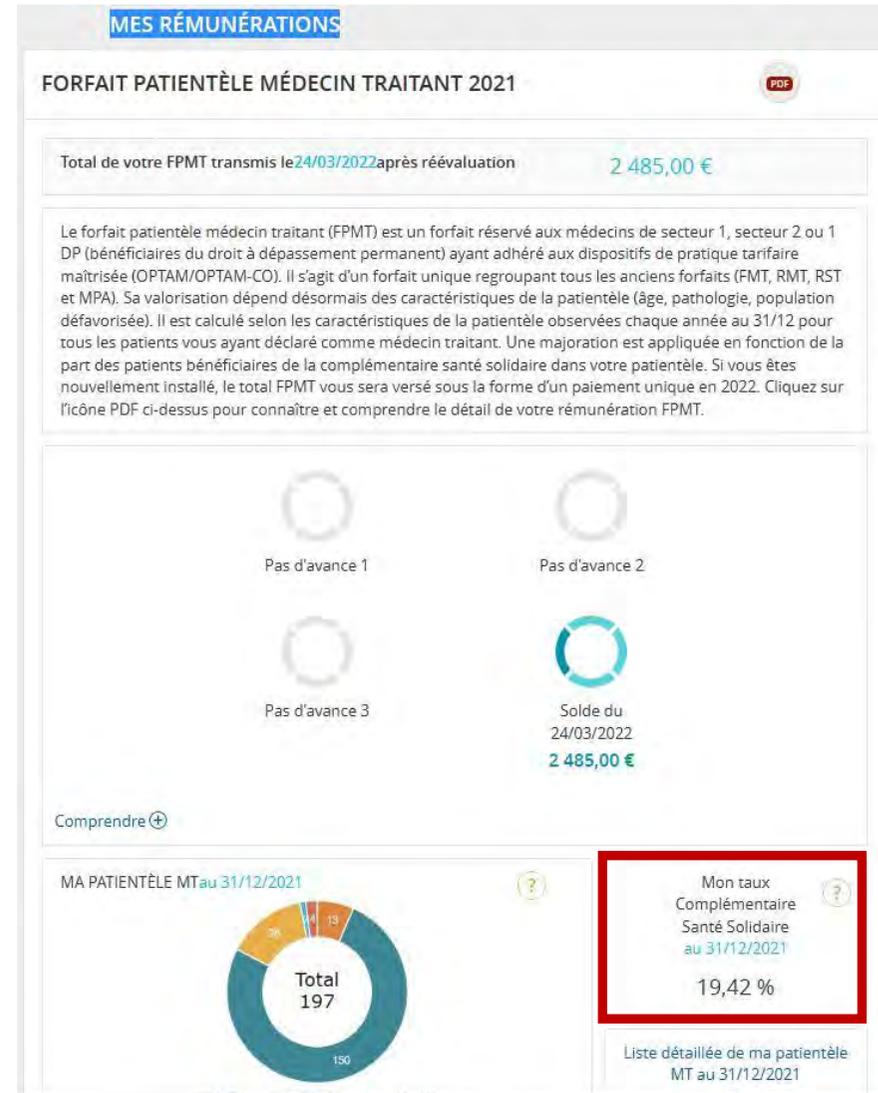
- **Votre patientèle de 7 à 79 ans bénéficiant d'une ALD**
- **Votre patientèle de plus de 80 ans bénéficiant d'une ALD**
- **Le total de votre patientèle MT sur l'année en cours**

Pour retrouver le nombre de patients bénéficiant de la CSS (ex CMU-C et ACS) :

Aller dans l'onglet **TABLEAU DE BORD** :

Puis dans **MES REMUNERATIONS** :

En bas de page figure **le pourcentage de patients suivis au cours de l'année révolue bénéficiant de la Complémentaire Santé Solidaire (ex CMU-C et ACS)**



Annexe 6 : Déclaration Conformité CNIL



Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III
Facultés de Médecine de Toulouse
DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)
Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route de Narbonne
31062 TOULOUSE Cedex

Pr Pierre BOYER

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

pierre.boyer@dumg-toulouse.fr

dpo@dumg-toulouse.fr

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

M. DE TREDERN Côte

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrit dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX)

