

2016-2017

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Qualification en MEDECINE GENERAL

**Renoncement aux soins
des patients qui
consultent aux urgences**

THOMAS Cécile

Née le 27/05/1988 à FIRMINY(42)

MENAGER Grégory

Né le 25/08/1986 à LORMONT(33)

Sous la direction Mme DELORI Maud

Membres du jury

Mme le Professeur BARON-HAURY Céline	Président
Mme le Docteur DELORI Maud	Directeur
Mme le Docteur SOULIE-CHAVIGNON Caroline	Codirecteur
M. le Professeur CAILLIEZ Éric	Membre
M. le Professeur CONNAN Laurent	Membre

Soutenue publiquement le :
30 Mars 2017



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Soussignés MENAGER Grégory et THOMAS Cécile,
déclarent être pleinement conscients que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, nous nous engageons à citer toutes les sources que nous avons utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par les étudiants le **30/03/2017**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstrucrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine

GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

ZAHAR Jean-Ralph
ZANDECKI Marc

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hématologie ; transfusion

Médecine
Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmacochimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDreau Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRICAUD Anne	Biologie cellulaire	Pharmacie
TURCANT Alain	Pharmacologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane	Informatique	Médecine
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
LETERTRE Elisabeth	Coordination ingénierie de formation	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

REMERCIEMENTS

- A Mme le Professeur BARON-HAURY Céline, de nous avoir fait l'honneur de présider notre jury. Nous la remercions également de nous avoir mis en relation pour la réalisation de ce travail
- A Mme le Docteur DELORI Maud, pour avoir accepté de nous avoir dirigés, accompagnés, aidés tout au long de notre travail.
- A Mme le Docteur SOULIE-CHAVIGNON Caroline, pour nous avoir rejoint dans notre travail et de son aide éclairé pour la partie résultat.
- A M. le Professeur CAILLIEZ ERIC, pour avoir accepté de faire partie de notre jury
- A M. le Professeur CONNAN Laurent, pour avoir accepté de faire partie de notre jury

REMERCIEMENTS

De la part de Cécile :

A ma mère pour m'avoir soutenue, encouragée, écoutée dans les moments difficiles ; je n'oublierais jamais ce trajets en scooter !

A mon père pour la voile, la mer, les voyages qui m'ont permis de prendre du recul, me poser les bonnes questions .

A mon petit frère le suédois, qui a dû supporter une sœur tyrannique en P1 durant 2années consécutives, tack !

A Clémentine pour l'écoute, les encouragements.

A Sébastien le Poséidon des piscines et des maths pour l'aide et le samedi statistique.

A mes co-équipières et coach de hockey subaquatique qui m'ont appris la solidarité, la persévérance et l'envie de gagner !

Aux co-externes, pour les noctambu pas toujours à la bu, les relais devant l'amphi kerneis en p1, les blagues pendant les seram : les IgM, la loi normale qui ne touche pas le ciel, les enzymes asexués, rosette, petit chinois ...

A mes co-internes, notamment les mayennais pour m'avoir, presque, fait aimer la campagne : vive les rillettes de Gorron !

Au DMG de la faculté d'Angers, à mes maitres de stage prat : Dr Rechner, Dr Delestre, mais aussi SASPAS qui m'ont fait découvrir et aimer la médecine générale .

A Gregory pour m'avoir proposé de le rejoindre dans ce projet .

REMERCIEMENTS

De la part de Grégory :

A ma mère, ma sœur, mon frère pour leur amour, leur soutien et leur aide incommensurable depuis de si longues années. Je vous dois tout, merci pour tes réseaux Julie et ta correction David.

A mes Gros...et Sarah, que ce soit les « originels », de la Fac de Bordeaux, ou Angevins. Merci d'avoir plus souvent cru en moi que je ne pouvais moi-même le faire.

A mes collègues de DESC Emilie, Julien, Noémie et Topette.

Au DR Abou et son service du centre hospitalier de Mayenne pour m'avoir donné envie de travailler à l'hôpital

Aux services des urgences et du Samu du Mans, pour le plaisir quotidien que j'ai de travailler avec chacun de vous Médecin, IDE, IADE, Ambulancier, Parm, AS.....

A Grégoire Le Campion, pour son analyse et son aide majeure concernant la partie statistique. Merci à toi pour ta disponibilité et ta rapidité

A Cécile pour le sérieux et l'application que tu as mis dans ce travail

A Maud et Caro, d'un point de vue personnel, d'avoir fait partie des personnes qui m'ont confortée dans mon choix de faire des urgences quand j'étais votre interne

A Thibault, cela s'applique également à toi et merci pour ton aide pour ce travail

Aux DRs Andromaque, Baudry et Marais pour la qualité et l'expérience apportés lors des débriefings pendant mon stage Prat, qui continue à mettre utile aujourd'hui

A toutes les personnes que j'oublie mais qui ont eus un impact favorable dans ma vie.

Et surtout, à toi mon amour, Elsa, qui a fait de moi l'homme le plus heureux en acceptant de devenir ma femme

Liste des abréviations

AAH	Allocation adulte handicapé
ACS	Aide à l'acquisition de la complémentaire santé
AME	Aide médicale d'état
CCMU	Classification clinique des malades aux urgences
CETAF	Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé
CHM	Centre Hospitalier du Mans
CHU	Centre hospitalier universitaire d'Angers
CMU	Complémentaire médicale universelle
CMUc	Complémentaire médicale universelle complémentaire
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ESPS	Enquête sur la santé et la protection sociale
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de la recherche et documentation en économie de la santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PCS	Professions et catégories socioprofessionnelles
RSA	Revenue de solidarité active
RR	Risque relatif
RS	Renoncement aux soins
SAU	Service d'accueil des urgences
SRCV	Statistiques sur les ressources et les conditions de vies

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Population étudiée

2. Taux de renoncement aux soins

3. Analyse des caractéristiques associées au renoncement aux soins

3.1 Associations entre variables qualitatives

3.1.1 Variables recueillies

3.1.2 Renoncement aux soins et enfant

3.2 Influence de l'âge dans le renoncement aux soins

4. Analyses annexes

4.1 Médecin traitant et complémentaire santé

4.2 Précarité et motifs de consultations

4.3 comparaison de la précarité chez les patients seuls sans enfants et ceux avec enfants

DISCUSSION et CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Renoncement aux soins des patients qui consultent aux urgences

THOMAS Cécile, MENAGER Grégory

Répartition du travail :

- Le projet est à l'initiative de Grégory Menager
- Les patients ont été inclus par Cécile Thomas pour le CHU d'Angers et par Grégory Menager pour le CH du Mans.
- La rédaction de la partie Résultats, la mise en forme des tableaux et figures, des Annexes et de la Bibliographie a été réalisé par Cécile Thomas.
- Les parties Introduction, Méthodologie et Discussion ont été rédigées par Grégory Menager
- Le résumé a été fait conjointement, et sa traduction en Anglais assuré par Cécile Thomas

RESUME

Renoncement aux soins des patients qui consultent aux urgences

Introduction : Le renoncement aux soins est une notion apparue depuis les années 1990 en économie de la santé et est défini par l'IRDES comme : « *Les individus renoncent à des soins quand ils ne sollicitent pas les services et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou qu'ils n'accèdent pas à la totalité des soins prescrits* ». Le but de cette étude est d'évaluer le renoncement aux soins des patients consultant aux urgences d'Angers et du Mans. Nous avons essayé de mettre en évidence les caractéristiques de ces patients passant aux urgences.

Méthode : Les données ont été recueillies de façon prospective lors d'entretien individuel, le renoncement aux soins était évalué sur les 12 derniers mois précédents la consultation aux urgences. Les caractéristiques socio-économiques des patients étaient présentes dans le dossier administratif d'entrée et les données manquantes complétées lors de l'entretien.

