

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année :2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Quelles sont les demandes formulées en présentiel par les patients
auprès des secrétariats physiques de soins premiers?**

Présentée et soutenue publiquement le 27 octobre 2021 à 16h
au (Pôle Recherche ou Pôle Formation)

par Florian DE BOUTEILLER

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Monsieur le Professeur Hervé HUBERT

Madame le Docteur Gabrielle LISEMBARD

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Table des matières

I) INTRODUCTION.....	7
A. Contexte (cf. Annexe).....	7
B. Objectifs.....	11
III) MATERIEL ET METHODES:.....	13
A. Conception de l'étude.....	13
B. Déroulement de l'étude.....	14
C. Considérations statistiques.....	15
IV) RESULTATS.....	16
A. Participation.....	16
B. Résultats principaux.....	18
1. Incidence des demandes.....	18
2. Distribution des motifs.....	18
3. Démographie.....	19
C. Analyse des sous-groupes.....	20
1. Stratification par centre.....	20
2. Regroupement des classes.....	22
3. Indicateurs de compétence et de capacité numérique.....	22
D. Corrélations.....	26
V) DISCUSSION.....	27
VI) CONCLUSION.....	41
VII) REFERENCES et BIBLIOGRAPHIE.....	44
VIII) ANNEXES.....	49
Annexe 1: Contexte.....	50
Annexe 2: Questionnaire.....	63
Annexe 3: Corrélations avant ajustement – Informatique et Smartphone.....	66
Annexe 4: Régression logistique.....	68
Annexe 5 : Déclaration de conformité.....	71
Annexe 6: Plan STROBE.....	72
Résumé.....	74

GLOSSAIRE:

AFPA : Agence nationale pour la formation professionnelle des adultes

AMC : Assurance Maladie Complémentaire

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

APHP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

ATD Quart Monde : Agir tous pour la dignité Quart monde

CDS : Centre de santé

CEMG : Collège des enseignants en Médecine Générale

CES : Centre d'examen de santé

CFA : Centre de formation des apprentis

CMG : Collège de la Médecine Générale

CNAMSS : Caisse nationale autonome de la Sécurité Sociales dans les mines

CSP : Catégorie socio-professionnelle

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSNP : Demande de soins non programmés

ETP : Equivalent temps plein

GP : General Practitioner, praticien de soins premiers dans le monde anglophone

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IPA : Infirmier de Pratique Avancée

ISS : Inégalités sociales de santé

MG : Médecin Généraliste ou Spécialiste en Médecine Générale

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

RDV : Rendez-vous

RU : Royaume Uni

SARS-Cov 2 : Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

SP: Soins Premiers

I) INTRODUCTION

A. Contexte (cf. Annexe)

Les soins premiers se transforment durablement tant au niveau des acteurs (mutualisation, exercice regroupé, délégation de tâches) que des institutions (promotion de la santé connectée, télémedecine). En pratique pour l'usager, le secrétariat est la porte d'entrée dans le système de soins ; présentiel ou dématérialisé, il gère à la fois le flux de patientèle et priorise les demandes individuelles de soins(1).

Les conditions préalables à l'instauration de la santé selon la conférence de Djakarta (1997) sont la paix, un logement, l'éducation, la sécurité sociale, les relations sociales, l'alimentation, un revenu, la responsabilisation des femmes, un écosystème stable, une utilisation durable des ressources, la justice sociale, le respect des droits de l'homme, et l'équité(2). Par dessus tout, la pauvreté reste la plus grave menace pour la santé.

La lutte contre les inégalités sociales en santé(3) reste la principale préoccupation des autorités et acteurs de santé : la population française est soumise à un gradient social de santé parmi les plus importants en Europe.

Aux inégalités de santé par "omission", liées à l'inertie du système de santé qui peine à identifier et à corriger ces disparités, s'ajoutent des inégalités par "construction" liées à leur absence de prise dans l'élaboration des politiques de santé(4).

Si la précarité est manifestement corrélée à un moindre accès au soin et une survie réduite, le HCSP constate en 2009(5) que les inégalités s'illustrent aussi pour des populations intégrées en suivant la hiérarchie sociale (7 ans de vie en moins pour un ouvrier comparé à un cadre à 35 ans).

La contribution du secteur des soins primaires à la réduction des inégalités a été évaluée dans le cadre du projet européen AIR (6)(Addressing Inequalities Interventions in Regions). On distingue les interventions visant à améliorer l'accès financier aux soins, les interventions de promotion de la santé dans le cadre communautaire et les interventions sur l'organisation des soins (Figure 1).

Champs d'interventions	Nature des interventions	Exemples
↓	↓	↓
L'accès financier aux soins	<ul style="list-style-type: none"> Assurance maladie gratuite ou subventionnée Soins gratuits 	<ul style="list-style-type: none"> Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) Aide pour une complémentaire santé (ACS) Dépistage des cancers du sein, du côlon... Vaccination Prévention soins mère-enfant (Protection maternelle et infantile (PMI))
Les actions de prévention ciblée	<ul style="list-style-type: none"> Information adaptée aux populations Actions de modification du comportement 	<ul style="list-style-type: none"> Documents multilingues Éducateurs non professionnels et professionnels bilingues Prévention de la transmission du VIH, tabagisme, nutrition...
L'organisation du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> Non spécifiques aux inégalités de santé Orientées vers certaines populations défavorisées 	<ul style="list-style-type: none"> Programmes de <i>disease management</i> : insuffisance cardiaque et diabète Programmes de <i>case management</i> Paiement à la performance par objectif Interventions ciblées sur : les soins particuliers aux enfants Dépistage et soins par des équipes de soins dédiées (médecins généraliste, infirmière, assistante sociale...)
Intervention chapeau	<ul style="list-style-type: none"> Cadre contractuel type pour financer des interventions sur mesure qui visent à réduire les inégalités et sont initiées ainsi que développées par les acteurs locaux 	

Figure 1: Interventions efficaces recensées en soins primaires selon Bourgueil et al (6)

Le recueil des indicateurs sociaux est recommandé depuis 2014 en soins primaires(7) afin de standardiser les données statistiques et d'adapter les pratiques au plus près de l'échelon considéré (Figure 2).

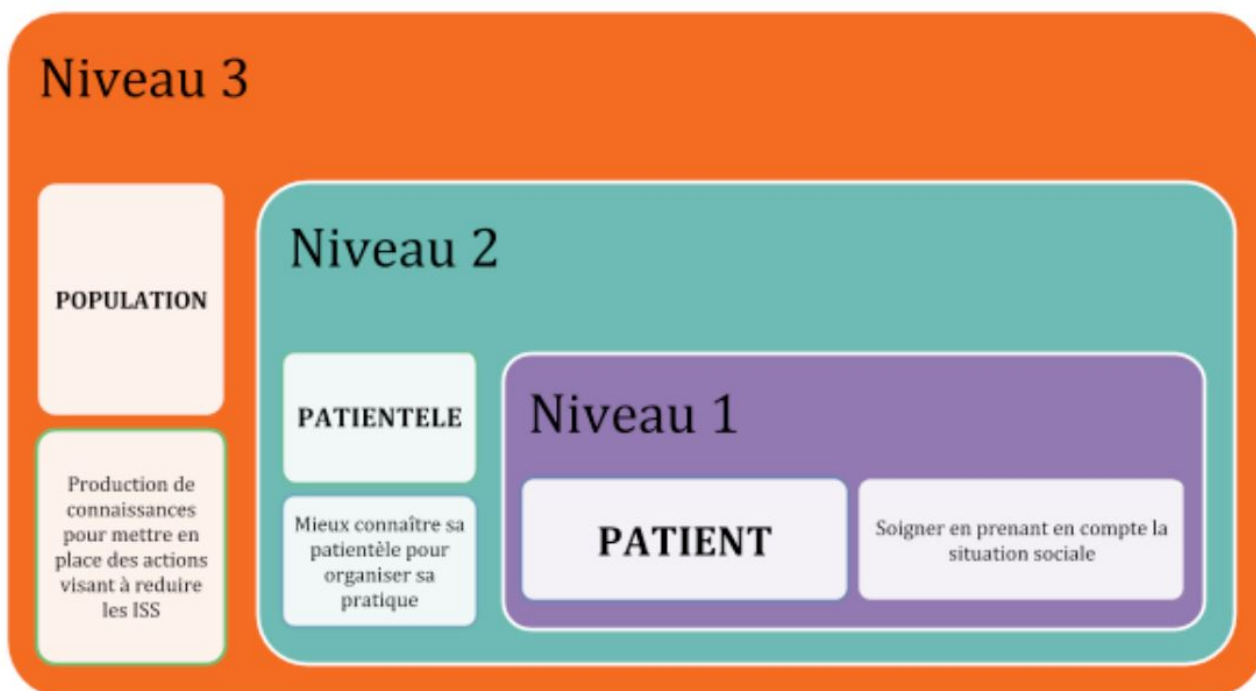


Figure 2: Niveaux d'information sociale en fonction de la finalité du recueil, tiré des recommandations du CMG (5)

L'un des axes de la stratégie sanitaire Ma Santé 2022(8) est d'accélérer le déploiement de la dématérialisation (9). Pourtant, un français sur deux a des compétences numériques faibles ou nulles (10) ; l'illectronisme concernerait 10% des ouvriers en emploi contre 1% chez les cadres et professions supérieures. Ces évolutions numériques, si elles proposent d'améliorer l'accessibilité des territoires et l'efficacité du système de soins, pourraient au contraire construire de nouveaux obstacles en santé(11).

B. Objectifs

Le recueil standardisé des principales données sociodémographiques est un prérequis indispensable à l'adaptation des pratiques aux besoins d'un patient et plus largement d'une population de soins ; son recueil exhaustif peine à se systématiser en soins premiers, du fait de contraintes techniques (logiciels métier) ou organisationnelles (temps médical limité). Une des propositions du groupe de travail était de déléguer au personnel non médical le recueil de tout ou partie de ces informations(7).

1- On suppose que les usagers du secrétariat présentiel de soins premiers ont certaines particularités par rapport aux usagers des secrétariats dématérialisés: plus âgés, moins instruits, porteurs d'une déficience ou d'une incapacité, sans accès à un aidant...

A notre connaissance, il n'existe pas de données quantitatives dans la littérature permettant de décrire spécifiquement la population des soins premiers.

2- Dans cette population, la compétence numérique n'est pas documentée, possiblement parce qu'il n'existe pas d'indicateur pertinent utilisable en pratique quotidienne. Elle conditionne pourtant la capacité à s'informer en santé et à accéder à des soins adaptés dans un contexte de dématérialisation croissante.

3- Nous faisons l'hypothèse que le secrétariat médical présentiel facilite l'inclusion des publics en soins premiers. Grâce à la qualité relationnelle de l'accueil physique, on suppose que ces professionnelles médico-administratives peuvent recueillir des données sociodémographiques de qualité en soins premiers.

Ce travail devait permettre de répondre à quatre questions:

Quelle est l'incidence des demandes (nombre de nouvelles demandes sur la période) faites en présentiel au secrétariat de soins primaires?

Quels sont les patients qui ont recours à un accueil physique en soins premiers et quels sont leurs besoins?

Quelle est la place du secrétariat dans le recueil des données sociodémographiques en soins primaires? Comment y intégrer l'évaluation des compétences numériques dans cette population?

III) MATERIEL ET METHODES:

A. Conception de l'étude

Nous avons conçu ce travail comme une étude descriptive transversale prospective multicentrique sous forme d'enquête par questionnaires électroniques hétéroadministrés donnant lieu à la rédaction de cet article suivant les recommandations STROBE (12) (Annexe 6).

1. Population source – Centres

La population étudiée est celle des patients réalisant des demandes présentes auprès des secrétariats physiques des Hauts de France (**les demandeurs**) des centres réalisant des soins premiers (**les centres**) entre août et septembre 2021 .

2. Critères d'inclusion/ de non inclusion

Les centres inclus possédaient un secrétariat physique et réalisaient des soins premiers (minimum 1 MG). N'ont pas été inclus ceux dont les équipes refusaient les conditions pratiques de déroulement de l'étude.

3. Critères d'exclusion

Étaient exclus de l'analyse les questionnaires pour lesquels les demandeurs refusaient le recueil de données.

B. Déroulement de l'étude

1. Questionnaire

Un questionnaire en ligne était mis à la disposition des secrétaires (Annexe 1).

Celui-ci comprenait deux parties: la première renseignant le motif de contact, l'autre partie administrative permettant de clarifier l'aspect démographique des demandeurs. Un codage NNPPA (2 premières lettres du nom 2 premières lettres du prénom et dernier chiffre de l'année de naissance) permettait l'anonymisation des réponses.

La déclaration format CNIL via le GED de l'université de Lille est disponible en Annexe 5.

2. Recrutement des centres

Les centres de santé Filieris (CNAMSS) réunissent d'emblée les deux critères d'inclusion: secrétariat physique et exercice en soins premiers. Tous les centres sont équipés en informatique ce qui a permis l'utilisation du support électronique. Une boîte aux lettres numérique a été créée pour l'occasion afin de faciliter les échanges avec les investigatrices.

3. Recueil des données

Le recueil des données était réalisé au cours de deux semaines non consécutives auprès des centres de santé durant l'été 2021.

Un questionnaire était renseigné par demande présente, par voie électronique sécurisée (Limesurvey: <https://secretariatmedical.limequery.com/493783>).

C. Considérations statistiques

1. Variables étudiées

Incidence des demandes	N total
Participation au questionnaire (%)	n réponses / N total
1 motif de recours au secrétariat parmi	Renseignements Orientation en soins premiers Recherche d'un nouveau médecin traitant Demande de soins programmés Demande de soins non programmés Demande de soins secondotertiaires Demande d'un RDV avec travailleur social
8 variables sociodémographiques	Genre AMC Scolarité CSP niveau 1 Maitrise de l'expression orale en français Handicap ou déficience Aide d'un proche Patient suivi au cabinet
2 variables compétences numériques	Accès à l'informatique Accès au smartphone

2. Traitement des données

Les réponses ont été importées vers les logiciel Libreoffice et Jamovi.

Les variables ordinales ont été converties en variables qualitatives binomiales. Les variables sociodémographiques multinomiales ont été regroupées en fonction de l'appartenance au groupe majoritaire (référence).