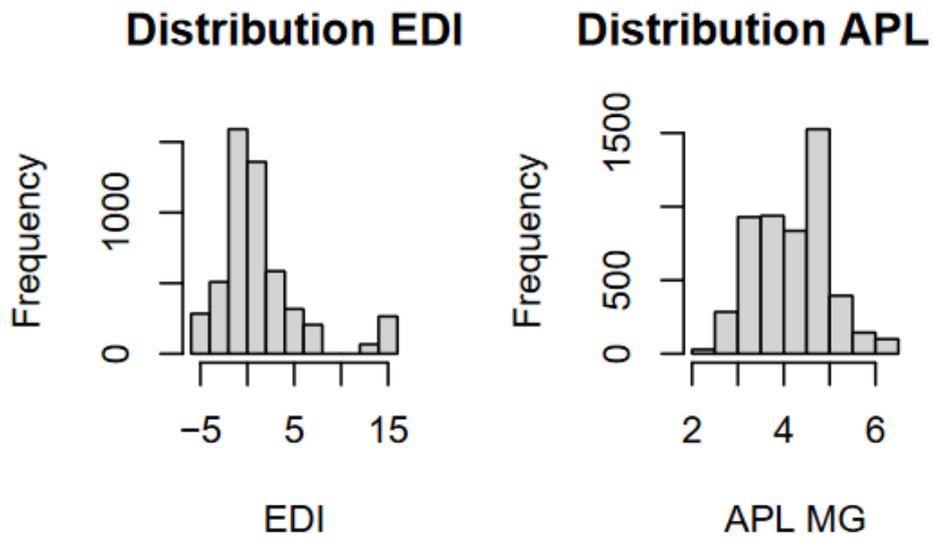
à la date du 20/01/2023

sous le numéro : **2023DTC1**

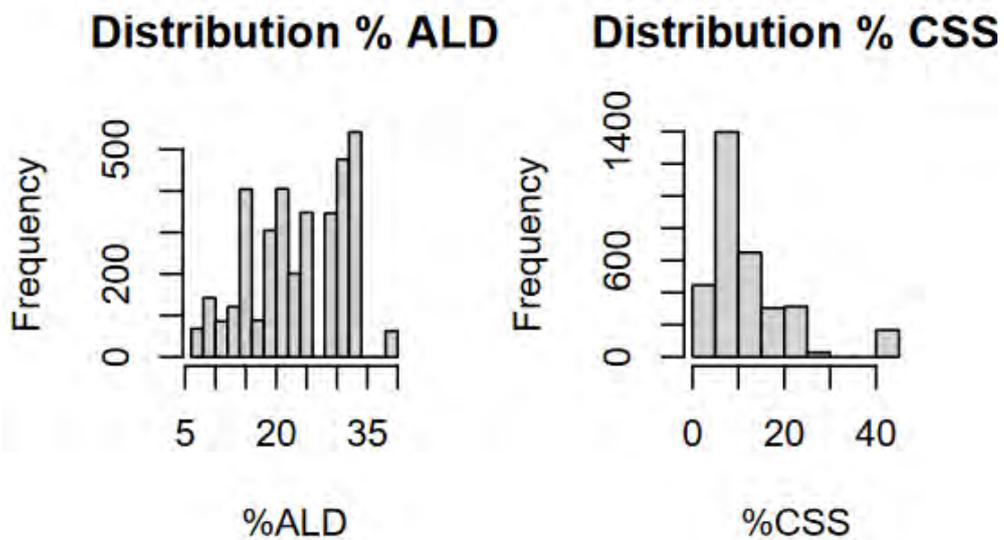
Fait à Toulouse, le 22/01/2023

Pr P. BOYER

Annexe 8 : Distribution de la variable principale (nombre total de consultations) selon les variables EDI, APL, ALD et C2S

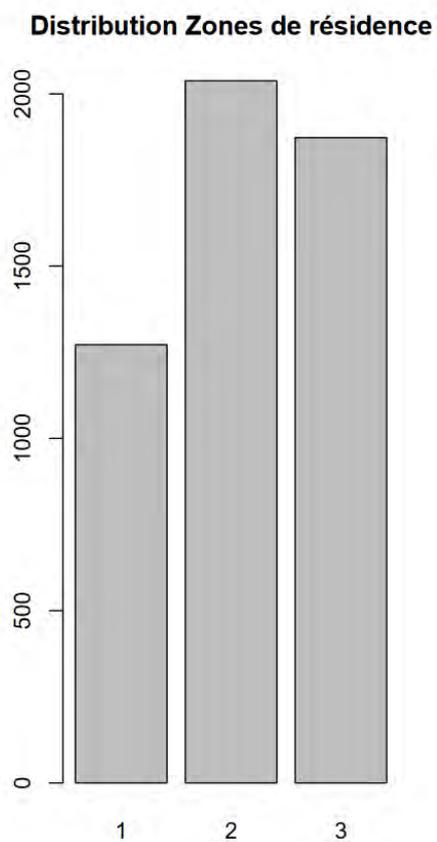


* Une valeur extrême pour l'EDI (EDI = 14,89) a été exclue des analyses statistiques.