Résultats : Parmi les 900 patients inclus le taux de renoncement aux soins était de 23%, nous avons établis que les patients « renonciateurs » étaient en moyenne plus jeunes que ceux de la population générale 40.4 ans contre 55.2 ans ($p<0.05$). Nous avons retrouvé un lien entre renoncer aux soins et le niveau de couverture complémentaire, plus fréquent en cas d'absence ou de CMUc, l'absence de médecin traitant ou celle d'enfant. Il en est de même pour le niveau socio-économique des patients, plus celui-ci est faible (concernant le revenu, le travail ou la PCS) plus le risque de renoncer est élevé ($p<0.05$).

Conclusion : Le taux de renoncement aux soins des patients aux urgences est équivalent aux taux retrouvés dans la population générale obtenu dans les études antérieures avec des caractéristiques semblables.

INTRODUCTION

Selon le rapport de l'IRDES de 2012 «Enquête sur la santé et protection sociale en 2012 » [1], près de 26% des personnes interrogées déclarent avoir renoncé à au moins un soin pour raisons financières dans l'année précédent la réalisation du questionnaire. Parmi ces personnes, ceux ne possédant pas de complémentaire santé sont majoritairement concernés.

Le renoncement aux soins est défini par l'IRDES dans son rapport de 2011 comme : « Les individus renoncent à des soins quand ils ne sollicitent pas les services et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité des soins prescrits ». [2]

Les services d'urgence sont les premiers lieux de consultation des populations précaires [3,4] qui sont également les populations les plus soumises au renoncement aux soins [5]. Il y a majoritairement des études ambulatoires par questionnaires envoyés à des cohortes de population.

Le RS a des conséquences immédiates sur l'état de santé. En effet, les personnes qui déclarent renoncer aux soins décrivent ressentir un état de santé plus dégradé, par rapport à la population générale. Lorsque finalement les patients « renonciateurs» sont pris en charge, leurs tableaux cliniques sont plus graves, les thérapeutiques instaurées plus nombreuses, les durées d'hospitalisation plus longues, et donc un surcoût non négligeable pour le système de santé [6].

La situation a tendance à se pérenniser : les personnes qui déclarent renoncer aux soins ont plus de risque de présenter un état de santé détérioré 4 ans après [7]. Le RS entraîne donc une dégradation de l'état de santé.

Nous avons réalisé une étude auprès des Services d'Accueil des Urgences (SAU) des Centres Hospitaliers d'Angers et du Mans cherchant à évaluer le taux de renoncement aux soins des patients qui consultent dans ces structures et de mettre en évidence les caractéristiques particulières de ces derniers.

MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude épidémiologique, prospective, observationnelle, bicentrique.

L'objectif était d'évaluer le taux de renoncement aux soins aux services des SAU du CHU d'Angers et du CH du Mans.

Le critère de jugement principal était le pourcentage de patients consultant aux urgences déclarant un RS dans les 12 derniers mois précédent la consultation au SAU.

L'objectif secondaire de l'étude était d'identifier les caractéristiques épidémiologiques des personnes « renonciatrices»

Population étudiée :

Les patients inclus dans l'étude étaient tous les patients majeurs, ayant consulté aux SAU du CHU d'Angers et du CHM, capables et acceptant de répondre aux questionnaires directement ou par l'intermédiaire d'un traducteur. Ils étaient inclus pendant les périodes de présence des responsables de l'étude aux seins des SAU. Ces périodes étaient en journées étalées sur plusieurs mois entre les mois de décembre 2015 et Avril 2016

Les critères d'exclusions étaient les patients mineurs ou incapables majeurs, les patients dans l'impossibilité de donner leur accord, ceux dont l'état de santé mental ou physique était incompatible avec la réalisation du questionnaire.

Méthode de repérage du renoncement aux soins

Chaque patient consultant dans les SAU, que ce soit en Box où en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) était interrogé directement. Ceux qui acceptaient de répondre au questionnaire (Annexe I) étaient vus en entretien individuel. Les questions étaient posées

directement avec report des réponses sur le questionnaire. Une lettre d'information sur l'étude (Annexe II) était également remise aux patients avant de recueillir leurs réponses.

Ce dernier comportait deux parties :

La première partie permettait de recueillir les caractéristiques épidémiologiques de la population. La nationalité ainsi que le fait de parler français couramment étaient évalués. La situation familiale, vivre seul(e) ou en couple, la présence d'enfant étaient également reportée. Les patients étaient classés en catégories socio-professionnelles selon la nomenclature « Professions et Catégories Socioprofessionnelles » de l'INSEE de 2003 (Annexe III), selon leur emploi et le fait de l'exercer à plein temps ou non. Pour les personnes sans emploi, la présence d'autres ressources à savoir minimas sociaux (RSA, AAH, etc), invalidité, chômage ou absence de toutes ressources étaient notifiées.

A cela venait s'ajouter les données présentes dans le dossier dès l'accueil à savoir l'absence de médecin généraliste, la présence ou non d'une couverture complémentaire et le logement.

Il en était de même pour le motif de consultation qui était ensuite classé selon l'échelle CCMU (Annexe IV).

La deuxième partie cherchait à évaluer le renoncement aux soins.

Pour cela nous avons utilisé la définition de l'IRDES à savoir : « s'il avait renoncé à des soins médicaux (consultation médecin traitant ou spécialiste, dentiste...) dans les 12 derniers mois alors qu'il en ressentait le besoin ? ». Nous avons étendu la définition au fait d'avoir renoncé à des soins prescrits tel que les médicaments, les examens de laboratoires ou d'imageries.

Nombre de sujets nécessaires :

Ce nombre a été estimé à partir du taux de renoncement de la population dans la littérature à savoir 26%. Il a été ainsi calculé à 900 patients, soit 450 par centre pour permettre d'espérer un nombre suffisamment important de patients « renonciateurs. »

Analyse statistique :

Elle a été faite à partir du logiciel SPSS version 17. Les écarts types, les intervalles de confiances et les moyennes ont été calculés. Ces données ont été analysées par le test t de student. Les données qualitatives ont été analysées, quant à elles par un test du Chi-2 de Pearson. Un $p < 0.05$ indique une corrélation significative, nous avons ensuite calculé les Odds ratios.

Ethique :

Le protocole de recherche clinique a été approuvé par les comités d'éthique du CHU d'Angers et du CHM ainsi que le comité scientifique du département de médecine d'urgence d'Angers.

Avant de répondre au questionnaire, le consentement oral des patients était recueilli.

3.RÉSULTATS

Partie 1. Population étudiée

La figure 1 rapporte les caractéristiques recueillies par l'interrogatoire des 900 patients.

Tableau 1 : Caractéristiques épidémiologiques de l'échantillon

	n (=900)	%
Sexe		
sexes masculin	469	52,1 %
sexes féminin	431	47,9 %
Age		
18-25 ans	122	13,5 %
26-59 ans	422	46,9 %
> 60 ans	356	39,6 %
Couverture santé		
Privée	794	88,2 %
CMU	70	70,8 %
AME	4	0,4 %
Absence	32	3,6 %
Médecin traitant		
Oui	864	96 %
Non	36	4 %
Logement		
Oui	893	99,2 %
Non	7	0,8 %
Nationalité		
Française	856	95,1 %
Autre	44	4,9 %
Langue parlée		
Français	896	99,6 %
Autre	4	0,4 %
Motif d'accueil selon CCMU		
CCMU1	128	14,2 %
CCMU2	473	52,6 %
CCMU3	260	28,9 %
CCMUP	39	4,3 %

	n	%
Situation familiale		
Couple avec enfant	427	47,5 %
Couple sans enfant(s)	74	8,2 %
Seul(e) avec enfant(s)	209	23,2 %
Seul(e) sans enfant	190	21,1 %
Travail		
Temps plein	309	34,3 %
Temps partiel	76	8,4 %
Retraité(e)	329	36,6 %
Actif sans travail	186	20,7 %
PCS		
1 Agriculteurs	8	0,9 %
2 Artisans	39	4,3 %
3 Cadres supérieurs	30	3,3 %
4 Professions intermédiaires	62	6,9 %
5 Employés	179	19,9 %
6 Ouvriers	62	6,9 %
7 Retraités	328	36,5 %
8 Inactifs	192	21,3 %
Ressources		
Salaire	360	40 %
Invalidité	37	41,1 %
minima sociaux	75	8,3 %
indemnités chômage	34	3,8 %
Retraite	328	36,5 %
sans ressource	66	7,3 %

Partie 2. Taux de renoncement aux soins

Sur les 900 patients inclus, 208 (23.1%) déclaraient avoir renoncé à au moins un type de soin de santé au cours des douze mois précédent l'enquête, quel que soit la raison.

Partie 3. Analyse des caractéristiques associées au renoncement aux soins

3.1 Associations entre variables qualitatives

3.1.1 Variables recueillies

La figure 2 résume les tests de chi-deux réalisés ainsi que les odds ratio calculés.

Tableau 2 : Association entre les variables recueillies et le renoncement aux soins.

	Renoncement aux soins : oui		Renoncement aux soins : non		p valeur	Odds Ratio (IC à 95%)
	%	n	%	N		
Ensemble des patients	23,1%	208	76,9%	692	-	-
Sexe						
Homme	48,1%	100	53,3%	369	p=0,184	-
Femme	51,9%	108	46,7%	323		
Couverture						
Privée	78,8%	164	91%	630	p<1.10 ⁻⁵	0,37 (0,56-0,25)
CMUC	14,9%	31	5,6%	39	p<1.10 ⁻⁵	2,93 (1,81-4,74)
AME	0,5%	1	0,4%	3	-	-
Absence	5,8%	12	2,9%	20	p<1.10 ⁻⁵	2,06 (1-4,23)
Médecin traitant						
Oui	90,4%	188	97,7%	676	p<1.10 ⁻⁵	0,22 (0,12-0,41)
Non	9,6%	20	2,5%	16		4,49 (2,4-8,39)
CCMU						
1	13,5%	28	14,5%	100	p=0,4	-
2	49,5%	103	53,5%	370	p=0,3	-
3	28,4%	59	29%	201	p=0,8	-
P	8,7%	18	3%	21	p<1.10 ⁻⁵	3,03 (1,63-5,65)
Logement						
Oui	98,6%	205	99,4%	688	P=0,2	-
Non	1,4%	3	0,6%	4		

	Renoncement aux soins : oui		Renoncement aux soins : non		p valeur	Odds Ratio (IC 95%)
	%	n	%	n		
Nationalité						
Française	93,3%	194	95,7%	662	p=0,1	-
Autre	1,7%	14	4,3%	30		
Langue française maîtrisée						
Oui	99%	206	99,7%	690	p=0,2	-
Non	1%	2	0,3%	2		
Situation Familiale						
Seul(e) avec enfant(s)	21,2%	44	23,8%	165	p=0,4	-
Seul(e) sans enfant	27,4%	57	19,2%	133	p<1.10⁻⁵	1,59 (1,11-2,28)
Couple avec enfant(s)	38,5%	80	50,1%	347	p<1.10⁻⁵	0,62 (0,45-0,85)
Couple sans enfant	13%	27	6,8%	47	p<1.10⁻⁵	2,05 (1,25-3,36)
Travail						
Travail temps plein	47,1%	98	30,5%	211	p<1.10⁻⁵	2,03 (1,48-2,78)
Travail temps partiel	12,5%	26	7,2%	50	p<1.10⁻⁵	1,83 (1,12-3)
Actif sans travail	27,9%	58	18,5%	128	p<1.10⁻⁵	1,7 (1,19-2,42)
Retraite	12,5%	26	43,8%	303	p<1.10⁻⁵	0,18 (0,12-0,27)
PCS						
1 Agriculteurs	0,5%	1	1%	7	-	-
2 Artisans	4,8%	10	4,2%	29	p=0,7	-
3 Cadres supérieurs	5,8%	12	2,6%	18	p<1.10⁻⁵	2,29 (1,11-4,74)
4 Professions intermédiaires	10,1%	21	5,9%	41	p<1.10⁻⁵	1,78 (1,03-3,06)
5 Employés	30,3%	63	16,8%	116	p<1.10⁻⁵	2,16 (1,52-3,07)
6 Ouvriers	8,7%	18	6,4%	44	p=0,2	-
7 Retraités	12,5%	26	43,6%	302	p<1.10⁻⁵	0,18 (0,12-0,27)
8 Inactifs	27,4%	57	19,5%	135	p<1.10⁻⁵	1,56 (1,09-2,23)
Ressources						
Salaire	57,2%	119	34,8%	241	p<1.10⁻⁵	2,5 (1,83-3,41)
Invalidité	2,4%	5	4,6%	32	p=0,1	-
Minima sociaux	11,5%	24	7,4%	51	p=0,06	-
Indemnités chômage	4,8%	10	3,5%	24	p=0,4	-
Sans ressources	12%	25	5,9%	41	p<1.10⁻⁵	2,17 (1,3-3,63)
Retraite	12%	25	43,8%	303	p<1.10⁻⁵	0,18 (0,12-0,27)

3.1.2 Renoncement aux soins et enfant

Après avoir catégorisé la situation familiale des patients nous avons isolé le fait ou non d'avoir des enfants. Il en résulte la figure suivante :

Tableau 3 : association entre présence d'enfant et RS

	Renoncement aux soins : oui		Renoncement aux soins : non		p valeur	Odds Ratio (IC à 95%)
	%	n	%	n		
Enfant(s)						
oui	13,7%	124	57%	512	p<1.10⁻⁵	0,62 (0,45-0,85)
non	9,3%	84	20%	180		1.93 (1,4-2,67)

3.2 Influence de l'âge dans le renoncement aux soins

La moyenne d'âge de la population des patients ayant déclaré un renoncement aux soins était de 40,4 ans (écart type 16,90) alors que celle des patients n'ayant pas renoncé aux soins était de 55,5 ans (écart type 21,78).

Il apparaît que les patients déclarant avoir renoncé à des soins sont significativement plus jeunes ($t=9,050$ IC 95% [11,63;18,07] $p<1.10^{-5}$). La figure 4 représente ces résultats.

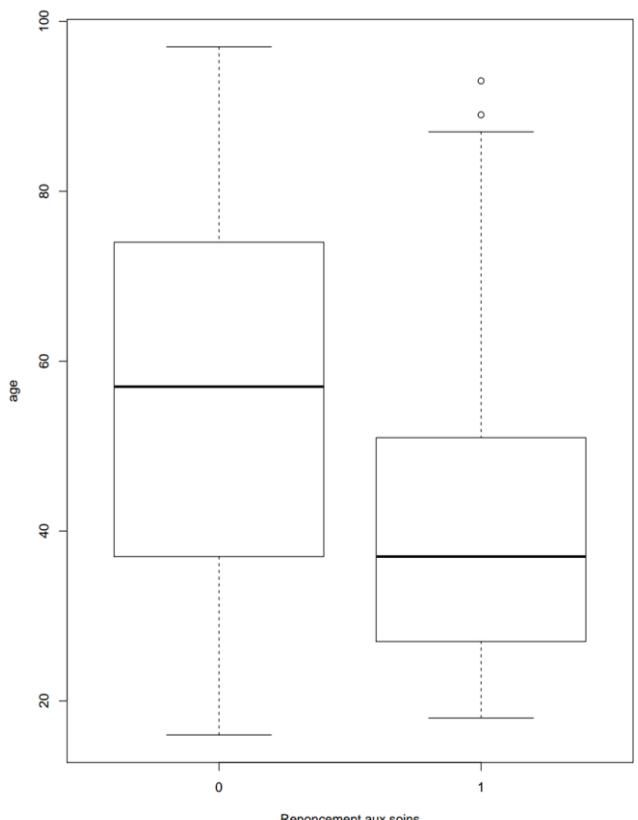


Figure 1 : âge et renoncement aux soins

Partie 4. Analyses annexes

4.1 Médecin Traitant et Complémentaire santé

Nous avons étudié l'absence de médecin traitant chez les patients bénéficiant de la CMUc et chez ceux n'en possédant aucune. (Figure 5)

Tableau 4: Association entre absence de médecin traitant et complémentaire santé

	Médecin traitant : non		Médecin traitant : oui		p valeur	Odds Ratio (IC à 95%)
	%	n	%	n		
CMUC						
Oui	0,5 %	8	6,5 %	62	p<1.10⁻⁵	3,7 (IC 1,7-8,4)
Non	3 %	28	90 %	802		
Absence de complémentaire santé						
Oui	0,7 %	6	2,9 %	26	p<1.10⁻⁵	6,45 (IC 2,78-14,98)
Non	3,3 %	30	93,1%	838		

4.2 Précarité et motifs de consultations

Nous avons analysé la part de patients précaires en fonction des motifs de consultations psychiatriques (CCMUP) et inadaptés aux urgences (CCMU1). Les patients étaient identifiés comme précaires quand ils faisaient partie des actifs sans travail (PCS8).

Tableau 5 : Association entre PCS8 et motif de consultation

	PCS8 : oui		PCS8 : non		p valeur	Odds Ratio (IC à 95%)
	%	n	%	n		
Motif de consultation CCMU1						
Oui	4,4 %	40	9,8 %	88	p<1.10⁻⁵	1,85 (IC 1,23-2,78)
Non	16,9 %	152	68,9 %	620		
Motif de consultation CCMUP						
Oui	2 %	18	2,3 %	21	p<1.10⁻⁵	3,38 (IC 1,82-6,27)
Non	19,3 %	174	76,4 %	687		

4.3 Comparaisons de la précarité chez les patients seuls sans enfant (s) et ceux seuls avec enfant(s)

Nous avons comparé la précarité chez les patients seuls avec enfant (seul+E) ou sans enfants (seul-E) selon deux critères le fait d'appartenir à la Pcs 8 (figure 7), et l'absence de ressource (figure8).

Tableau 6 : Association entre PCS8 et le fait d'avoir au moins un enfant chez une personne seule.

	PCS8 : oui		PSC8 : non		p valeur	Odds Ratio (IC à 95%)
	%	n	%	n		
Seul + E						
Oui	5,3 %	48	17,9 %	161	p=0,5	-
Non	16 %	144	60,8 %	547		
Seul - E						
Oui	7,2 %	65	14%	125	p<1.10⁻⁵	2,39 (IC 1,68-3,39)
Non	14,1 %	127	64,7 %	583		

Tableau 7 : Association entre l'absence de ressource et le fait d'avoir au moins un enfant chez une personne seule.

	Absence de ressources : oui		Absence de ressources : non		p valeur	Odds Ratio (IC à 95%)
	%	n	%	n		
Seul + E						
Oui	0.5%	5	22.7%	204	p<1.10⁻⁵	0,25 (IC 0,1-0,6)
Non	6.8%	61	70%	630		
Seul - E						
Oui	4.1%	37	17%	153	p<1.10⁻⁵	4,77 (IC 3,55-9,1)
Non	3.2%	29	75.7%	681		

DISCUSSION

1 .Critère de jugement principal : taux de RS

Au total nous avons eu 208 patients sur les 900 inclus qui ont déclaré avoir renoncé aux soins, soit 23% de la population. Ce taux s'inscrit dans la moyenne des taux retrouvés dans la littérature [8] (de 20 à 35% en fonction de la formulation des questions, les caractéristiques de ces populations étant superposables).

Pour évaluer le renoncement aux soins nous avons donc utilisé une méthodologie se rapprochant de celle de l'enquête princeps de 2012 en considérant qu'un patient est « renonciateur » dès qu'il déclare avoir renoncé à un soin quel que soit le type de soins, une consultation avec un médecin généraliste, spécialiste ou un dentiste, ou des soins prescrits. Cette méthodologie a permis d'obtenir un taux de renoncement supérieur aux études réalisées jusqu'alors. En effet, par rapport à son étude de 2008, l'IRDES [6] en modifiant la méthodologie a obtenu un taux de renoncement en 2012 supérieur à celui de 2008 qui s'élevait alors « seulement » à 15.4%. Les caractéristiques des patients étaient quant à elles identiques.

Nous n'avons pas précisé le caractère financier du RS car le RS n'est pas exclusivement financier même si cela reste l'aspect le plus souvent étudié en France. Il est multifactoriel, dans l'étude esp's 2012, 17% des patients renoncent pour des raisons de délais de rendez-vous trop long et 3% pour un problème d'éloignement ou de mobilité. Il en est de même pour l'étude du fond CMU et de la cetaf de 2011 [9] : 23,8% des personnes bénéficiaires de la CMU-C renoncent, même si cela peut être associé à un renoncement financier, pour une autre raison. Les principales raisons invoquées étaient des délais de rendez-vous trop long, un manque de temps, ou un

refus de la part d'un professionnel de santé. Cela nous a permis d'aborder le RS dans sa forme globale.

Le RS est une notion qui est apparue en économie de la santé depuis les années 1990, ce dernier possède une cinétique en lien avec les différentes politiques de santé. Un des principaux acteurs ayant fait reculer le RS est l'instauration de la loi de 1998 contre l'exclusion avec la mise en place de l'AME, CMU, CMUC et sa mise en application en 2000. Jusqu'en 2000, on assistait à une augmentation du RS pour raisons financières, puis une chute avec la mise en place du dispositif jusqu'en 2002. Depuis 2002, le RS progresse indépendamment du revenu et la catégorie socio professionnelle. En 2008, il est revenu à son niveau de 2000 et tend à continuer d'augmenter [10]. Malgré cette augmentation, les auteurs s'accordent sur l'effet éminemment protecteur vis-à-vis du RS de la CMUC avec un taux qui pourrait quasi doubler en son absence.

En 2014, le taux de pauvreté s'est élevé en France à 14% de la population ; un taux qui n'avait pas été atteint depuis 1997 [11]. Cela concerne 8,7 millions de personnes dont 20% sont des jeunes de moins de 18 ans. Le seuil de pauvreté est actuellement de 977 euros par mois pour une personne seule ; les personnes seules gagnant moins de 721 euros par mois peuvent accéder à la CMU-C. Les personnes seules gagnant moins de 973 euros par mois sont éligibles à l'aide pour une complémentaire santé (ACS).

L'augmentation du taux de pauvreté a un effet direct sur la consommation de soins des personnes, ce qui est d'autant plus renforcé par l'évolution des politiques de santé avec une diminution des remboursements par la Sécurité Sociale et augmentation de la part laissée à la charge du patient qui contribue à l'augmentation du RS [12.13].

2) Caractéristiques des patients qui renoncent aux soins

2.1) L'âge : plus jeune que la population générale

L'âge est un facteur qui influe sur le RS, les « renonciateurs » sont plus jeunes, avec une moyenne de 40,4 ans contre 55,2 ans ($p<1.10^{-5}$), que la population générale. Ces résultats sont décrits dans la littérature [1,5,7] avec une décroissance du RS avec l'âge. Les personnes de 18 à 25 ans sont exposées du fait d'une part importante de précarité dans cette catégorie d'âge, que ce soit les étudiants [14,15] ou les jeunes sans diplôme, en insertion professionnelle. Les bénéficiaires de la CMUC et les personnes sans complémentaires [16] sont en général plus jeunes par rapport à la population globale en France.

2.2) Niveau socio-économique plus faible

Nous avons ensuite essayé de catégoriser le niveau socio-économique des patients « renonciateurs ». Pour cela nous nous sommes intéressé à trois variables : le travail, la catégorie sociale (PCS) et leurs ressources. Comme attendu [1,10] le fait d'être un actif sans travail ou un travailleur à temps partiel est un facteur favorisant de RS. On obtient des Odds Ratio respectivement à 1.7 (IC 1.19-2.42) et 1.83 (IC 1.12-3) ($p<1.10^{-5}$).

Etre un travailleur à temps complet est positivement corrélé au RS avec un Odds Ratio de 2,03 (IC 1,48-2.78) ($p<1.10^{-5}$). Ce résultat à première vue peut sembler paradoxal, un des éléments de réponse est que le nombre de patients percevant un salaire est plus important chez les « renonciateurs », 57.2% contre 34.8% dans la population

générale ($p<1.10^{-5}$). En analysant la catégorie socio-professionnelle, on voit que la PCS 5 (autrement dit les salariés moins qualifiés) est plus représenté chez les patients qui renoncent, avec un taux de 30.3%. Le fait d'appartenir à la PCS5 est un facteur de risque de RS avec un Odds Ratio à 2.16 ($IC\ 1,52-3,06$) ($p<1.10^{-5}$). Ce qui renvoi au concept de « travailleur précaire ». Ils sont vulnérables au RS du fait d'un effet seuil [9,26] : leurs ressources sont supérieures aux plafonds de la CMUC ou de l'ACS les rendant ainsi inéligibles à ces dispositifs mais insuffisantes pour leur permettre de prendre une complémentaire privée du fait d'un coût trop élevé.

Les personnes sans ressources ou bénéficiaires des minima sociaux sont plus nombreuses dans la population soumise au renoncement. Il en est de même pour les actifs sans travail (PCS8).

Le fait d'être retraité est clairement protecteur vis-à-vis du RS avec un Odds Ratio à 0.18 ($IC\ 0,12-0,27$) ($p<1.10^{-5}$). Le taux de retraité est plus élevé dans la population non « renonciatrice » (44% contre 12%).

Un autre résultat qui peut paraître surprenant, est la présence plus importante de patients appartenant aux PCS 3 et 4 dans la population qui renonce, alors que ce sont a priori des populations dites aisées. Cela a déjà été décrit dans des études antérieures [2,7]. Ce renoncement est dû à la meilleure perception de leur santé, meilleure identification des problèmes et d'attentes supérieures dans ce domaine en lien avec un niveau socio-économique et d'études supérieures. Les soins renoncés sont également différents, plutôt préventifs pour ces catégories alors qu'il est curatif pour les plus précaires, il porte également sur des soins optiques ou dentaires mais avec la possibilité de substitutions par d'autres thérapeutiques moins onéreuses ce que les plus précaires n'ont pas. [7]

2.3) La complémentaire santé : RS plus élevé en cas d'absence ou de Cmuc

Le niveau de complémentaire santé est le facteur le plus significatif vis-à-vis du RS dans les différentes études [9,17]. La prévalence du renoncement aux soins est corrélée directement au niveau de couverture complémentaire. Comme prévu, on retrouve un taux de bénéficiaire CMUC supérieur dans la population qui renonce (15%). Le fait de bénéficier de la CMUC majore le risque de RS [Odds Ratio=2.93 (IC 1.81-4.74) ($p<1.10^{-5}$)]. Il en est de même pour le taux de patients sans couvertures complémentaires, supérieur chez les « renonciateurs ». Dans notre étude nous avons eu peu de patients bénéficiaires de l'AME, ne permettant pas une analyse et une extrapolation des résultats à la population générale.

Le taux de complémentaires privées est inférieur chez les patients qui renoncent, le fait de bénéficier de ce type de complémentaire protège du RS [Odds Ratio à 0.37 (IC 0,25-0,56) ($p<1.10^{-5}$)]. Elle reste cependant la complémentaire la plus largement répandue chez les « renonciateurs ». Le fait de posséder une complémentaire privée n'exclue donc pas d'emblée le renoncement aux soins. Les niveaux de remboursements et le reste à charge du patient sont très variables selon les contrats. Ils entraînent un RS qui semble concerner les soins dentaires et optiques, les médecins spécialistes, d'autant plus s'ils ne sont pas conventionnés [18].

2.4) L'absence de médecin traitant

Nous avons mis en évidence un lien entre le RS et l'absence de médecin traitant : le taux est plus élevé chez les « renonciateurs » (10%) avec un Odds Ratio à 4.49 (IC 2.4-8.39) ($p<1.10^{-5}$). L'absence de médecin traitant augmente le risque de RS. Dans notre

étude nous avons également retrouvé une absence de médecin traitant plus importante chez les patients bénéficiaires de la Cmuc ou sans couverture complémentaire (Tableau 4). L'absence de Médecin traitant touche 11.6% des patients Cmuc et jusqu'à 21.4% chez ceux sans couverture contre 4% dans la population générale ($p<1.10^{-5}$). Ces données sont confirmées par la littérature antérieure [19,20] où il a été établi que les personnes précaires et bénéficiaires de la CMUC sont majoritairement celles qui déclarent ne pas avoir de médecin traitant et donc exposées au RS. Depuis la réforme de 2004 sur le médecin traitant, celui-ci occupe un rôle central et de premier contact dans les parcours de soins. En son absence, le renoncement aux spécialistes est plus important, en partie dû au surcoût que cela peut entraîner. Les personnes sans médecin traitant sont également moins sensibles aux différents programmes de préventions. [7,19]

2.5) L'absence d'enfant

Nous nous sommes intéressés à la situation familiale des personnes renonciatrices. Le fait de ne pas avoir d'enfants semble favoriser le RS. Les personnes qui renoncent sont environ 40% à ne pas avoir d'enfant contre 26% ($p<1.10^{-5}$). Ce résultat va dans le sens d'Etudes précédentes [21] où il existait une corrélation entre absence d'enfants et RS. Ceci étant expliqué par l'isolement des personnes du a une absence de réseau familial ou personnel. Mais il existe cependant une notion contraire comme quoi : les parents de familles monoparentales et surtout lorsqu' il s'agit de femmes, sont plus exposées au RS [22]. Cela s'explique par leur appartenance à des couches plus défavorisées de la société. Leur RS est avant tout financier, du fait du coût des soins ce qui entraîne de privilégier la santé de leur enfant au détriment de la leur [23].

Nous ne retrouvons pas ce résultat dans notre étude avec une part de famille monoparentale (c'est-à-dire seul+enfant) inférieure dans la population qui renonce de 21% ($p=0.4$). Ce résultat s'explique dans notre étude (tableaux 6 et 7) par le profil des patients seuls sans enfants qui sont plus exposés à la précarité. Ainsi on retrouve une corrélation positive entre le fait d'être seul sans enfant et le fait d'appartenir à la PCS8 : Odds Ratio 2.39 (IC 1,68-3,39) ($p<1.10^{-5}$); et/ou d'être sans ressource : Odds Ratio 4.77 (IC 3,55-9,1) ($p<1.10^{-5}$).

2.6) Les motifs de consultation

Concernant les motifs de consultations aux urgences, la psychiatrie est plus fréquente chez les patients qui renoncent aux soins (près de 9% contre 3% pour la population générale ($p<1.10^{-5}$). La souffrance psychique est une des résultantes de la précarité [24] avec une prévalence de pathologie psychiatrique plus importante dans les catégories de la population les plus défavorisées. Ce que nous avons recherché dans notre étude (tableau 5). Les patients inactifs (PCS 8) appartenant aux couches les plus précaires de la population sont plus nombreux chez les patients consultants pour motifs psychiatriques. Leur taux est de 43% dans la catégorie CCMUP contre 21.3% dans le reste de la population ($p<1.10^{-5}$). Toutefois, ce résultat est à tempérer avec la présence d'équipes mobiles de psychiatrie aux urgences du Mans et d'Angers qui peuvent être utilisées de façon préférentielle par les professionnels de santé extérieurs à l'hôpital. Nous n'avons pas inclus les patients en détresse vitale, c'est-à-dire CCMU 4 et 5, devant l'impossibilité de réaliser un entretien et de ne pas interférer dans leur prise en charge. Il a pu être établi que les patients en situation de précarité consultent aux urgences pour des motifs inappropriés autrement dit pour motif CCMU1 [25]. Ce

que retrouve notre étude (figure 8) avec un taux de patients PCS8 précaires supérieurs dans la catégorie CCMU1 à 35% ($p<1.10^{-5}$). Ils le faisaient également pour des motifs plus graves. Cela s'explique par deux phénomènes, le premier étant que les populations précaires sont les plus exposées aux facteurs de risques de maladies cardiovasculaires, pulmonaire, cancéreuse, diabète ou éthylisme [26,27]. Ces pathologies lorsqu'elles se décompensent sont responsables de tableaux cliniques graves avec mise en jeux du pronostic vital. Ce qui est encore renforcé par le deuxième phénomène, en lien avec le RS, qui consiste en un retard de consultation et de diagnostic. La prise en charge est alors tardive avec une gravité qui s'en retrouve accentuée et cela nécessite un volume de soins supplémentaire. Au vue de ses phénomènes, on peut penser qu'une étude rétrospective sur le renoncement aux soins en incluant uniquement des patients CCMU 4 et 5 aurait pu montrer un taux de renoncement aux soins dans les douze derniers mois supérieur au nôtre.

3. Limites

3.1) Le RS est une notion subjective

Le concept du RS est subjectif puisqu'il exprime un ressenti du patient qui est difficilement mesurable. Les attentes en santé sont très différentes en fonction de la catégorie socioprofessionnelle du fait d'un rapport au corps et d'une perception des symptômes variables [28]. Cela se traduit dans notre étude par la présence de personnes pcs3 et 4, qui appartiennent aux populations les plus aisées, à côté de personnes appartenant aux pcs5 et 8, qui sont les populations les plus précaires. Il en ressort un sentiment de sous-évaluation du RS chez les patients précaires du fait d'une

non reconnaissance des symptômes et de la nécessité de soins en général ainsi que lors de nos entretiens.

3.2) Biais de recrutement : urgences gynécologiques

La réalisation de notre étude aux SAU du CHU d'Angers et du CH du Mans a causé un biais de recrutement du fait de la présence dans les deux établissements, d'urgences gynéco-obstétriques distinctes des urgences adultes. Ces lieux accueillent également un public précaire, composé de femmes jeunes [3] qui ne sont pas vues aux SAU. Nous pouvons supposer que l'absence de lien entre le sexe et le RS que nous avons obtenu en résulte. Habituellement le fait d'être une femme est un facteur favorisant de RS dans les études [7,26]. Du fait de ces autres lieux de consultations, le nombre de femmes jeunes s'est retrouvé diminué dans notre étude, car la prévalence des pathologies gynéco obstétriques est importante dans cette tranche d'âge. Il est possible que cela se répercute sur nos résultats concernant la situation familiale, le fait d'être mère célibataire est aussi identifié comme favorisant le RS.

3.3) Biais de recrutement : La PASS

La Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) est présente au sein des deux structures d'urgences. Ce sont des structures médico-sociales qui travaillent auprès d'un public précaire identifié en amont sur plusieurs critères que sont : l'absence de logement, de droit, de ressources...

Les patients qui bénéficient de consultations dites « PASS » ont un parcours différents, ils sont convoqués et ne font pas d'entrée administrative au SAU. De ce fait nous ne les avons pas inclus dans notre étude et cela a pu entraîner un biais de recrutement. Nous n'avons pas obtenu de lien entre RS et nationalité, absence de logement, ou le fait de ne pas parler français, alors que précisément ils sont mis en avant comme favorisant le RS dans les rapports de l'observatoire de l'accès et aux droits de la mission France de médecin du monde de 2012 et 2014 [29,30]. Ces critères sont ceux rencontrés lors des consultations PASS et il est possible que leur nombre dans notre étude s'en est retrouvé minoré.

Un autre facteur a également pu jouer sur ce biais mais il est difficile de mesurer son impact ; nous avons inclus les patients sur des jours ouvrables lorsque nous le pouvions, il s'agissait en général de journée et plutôt en semaine. Il existe peut-être une différence dans les caractéristiques des personnes qui consultent la nuit ou le week-end mais nous ne pouvons prédire l'impact sur le RS qu'aurait eu la réalisation de notre étude en incluant exclusivement ces patients.

3.4) la méthodologie

Concernant la méthodologie, un biais de mémorisation est susceptible d'être entraîné par l'évaluation sur les douze derniers mois que nous avons repris, cette méthode est utilisée dans toutes les études sur le renoncement réalisées par l'IRDES, la SRCV ou la DRESS. Elle permet de mettre des bornes au RS et de réaliser des comparaisons par années. Nous avons mené des entretiens directs par deux enquêteurs différents, en connaissant les caractéristiques des patients qui renoncent dans les études antérieures nous avons pu créer involontairement un biais de suspicion d'exposition, en choisissant

d'inclure les patients les plus susceptibles de RS mais nous pouvons voir que nos résultats que ce soit le taux de RS ou les caractéristiques sont comparables avec les données de la littérature sur le sujet.

Le fait de mener des entretiens directs avec report des réponses a pu également entraîner un biais de recueil.

Conclusion

Nous avons obtenu un taux de renoncement aux soins comparable à celui des études antérieures faites en ambulatoire. Les caractéristiques des patients « renonciateurs » aux urgences sont également semblables à celles décrites dans la population générale.

Les différences obtenues sont en lien avec l'organisation des structures des SAU.

La connaissance de ces caractéristiques pourrait permettre de repérer ou au moins d'alerter les différents intervenants médicaux et paramédicaux sur le risque de RS et d'adapter la prise en charge lorsque cela s'avère possible dans le flux quotidien des urgences.

Nous avons également retrouvé un lien entre renoncement aux soins et précarité. Cela pose la question d'intégrer la recherche du RS dans le dépistage PASS réalisé dès l'accueil pour identifier la précarité. Malgré l'existence de cette identification et cette filière de soins dédiés aux patients en précarité, il persiste par ailleurs 23% des patients aux urgences présentant un renoncement aux soins. Il serait également intéressant

d'évaluer le rôle des SAU dans le parcours des patients « renonciateur ». Ont-ils un rôle de dernier recours ou alors majorent-ils le risque de RS ?

De même, notre étude confirme le rôle essentiel du médecin traitant dans l'accès aux soins, sa présence est un facteur protecteur important vis-à-vis du RS. Nous avons aussi trouvé un lien entre absence de médecin traitant et précarité, il pourrait être intéressant d'observer si le futur tiers payant généralisé va entraîner une diminution du RS en donnant un accès sans avance des frais au médecin généraliste.

BIBLIOGRAPHIE

1. Célant N, Dourgnon P, Guillaume S, Pierre A, Rochereau P, Sermet C. L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Questions d'économie de la santé [Internet]. 2014;(198). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/198-l-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2012-premiers-resultats.pdf>
2. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. (2011a). «Le renoncement aux soins: une approche socio-anthropologique». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n°169, octobre
3. Assistance Hopitaux de Paris. Rapport Final. Plan Stratégique 2010-2014/Groupe Précarité
4. Agnoli A, Gales B, De Goë B. Spécificité de la prise en charge d'un public précaire dans un service d'urgences. Urgences 2010. 1-9
5. Chaupin-Guillot S, Guillot O, Jankielowitch-Laval E. Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV. Économie et Statistique [Internet]. 2014;(469-470). Disponiblesur:<https://www.cmu.fr/fichierutilisateur/fichiers/MDM2013Rapportcomplet.pdf>
6. Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2010). *Enquête sur la santé et la protection sociale 2008*. Rapport Irdes n° 1800, juin
7. Dourgnon P, Jusot F, Fantin R. Payer nuit gravement à la santé: une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. Économie publique/Public economics. 2012;(28-29):123-147.
8. Legal R, VICARD A . 2015, « Renoncement aux soins pour raisons financières », Dossiers Solidarité Santé n°66, Drees, Juillet.
9. Sass C, Runfola S. Renoncements aux soins des bénéficiaires de la CMU-C : Enquête dans les CES de l'Assurance maladie .Cetaf; 2011.
Disponiblesur : https://www.cmu.fr/fichierutilisateur/fichiers/Rapport_Cetaf_FCMU_Renoncement_soins_2011.pdf
10. Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot_F. (2011b). «Le renoncement aux soins pour raisons financières: une approche économétrique». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 170, novembre.
11. Drault C, Allermoz E. Accès aux soins et précarité La situation se dégrade. Médecins, Le bulletin de l'Ordre national des médecins. mai-juin 2014 (35). Disponible sur: <https://www.cdom95.org/wp-content/uploads/2014/06/MAGAZINE-DU-CNOM-MAI-JUIN-2014.pdf>
12. Dourgnon P., Després C., Jusot F., Fantin R. (2011). « Dépense de santé et accès financier aux services de santé : une étude du renoncement aux soins », in : « Les comptes de la santé 2010 ». Série Statistiques – Document de travail de la Drees n° 161, septembre, p. 85-96.
13. Pichetti S, Sermet C. Le déremboursement des médicaments en France entre 2002 et 2011: éléments d'évaluation. Irdes,«Questions d'économie de la santé [Internet]. 2011 [cité 16 oct 2016];(167). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes167.pdf>
14. Sass C, Moulin J-J, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Le score Epices: un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2006;14:93-96.
15. Bouchon B. « Le renoncement aux soins pour raisons financières: étude chez les étudiants venant consulter au service interuniversitaire de médecine préventive et de santé (SIUMPS) à Bordeaux en 2011 ». Bordeaux; 2014 . Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01017354/document>
16. Perronnin M, Pierre A, Rochereau T. « La complémentaire santé en France en 2008: une large diffusion mais des inégalités d'accès ». Questions d'économie de la santé.

- 2011;(161).Disponiblesur:<http://www.irdes.fr/EspacePresse/CommuniquesDePresse/ComPresseQes/ComPresseQes161.htm>
- 17.WarinP. « Le Baromètre du renoncement aux soins dans le GARD ».2014 Disponiblesur:http://www.cmu.fr/fichierutilisateur/fichiers/ODENORE_BRSG_septembre%202014.pdf
- 18.Lengagne P, Perronnin Marc. « Impact des niveaux de garantie des complémentaires santé sur les consommations de soins peu remboursées par l'Assurance maladie: le cas des lunettes et des prothèses dentaires ». IRDES. Questions d'économies de la santé.2005.N°100.Novembre
19. Molina V, Rieu C. « Moindre recours au médecin généraliste dans l'ouest de la Bretagne et risque de renoncement aux soins plus élevé dans les unités urbaines et sur le littoral ». Octant Analyse, InseeBretagne.2014;(61).Disponiblesur:http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Etudes_et_publications/Etudes_et_statistiques/Publications_en_partenariat/2014/2014-04_-_octana61_-Recours_au_medecin_generaliste_INSEE_-_ARS_.pdf
20. Afrite A, Mousquès J, Bourgueil Y. Une estimation de la précarité des patients recourant à la médecine générale en centre de santé. Le cas des centres de santé du projet Epidaure-CDS Paris: Document de travail de l'IRDES.2014; Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/063-une-estimation-de-la-precarite-des-patients-recourant-a-la-medecine-generale-en-centres-de-sante.pdf>
21. BOUBA-OLGA O, VIGÉ M. « Le renoncement total aux soins des personnes en mauvaise santé: l'influence des caractéristiques socio-économiques et des comportements à risque ». Disponible sur: http://www.ces-asso.org/sites/default/files/Vige_bouba.pdf
22. Archimbeau A. L'accès aux soins des plus démunis. Sénat; 2013. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Acces_aux_soins_des_plus_demunis_Archimbaud_2013.pdf
23. Després C, « Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité », Anthropologie & Santé [En ligne], 6 | 2013, mis en ligne le 27 mai 2013, consulté le 11 octobre 2016. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1078> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1078
24. Delpierre C et al. « Environnement social précoce, usure physiologique et état de santé à l'âge adulte: un bref état de l'art ». Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2016;(16-17). Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/16-17/pdf/2016_16-17_1.pdf
25. Observatoire Régional de la Santé de Provence Alpes Côte d'Azur. Marseille. FRA; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Marseille. FRA. « Précarité et trajectoires de santé: Impact de la CMU dans l'accès et la consommation de soins. Une enquête au service d'accueil des urgences de Nice ». 2001. Disponible sur: <http://sesstim-orspaca.org/depot/pdf/01-R3.pdf>
26. Lang T, Grémy I, Jouglard E. « Numéro thématique – Inégalités sociales de santé ». Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2011;(8-9).
- 27.Chatain C, Gerbaud L, Labbe E, Moulin J-J, Sass.C. « Précarité facteurs de risque : le score EPICES ».Précarités et Inégalité Face aux cancers. Psycho-oncologie.2006.Numéro2.115-121
- 28.Raynaud D, « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire »,Etudes et Résultats n°378,février 2005,DRESS
29. Douay C et al. Observatoire de l'accès aux soins de la mission France [Internet]. Médecin du Monde; 2012 [cité 16 oct 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES469H.pdf
- 30 . Chappuis M et al. Rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France [Internet]. Issuu. [cité 24 mars 2016]. Disponible sur: <https://issuu.com/medecinsdumonde/docs/mdm-rapport-observatoire-2014/1>
- 31.Guthmuller S et al. « Comment expliquer le non-recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé? Les résultats d'une enquête auprès de bénéficiaires potentiels à Lille en 2009 »,Questions d'économie de la Santé. IRDES février 2014 .n°195.disponible sur : <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-lasante/195-comment-expliquer-le-non-recours-a-l-aide-a-la-acquisition-d-une-complementaire-sante.pdf>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Âge et renoncement aux soins 24

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques épidémiologiques de l'échantillon	20
Tableau 2: Association entre les caractéristiques recueillies et le renoncement aux soins... ...	22
Tableau 3 : Association entre enfant(s) et renoncement aux soins	24
Tableau 4 : Association entre absence de médecin traitant et complémentaire santé.....	25
Tableau 5 : Association entre PSC8 et motif de consultation	25
Tableau 6 : Association entre PCS8 et le fait d'avoir au moins un enfant chez une personne seule.....	26
Tableau 7 : Association entre PCS8 et le fait d'avoir au moins un enfant chez une personne seule.....	26

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	11
RESUME.....	14
INTRODUCTION.....	15
MÉTHODES	17
RÉSULTATS.....	20
1. Population étudié	20
2. Taux de renoncement aux soins	22
3. Analyse des caractéristiques associées au renoncement aux soins.....	22
3.1 Associations entre variables qualitatives	22
3.1.1Variables recueillies.....	22
3.1.2Renoncement aux soins et enfants	24
3.2 Influence de l'age dans le renoncement aux soins	24
4. Analyses annexes.....	25
4.1 Médecin traitant et complémentaire de santé.....	25
4.2 Précarité et motif de consultation.....	25
4.3 Comparaison de la précarité chez les patients seuls avec ou sans enfants	26
DISCUSSION ET CONCLUSION	27
BIBLIOGRAPHIE	39
LISTE DES FIGURES	41
LISTE DES TABLEAUX	42
TABLE DES MATIERES	43
ANNEXES	44

ANNEXE I : QUESTIONNAIRE

❖ IDENTITE

ETIQUETTE

Couverture :....

Médecin traitant : *Oui* *Non*

Motif d'accueil :

Logement : *Oui* *Non*

NATIONALITE :

Parlez-vous français couramment : *Oui* *Non*

SITUATION FAMILIALE *Seul(e)* *En couple*

Avez-vous des enfants ? *Oui* *Non*

RESSOURCES

- Travaillez-vous ? *Oui* *Non*
- Lequel ?
- A temps plein ? *Oui* *Non*

AUTRES RESSOURCES

- Minima sociaux (AAH, RSA...)
- Invalidité
- Chômage
- Sans ressources

SOINS

Avez-vous dans les 12 derniers mois, alors que vous en ressentiez le besoin, renoncé à un soins (consultation médecin ou spécialiste, soins dentaires ou optiques...?)

Oui *Non*

Avez-vous dans les 12 derniers mois, renoncé à suivre les soins prescrits par ces médecins ?

- Médicaments *Oui* *Non*
- Laboratoire (prise de sang, examens d'urines...) *Oui* *Non*
- Imagerie (radio, scanner, IRM...) *Oui* *Non*

Annexe II : Consentement Patient

Note d'information aux patients

Bonjour,

Je réalise actuellement une étude auprès de l'ensemble des patients consultants aux urgences sur le renoncement aux soins. Ce dernier se définit comme : «*Les individus renoncent à des soins quand ils ne sollicitent pas les services et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité des soins prescrits* ». Le renoncement aux soins concerne 20% de la population, le but de cette étude est d'identifier aux urgences une population qui renonce aux soins.

Pour cela je réalise un questionnaire, seriez-vous d'accord pour y répondre ?

Annexe III :Professions Catégories Socio-professionnelles INSEE 2003

Groupes socioprofessionnels (8 postes dont 6 pour les actifs)		Catégories socioprofessionnelles (42 postes dont 31 pour les actifs)	
1	Agriculteurs exploitants	11	Agriculteurs sur petite exploitation
		12	Agriculteurs sur moyenne exploitation
		13	Agriculteurs sur grande exploitation
2	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	21	Artisan
		22	Commerçant et assimilés
		23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
3	Cadres et professions intellectuelles supérieures	31	Professions libérales
		33	Cadres de la fonction publique
		34	Professeurs, professions scientifiques
		35	Professions de l'information, des arts et des spectacles
		37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise
		38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
		42	Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés
		43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social
		44	Clergé, religieux

		45	Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
		46	Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
4	Professions intermédiaires	47	Techniciens
		48	Contremaîtres, agents de maîtrise
		52	Employés civils et agents de service de la fonction publique
		53	Policiers et militaires
5	Employés	54	Employés administratifs d'entreprise
		55	Employés de commerce
		56	Personnels des services directs aux particuliers
		62	Ouvriers qualifiés de type industriel
		63	Ouvriers qualifiés de type artisanal
		64	Chauffeurs
6	Ouvriers	65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
		67	Ouvriers non qualifiés de type industriel
		68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal
		69	Ouvriers agricoles

		71	Anciens agriculteurs exploitants
		72	Anciens artisans, commerçants et chefs d'entreprise
		74	Anciens cadres
7	Retraités	75	Anciennes professions intermédiaires
		77	Anciens employés
		78	Anciens ouvriers
		81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
		83	Militaires du contingent
8	Autres personnes sans activité professionnelle	84	Élèves, étudiants
		85	Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)
		86	Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)

ANNEXE IV :Classification CCMU

- **CCMU P** : Patient présentant/souffrant d'un problème psychologique et/ou psychiatrie dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable associée.
- **CCMU 1** : État clinique jugé stable. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique. Examen clinique simple.
- **CCMU 2** : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stable. Décision d'acte complémentaire diagnostique (Prise de sang, Radiographie conventionnelle) ou thérapeutique (suture, réduction) à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
- **CCMU 3** : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé pouvant s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
- **CCMU 4** : Situation pathologique engageant le pronostic vital sans gestes de réanimation immédiat.
- **CCMU 5** : Pronostic vital engagé. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
- **CCMU D** : Patient déjà décédé à l'arrivée du SMUR ou du service des urgences. Pas de réanimation entreprise.

ABSTRACT

RÉSUMÉ

Introduction : Le renoncement aux soins est une notion apparue depuis les années 1990 en économie de la santé et est défini par l'irdes comme : « *Les individus renoncent à des soins quand ils ne sollicitent pas les services et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité des soins prescrits* ». Le but de cette étude est d'évaluer le renoncement aux soins des patients consultant aux urgences d'Angers et du Mans. Nous avons essayé de mettre en évidence les caractéristiques des ces patients passant aux urgences.

Méthode : Les données ont été recueillies de façon prospective lors d'entretien individuel, le renoncement aux soins était évalué sur les 12 derniers mois précédents la consultation aux urgences. Les caractéristiques socio-économiques des patients étaient présentes dans le dossier administratif d'entrée et les données manquantes complétés lors de l'entretien.

Résultats : Parmi les 900 patients inclus le taux de renoncement aux soins était de 23%, nous avons établis que les patients renonciateurs étaient en moyenne plus jeune que ceux de la population générale 40.4 ans contre 55.2 ans ($p<0.05$). Nous avons retrouvé un lien entre renoncer aux soins et le niveau de couverture complémentaire, plus fréquent en cas d'absence ou de CMUc, l'absence de médecin traitant ou celle d'enfants. Il en est de même pour le niveau socio-économique des patients plus celui-ci est faible (concernant le revenu, le travail ou la PCS) plus le risque de renoncer est élevé ($p<0.05$).

Conclusion : Le taux de renoncement aux soins des patients aux urgences est équivalent aux taux retrouvés dans la population générale obtenu dans les études antérieurs avec des caractéristiques semblables.

Structure proposée :

Mots-clés : Renoncement aux soins, Urgences, Précarité

Renouncement to medical care after emergencies consultation

Introduction : Renouncement to medical care term first appeared in the field of health economics in the 90th and is now define by the IRDES as "All individuals renouncing to health cares provided by the medical staff while these individuals still need them, present a body/mental illness or cannot access to the entire health ordonnance". Here we present a study that aims to understand the specific underlying patients profiles and reasons leading them the renounce to their medical care after emergencies consultations.

Methods: Meetings over the last 12 months allowed us to collect 900 patients profiles after their emergencies consultation. They were asked for their missing socio-economic background information from the emergency file.

Results : We obtained a rate of 23% of patients renouncing their health care, among them the average age was shown lower at 40.4 years-old than the whole dataset with 50.2 years-old (statistically confirmed with a p-value lower than 0.05). On the basis of Khi2 test we found the renouncement rate to be higher when the patients subscribed to a private supplementary health insurance. Moreover, the absence of a specific general practitioner in the patient's life as well a child was also showing a decreasing effect on the renouncement rate, finally, our data also show that low income linked to socio-economic background increases this rate.

Conclusion : Our results are in correlation with the previous studies conclusions

Keywords : renouncement to medical care, access to health care, emergencies,