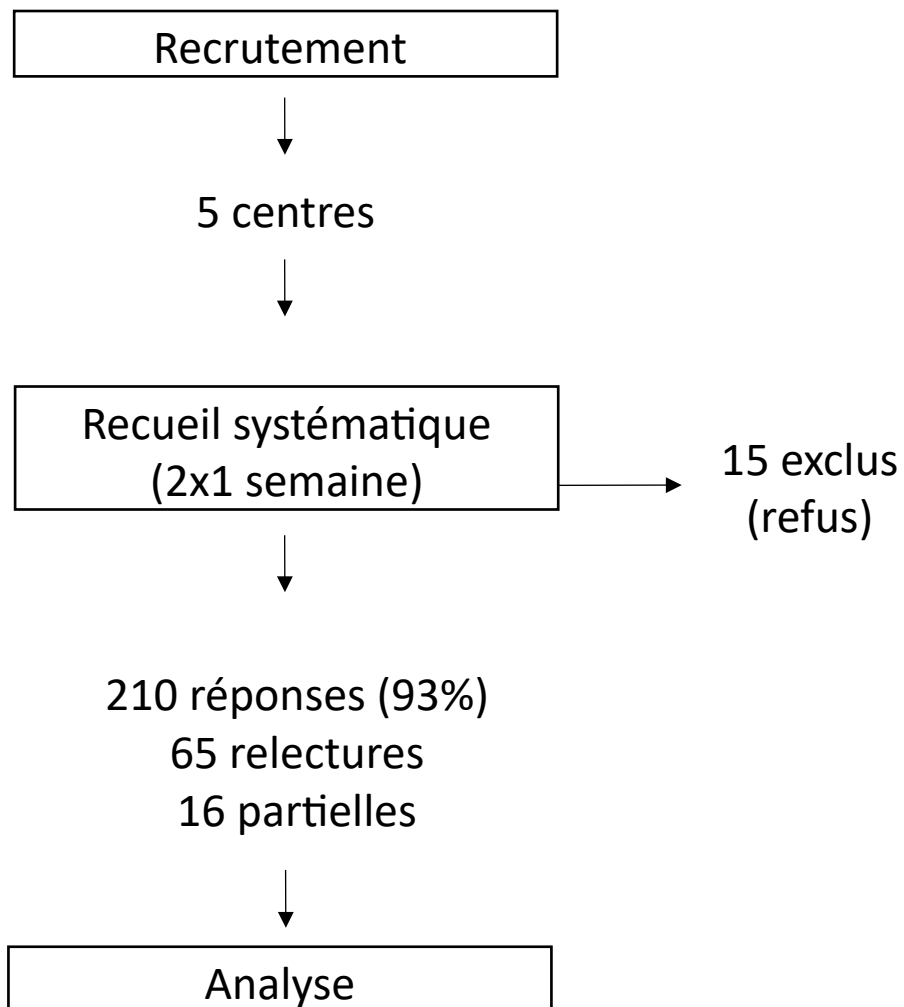
Test de corrélation non paramétrique de 2 variables qualitatives nominales indépendantes: réalisation d'un Chi2, à défaut test de Fisher.

IV) RESULTATS

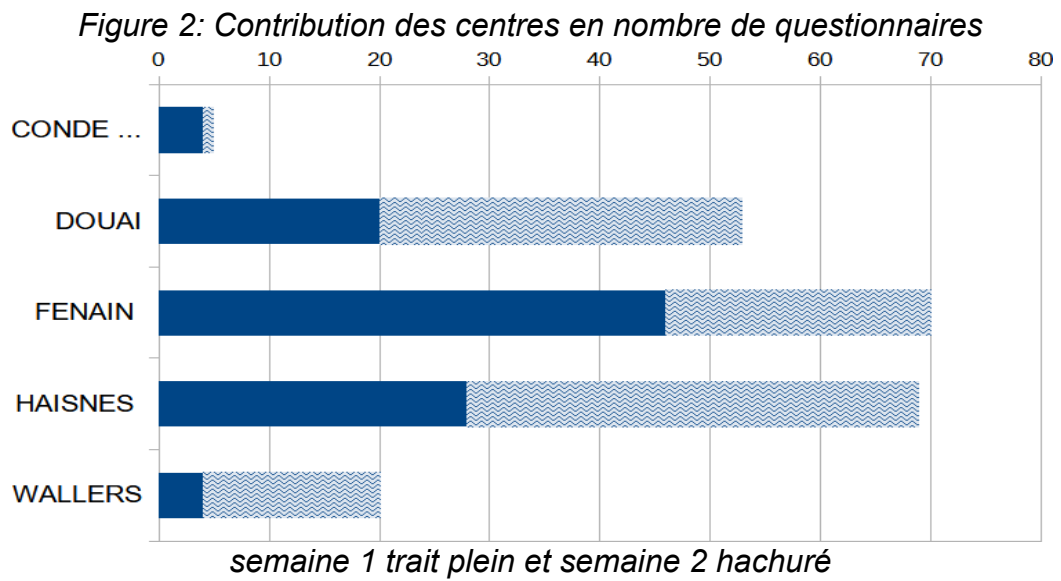
A. Participation

La Figure 1 ci contre présente le diagramme des flux.

Figure 1: Diagramme de flux



5 centres de santé éligibles ont accepté les modalités de participation. Le recueil des données était réalisé auprès des 5 centres du 1er aout au 11 septembre 2021.



B. Résultats principaux

1. Incidence des demandes

A l'issue du recueil, on comptabilisait 225 réponses (soit 22,5/semaine/secrétaire), 45% des questionnaires étaient remplis lors de la première semaine, 55% la deuxième semaine.

15 (7%) correspondant à des refus ont été exclus.

3 (1%) étaient incomplets.

65 (29%) ont nécessité une relecture pour précisions/réencodage.

210 étaient finalement utilisables dans l'analyse statistique avec des données partielles pour Complémentaire (194 92%) et Scolarité (201 96%).

2. Distribution des motifs

20% des demandes concernait un renseignement, 52% une demande de soins premiers programmés, 2.8% des soins non programmés. La figure suivante montre le poids relatif de chaque motif, après réencodage des motifs Autres.

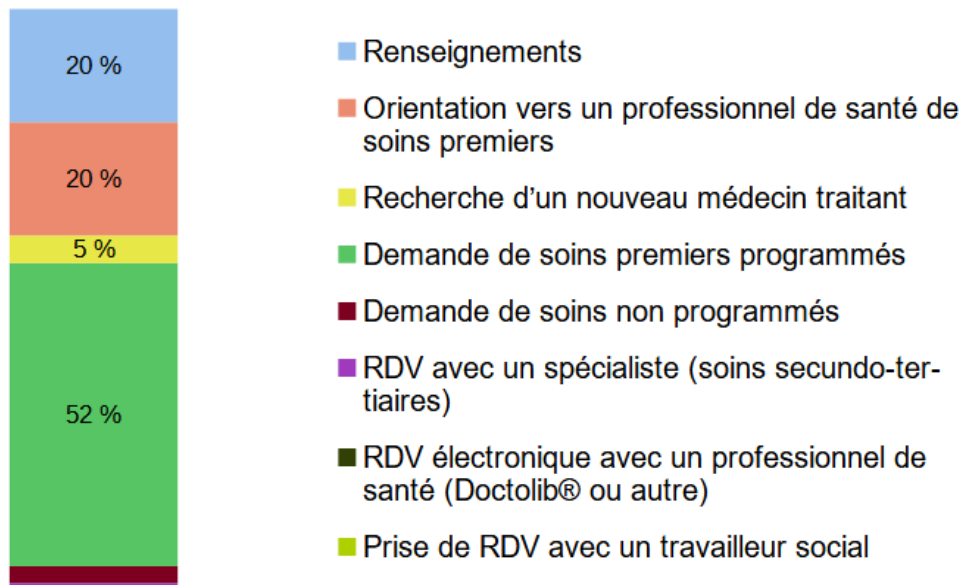


Figure 3: Motifs de recours au secrétariat après réencodage

3. Démographie

Le Tableau suivant présente les caractéristiques des demandeurs:

Tableau 1: Caractéristiques de l'échantillon

	210	Effectif brut	% brut	Effectif exploitable	% eff exp
Genre	Féminin	139	66 %	210	
AMC	pas de complémentaire	6	3 %	201	3 %
	Mutuelle	173	82 %	201	86 %
	C2S	12	6 %	201	6 %
	AME	10	5 %	201	5 %
Scolarité	Aucun cursus	41	20 %	194	21 %
	Primaire	32	15 %	194	16 %
	Collège	43	20 %	194	22 %
	Lycée	51	24 %	194	26 %
	Supérieur	27	13 %	194	14 %
CSP	agriculteurs exploitants	0	0 %	210	
	artisans, commerçants, chefs d'entreprise	6	3 %	210	
	cadres et professions intellectuelles supérieures	3	1 %	210	
	professions intermédiaires	2	1 %	210	
	employés	52	25 %	210	
	ouvriers	22	10 %	210	
	Retraités	61	29 %	210	
	sans activité	64	30 %	210	
Expression orale	Français non maîtrisé	7	3 %	210	
Informatique	oui	100	48 %	210	
	oui mais non maîtrisé	35	17 %	210	
	non	75	36 %	210	
Smartphone	oui, utilise les applications	114	54 %	210	
	oui, utilise uniquement pour les appels	63	30 %	210	
	non	33	16 %	210	
Handicap ou Déficience		18	9 %	210	
Aidant		16	8 %	210	
Suivi		196	93 %	210	

C. Analyse des sous-groupes

1. Stratification par centre

Les figures 4 et 5 illustrent les disparités territoriales des variables étudiées.

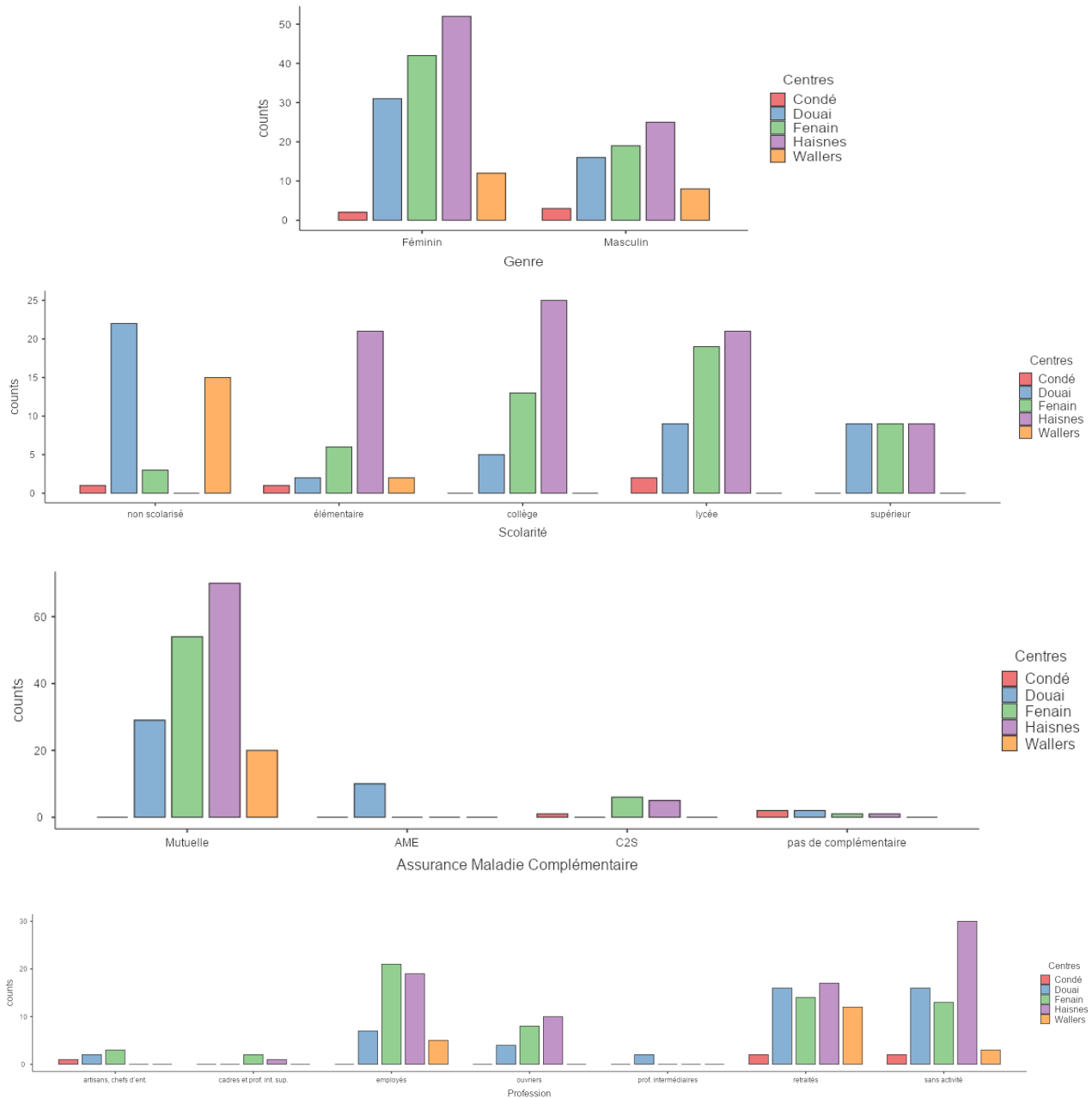


Figure 4: Données par centre selon le genre, la scolarité, l'AMC et la profession