* Une valeur extrême pour la proportion de patients bénéficiant de la C2S (C2S = 45%) a été exclue des analyses.

Annexe 8 : Distribution de la variable principale (nombre total de consultations) selon la zone de résidence



Caractère rural, semi-rural ou urbain de la commune d'exercice (1 : rural ; 2 : semi-rural ; 3 : urbain)

VII. Bibliographie

1. Bras PL. Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ? Les Tribunes de la santé [Internet]. 2016;50(1):67-91. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2016-1-page-67.htm>
2. Mormiche P. L'accès aux soins : évolution des inégalités entre 1980 et 1991. Economie et Statistique [Internet]. 1995;282(1):3-19. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/estat_0336-1454_1995_num_282_1_5947
3. Bago d'Uva T, Jones AM. Health care utilisation in Europe: New evidence from the ECHP. Journal of Health Economics [Internet]. 1 mars 2009;28(2):265-79. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167629608001860>
4. Devaux M, de Looper M. Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009. 1 janv 2012;
5. Jusot F, Or Z, Sirven N. Variations in preventive care utilisation in Europe. Eur J Ageing [Internet]. 21 oct 2011;9(1):15-25. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5547316/>
6. Delpierre C. Inégalités sociales d'accès aux soins et à la prévention en Midi-Pyrénées, France, 2012. BEH [Internet]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/1/2016_1_1.html
7. Lisa Ouahnnon, Marie-Eve Rougé Bugat, Sebastien Lamy, Vladimir Druel, Cyrille Delpierre, Pascale Grosclaude. Social and territorial inequalities in breast and cervical cancers screening uptake: a cross-sectional study in France. BMJ Open [Internet]. 1 févr 2022;12(2):e055363. Disponible sur: <http://bmjopen.bmj.com/content/12/2/e055363.abstract>
8. Chauveaud C, Mazet P, Warin P, Ferrand A, Chauvin P, Parizot I. Ce que renoncer aux soins veut dire [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/278629926_Ce_que_renoncer_aux_soins_veut_dire
9. Allin S, Grignon M, Le Grand J. Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: What are the equity implications? Social Science & Medicine [Internet]. févr 2010;70(3):465-72. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953609007175>
10. Legal R. Renoncement aux soins pour raisons financières. DREES [Internet]. 2015;66:28. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/dossiers-solidarite-et-sante-1998-2016/renoncement-aux-soins-pour-raisons-financieres>
11. Lapinte A, Legendre B. Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres. DREES [Internet]. juill 2021; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/renoncement-aux-soins-la-faible-densite-medicale-est-un-facteur>

12. Pauvreté en conditions de vie. Les revenus et le patrimoine des ménages, édition 2018 - Insee Références. :128-9.
13. Asaria M, Doran T, Cookson R. The costs of inequality: whole-population modelling study of lifetime inpatient hospital costs in the English National Health Service by level of neighbourhood deprivation. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. oct 2016;70(10):990-6. Disponible sur: <https://jech.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jech-2016-207447>
14. Warin P. Le non-recours aux droits. *SociologieS* [Internet]. nov 2012; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/sociologies/4103#ftn2>
15. Allain S, Costemalle V. Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie. *Etudes et Résultats* [Internet]. oct 2022;(1243). Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-10/ER1243_MAJ.pdf
16. L'influence de la pauvreté sur la santé. OMS [Internet]. déc 2003; Disponible sur: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB113/feb11312.pdf
17. Pack G, Gallo J. The culpability for delay in the treatment of cancer. *The American Journal of Cancer* [Internet]. 1938;33(3). Disponible sur: <https://aacrjournals.org/amjcancer/article/33/3/443/679620/The-Culpability-for-Delay-in-the-Treatment-of>
18. Antinori A, Coenen T, Costagiola D, Dedes N, Ellefson M, Gatell J, et al. Late presentation of HIV infection: a consensus definition. *HIV Medicine* [Internet]. 2011;12(1):61-4. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1468-1293.2010.00857.x>
19. Lombrail P. Accès aux soins. In: *Les inégalités sociales de santé* [Internet]. Paris: La Découverte; 2000. p. 403-18. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-inegalites-sociales-de-sante--9782707132475-p-403.htm>
20. Millman M. *Access to Health Care in America*. National Academy Press [Internet]. 1993;240. Disponible sur: <http://www.nap.edu/catalog/2009.html>
21. Brunel V, de Smet P. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins. *Médecins du Monde* [Internet]. mars 2022; Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/03/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2021-0809-PaP.pdf>
22. Pernet C, Delpierre C, Dejardin O, Grosclaude P, Launay L, Guittet L, et al. Construction of an adaptable European transnational ecological deprivation index: the French version. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. nov 2012;66(11):982-9. Disponible sur: <https://jech.bmj.com/content/66/11/982>
23. Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V. L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. *Etudes et Résultats* [Internet]. mars 2012;(795):8. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er795.pdf>

24. La grille communale de densité [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/6439600>
25. Chauvin P, Parizot I. Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne. Une analyse de la cohorte Sirs (2005). mai 2009;106. Disponible sur: <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00415971/document>
26. Warin P, Chauveaud C. Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard. sept 2014;105. Disponible sur: <https://hal.science/hal-01099989/document>
27. Launay L, Guillaume É. L'European Deprivation Index (EDI) en France métropolitaine. sept 2022; Disponible sur: <https://storymaps.arcgis.com/stories/59026182c4b547c999a7048ec22c7498>
28. Ghosn W. Indicateurs écologiques synthétiques du niveau socio-économique pour la recherche en Santé. 2018;13. Disponible sur: https://www.cepidc.inserm.fr/sites/default/files/2020-11/Note_indices_socioeco-2.pdf
29. Merville O, Launay L, Dejardin O, Rollet Q, Bryère J, Guillaume É, et al. Can an Ecological Index of Deprivation Be Used at the Country Level? The Case of the French Version of the European Deprivation Index (F-EDI). *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. février 2022;19(4):2311. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8872283/>
30. Vergier N, Chaput H, Lefebvre-Hoang I. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? DREES [Internet]. mai 2017; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd17.pdf>
31. Fahet G, Gardiès E. Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde. Rapport 2011. Direction des Missions France Observatoire de l'accès aux soins [Internet]. oct 2012; Disponible sur: https://www.gisti.org/IMG/pdf/rapport_2012_de_l_observatoire_de_l_acces_aux_soins_medecinsdumonde.pdf
32. Flamerion T, de Smet P. Observatoire de l'accès aux droits en aux soins. Rapport 2015. Direction des Missions France Observatoire de l'accès aux soins [Internet]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/04/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2015.pdf>
33. Flamerion T, de Smet P. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins. Rapport 2016. Direction des opérations France - Observatoire de l'accès aux droits et aux soins [Internet]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/04/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2016.pdf>
34. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2020-2021: Table UnmtNd. Hyattsville, MD. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/nchs/data/hus/2020-2021/UnmtNd.pdf>
35. Chaupain-Guillot S, Guillot O, Jankeliowitch-Laval É. Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV . *Economie et statistique* [Internet]. 2014;469(1):169-97. Disponible sur: http://www.persee.fr/doc/estat_0336-1454_2014_num_469_1_10426

36. Stormacq C, Van den Broucke S, Wosinski J. Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promot Int.* 1 oct 2019;34(5):e1-17.
37. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health literacy: the solid facts [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2013. vi, 73 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326432>
38. Comba M. Approche des représentations des médecins généralistes concernant les patients qui les consultent tardivement. [Thèse d'exercice]. nov 2018;
39. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. *Questions d'économie de la santé* [Internet]. 2011; Disponible sur: <https://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>
40. Ward BW. Barriers to Health Care for Adults With Multiple Chronic Conditions: United States, 2012-2015. *NCHS Data Brief.* mars 2017;(275):1-8.
41. Jess N. Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins. *Etudes et Résultats* [Internet]. 2015;(944). Disponible sur: https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/DREES_ER944_recours_soins_cmuc.pdf
42. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? *Revue de littérature.* 2012;8. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes179.pdf>
43. Berthod-Wurmser M, Ollivier R, Raymond M. Pauvreté, précarité, solidarité en milieu rural. *Rapport de l'Igas.* sept 2009;
44. Maillard M. Les grands pôles urbains et les zones rurales plus exposés au risque de pauvreté. *Insee flash Picardie* [Internet]. févr 2015; Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285313#consulter>
45. Vigneron E. Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* [Internet]. avr 2012;196(4-5):939-52. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001407919317819>
46. Legendre B. Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux. sept 2021; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/ER1206.pdf>
47. Albouy V, Gleizes F, Solard J. La part des personnes en situation de privation matérielle et sociale augmente en 2022 - *Insee Focus* - 304 [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7651550>
48. Les inégalités sociales et territoriales de santé [Internet]. 2021 [cité 21 août 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante>
49. Déclaration d'Alma-Ata. Organisation mondiale de la Santé Bureau régional de l'Europe [Internet]. 1978; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/347880>

AUTEUR : Côme DE TREDERN

TITRE : LE RECOURS TARDIF AUX SOINS DE PREMIERS RECOURS : ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES D'OCCITANIE

DIRECTRICE DE THÈSE : Lisa OUANHNON

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de médecine de Purpan à Toulouse, le 14 septembre 2023

RESUME : Les difficultés d'accès aux soins trouvent une actualité renouvelée dans un contexte de démographie déclinante en médecine générale. Parmi les conséquences des difficultés d'accès aux soins, le recours tardif est mal connu, en particulier en soins de premiers recours. **Objectifs** : Quantifier le recours tardif en médecine générale du point de vue des médecins, et rechercher le lien avec les caractéristiques socio-territoriales des zones d'exercice. **Matériel et méthode** : Les médecins généralistes installés, remplaçants et internes exerçant en région ex-Midi-Pyrénées et dans l'Aude ont été sollicités pour participer à un recueil de données puis pour répondre à un questionnaire en ligne. **Résultats** : 74 médecins ont répondu à notre enquête. Ils ont jugé tardives 7,7% des consultations réalisées au cours de la période de participation. Ils exerçaient en majorité dans des secteurs défavorisés, mais à la relativement bonne accessibilité aux soins. Les médecins ont déclaré significativement plus de recours tardifs lorsqu'ils exerçaient dans des zones défavorisées, et qu'ils suivaient une importante patientèle bénéficiant de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S). Les résultats n'étaient pas significatifs concernant l'offre de soin, la proportion de patients bénéficiant d'une Affection Longue Durée (ALD), et le caractère rural, semi-rural ou urbain de la commune d'exercice. **Discussion** : Bien que l'effectif réduit des médecins participants puisse être responsable de biais, celle-ci reste originale : elle permet de quantifier le pourcentage de recours tardif au médecin généraliste et d'en objectiver le lien avec les inégalités sociales. Les résultats apparaissent cohérents avec la littérature concernant les difficultés d'accès et le renoncement aux soins.

TITLE : DELAYED CARE IN PRIMARY CARE : A SURVEY OF GENERAL PRACTITIONERS IN OCCITANIE

ABSTRACT : Health care access barriers are becoming increasingly topical in a context of declining demographics in general practice. Among the consequences of difficulties in accessing care, delayed care is poorly understood, particularly in primary care. **Aims** : To quantify delayed care in general practice, and to investigate the link with the socio-territorial characteristics of practice areas. **Materials and methods** : GPs, substitute doctors and interns practicing in the former Midi-Pyrénées and Aude regions were asked to participate in a data collection and to complete an online questionnaire. **Results** : 74 doctors responded to our survey. They considered 7.7% of consultations to be late presentation during the participation period. Most of them practiced in disadvantaged areas, but with good access to care. Doctors reported significantly more late presentation when they practiced in disadvantaged areas, and when they followed a large number of patients benefiting from the Complémentaire Santé Solidaire (C2S). The results were not significant with regard to the supply of care, the proportion of patients benefiting from an Affection Longue Durée (ALD), and the rural, semi-rural or urban nature of the commune. **Discussion** : Although the small number of participating doctors may be responsible for biases, this study remains original: it quantifies the percentage of late visits to GPs, and objectivizes the link with social inequalities. The results appear to be consistent with the literature on the difficulties of access to care and unmet health care needs.

Mots-Clés : recours tardif aux soins, consultation tardive, non recours aux soins, renoncement aux soins

Keywords : late presentation, patient delay, delayed care, unmet health care needs, nonreceipt of medical care

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE