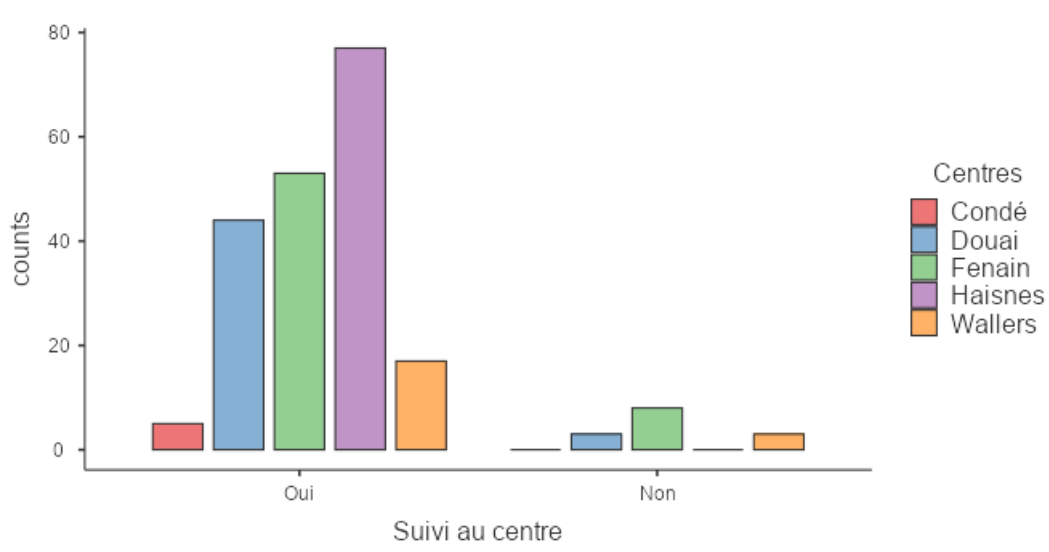
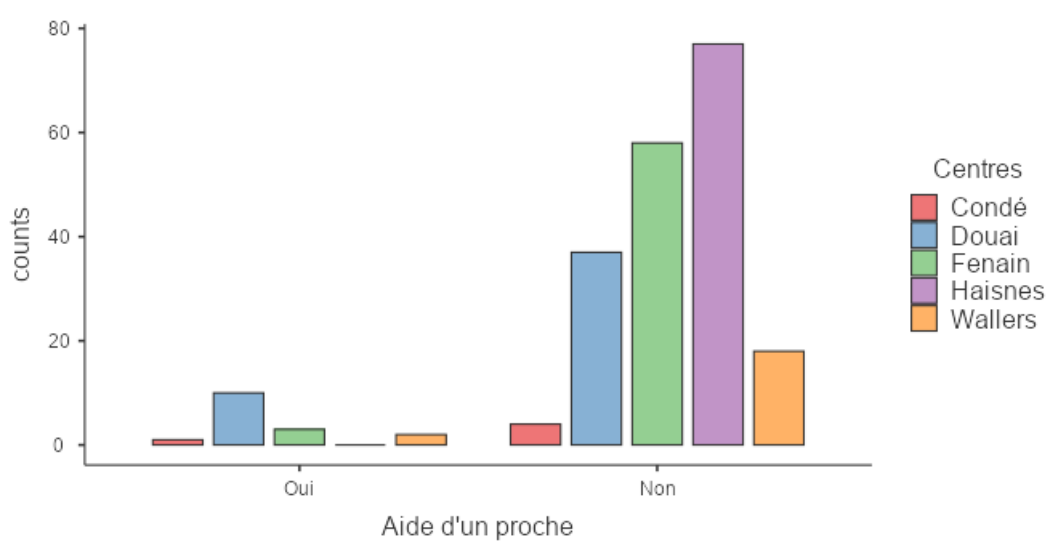
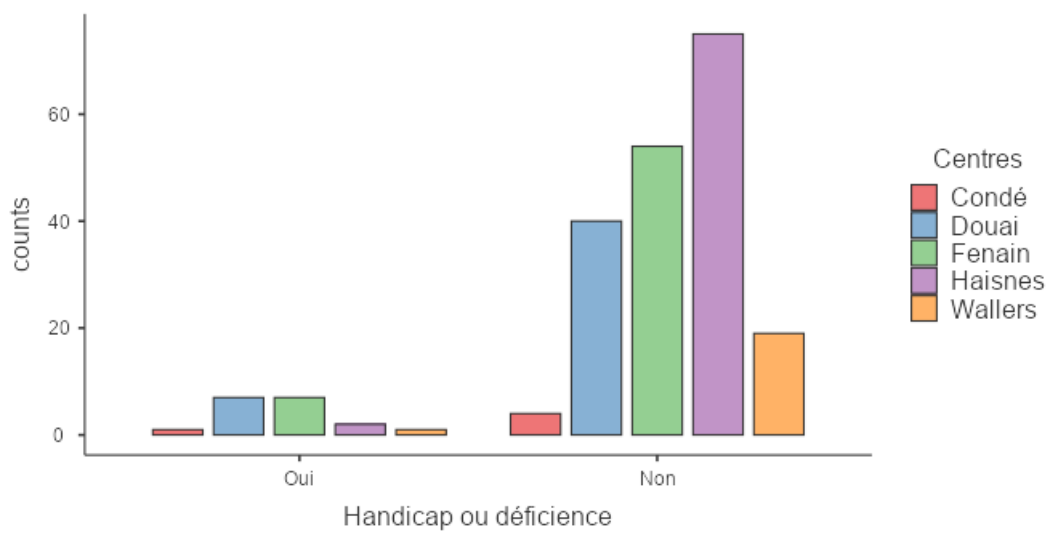


Figure 5: Données par centre selon le handicap, l'aide et le suivi

2. Regroupement des classes

Afin de permettre une analyse statistiques des sous groupes avec un effectif suffisant, on procède au regroupement des classes comme suit:

pas de complémentaire	6	pas de complémentaire	6	3 %
Mutuelle	173	complémentaire	195	97 %
C2S	12			
AME	10			
Aucun cursus	41	Primaire ou -	73	38 %
Primaire	32			
Collège	43			
Lycée	51	Secondaire ou +	121	62 %
Supérieur	27			
agriculteurs	0	Actifs	85	40 %
artisans, chefs d'entr.	6			
cadres et prof. int. sup.	3			
prof. intermédiaires	2			
employés	52			
ouvriers	22			
retraités	61	Inactifs	125	60 %
sans activité	64			

Figure 6: Variables sociodémographiques: effectifs après regroupement

3. Indicateurs de compétence et de capacité numérique

Pour chaque outil (informatique et smartphone), on distingue deux catégories pour caractériser l'accès au numérique: ceux qui ne maîtrisent pas l'outil (compétence) de ceux qui n'ont pas l'outil (capacité). La figure 7 présente ces 4 variables:

Informatique maitrisé	100	48 %	Informatique possédé	135	64 %
Informatique non maitrisé	110	52 %			
Smartphone maitrisé	114	54 %	Smartphone possédé	177	84 %
Smartphone non maitrisé	96	46 %	Smartphone non possédé	33	16 %

Figure 7: Variables de compétence et capacité numérique: effectifs après regroupement

Il existe une plus grande proportion de propriétaires de smartphone (84%) que de propriétaires de matériel informatique (64%).

On constate qu'une moins grande proportion de propriétaires de smartphone qui en maîtrisent son utilisation (64%) que de propriétaires de matériel informatique qui en maîtrisent son utilisation (72%)

3.1 Accès à l'informatique

Il semble exister un gradient numérique territorial et social important pour l'accès informatique comme illustré par la figure 8:

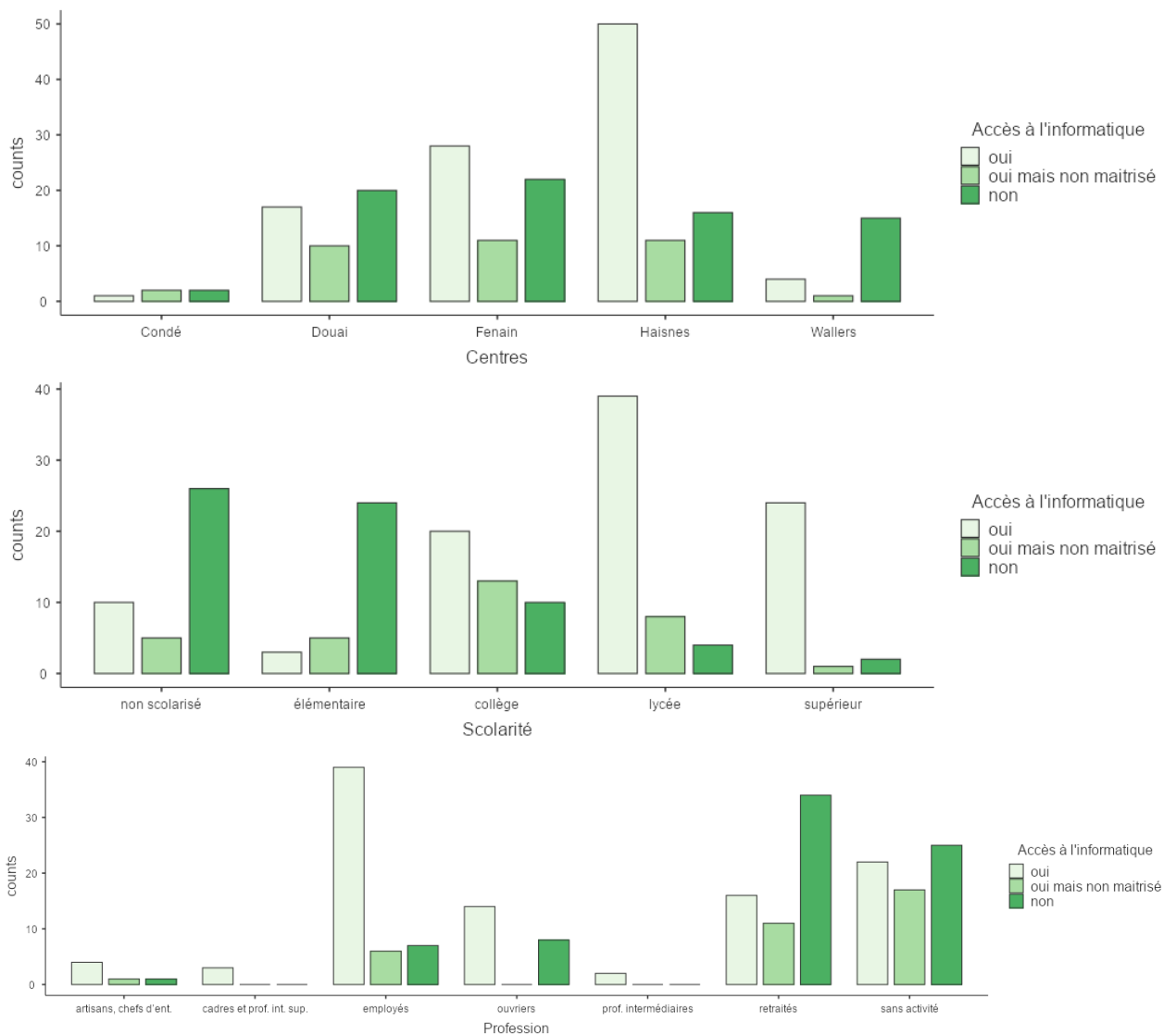


Figure 8: Accès à l'informatique selon le centre, la scolarité et la CSP

3.2 Accès au smartphone

Ce gradient semble moins marqué en ce qui concerne l'accès au smartphone (figure 9):

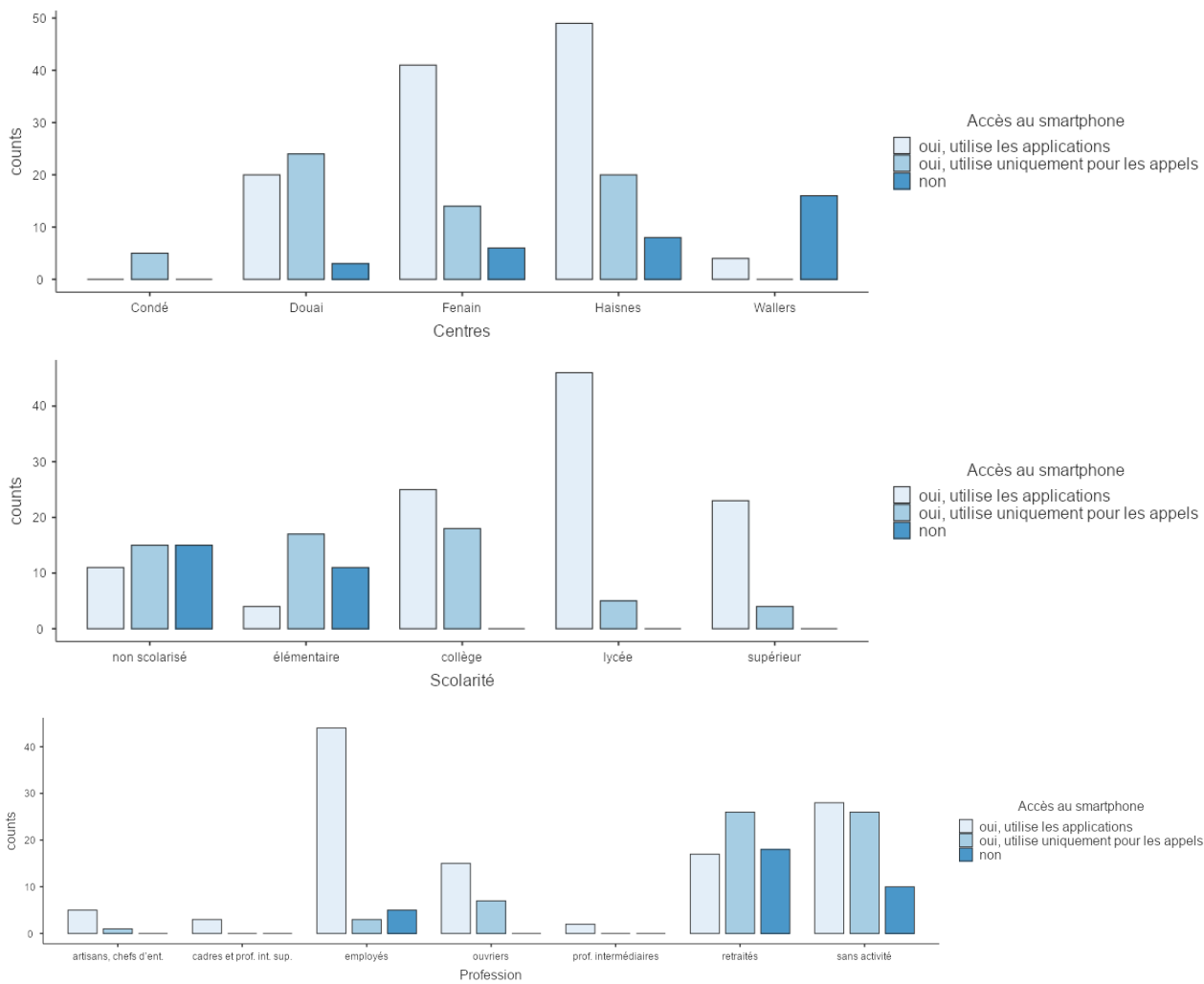


Figure 9: Accès à l'informatique selon le centre, la scolarité et la CSP

D. Corrélations

Les corrélations significatives non ajustées sont présentées dans l'Annexe X:

Il existe une corrélation significative entre le groupe n'utilisant pas le smartphone et le groupe n'utilisant pas l'informatique.

V) DISCUSSION

A. Résultats principaux

Quelle est l'incidence des demandes faites en présentiel au secrétariat de soins primaires?

On recense 225 demandes sur la période (soit en moyenne 22,5 demandes par centre par semaine).

Quels sont les patients qui ont recours à un accueil physique en soins premiers et quels sont leurs besoins?

Les femmes constituent 2/3 de notre échantillon.

La grande majorité (97%) a une complémentaire santé, parle français et est suivie au cabinet. 38% n'avait pas dépassé l'école primaire, 60% n'a pas ou plus d'activité professionnelle. 9% déclare être porteur d'un handicap ou d'une déficience, 8% déclare avoir un aidant.

La majorité des demandes concerne un accès programmé aux soins premiers (52%).

Une demande sur 4 correspond à une orientation vers un professionnel de soins premiers ou une recherche d'un nouveau médecin traitant. Ce motif compte pour environ 9 demandes sur 10 chez les patients non suivis au centre.

Comment évaluer les compétences numériques dans cette population?

La moitié des patients interrogés n'a pas accès au numérique (informatique non maîtrisé 52%, smartphone non maîtrisé 48%).

Il existe une corrélation significative entre le groupe n'utilise pas le smartphone et le groupe n'utilisant pas l'informatique.

Il existe une corrélation significative entre le sous-groupe "retraité" et ceux qui n'ont pas accès au numérique ($OR_{\text{informatique non maîtrisé}} 3,6 [1,80-6,9]$ et $OR_{\text{smartphone non maîtrisé}} 3.74 [1.74-8.05]$).

4 personnes sur 5 déclarent posséder un smartphone. Celui-ci semble mieux accepté surtout parmi les inactifs (seuls 30% des retraités n'en possèdent pas) alors que plus de la moitié des retraités ne possède pas d'équipement informatique ; près de 9 patients porteurs d'un handicap sur 10 en possèdent, mais moins de 3 sur 10 le maîtrisent.

Quelle est la place du secrétariat dans le recueil des données sociodémographiques en soins primaires?

La large participation des patients (93%) illustre la bonne acceptabilité des patients du recueil des indicateurs sociodémographiques par la secrétaire de soins premiers. La faisabilité était la principale limite au recrutement des investigatrices.

B. Limites – Validité interne

1. Conception

Une demande (1^{ère} partie Motif) correspond à un besoin de santé:

- facilité du recueil et du traitement des données
- possibilité d'enrichissement du questionnaire a posteriori

On note certaines difficultés de remplissage du fait d'un grand nombre de réponses possibles: 8 motifs + catégories Autres . Certains motifs n'ont pas été choisis possiblement parce que trop complexes (ex. "prise de RDV électronique avec un professionnel de santé secundotertiaire").

A propos de la démographie (2^e partie Renseignements). Ces caractéristiques correspondent aux standards en épidémiologie (stratification sociale) en France(7) et pour la comparaison européenne (13) sauf pour trois d'entre eux :

- "maitrise du français parlé" correspondant à l'intelligibilité du locuteur lors de l'expression orale en français. Il s'agit d'un indicateur subjectif, dont la formulation doit nous inviter à la prudence lors de l'interprétation. Les 3 réponses proposées sont elles aussi discutables: oui en face à face / oui au téléphone / non. Ces réponses ne s'excluent pas entre elles, et l'intelligibilité au téléphone n'était pas facilement évaluable par les investigatrices.

Les recommandations du CMG(7) évoquent pour l'indicateur *Capacité de compréhension du langage oral* une "Difficulté d'évaluation et pertinence non supérieure à celle de la compréhension du langage écrit". Pour l'item *Capacités de compréhension du langage*

écrit il s'agit selon les auteurs d'explorer "non pas la barrière de la langue, mais la littératie en santé qui est un déterminant des ISS [...]. La compréhension du langage écrit est une des composantes de la littératie en santé."

- "accès à l'informatique" et "accès au smartphone" qui constituent des indicateurs exploratoires d'accès au numérique et de compétence numérique qui nous ont paru les plus pertinents et simples à recueillir. L'indicateur Eurostat "compétences numériques des particuliers" ne nous a pas paru utilisable en routine.

2. Recueil des données

La durée du recueil a été fixée à 2 semaines non consécutives

L'avantage de mode de recueil court et répété est qu'il permet de limiter:

- limiter le biais de mémorisation et la fatigabilité de l'investigateur
- améliorer l'acceptabilité et la faisabilité du questionnaire
- l'effet temps

3. Faisabilité

La faisabilité du questionnaire a été un vrai frein au recrutement de centres dès le recrutement puis au long du recueil pour les investigatrices, témoignant d'une surcharge de travail réelle ou supposée, constituant un biais de motivation. Le recueil était volontairement de courte durée dans le temps (2 semaines non consécutives), et la durée de remplissage d'un questionnaire diminue avec l'entraînement (< 3 min).

5 centres ont été inclus sur la base du volontariat. 3 centres ont contribué à 88% des réponses, 1 centre a rempli seulement 5 questionnaires (2%).

4. Participation

La participation au questionnaire était satisfaisante: seuls 15 patients ont refusé (7%), exclus avant l'analyse. On pouvait craindre que la participation des patients soit limitée du fait du manque de confidentialité lors du recueil des informations sociales sensibles, en dehors du cadre d'une consultation médicale.

Deux doublons ont été identifiés sur la période (même code d'anonymisation et même profil de réponses): l'un consultant deux centres différents à 3 semaines d'intervalle, l'autre dans le même centre à 3 jours d'intervalle.

Les 3 demandes incomplètes (correspondant principalement à l'absence de code d'anonymisation) et les 2 doublons ont été inclus dans l'analyse puisqu'ils ne modifient pas substantiellement les résultats.

5. Variabilité inter centres

On suppose que les centres avec plusieurs praticiens reçoivent proportionnellement plus de demandes. Pourtant ici le centre avec le plus grand nombre de praticiens est celui à avoir enregistré le moins de demandes. La charge de travail était-elle si importante qu'il était difficile de les consigner? Résulte-t-elle de mauvaises conditions pour le recueil (absence de confidentialité)? D'un désintérêt pour l'étude?

Certaines questions n'ont pas été comprises, les données ont du être réencodées lorsque possible dans les réponses au questionnaire.

Partie Motif, on constate

- 35 (16%) réponses Autres correspondant toutes à une demande de soins de premier recours : "renouvellement ttt" "ordo kiné"

- deux centres concentrent 99% des réponses Autres alors qu'ils représentent 2/3 des réponses

Partie Renseignements,

- 3 (1%) questionnaires n'avaient pas de code d'anonymisation.

- 17 (8%) réponses Autres dans Scolarité :

16 sont inappropriées "retraitee" "salarié" car il existait une question dédiée.

"CFA" correspond au niveau secondaire.

"Centre spécialisé handicapé" est plutôt une structure d'insertion professionnelle.

- un seul centre représente 70% des réponses Scolarité Autres alors qu'il représente 31% du total

- Pour la partie AMC , 10 (5%) réponse Autres "régime minier" "invalidité" "CMU". Les particularités du régime minier sont que le reste à charge est zéro, AMO et AMC peuvent être facilement confondus dans certains cas, ce d'autant qu'il existe des motifs d'exonération (ALD, invalidité).

- un seul centre concentre 2/3 des réponses AMC Autres alors qu'il représente 34% du total.

C. Interprétation

1. Motifs

Le secrétariat est le principal point d'accès aux soins premiers : la majorité des demandes concerne une demande programmée de soins premiers (52%).

C'est aussi le lieu privilégié pour obtenir des renseignements administratifs (20%) ou une orientation (25%) vers le professionnel le plus adéquat pour une demande spécifique de santé. 7% des demandes émanaient de patients non suivis aux centres : dans ce sous groupe, l'orientation vers un professionnel de santé de premier recours (dont la recherche d'un nouveau médecin traitant) est le principal motif de recours (90%).

Les soins premiers non programmés (3 %) sont un motif minoritaire de recours aux secrétariats présentiels étudiés.

2. Données sociodémographiques

La population de notre échantillon est féminisée (sex ratio 2:1), majoritairement inactive (60%) et peu diplômée (38% n'ont pas dépassé l'école élémentaire).

Elle dispose en revanche d'une couverture complémentaire (97% dont 88% a une mutuelle), d'une maîtrise de l'expression orale en français (97%), et bénéficient d'un suivi au centre fréquenté au cours de l'étude (97%).

Une minorité (9%) déclare être porteur d'un handicap ou d'une déficience, 8% déclare avoir un aidant. Seuls trois répondants (1% du total) sont à la fois porteurs d'un handicap et bénéficient de l'aide d'un proche.

3. Compétences numériques

La moitié des patients interrogés n'a pas accès au numérique (informatique non maîtrisé 52%, smartphone non maîtrisé 48%).

Ainsi, il existe une corrélation significative entre le groupe "retraité" et ceux qui n'ont pas accès au numérique ($OR_{\text{informatique non maîtrisé}} 3,6 [1,80-6,9]$ et $OR_{\text{smartphone non maîtrisé}} 3.74 [1.74-8.05]$). Il existe une corrélation significative entre le groupe n'utilise pas le smartphone et le groupe n'utilisant pas l'informatique.

4 personnes sur 5 déclarent posséder un smartphone. Celui-ci semble mieux accepté surtout parmi les inactifs (seuls 30% des retraités n'en possèdent pas) alors que plus de la moitié des retraités ne possède pas d'équipement informatique ; près de 9 patients porteurs d'un handicap sur 10 en possèdent, mais moins de 3 sur 10 le maîtrisent.

On retrouve ici les notions principales : la compétence numérique (le savoir faire) est liée à la scolarité et à l'âge tandis que la capacité numérique (possession du matériel) est plutôt liée à la CSP et au niveau de vie.

D. Validité externe

1. Motifs

Il n'existe pas de donnée à notre connaissance sur les demandes réalisées en secrétariat de soins primaires.

Dans ce travail, seuls 3 % des demandes concernaient une demande de soin non programmé. Les DNSP en ville surviennent pour 80% lors des horaires d'ouverture et représentaient environ 12% de l'activité des 1304 cabinets de MG et 94 urgentistes libéraux dont selon la DREES en 2006 (14). Cette différence est probablement expliquée par la présence de structures dédiées à l'urgence, et une bonne participation des urgentistes : les populations étudiées ne sont pas comparables.

2. Données sociodémographiques

Plusieurs bases de données ont été utilisées:

INSEE (15) Echelon EPCI (Communauté de communes) . Les données des 5 EPCI ont été moyennées.

DRESS (16) base de données Indicateurs sociaux départementaux

La population de notre échantillon est différente de la population générale :

Elle compte 66% de femmes contre 50,3% dans l'EPCI moyen et 52,6% dans le département en 2018.

La population des centres est moins instruite: 38% n'a pas dépassé le primaire contre 26% dans la moyenne de l'EPCI. Elle est aussi plus inactive 62% contre 51% en moyenne

dans les EPCI.

					EPCI	
Aucun cursus	41	Primaire ou -	73	38 %	26,20 %	
Primaire	32					
Collège	43	Secondaire ou +	121	62 %	73,80 %	
Lycée	51					
Supérieur	27					
					EPCI	
agriculteurs	0	Actifs	85	40 %	48,43 %	55,06 %
artisans, chefs d'entr.	6					
cadres et prof. int. sup.	3					
prof. intermédiaires	2					
employés	52					
ouvriers	22	Inactifs	125	62 %	51,57 %	44,94 %
retraités	61					
sans activité	64					

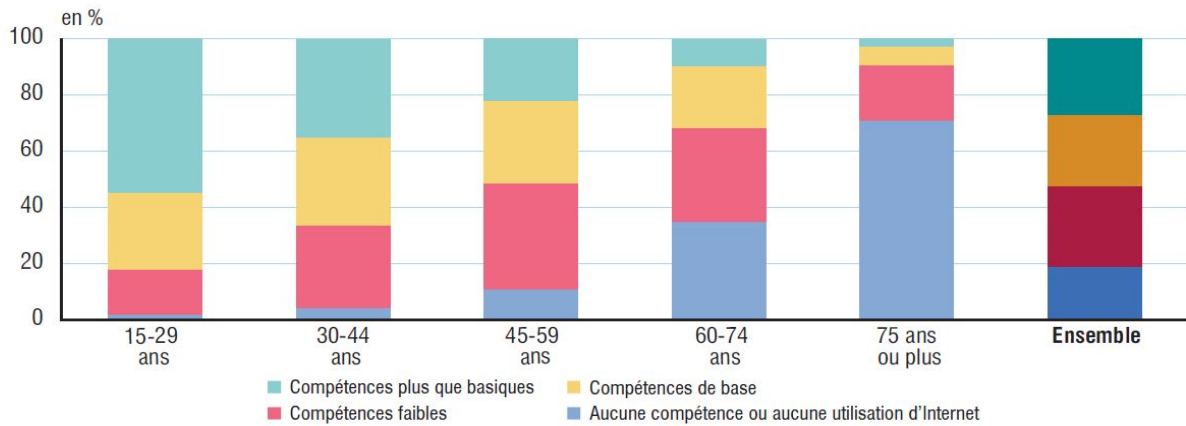
Figure 10: Comparaison de l'échantillon à la moyenne des 5 EPCI, et au département de référence.

97% des répondants sont couverts par une complémentaire santé. 6% bénéficient du dispositif C2S (ex CMU) contre 15% environ de personnes éligibles dans le département Nord en 2015.

On remarque que notre échantillon comporte une sur-représentation d'employés (25% contre 14,6% dans l'EPCI moyen) et de retraités (29% contre 23% dans le département) et une sous représentation des ouvriers (10% contre 13% dans l'EPCI moyen) et des inactifs hors retraités (30% contre 37% dans l'EPCI)

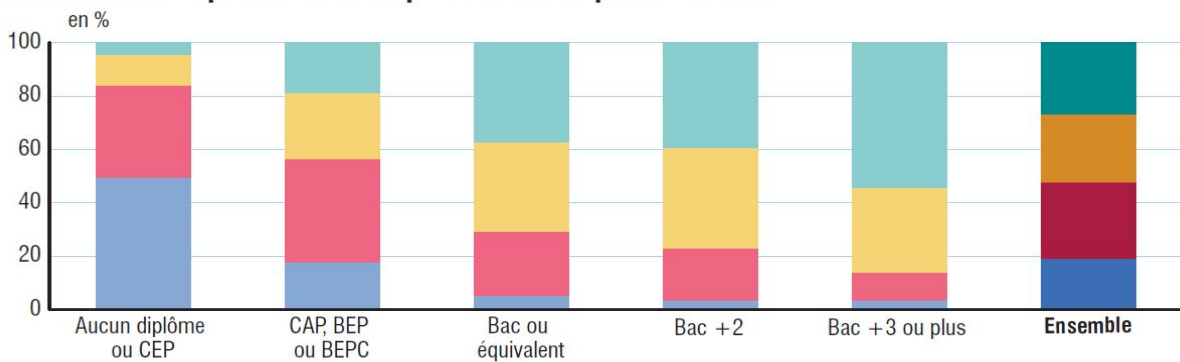
3. Compétences numériques

1. Niveau de capacités numériques selon l'âge en 2017

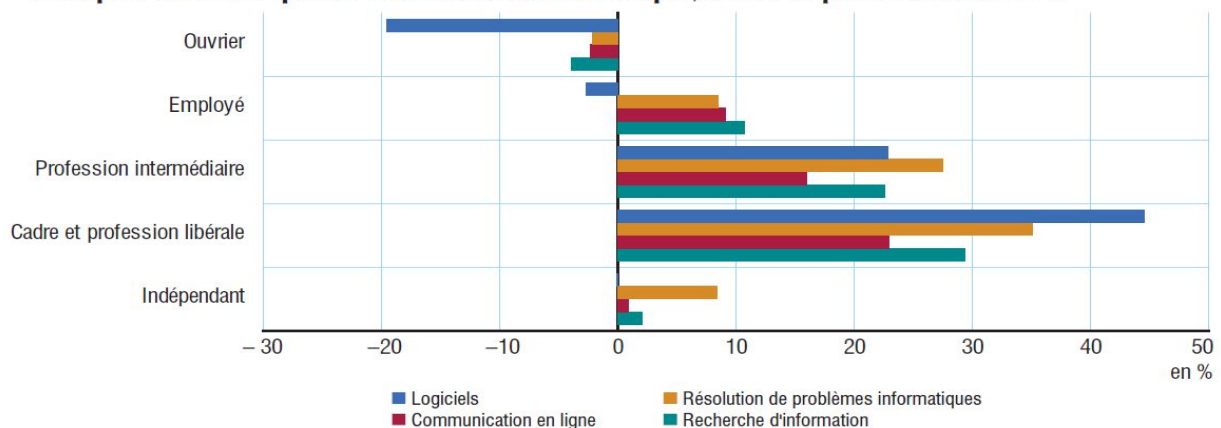


Champ : France hors Mayotte, personnes âgées de 15 ans ou plus.
Source : Insee, enquête TIC-ménages 2017.

2. Niveau de capacités numériques selon le diplôme en 2017



3. Écart à la moyenne dans la proportion d'individus ayant des compétences plus que basiques dans les quatre domaines du numérique, selon la profession en 2017



Lecture : les ouvriers ont 20 % moins fréquemment que la moyenne des compétences plus que basiques en logiciels, alors que les cadres et professions libérales sont 45 % plus souvent que la moyenne dans ce cas.

Champ : France hors Mayotte, personnes âgées de 15 ans ou plus.
Source : Insee, enquête TIC-ménages 2017.

Figure 11: Compétences numériques par âge, scolarité et CSP en France en 2017

tiré de "L'économie et la société à l'ère du numérique", édition 2019(10)

Les résultats de notre étude sont comparables à ceux des données INSEE (10): un patient sur deux ne maîtrise pas les outils numériques (figure 11).

Environ 15% des répondants n'ont accès ni à l'informatique ni au smartphone, que l'on peut rapprocher des 16% de français de 15 ans et plus qui n'accèdent jamais à Internet.

Les principales variables associées significativement sont: le niveau d'études, la catégorie socioprofessionnelle, l'âge, la présence d'un handicap ou d'une déficience, l'expression orale en français. Une analyse avec ajustement sur les principales covariables permettrait la détermination plus approfondie du poids relatif de chacun de ces facteurs.

Appartenir à la CSP ouvriers et être bénéficiaire de la C2S ou de l'AME semblent être des facteurs protecteurs pour la variable *Possède un smartphone* sans atteindre la significativité, à l'inverse de ce qui est retrouvé dans la littérature.

Cela pourrait sembler paradoxal, mais en réalité les bénéficiaires de dispositifs sociaux (revenus activité, allocation chômage...) sont dans leurs démarches, déjà soumis à la dématérialisation des supports dans leurs échanges avec les administrations. Un inactif en recherche d'emploi doit ainsi développer des compétences plus importantes qu'un actif.

L'acquisition progressive du smartphone d'une part comme équipement de télécommunication de référence dans l'ensemble de la population et mais aussi comme marqueur d'appartenance sociale, surtout pour les générations les plus jeunes (seuls 6% des actifs de notre étude n'en possèdent pas), pourraient expliquer les taux d'équipement important dans notre population y compris pour les populations les plus

précaires.

En revanche, environ 1/3 des ouvriers de notre échantillon déclarent ne pas maîtriser l'informatique (36%) et le smartphone (32%) et 1 ouvrier sur 4 (27%) ne maîtrise aucun des deux.

Alors que dans la population l'illectronisme touche environ 10% des ouvriers en emploi, on constate dans notre échantillon presque trois fois plus d'illectronisme ($p=0,003$) dans cette catégorie socioprofessionnelle.

VI) CONCLUSION

Cette étude est un travail original portant sur les besoins des patients en situation de soins premiers. S'il met en lumière les demandes présentes adressées aux secrétaires médicales sur une semaine type, il permet aussi de montrer l'acceptabilité du recueil de données sociodémographiques en routine par les personnels non médicaux, les secrétaires. La faisabilité (réelle ou supposée) était la principale limite au recrutement des investigatrices.

De plus, nous avons pu explorer la pertinence des indicateurs de compétence numérique retenus dans ce travail. On note qu'un patient sur deux utilisant un secrétariat présentiel n'a pas accès au numérique.

Le fait de posséder un outil numérique comme le smartphone est sans doute une condition nécessaire mais pas suffisante pour développer des compétences dans le numérique. Les facteurs principaux associés sont le niveau d'études, la catégorie socioprofessionnelle, la présence d'un handicap ou d'une déficience, l'expression orale en français. En population générale, l'âge, la composition des foyers (présence d'enfants) et le niveau de vie des ménages contribuent également aux disparités numériques.

On compte environ 3 fois plus d'ouvriers en emploi n'accédant pas au numérique dans notre échantillon par rapport à la population générale.

Le secrétariat présentiel pourrait donc faciliter l'accès aux soins premiers dans certains sous groupes de population les plus éloignés du numérique.

Pour conclure plus avant sur l'intérêt du secrétariat présentiel dans la facilitation du recours au soin, il serait intéressant de comparer les populations de soins premiers ayant recours à différentes modalités de secrétariat.

Le repérage actif des ISS est fondamental en soins premiers et le secrétariat médical semble y avoir toute sa place. On pourrait explorer différentes modalités de recueil pour les comparer: proposer un recueil double "en aveugle" par le praticien et l'auxiliaire ou au contraire deux évaluations médicosociales complémentaires basées sur les indicateurs du groupe A pour le médecin et du groupe B par l'auxiliaire.

Dans son rapport sur les inégalités sociales en santé publié en 2008(17), le groupe de travail de l'OMS dirigé par Sir Michael Marmot ambitionnait de "combler le fossé" en une génération ; il s'agissait pour les auteurs de sortir d'une définition biomédicale exclusive des études d'efficacité en santé (ex. études randomisées) qui manquent de pertinence dans l'évaluation de ces problématiques. Incorporer dans les études de santé les déterminants sociaux de santé est un investissement qui pourrait contribuer d'une part à éveiller les consciences et d'autre part constituer des données pour étudier l'impact des politiques de réduction des inégalités sociales en santé.

Plus d'une décennie après, placée sous le signe de l'austérité budgétaire, la crise sanitaire nous rappelle la réalité : la santé publique est un préalable indispensable à la santé individuelle et au développement économique(5,18).

VII) REFERENCES et BIBLIOGRAPHIE

1. Société Française de Médecine Générale : Place du secrétariat médical dans les cabinets libéraux de médecins généralistes [Internet]. [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: http://www.sfm.org/publications/les_theses/place_du_secretariat_medical_dans_les_cabinets_liberaux_de_medecins_generalistes.html
2. Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXIème Siècle. :7.
3. Bibliographie sur les Inégalités sociales de santé. IRDES 2016;250.
4. Lombrail P, Lang T, Pascal J. Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? Santé Société Solidar. 1 janv 2004;3:61-71.
5. HCSP. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2009 nov [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=113>
6. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature. 2012;8.
7. Inégalités sociales de santé : Pourquoi les repérer ? Quels indicateurs simples ? [Internet]. CMG. 2018 [cité 7 sept 2021]. Disponible sur: <https://lecmg.fr/inegalites-sociales-de-sante-pourquoi-les-reperer-quels-indicateurs-simples/>
8. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 20 sept 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
9. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/trois-medecins-generalistes-sur-quatre-ont-mis-en-place-la>
10. Capacités et compétences numériques – L'économie et la société à l'ère du numérique | Insee [Internet]. [cité 8 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238593?sommaire=4238635>
11. Weiss D, Eikemo TA. Technological innovations and the rise of social inequalities in health. Scand J Public Health [Internet]. nov 2017 [cité 4 oct 2021];45(7):714-9. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1403494817711371>
12. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. Kinésithérapie Rev [Internet]. janv 2015 [cité 4 oct 2021];15(157):34-8. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1779012314004318>

13. Mesure des inégalités sociales - déterminants sociaux et territoriaux de la sante [Internet]. DREES [cité 31 août 2021].
14. Gouyon L. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats. DREES 2006;8.
15. Statistiques et études | Insee [Internet]. [cité 16 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques>
16. Les indicateurs sociaux départementaux | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 16 sept 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/les-indicateurs-sociaux-departementaux>
17. Gama e Colombo D. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Rev Direito Sanitário [Internet]. 1 févr 2010 [cité 4 oct 2021];10(3):253. Disponible sur: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13190>
18. Build Back Fairer: The COVID-19 Marmot Review [Internet]. Institute of Health Equity. [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.instituteoftheequity.org/about-our-work/latest-updates-from-the-institute/build-back-fairer>
19. Soins de santé primaires [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
20. Article 36 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879483?r=wR6hMUZru9
21. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://demographie.medecin.fr/mobile.php#listindics>
22. Jakoubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et Résultats, DREES:8.
23. Facteurs déterminant le mode d'exercice de la médecine générale : enquête auprès des jeunes médecins généralistes issus des facultés de médecine de Lille (promotion 2004 à 2008) [Internet]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <http://pepите.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-2937>
24. OMPL. Baromètre Secteur santé • Cabinets médicaux Entreprises [Internet]. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ompl.fr>
25. La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/la-place-et-le-role-de-la-medecine-generale-dans-le-systeme-de-sante>

26. Mousquès J. L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses. Résultats de l'évaluation des sites participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). 2015;6.
27. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français. *Sante Publique (Bucur)* [Internet]. 1 oct 2009 [cité 29 avr 2021]; Vol. 21(hs1):27-38. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-hs1-page-27.htm>
28. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Lutter contre les déserts médicaux [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 6 sept 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/lutter-contre-les-deserts-medicaux/>
29. Assistant médical [Internet]. Association genevoise GAM. [cité 6 sept 2021]. Disponible sur: <https://agam-ge.ch/>
30. Pirer S. Représentations et attentes des médecins généralistes concernant les assistants médicaux et les infirmiers de pratique avancée [Internet]. Université de Lille; 2019 [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-12571>
31. Comprendre le nouveau dispositif d'aide au financement des assistants médicaux [Internet]. [cité 6 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/comprendre-le-nouveau-dispositif-daide-au-financement-des-assistants-medicaux>
32. Article 119 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 8 sept 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913702
33. Charpigny M, Hada S, lecture0 ÉV et FV 15 min de. Infirmières en pratique avancée (IPA) [Internet]. Les cahiers de santé et de protection sociale. 2021 [cité 29 avr 2021]. Disponible sur: <https://cahiersdesante.fr/editions/36/infirmieres-en-pratique-avancee-ipa-presentation-bilan-et-perspectives-5-ans-apres-la-loi/>
34. Mouries DR. L'épuisement professionnel des medecins liberaux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. juin 2007;59.
35. Teheney N, Zorzi F, Chotard C, Gravier M, Tournier-Oudin E, Erpeldinger S, et al. Le secrétariat médical physique en médecine générale et la relation triangulaire médecin, patient, secrétaire. *Médecine* [Internet]. 1 mai 2020 [cité 26 avr 2021]; 16(5):231-6. Disponible sur: http://www.jle.com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/fr/revues/med/e-docs/le_secretariat_medical_physique_en_medecine_generale_et_la_relation_triangulaire_medecin_patient_secretaire_316925/article.phtml?tab=texte
36. Métier [Internet]. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur:

<https://www.ompl.fr/metiers/metier/secretaire-medical>

37. Gravier M, Pigache C. Choix des médecins généralistes en matière de secrétariat médical. Lyon, France; 2019.
38. Gravier M, Pigache C. Choix des médecins généralistes en matière de secrétariat médical. Lyon, France; 2019.
39. Chanu A, Caron A, Ficheur G, Berkhout C, Duhamel A, Rochoy M. Préférences des médecins généralistes libéraux en France métropolitaine quant à la délégation des tâches médico-administratives aux secrétaires assistant(e)s médico-social(e)s : étude en analyse conjointe. Rev D'Épidémiologie Santé Publique [Internet]. mai 2018 [cité 14 oct 2020];66(3):171-80. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0398762018303572>
40. Outils de prise de RDV en ligne - URPS médecins libéraux IDF- 010320172017 [Internet]. calameo.com. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/0005558719459698164b2>
41. Le marché des rendez-vous médicaux en ligne est en pleine effervescence [Internet]. 2018 [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: <https://lemondedelaesante.wordpress.com/2018/02/19/le-marche-des-rendez-vous-medicaux-en-ligne-est-en-pleine-effervescence/>
42. L'état de santé de la population en France - Rapport 2015 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 7 sept 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2015>
43. Spira A, Adolphe M, Hermange MT, Lecomte D, Benoît MMG, Dreux CL, et al. Précarité, pauvreté et santé. Bull Académie Natl Médecine [Internet]. 1 avr 2017 [cité 20 mai 2021];201(4):567-87. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001407919304467>
44. Sass C, Dupré C, Giordanella JP, Girard F, Guenot C, Labbe É, 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. 2006;4.
45. Chevillard G, Mousques J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y, Rican S, Salem G. Mesure de l'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes : l'exemple du soutien au développement des maisons et pôles de santé en France. Rev DEconomie Reg Urbaine [Internet]. 12 nov 2015 [cité 29 avr 2021];Octobre(4):657-94. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-d-economie-regionale-et-urbaine-2015-4-page-657.htm>
46. Clément M-C, Couralet P-E, Mousquès J, Pierre A, Bourgueil Y. Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. Sante Publique (Bucur) [Internet]. 1 oct 2009 [cité 29 avr 2021];Vol. 21(hs1):79-90. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-hs1-page-79.htm>

47. DGOS. Guide relatif aux centres de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/guide-relatif-aux-centres-de-sante>
48. Les chiffres nationaux de l'observatoire des CDS [Internet]. Fédération Nationale des Centres de Santé. [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <https://www.fncs.org/les-chiffres-nationaux-de-l-observatoire-des-cds>
49. 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. nov 2012;66(11):982-9.
50. Une personne sur six n'utilise pas Internet, plus d'un usager sur trois manque de compétences numériques de base - Insee Première - 1780 [Internet]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4241397#consulter>
51. Pourquoi l'illettrisme ou illettronisme numérique constitue une faille du développement numérique en santé, notamment de l'application StopCovid ? Bénédicte BEVIÈRE-BOYER nous éclaire [Internet]. ManagerSante.com®. 2020 [cité 25 juin 2020]. Disponible sur: <https://managersante.com/2020/06/08/lillettrisme-ou-illectronisme-numerique-faille-du-developpement-numerique-en-sante-notamment-lors-de-la-pandemie-covid-19/>
52. Pyramide des âges [Internet]. INSEE [cité 6 sept 2021]. Disponible sur: [//extranet.dst.dk/websites/pyramide/pyramide.htm](http://extranet.dst.dk/websites/pyramide/pyramide.htm)

VIII) ANNEXES

Annexe 1 : Contexte

Figure 10 : Localisation des centres

Annexe 2 : Questionnaire

Annexe 3 : Régression Logistique Informatique Maitrisé

Annexe 4 : Régression Logistique Smartphone Maitrisé

Annexe 1: Contexte

A. Définition

Les soins premiers ou primaires sont directement issus du "primary care" anglais, terme apparu à la fin des années 1960. Il s'agit de fournir aux individus des soins dans leur globalité tout au long de leur vie en fonction de leur besoins.

La déclaration de Alma Alta(19) (1978) aborde leur définition comme des « soins de santé universellement accessible à tous les individus (...) par des moyens qui leurs sont acceptables avec leur pleine participation et à un cout abordable pour la communauté du pays ». Pour la WONCA (World Organization of National Colleges and Academic Associations of General Practitioners /Family Physicians), le médecin de soins primaires est celui qui peut donner une réponse pour 90 % des patients, dans 90 % des situations.

En France, la loi Hôpital Patient Santé Territoire(20) confie en 2009 au médecin généraliste "la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients, l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social et l'éducation pour la santé".

B. De l'installation des jeunes médecins

88 % des medecins généralistes des Hauts de France en 2019 (21) exercent strictement

en libéral. On note une baisse régulière des effectifs dans 80% des bassins de vie du Nord Pas de Calais. La pratique de la médecine libérale est une activité chronophage (moyenne 54,6 h / semaine) (22).

Les travaux(23) récents sur les jeunes médecins nous montrent qu'ils choisissent après une période de remplacement, une installation libérale tardive, parfois mixte, majoritairement en groupe (66% en 2014). 65% des installations sont liées à une opportunité professionnelle (association, cession, reprise) avec une tendance à la concentration(24) des effectifs salariés (-5000 cabinets entre 2002 et 2012).

C. Vers une pratique collective en soins premiers

Une pratique de groupe permet à plusieurs professionnels(25) de:

- partager les contraintes de permanence des soins
- échanger sur des pratiques- mutualiser leurs ressources pour les charges de fonctionnement notamment le secretariat: physique, dématérialisé ou mixte
- diminuer le temps de travail individuel de 2 à 4h, en augmentant le nombre d'actes réalisés quotidiens(26), via une délégation des tâches

<i>Pays où la pratique de groupe des médecins généralistes est majoritaire</i>					
	<i>Taux moyen de regroupement des médecins généralistes</i>	<i>Cadre d'exercice dominant du groupe</i>	<i>Professionnels concernés</i>	<i>Nombre moyen de médecins par groupe</i>	<i>Mode de rémunération des médecins</i>
Finlande	Plus de 90 %	Centre public de santé	Principalement pluriprofessionnel	nd	Salariat/capitation
Suède	98 %	Centre public de santé	Plurispécialisé et pluriprofessionnel	nd	Salariat
Royaume-Uni	92 %	Cabinet privé sous contrat avec l'autorité locale	Pluriprofessionnel	4,8	Capitation/forfait/acte
Québec	Environ 90 %	Cabinet privé	Plurispécialisé et pluriprofessionnel	5,2	Acte
Ontario	60 % environ	Cabinet privé	Monospécialisé	4,8	Acte
Pays-Bas	57 %	Cabinet privé	Monospécialisé	2	Capitation

<i>Pays où la pratique de groupe des médecins généralistes est minoritaire</i>					
	<i>Taux moyen de regroupement des médecins généralistes</i>	<i>Cadre d'exercice dominant du groupe</i>	<i>Professionnels concernés</i>	<i>Nombre moyen de médecins par groupe</i>	<i>Mode de rémunération des médecins</i>
France	39 %	Cabinet privé	Monospécialisé	environ 3	Acte
Belgique	30 %	Cabinet privé	Monospécialisé	nd	Acte
Allemagne	25 à 30 %	Cabinet privé	Monospécialisé	Groupe de 2 médecins en majorité	Acte
Italie	15 à 20 %	Cabinet privé	Monospécialisé	nd	Capitation
Source : Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. « Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? », <i>Irdes, Questions d'économie de la santé</i> , n° 127, novembre 2007.					

Tableau 2: Pratique des soins premiers dans le monde

Au niveau mondial, la pratique collective des soins premiers (27) est très contrastée comme le montre le tableau 1.

C. Délégation de tâches

Face à la raréfaction du temps médical, différentes solutions sont envisagées(28) : d'une part, déléguer une partie de l'activité clinique à des auxiliaires médicaux (comme en Allemagne ou aux Pays Bas) recrutés parmi d'autres professions de la santé. D'autre part, confier les tâches administratives à des professionnels dédiés (gestionnaires de pratique, secrétaires).

1. Délégation clinique

En France, il existe deux dispositifs complémentaires pour la délégation de l'activité clinique aux auxiliaires médicaux.

1.1 Assistants médicaux

Les compétences de l'assistant médical(29) sont cités par Pirer et al(30).

Un dispositif d'accompagnement spécifique(31) facilite le recrutement d'un assistant médical : prise en charge dégressives sur 3 ans avec contrepartie pour le médecin d'augmenter sa file active et sa patientèle médecin traitant pour les praticiens généralistes.

1.2 Infirmiers de pratique avancée (IPA)

La plupart des IPA est destinée à exercer en ambulatoire, soit en centre de santé, soit en libéral avec un lien fort au sein d'un dispositif territorial (CPTS, association Asalée) (32).

On compterait (33) en 2021 un peu plus de 400 IPA diplômés d'un Master 2 des universités, 1000 en cours de formation. Ils seraient une vingtaine actuellement à exercer en hospitalier au sein de l'APHP.

La reconnaissance de leurs statut est encore balbutiante (30) .

2. Délégation administrative : assistants médicoadministratifs

Un peu moins de la moitié des médecins libéraux sondés en Ile de France(34) estiment qu'ils souffrent d'un épuisement professionnel, lié dans 4 cas sur 5 à la charge de travail et l'excès de taches administratives; 88% souhaitent une aide à la gestion administrative et 74% seraient favorables à une aide au recrutement de secrétaires médicales.

La présence d'un secrétariat est plus fréquente parmi les médecins installés les plus jeunes (70% pour les moins de 45 ans contre 53% pour les 45 ans ou plus), avec des disparités régionales importantes(22)

Le principal frein évoqué par les médecins au recrutement d'une secrétaire est le coût élevé d'un secrétariat (35). C'est en ce sens que les propositions du rapport Druais 2015 (25) affichaient un objectif de 2 secrétaires pour 3 médecins.

2.1 Le métier de secrétaire médicale

S'agissant d'une profession féminine presque exclusive (> 95% sont des femmes), nous nous autoriserons donc à employer le féminin pour désigner la fonction.

Les secrétaires ne sont souvent pas formées(24,36) ni à la gestion d'un cabinet ni aux soins. Les secrétaires médicales ont souvent plusieurs fonctions (22). 1 médecin sur 3 déclare que son secrétariat participe à la comptabilité, et 40% délivrent des conseils médicaux. Elles participent à la relation de soins et à l'humanisation du cabinet(37)(24). Cette délégation de tâches (39) interroge sur le transfert de rôle du médecin à la secrétaire, qui devient ainsi le "régulateur primaire" de l'offre et de la demande de soins.

Pour 80% des médecins disposant d'une secrétaire, celle-ci est présente physiquement, avec une amplitude moyenne d'ouverture du secrétariat de 40h hebdomadaire.

C'est le choix préférentiel du triangle patient secrétaire médecin(35), les autres modalités de prise de RDV étant perçues comme complémentaires.

2.2 Secrétariat dématérialisé – Agenda en ligne

Certains ont recours à une secrétaire téléphonique unique, travaillant à son compte et depuis son domicile, dans une relation de prestataire de service pour un ou plusieurs médecins. Il peut aussi s'agir de plateformes dématérialisées. Ces plateformes proposent une offre élargie: secrétariat téléphonique, prise rendez-vous en ligne (40). On compte 1,5 milliards de prise de RDV en ligne pour une consultation médicale chaque année, 26% des patients interrogés en 2016 l'ayant déjà utilisé avec seulement 10% des praticiens équipés en 2018 (41).

Ces choix sont deux fois plus fréquents chez les médecins installés seuls, possiblement portés sur la maîtrise des coûts de fonctionnement(35) du fait d'une activité moindre (seuls

43% des médecins sous 4000 actes annuels en disposent). Les limites identifiées(37) sont : une mauvaise gestion des urgences, l'absence de filtrage, et une plus grande fréquence de rendez-vous non honorés.

D. Disparités dans l'accès au soins

1. Gradient social de santé – Inégalités Sociales de Santé (ISS)

La France est parmi les pays qui possèdent les inégalités de santé les plus importantes en Europe(3). Cette inégalité (42) s'illustre sur des données simples comme l'écart d'espérance de vie pour un homme français de 35 ans, qui diffère aujourd'hui de sept années selon qu'il est ouvrier ou cadre.

Les populations les plus précaires ont un usage de l'offre de soins premiers qui diffère de la population générale (3,43). Il existe un lien fort entre mortalité et précarité. Elles ont moins accès aux soins (renoncement ou refus de soins) notamment aux actions de prévention. Un score social EPICES(44) (Évaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les CES) a été proposé pour l'évaluation individuelle : il est basé sur 11 questions prédictives de la précarité, et varie de 0 (absence) à 100 (précarité maximale).

On ne peut néanmoins se limiter à résumer les inégalités sociales de santé à la santé des plus précaires (situation extrême la plus visible).

Les ISS peuvent être vues comme un continuum ou un gradient traversant la société, déclinée à chaque niveau considéré (par exemple la mortalité d'un ouvrier qualifié est

inférieure à celle d'un ouvrier non qualifié). Les connaissances des médecins sur ce gradient au sein d'une patientèle est souvent subjective et partielle.

La simple sensibilisation des professionnels de santé à ces problématiques apparaît déjà comme un levier efficace pour la réduction des ISS.

Le recueil des données sociales en soins primaires est depuis 2014 une recommandation du CEMG(7) Certaines données sont indispensables (Groupe A) puisqu'ils constituent les principaux freins à la prise en charge en soins primaires, d'autres sont utiles (Groupe B).

2. Inégalités territoriales de santé

Chevillard et al(45) a réalisé en 2015 des travaux en sociologie de la santé autour des maisons et pôles de santé.

2.1 Les maisons de santé pluriprofessionnelles:

Composés de professionnels de santé variés (médicaux, auxiliaires médicaux, voire pharmaciens), ils ont une activité de soins de premiers recours sans hébergement.

Près des trois quarts des maisons de santé se trouvent dans l'espace à dominante rurale(29) , alors que seul un tiers des médecins généralistes s'y trouvent. Elles participent donc au maintien d'une offre de santé locale des territoires les moins bien pourvus.

2.2 Les centres de santé

Dans les Hauts de France en 2019 (4^e région), on retrouve 90 centres de santé (47)à

activité médicale. On compte 2040 centres de santé nationaux, dont 691 (33%) activité médicale (48) avec une implantation plutôt urbaine (92%), avec en moyenne 3,7 médecins par centre, salariés à temps partiel (en moyenne 0,51 ETP par médecin).

Les CDS et MSP seraient plus productives que les cabinets témoins en considérant la file active et la patientèle médecin traitant (26). Elles seraient aussi plus efficaces en ce qui concerne les dépenses de santé (pharmacie, soins secondotertiaires). L'exercice regroupé en MDS et CDS semble donc limiter les disparités territoriales de santé en maintenant une offre de proximité.

3. Inégalités numériques en santé

Avec la progression des possibilités techniques de communication, les pouvoirs publics espèrent apporter une réponse supplémentaire à la problématique de l'accès aux soins pour les populations vivant dans les territoires moins pourvus(28).

3.1 Progrès numériques en santé

Trois médecins généralistes sur quatre téléconsultent(9) depuis le début de la crise sanitaire. Un chiffre multiplié par 16, avec un niveau de satisfaction mitigé ; l'absence d'examen clinique et les problèmes techniques sont les principaux obstacles retrouvés.

3.2 Compétences numériques - Illectronisme

L'accès au numérique dépend de plusieurs facteurs : le premier est d'abord économique parce qu'il nécessite un accès à internet et un matériel spécifique (poste informatique, tablette ou smartphone). L'office européen des statistiques (EUROSTAT) dispose d'une base de données publiques par pays sur les résultats de l'enquête EU-SILC (European Union – Statistics on Income and Living Conditions) effectuée en 2006.

L'échantillon français est constitué de 10036 ménages, soit 24940 individus ;

2.1% des personnes interrogées de plus de 16 ans n'avaient pas les moyens de payer une connection à internet pour usage personnel en 2015 (3,2 à 6,5% pour les personnes sans emploi et 5,9% des personnes de plus de 16 ans appartenant au premier quintile des revenus).

2,6% des ménages interrogés en 2019 n'avaient pas les moyens de payer un poste informatique (5,1% pour les ménages constitués d'un seul adulte de moins de 65 ans).

Seuls 0,2% des ménages constitués d'un adulte de moins 65 ans n'ont pas les moyens d'avoir un téléphone.

Ces données individuelles ont été croisées avec les données de recensement permettant des comparaisons entre pays, via l'utilisation d'un index de désavantage social (European Index of Deprivation) en santé adapté par Pornet et al en 2012(49)

Le deuxième facteur est éducatif : les compétences numériques s'acquièrent et se transmettent volontiers dans l'entourage (les ménages comprenant des enfants ont plus

de compétences numériques que les autres(50)).

Non équipement et non-usage d'Internet parmi les personnes en âge de travailler (risques relatifs)

	Non-équipement	Non-usage
Femmes	Réf.	Réf.
Hommes	1,15	1,37**
18-29 ans	Réf.	Réf.
30-44 ans	1,50	0,97
45-64 ans	1,97**	2,09**
Bac +3 ou au-delà	Réf.	Réf.
Bac +2	1,21	1,37
Bac ou équivalent	1,59	1,05
CAP, BEP ou BEPC	2,78***	2,79***
Aucun diplôme ou CEP	5,59***	5,11***
En emploi	Réf.	Réf.
Chômeur	1,36*	1,21
Autre inactif	1,51**	2,01***
5° quintile de niveau de vie (ménages aisés)	Réf.	Réf.
4° quintile	1,79*	1,32
3° quintile	1,86**	2,03***
2° quintile	2,87***	2,03***
1° quintile (ménages modestes)	4,71***	3,10***
Agglomération de Paris	Réf.	Réf.
Unité urbaine de 100 000 à 1 999 999 habitants	1,10	1,00
Unité urbaine de 10 000 à 99 999 habitants	1,17	1,21
Unité urbaine de 2 000 à 9 999 habitants	1,09	1,16
Commune rurale	0,97	1,07
Couple avec au moins un enfant	Réf.	Réf.
Personne seule	7,38***	2,67***
Famille monoparentale	1,22	0,35**
Couple sans enfant	3,31***	1,71***
Autre type de ménage (ménage complexe)	1,30	1,04
Métropole	Réf.	Réf.
DOM (hors Mayotte)	1,22	1,23

Note : régression de Poisson modifiée ; *, **, *** : significativité à 10 % (*), à 5 % (**) ou à 1 % (***).

Lecture : toutes choses égales par ailleurs, les 45-64 ans ont 1,97 fois plus de risque (ou 97% de risque supplémentaire) de n'être pas équipés pour accéder à Internet depuis leur domicile relativement aux 18-29 ans.

Champ : 18-64 ans (hors étudiants et retraités), métropole et DOM (hors Mayotte)

Source : TIC ménages 2019 selon (50)

L'INSEE s'est intéressée aux compétences numériques des français(10). Les deux définitions suivantes permettent d'appréhender la problématique de l'évaluation des compétences numériques.

Capacités et compétences numériques

Eurostat distingue quatre domaines de compétences numériques :

- la recherche d'information (sur des produits et services marchands ou administratifs, etc.) ;
- la communication (envoyer ou recevoir des courriels, etc.) ;
- la résolution de problèmes (accéder à son compte bancaire par Internet, copier des fichiers, etc.) ;
- l'usage de logiciels (traitement de texte, etc.).

Ces compétences sont mesurées à partir des déclarations sur le fait d'effectuer certaines tâches dans l'enquête annuelle auprès des ménages sur les technologies de l'information et de la communication, menée dans tous les pays de l'Union européenne.

Chaque compétence est notée 0 (compétence nulle), 1 (basique) ou 2 (compétence plus que basique). Le non-usage d'Internet au cours de l'année impliquant la note 0 : l'échelle mesure donc une **capacité** pratique (liée à la possession d'un équipement et à un usage même minimal d'Internet) si l'on considère la population générale, mais une **compétence** si l'on se restreint aux usagers d'Internet. Elle sous-estime légèrement les compétences en « logiciels » et « résolution de problèmes » dont les critères ne nécessitent pas tous l'usage d'Internet.

Ces quatre domaines de compétences sont très liés, et en les sommant, on obtient un indicateur global de capacités numériques : une personne n'a ainsi aucune capacité numérique si elle obtient 0 dans chaque domaine (illectronisme) et des capacités plus que basiques si elle obtient 2 dans les quatre domaines. Entre les deux, Eurostat distingue les capacités faibles (au moins une compétence est notée à 0 et au moins une vaut 1) et basiques (aucune des compétences n'est égale à 0 et au moins une est égale à 1).

Figure 12: Capacités et compétences numériques, selon l'INSEE (9)

Dans ce travail, nous garderons cette distinction entre capacité (possession matériel) et compétences. Notons ici l'intérêt d'une variable quantitative discrète (0 1 ou 2) correspondant à une qualitative ordinale (oui tout à fait, oui partiellement, non) autorisant une régression dichotomique.

Illectronisme : désigne l'incapacité (c'est-à-dire l'impossibilité matérielle ou le manque de compétences) d'utiliser des ressources et moyens de communication électroniques.

Elle concernerait 19% des 15 ans ou plus en 2017 en France hors Mayotte.

Environ 16% des Français de 15 ans et plus ne sont jamais connectés à Internet.

Les compétences numériques diminuent principalement avec l'âge, le faible niveau d'éducation et certaines catégories socioprofessionnelles : 10 % des ouvriers en emploi sont concernés par l'illectronisme contre moins de 1 % des cadres, professions intellectuelles supérieures et professions libérales.

En comptant ceux qui sont non usagers d'internet , 48 % de la population posséderait des capacités numériques faibles ou nulles. 49% des usagers d'internet déclarent n'avoir pas été en mesure de rechercher des informations administratives. 1 personne sur 4 ne sait pas s'informer(50) sur Internet.

Dans ce contexte, le risque d'exclusion numérique(51) est important. Face aux vieillissement attendu de la population (en 2040, 25% de la population française aura 66 ans ou plus contre 20% en 2021 (52)), comment rendre accessibles à tous les soins nécessaires et adaptés? Comment repérer les patients en difficulté et permettre à chacun de prendre le "virage numérique"?

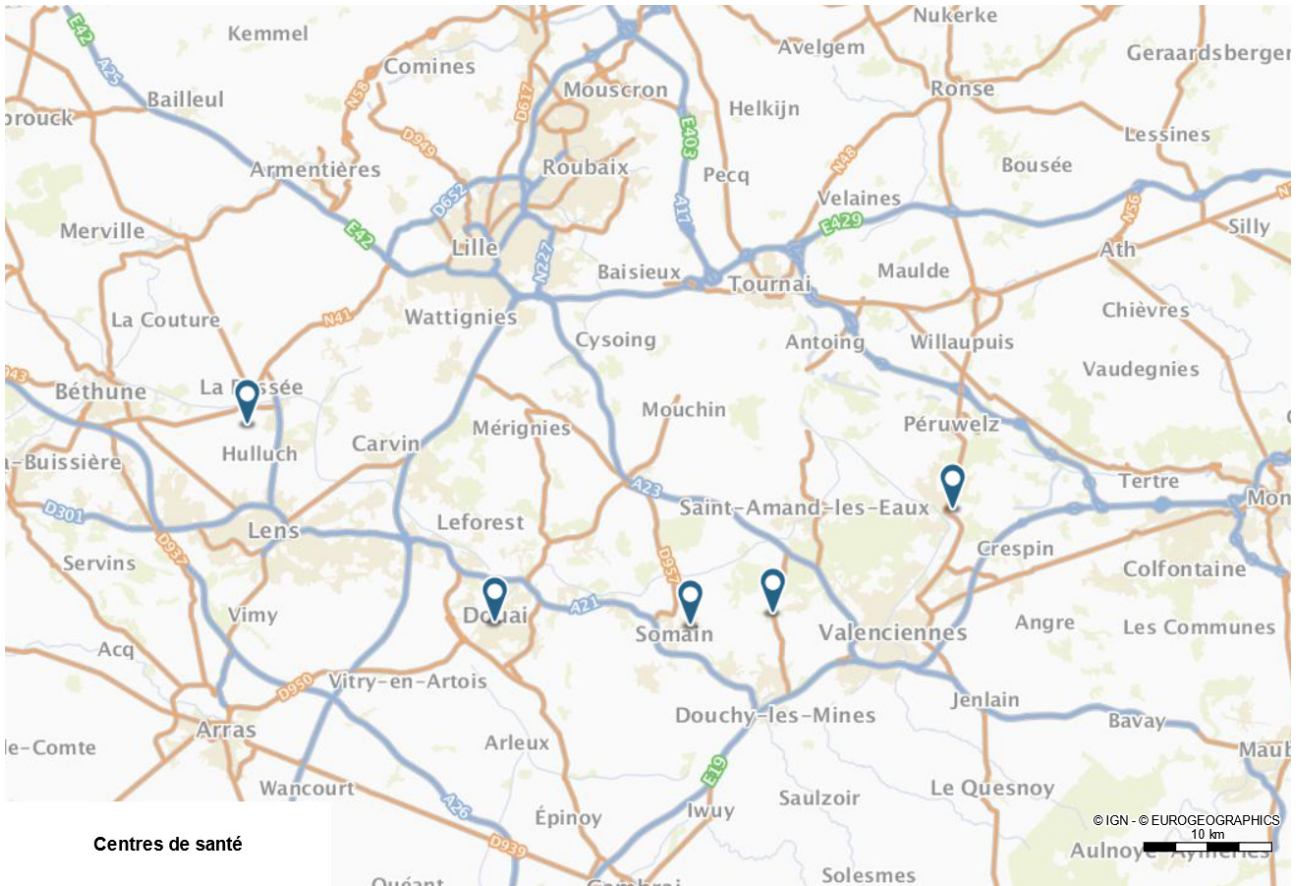


Figure 13: Localisation des centres

Annexe 2: Questionnaire

Questionnaire durée 2 min

Ce questionnaire anonyme a pour but de mieux connaître les demandes des patients qui n'utilisent pas le téléphone ou l'agenda en ligne, et prennent contact de manière physique avec le secrétariat médical.

Merci de prendre quelques minutes pour le remplir à chaque demande vous étant faite en présentielle.

Partie A: Motif

A1. Le patient est-il d'accord pour participer au questionnaire?

Oui

Non

A2. Quel est le motif de la demande?

Renseignement (accès courrier et résultats, formalités administratives...)

Orientation vers un professionnel de santé de soins premiers

Recherche d'un nouveau médecin traitant

Prise de RDV avec un professionnel de soins premiers = Demande de soin programmée

Prise de RDV avec un professionnel de soins premiers = Demande de soin non programmée

Prise de RDV téléphonique avec un spécialiste (soins secundo-tertiaires)

Prise de RDV électronique avec un professionnel de santé (Doctolib® ou autre)

Prise de RDV avec un travailleur social

Autre

Autre



Partie B: Renseignements

B1. Anonymisation : NNPPx

2 premières lettres du nom + 2 premières lettres du prénom + dernier chiffre de la date de naissance : par exemple *MANA8* pour *Martinski Nadine née en 1968*

B2. Genre

Féminin

Masculin

B3. Couverture sociale complémentaire

pas de complémentaire

Mutuelle

C2S

AME

Autre

Autre

B4. Scolarité

dernière année scolaire ou diplôme

non scolarisé

élémentaire

collège

lycée

supérieur

Autre

Autre



B5. Profession	<i>CSP agrégée selon INSEE PCS 2003</i>
	agriculteurs exploitants <input type="checkbox"/>
	artisans, commerçants, chefs d'entreprise <input type="checkbox"/>
	cadres et professions intellectuelles supérieures <input type="checkbox"/>
	professions intermédiaires <input type="checkbox"/>
	employés <input type="checkbox"/>
	ouvriers <input type="checkbox"/>
	retraités <input type="checkbox"/>
	sans activité <input type="checkbox"/>
B6. Maîtrise du français parlé	
	oui en face à face <input type="checkbox"/>
	oui au téléphone <input type="checkbox"/>
	non <input type="checkbox"/>
B7. Accès à l'informatique	
	oui <input type="checkbox"/>
	oui mais non maîtrisé <input type="checkbox"/>
	non <input type="checkbox"/>
B8. Accès au smartphone	
	oui, utilise les applications <input type="checkbox"/>
	oui, utilise uniquement pour les appels <input type="checkbox"/>
	non <input type="checkbox"/>
B9. Le patient est-il porteur d'un handicap ou une déficience?	
	Oui <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>
B10. Aide d'un proche	
	Oui <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>
B11. S'agit-il d'un patient suivi au cabinet?	
	Oui <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>

Annexe 3: Corrélations avant ajustement – Informatique et Smartphone

χ^2	Informatique maîtrisé		Borne inf	Borne sup	
AMC	p=0.027				
Scolarité	p=0.027				
Secondaire et plus	p<.001	OR	10.1	4.95	20.5
		RR	3.85	2.32	6.40
Profession	p<.001				
Inactifs (dont retraités)	p<.001	OR	0.162	0.0879	0.299
		RR	0.417	0.310	0.560
Retraités	p<.001	OR	0.275	0.143	0.530
		RR	0.465	0.298	0.725
Français	p=0.010	OR	0.0687	0.00387	1.22
Smartphone maîtrisé	p<.001	OR	0.00815	0.00266	0.0250
		RR	0.0495	0.0189	0.130
handicap ou déficience	p=0.024	OR	0.286	0.0908	0.899
		RR	0.444	0.185	1.07
Aide d'un proche	p=0.003	OR	0.140	0.0310	0.632
		RR	0.247	0.0672	0.911

χ^2	Informatique possédé		Borne inf	Borne sup	
Scolarité	p<.001				
Secondaire et plus	p<.001	OR	14.3	6.93	29.4
		RR	2.75	1.95	3.89
Profession	p<.001				
Inactifs (dont retraités)	p<.001	OR	0.259	0.136	0.496
		RR	0.650	0.535	0.790
Retraités	p<.001	OR	0.301	0.162	0.560
		RR	0.611	0.453	0.823
Français	p<.001	OR	0.0337	0.00190	0.599
		RR	0.00	0.00	NaN
Smartphone maîtrisé	p<.001	OR	0.0217	0.00854	0.0554
		RR	0.297	0.215	0.410
Smartphone possédé	p<.001	OR	0.0213	0.00491	0.0928
		RR	0.0807	0.0210	0.310
handicap ou déficience	P=0.019	OR	0.318	0.118	0.860
		RR	0.583	0.324	1.05

χ^2	Smartphone non maîtrisé		Borne inf	Borne sup	
AMC	p<0.037				
Scolarité	p<.001				
Secondaire et plus	p<.001	OR	0.0743	0.0365	0.151
		RR	0.281	0.197	0.399
Profession	p<.001				
Inactifs (dont retraités)	p<.001	OR	7.67	3.98	14.8
		RR	3.40	2.15	5.39
Retraités	p<.001	OR	4.83	2.51	9.28
		RR	2.07	1.58	2.71
Français	p=0.003	OR	19.2	1.08	341
		RR	2.28	1.95	2.67
Informatique maîtrisé	p<.001	OR	0.00815	0.00266	0.0250
		RR	0.0478	0.0182	0.125
Informatique possédé	p<.001	OR	0.0217	0.00854	0.0554
		RR	0.217	0.154	0.307
Handicap ou déficience	p=0.018	OR	3.41	1.17	9.96
		RR	1.67	1.20	2.32
Aide d'un proche	p=0.014	OR	3.93	1.22	12.6
		RR	1.73	1.25	2.40
Suivi au centre	P=0.015	OR	5.53	1.21	25.4
		RR	3.36	0.923	12.2

χ^2	Smartphone non possédé		Borne inf	Borne sup	
AMC	p=0.094				
C2S+AME	p=0.028		0.0972	0.00575	1.64
Scolarité	p<.001				
Profession	p=0.012				
Inactifs (dont retraités)	p<.001	OR	4.62	1.70	12.5
		RR	3.81	1.53	9.47
Retraités	p<.001	OR	3.74	1.74	8.05
		RR	2.93	1.58	5.43
ouvriers	p=0.032	OR	0.103	0.00610	1.74
		RR	0.00	0.00	NaN
Français	p<.001	OR	39.1	4.53	338
		RR	6.44	4.05	10.2

Annexe 4: Régression logistique

Régression Logistique Binomiale - Maitrise Informatique

Model Fit Measures

Model	Deviance	AIC	R ² _{McF}	Overall Model Test		
				χ^2	df	p
1	114	160	0.557	144	22	< .001

Omnibus Likelihood Ratio Tests

Predictor	χ^2	df	p
Centres	28.45580	4	< .001
Genre	0.00289	1	0.957
Couverture soci..	6.55032	3	0.088
Scolarité	55.98619	4	< .001
Profession	12.40677	6	0.053
Français oui/non	1.52257	1	0.217
Handicap ou déficience	0.74225	1	0.389
Aide d'un proche	0.00111	1	0.973
Suivi	4.00291	1	0.045

Collinearity Statistics

	VIF	Tolerance
Centres	1.42	0.703
Genre	1.21	0.824
Couverture soci..	1.25	0.800
Scolarité	1.39	0.719
Profession	1.12	0.891
Français oui/non	1.00	1.000
Handicap ou déficience	1.13	0.888
Aide d'un proche	1.56	0.641
Suivi	1.14	0.880

Prediction

Classification Table – Maitrise Informatique

Observed	Predicted		% Correct
	oui	non	
oui	86	9	90.5
non	15	76	83.5

Note. The cut-off value is set to 0.5

Predictive Measures

Accuracy	Specificity	Sensitivity
0.871	0.905	0.835

Note. The cut-off value is set to 0.5

Régression Logistique Binomiale - Maitrise Smartphone

Model Fit Measures

Model	Deviance	AIC	R ² _{McF}
1	116	162	0.543

Omnibus Likelihood Ratio Tests

Predictor	χ^2	df	p
Centres	8.35079	4	0.080
Genre	0.00527	1	0.942
Couverture soci..	3.78577	3	0.286
Scolarité	47.23799	4	< .001
Profession	9.88206	6	0.130
Français oui/non	2.87966	1	0.090
Handicap ou déficience	7.96755	1	0.005
Aide d'un proche	0.03471	1	0.852
Suivi	3.80133	1	0.051

Collinearity Statistics

	VIF	Tolerance
Centres	1.56	0.640
Genre	1.20	0.837
Couverture soci..	1.19	0.841
Scolarité	1.29	0.775
Profession	1.11	0.900
Français oui/non	1.78	0.562
Handicap ou déficience	1.28	0.780
Aide d'un proche	1.32	0.758
Suivi	1.14	0.879

Prediction

Classification Table – Maitrise Smartphone

Observed	Predicted		% Correct
	oui	non	
oui	92	16	85.2
non	15	63	80.8

Note. The cut-off value is set to 0.5

Predictive Measures

Accuracy	Specificity	Sensitivity
0.833	0.852	0.808

Note. The cut-off value is set to 0.5

Model Coefficients - Maitrise Smartphone

Predictor	Estimate	SE	Z	p	Odds ratio	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Intercept	-5.4422	1.438	-3.78587	< .001	0.00433	2.59e-4	0.0725
Centres:							
Condé – Fenain	37.2251	9035.920	0.00412	0.997	1.47e+16	0.00000	Inf
Douai – Fenain	2.1349	0.986	2.16568	0.030	8.45616	1.22482	58.3814
Haisnes – Fenain	-0.2085	0.701	-0.29767	0.766	0.81178	0.20566	3.2042
Wallers – Fenain	2.8579	1.439	1.98569	0.047	17.42451	1.03772	292.5762
Genre:							
Masculin – Féminin	-0.0450	0.620	-0.07257	0.942	0.95601	0.28364	3.2223
Couverture soci.:							
AME – Mutuelle	-0.2671	1.290	-0.20706	0.836	0.76562	0.06111	9.5922
C2S – Mutuelle	-17.4897	2513.148	-0.00696	0.994	2.54e -8	0.00000	Inf
pas de complémentaire – Mutuelle	0.9608	1.487	0.64619	0.518	2.61366	0.14180	48.1748
Scolarité:							
non scolarisé – lycée	3.0144	1.166	2.58575	0.010	20.37730	2.07411	200.1990
élémentaire – lycée	5.7002	1.311	4.34800	< .001	298.92184	22.88977	3903.6768
collège – lycée	3.8228	1.179	3.24333	0.001	45.73180	4.53876	460.7861
supérieur – lycée	0.9185	1.282	0.71645	0.474	2.50544	0.20308	30.9100
Profession:							
artisans, commerçants, chefs d'entreprise – employés	-15.8895	3194.042	-0.00497	0.996	1.26e -7	0.00000	Inf
cadres et professions intellectuelles supérieures – employés	-13.6760	5642.641	-0.00242	0.998	1.15e -6	0.00000	Inf
ouvriers – employés	0.6689	1.110	0.60248	0.547	1.95208	0.22154	17.2005
professions intermédiaires – employés	-17.2192	7577.712	-0.00227	0.998	3.32e -8	0.00000	Inf
retraités – employés	1.9651	0.898	2.18919	0.029	7.13564	1.22846	41.4482
sans activité – employés	1.5447	0.853	1.80990	0.070	4.68639	0.87979	24.9632
Français oui/non:							
non – oui en face à face	19.7081	6676.500	0.00295	0.998	3.62e +8	0.00000	Inf
Handicap ou déficience:							
Oui – Non	2.8186	1.132	2.49056	0.013	16.75276	1.82298	153.9538
Aide d'un proche:							
Oui – Non	-0.2283	1.215	-0.18794	0.851	0.79591	0.07363	8.6040
Suivi:							
Non – Oui	-2.4574	1.399	-1.75706	0.079	0.08566	0.00552	1.3281

Note. Estimates represent the log odds of "Maitrise Smartphone = non" vs. "Maitrise Smartphone = oui"

Annexe 5 : Déclaration de conformité

RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 13 00 23583 00011
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Comprendre l'intérêt d'une présence physique au cabinet, dans l'accès aux soins primaires en soins programmés ou non programmés, de mesurer l'incidence hebdomadaire de telles demandes en fonction du territoire et de la population concernée et de quantifier le travail d'accueil et de programmation fait par un secrétariat physique.

Référence Registre DPO : 2021-13 Mise à jour

Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX
Interlocuteur (s) : M. Florian DE BOUTELLER

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 23 Juin 2021

Délégué à la Protection des Données



Annexe 6: Plan STROBE selon (12)

Dossier

Traduction de dix lignes directrices pour les articles de recherche

M. Gedda

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE.

	Item N°	Recommandation
Titre et résumé	1	(a) Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés (b) Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé
Introduction		
Contexte/justification	2	Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question
Objectifs	3	Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses <i>a priori</i>
Méthodes		
Conception de l'étude	4	Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document
Contexte	5	Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données
Population	6	(a) <i>Étude de cohorte</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes de sélection des sujets. Décrire les méthodes de suivi <i>Étude cas-témoin</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes pour identifier les cas et sélectionner les témoins. Justifier le choix des cas et des témoins <i>Étude transversale</i> – Indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes de sélection des participants (b) <i>Étude de cohorte</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de sujets exposés et non exposés <i>Étude cas-témoin</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de témoins par cas
Variables	7	Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant
Sources de données/mesures	8*	Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe
Biais	9	Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais
Taille de l'étude	10	Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure
Variables quantitatives	11	Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi
Analyses statistiques	12	(a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion (b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions (c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées (d) <i>Étude de cohorte</i> – Le cas échéant, expliquer comment les perdus de vue ont été traités <i>Étude cas-témoin</i> – Le cas échéant, expliquer comment l'appariement des cas et des témoins a été réalisé <i>Étude transversale</i> – Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage (e) Décrire toutes les analyses de sensibilité
Résultats		
Population	13*	(a) Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude – par exemple : potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis, et analysés (b) Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape (c) Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux
Données descriptives	14*	(a) Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels (b) Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt (c) <i>Étude de cohorte</i> – Résumer la période de suivi (par exemple : nombre moyen et total)

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE (suite).

	Item N°	Recommandation
Données obtenues	15*	<i>Étude de cohorte</i> – Rapporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés au cours du temps <i>Étude cas-témoin</i> – Reporter le nombre de sujets pour chaque catégorie d'exposition, ou les indicateurs du niveau d'exposition mesurés <i>Étude transversale</i> – Reporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés
Principaux résultats	16	(a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus (b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées (c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable
Autres analyses	17	Mentionner les autres analyses réalisées – par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité
Discussion		
Résultats clés	18	Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude
Limitations	19	Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel
Interprétation	20	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent
« Généralisabilité »	21	Discuter la « généralisabilité » (validité externe) des résultats de l'étude
Autre information		
Financement	22	Indiquer la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, le cas échéant, pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté

*Indiquer l'information séparément pour les cas et les témoins dans les études cas-témoins et, le cas échéant, pour les groupes exposés et non-exposés dans les études de cohorte et les études transversales.

Remarque : Un article d'élaboration et d'explication traite chaque item de la liste de contrôle et indique le cadre méthodologique de référence accompagné d'exemples publiés dont la rédaction est claire. La liste de contrôle STROBE s'utilise mieux à l'aide de cet article (disponible gratuitement sur les sites Web de PLoS Medicine - <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine - <http://www.annals.org/>, et Epidemiology - <http://www.epidem.com/>).

AUTEUR : DE BOUTEILLER Florian

Date de soutenance : 27 octobre 2021

Titre de la thèse : Quelles sont les demandes formulées en présentiel par les patients auprès des secrétariats physiques de soins premiers?

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : *Thèse d'exercice*

DES + spécialité : *Médecine Générale*

Mots-clés : secrétariat inégalités de santé soins premiers receptionist deprivation

Résumé :

contexte: La présence d'un secrétariat physique est un élément essentiel d'un centre de santé réalisant des soins premiers. Il n'existe pas à notre connaissance de données objectives dans la littérature explorant les besoins des patients auprès des secrétaires en soins premiers.

objectif: Caractériser les demandes faites en présentiel au secrétariat de soins premiers.

méthode: Enquête par questionnaire électronique sur 2 semaines non consécutives dans 5 secrétariats de soins premiers des Hauts de France.

résultats: 210 questionnaires complets ont été reçus (soit 93% participation). Le motif principal était la demande de soins premiers programmés (52%). Parmi les demandeurs, on retrouvait 66% de femmes, 20% n'avaient aucun diplôme, 3% ne maîtrisaient pas l'expression orale en français, 9% sont porteurs d'un handicap. Ils reçoivent l'aide d'un aidant dans 8%. 52% ne maîtrisent pas ou n'ont pas accès à l'informatique, 46% pour le smartphone.

conclusion: La majorité des demandes concerne un accès programmé aux soins premiers. L'accueil humain en soins primaires favorise l'accès aux soins (un patient interrogé sur deux n'a pas accès au numérique) et pourrait avoir un rôle plus actif dans le repérage des inégalités sociales de santé.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs : Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Monsieur le Professeur Hervé HUBERT

Madame le Docteur Gabrielle LISEMBARD

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT