



HAL
open science

Les infiltrations de corticoïdes en cabinet de médecine générale : pratiques, réticences et souhaits : analyse qualitative par entretiens semi-dirigés

Stéphanie Laporte, Caroline Lebel

► To cite this version:

Stéphanie Laporte, Caroline Lebel. Les infiltrations de corticoïdes en cabinet de médecine générale : pratiques, réticences et souhaits : analyse qualitative par entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00873184

HAL Id: dumas-00873184

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00873184>

Submitted on 15 Oct 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**Les infiltrations de corticoïdes en cabinet de médecine générale :
Pratiques, réticences et souhaits
Analyse qualitative par entretiens semi-dirigés**

THESE

Présentée pour l'obtention du diplôme d'état
de

DOCTEUR EN MEDECINE

par

Stéphanie LAPORTE

Née le 4 octobre 1983 à Mâcon

et

Caroline LEBEL

Née le 23 octobre 1983 à Saint-Pol-Sur-Ternoise

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble*
Le 27 septembre 2013

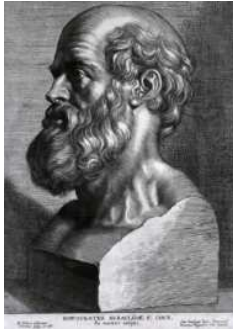
Devant le jury composé de :

Président du jury : M. le Professeur Robert JUVIN

Membres : M. le Professeur Philippe GAUDIN
M. le Professeur Dominique SARAGAGLIA
M. le Docteur Eric CARPENTIER
M. le Docteur Claude DARMON
M. le Docteur Rémy VERDIER

Directeur de thèse : M. le Docteur Olivier GOURMELEN

SERMENT D'HIPPOCRATE



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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

REMERCIEMENTS

Nous adressons nos remerciements à tous ceux qui nous ont aidés tout au long de nos études de médecine, et plus particulièrement lors de la réalisation de cette thèse :

A notre président de jury :

Le **Professeur Robert JUVIN**, professeur de rhumatologie à l'hôpital sud de Grenoble
Merci d'avoir accepté de présider ce jury, veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

Aux membres du jury :

Au **Professeur Philippe GAUDIN**, professeur de rhumatologie à l'hôpital sud de Grenoble

Nous vous remercions d'accepter de juger notre travail, soyez assurés de notre considération et notre gratitude.

Au **Professeur Dominique SARAGAGLIA**, professeur de chirurgie orthopédique à l'hôpital sud de Grenoble

Nous vous remercions pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger cette thèse.

Au **Docteur Eric CARPENTIER**, médecin urgentiste aux urgences traumatologiques à l'hôpital sud de Grenoble

Merci d'avoir accepté avec autant d'enthousiasme de juger notre travail.

Trois ans après avoir quitté votre service qui m'a beaucoup appris, c'est avec joie que je vous retrouve dans ce jury. (*Stéphanie*)

Au **Docteur Claude DARMON**, maître de stage universitaire, médecin généraliste à l'Alpe d'Huez

Merci d'avoir accepté de juger notre travail.

Merci pour tout le côté humain de la médecine que tu m'as appris. Ton expérience de la médecine et de la vie que tu m'as transmise. (*Caroline*)

Au **Docteur Rémy VERDIER**, maître de stage universitaire, médecin généraliste à Lugrin
Merci d'avoir accepté de juger notre travail.

Merci de m'avoir donné goût à la médecine générale, ce qui n'était pas gagné d'avance !
C'est toujours avec grand plaisir que je reviens travailler à Lugrin. (*Stéphanie*)

A notre directeur de thèse :

Le **Docteur Olivier GOURMELEN**, rhumatologue à l'hôpital Reine Hortense à Aix-Les-Bains

Merci de nous avoir fait confiance pour mener à bien ce projet.

Merci pour votre enseignement sur les infiltrations et votre côté toujours enthousiaste.

(Caroline)

Au Docteur Yoann GABOREAU, chef de clinique de médecine générale à l'université de Grenoble, médecin généraliste à Chambéry

Merci pour ton aide sans faille, ta réactivité et le temps précieux que tu nous as accordé.

Aux quatorze médecins généralistes qui ont accepté de nous consacrer un peu de leur temps précieux. Merci pour votre accueil et l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

REMERCIEMENTS DE STEPHANIE

A **mes parents**,

Qui m'ont permis de réaliser ma vocation, m'ont soutenue, encouragée et supportée durant toutes mes études. Jusqu'au bout sollicité, un grand merci papa pour ta motivation et ta patience à relire ce travail...

A **Aurélie et Thibault**,

Merci pour votre soutien, votre tolérance les années de concours, et les bons moments en famille dont on peut maintenant profiter.

A **Benoit**,

Merci pour tes conseils informatiques avisés.

Merci pour la nouvelle vie bourguignonne qu'on partage, et ta tolérance quand je « m'enfuis » vers ma montagne...

A **Bonne-Maman** devant qui je suis fière de pouvoir présenter ce travail.

A **Caro** bien sûr, merci de m'avoir proposé de t'accompagner dans cette aventure. Merci pour ta rigueur et pour avoir rendu certaines journées de travail moins monotones. On ne se connaît que depuis l'internat, mais ce n'est qu'un début. A la montagne ou dans le Ch'nord, on a encore plein de choses à partager !

A tous les membres de ma famille,

Pour leur soutien et leurs encouragements qui m'ont été d'un grand réconfort certaines années.

A **mes amis**, éparpillés en France, grande bouffée d'air, avec qui j'espère on continuera à gravir des sommets et visiter le monde !

Enfin, un grand merci à **vous tous** qui avez fait le déplacement pour venir partager avec nous ce grand moment de notre vie.

REMERCIEMENTS DE CAROLINE

A **Stéphanie** pour avoir accepté de se lancer dans ce projet avec moi. Maintenant on va pouvoir ré-explorer les montagnes, un élément dans lequel on est bien plus à l'aise toutes les 2 !

A **mes parents** pour m'avoir appris vos valeurs de la vie et l'importance du travail, pour la confiance que vous m'offrez chaque jour. Maintenant que la retraite arrive, il va falloir venir skier!

À **mes grands parents** qui m'ont appris à traire les vaches, mais surtout pour votre capacité à réunir toute la famille et à me donner autant de moments de bonheur.

À **Ludi, Alex et Loulou**, comme frères et sœurs je ne pouvais rêver mieux. À mes 2 sœurs orthophonistes pour m'avoir appris que dans chaque phrase il y a un verbe, à Alex pour ton calme et toutes les soirées à Tigny city entre irish coffee et supers potes. Sans oublier les pièces rapportées **Jean, Suzy et Grégoire** sinon ils vont faire la tête et nous sortir un film qu'on devra regarder 20 fois.

Aux **Dr Achkar, Dr Darmon, Dr Durafour, Dr Faure, Dr Machraoui et au Dr Pruvot** de m'avoir fait découvrir, enseigné et fait aimer la médecine générale. Grâce à vous je sais que je ne me suis pas trompée de spécialité.

Aux **LVP: Betty, Coco, Dodo, Flo, Krokette, Léo, Marie, Mel, Nénénne et Pépette** pour la rose attitude qui a bercé toutes nos années étudiantes et j'espère pour encore longtemps. Notre amitié est précieuse pour moi.

À **tous mes colocs** qui ont, ou ont eu la chance de me supporter au quotidien: à Stéphanie toujours partante pour fouiller dans un fossé même sous une pluie battante. À Nischal et Claire pour notre semestre dans un placard. Aux Tronchois et au super trophée Andros. A Flo et les soirées ragots d'Aix. A ma famille Chalésienne: Oli et Lau pour votre façon de voir la vie, vous me donnez envie, à Ben promis la prochaine fois j'essaierai de ne pas te vomir dessus et Rob.

À **Pépette** pour tous les voyages qu'on a partagés et aux prochains. Profites bien de ton expérience au Maroc et à bientôt à Stockholm.

À **Flo** et tes idées délirantes, et surtout ton amitié sincère.

À **tous mes co-internes**: aux Thononais avec qui j'ai passé un super premier semestre, vive la coïncidence. À l'équipe de gynéco et Georgio notre guide dans ce monde obscur des chirurgiens. À l'équipe des urgences et les bonnes soirées d'été. À Aurélie ma co-interne de RH pour ta motivation toujours présente à descendre quelques bières.

À **tous mes compagnons de montagne**, Yannick pour ton amitié, ta présence et tous ces bons moments passés entre montagne et soirées. Julien pour tes allers-retours en Savoie, promis la prochaine fois que je passe à Beaune, j'essaierai de penser à t'appeler, mais c'est pas gagné! Guillaume pour toutes ces bonnes soirées à Vallorcine. Jef pour le super voyage au Népal, on repart quand tu veux! À Marika et Barnab' un jour peut-être, je frôlerai votre niveau. À Sandrine et ton côté fou qui donne parfois envie.

TABLE DES MATIERES

LIVRET DES ABREVIATIONS.....	8
ARTICLE	9
INTRODUCTION.....	9
METHODE.....	10
RESULTATS	11
DISCUSSION.....	20
CONCLUSION.....	23
BIBLIOGRAPHIE.....	25
ANNEXES	27
<i>Annexe 1: Autorisation de la CNIL</i>	28
<i>Annexe 2: Formulaire de consentement</i>	29
<i>Annexe 3 : Guide d'entretien</i>	30
<i>Annexe 4 : Entretiens</i>	32
Entretien 1 :	32
Entretien 2 :	41
Entretien 3 :	50
Entretien 4 :	55
Entretien 5 :	62
Entretien 6 :	69
Entretien 7 :	80
Entretien 8 :	96
Entretien 9 :	105
Entretien 10 :	114
Entretien 11 :	121
Entretien 12 :	133
Entretien 13 :	139
Entretien 14 :	147
<i>Annexe 5 : Caractéristiques de la population</i>	153
<i>Annexe 6 : Livret de codes</i>	154
<i>Annexe 7 : Tableaux de codage</i>	168
Thème 1 - La pratique	168
Thème 2 - Les non pratiquants	205
Thème 3 - La formation	211
Thème 4 - Les complications	224
Thème 5 – Les interactions entre les différents acteurs	228
Thème 6 – Le coût.....	241
RESUME	247
ABSTRACT	247

LIVRET DES ABREVIATIONS

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

AVK : Anti-Vitamine K

C : Consultation

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux (tarification de la sécurité sociale)

CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INR : International Normalized Ratio

M1 : Master 1

M2 : Master 2

MCS : Médecin Correspondant SAMU

MG : Médecin Généraliste

MSP : Médecin Sapeur Pompier

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RCP : Assurance Responsabilité Civile Professionnelle

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (stage chez le praticien de second niveau)

TMS : Troubles musculo-squelettiques

UPL : Unité Pédagogique Locale (stage chez le praticien de premier niveau)

ARTICLE

INTRODUCTION

Les pathologies rhumatologiques sont rencontrées quotidiennement en médecine ambulatoire. En 2009, les consultations pour les tendinites de l'épaule et l'arthrose représentaient 4,68% des consultations en médecine générale. Cette prévalence augmentait avec l'âge, 18% des 80-89 ans étaient concernés par l'arthrose¹. Ces motifs de consultation seront de plus en plus fréquents, le doublement des patients de 65 ans et plus, étant attendu dans les trente années à venir². A cela s'ajoute l'augmentation continue de la fréquence des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) en milieu de travail³.

La prise en charge par les thérapeutiques per os (antalgiques, Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS)) associées au repos articulaire et à la kinésithérapie, peut échouer⁴. Les infiltrations de corticoïdes constituent alors une alternative efficace dans certaines localisations^{5;6}.

La réalisation précoce de ce traitement s'intègre dans une consultation, lorsque le geste est réalisé à l'aide des repères anatomiques au cabinet médical. Il permet parfois d'éviter les prescriptions redondantes de kinésithérapie, d'antalgiques, et d'anti-inflammatoires au long court.

La littérature a montré l'efficacité des infiltrations qui est aujourd'hui reconnue dans la tendinite de la coiffe des rotateurs⁷, le canal carpien⁸, la gonarthrose lors des poussées inflammatoires⁵, l'épicondylite en phase aiguë^{9;10}.

Son accès en premier recours apparaissait limité dans les études. En Irlande et en Angleterre, 54 % et 86,2 % des médecins généralistes interrogés dans deux études de 2003 et 2005, ont effectué des infiltrations, mais seulement 51% et 50,5% d'entre elles ont été réalisées par 5 % et 15,8% des praticiens^{11;12}. En France, des études de faible envergure, ont montré des résultats discordants (44,3 %, 68,9 %, 51 %) ^{13;14;15}.

La généralisation de la pratique de ce geste en médecine générale permettrait un soulagement plus rapide du patient et limiterait le recours au spécialiste.

Ces études ont permis d'identifier quelques arguments statistiques influençant la pratique du généraliste. Cependant, aucune d'entre elles ne répond aux fondements de ces pratiques d'infiltration par le médecin généraliste, premier acteur de santé consulté¹⁶. Si l'accès du patient aux infiltrations de corticoïdes en soins primaires est souhaitable, alors la compréhension des déterminants à leurs pratiques est un préalable. Le but serait d'améliorer la prise en charge des patients souffrant de certaines pathologies rhumatologiques dans notre système de santé.

Ainsi l'objectif de ce travail était d'appréhender le vécu, le ressenti des médecins généralistes, pour mieux comprendre leurs pratiques, leurs réticences et leurs désirs sur les infiltrations de corticoïdes pratiquées au cabinet de médecine générale.

METHODE

Une recherche qualitative a été effectuée par entretiens individuels semi-structurés auprès de médecins généralistes exerçant en Savoie. Les médecins étaient sollicités par téléphone et/ou courriel par deux investigateurs. L'échantillonnage était élaboré en « recherche de variation maximale » selon les variables suivantes : l'âge, le sexe, le lieu d'activité, l'encadrement de stages d'internes en médecine générale, la durée d'installation et la pratique ou non d'infiltrations.

Les entretiens (annexe 4) étaient menés par les investigateurs aidés d'un guide d'entretien constitué de questions ouvertes (annexe 3), testé puis modifié régulièrement au fur et à mesure des idées émergeant des entretiens. Après recueil du consentement des participants (annexe 2), les entretiens étaient conduits dans un lieu choisi par les médecins, enregistrés en double exemplaire à l'aide d'un dictaphone et d'un logiciel informatique (Audacity 2.0.2.). Les données non verbales ont été recueillies par les investigateurs. Les entretiens étaient ensuite retranscrits intégralement et anonymisés. Une déclaration à la CNIL a été effectuée préalablement à l'étude et autorisée sous le n°0754585 (annexe 1).

L'analyse des *verbatim* a été menée de la façon suivante :

Une analyse longitudinale (codage) au fur et à mesure des entretiens a d'abord permis de relever et d'étiqueter l'ensemble des éléments concernant la pratique et le ressenti des médecins.

Une analyse transversale des entretiens a ensuite permis de classer les éléments codés en une liste de catégories (sous sous thèmes et sous thèmes) faisant émerger les thèmes principaux (annexes 6 et 7).

Cette analyse thématique a été effectuée avec triangulation des chercheurs (analyse parallèle et indépendante des deux chercheurs des *verbatim* puis confrontation et résolution des discordances entre eux pour aboutir à un consensus). Les entretiens ont été conduits jusqu'à saturation des données, obtenue lorsque les nouveaux entretiens n'apportaient plus de concept supplémentaire à ceux recueillis lors des analyses précédentes.

RESULTATS

La saturation des données a été obtenue après 14 entretiens de 15 à 42 minutes, réalisés entre décembre 2012 et juin 2013.

Les participants avaient de 30 à 63 ans et exerçaient en zone variée. Huit médecins infiltraient, 4 non et 2 n'en pratiquaient plus (annexe 5).

L'analyse des résultats a fait émerger 6 thèmes :

Pratique des médecins généralistes

Pathologies infiltrées

La plupart des médecins généralistes (MG) infiltraient lors des poussées de gonarthrose, rarement par voie antérieure, couplée à une ponction préalable et une analyse du liquide, associée à une immobilisation post-infiltration. Cette infiltration était perçue comme une alternative à la chirurgie chez les patients âgés, indolore, simple et efficace. Certains infiltraient la tendinite de la patte d'oie et le syndrome de l'essuie-glace.

Le névrome de Morton, jugé douloureux, paraissait être une indication d'infiltration justifiée, de réalisation simple, supportable, facilement proposée au patient. Quelques médecins infiltraient l'épine calcanéenne, en cas d'échec du port des semelles orthopédiques. Cette infiltration, vécue comme douloureuse requérait un patient compliant.

Les tendinites de la coiffe des rotateurs étaient infiltrées par voie antérieure, en position assise pour certains. La plupart lui trouvaient une efficacité aléatoire.

L'épicondylite, d'efficacité controversée, était infiltrée aisément par des repères anatomiques simples, possible chez des patients minces mais douloureuse par son caractère superficiel.

Le canal carpien était infiltré par repérage anatomique simple du tendon long palmaire. Le poignet était placé en hyper extension par un coussin par peu de médecins. Quelques-uns trouvaient ce geste difficile et douloureux du au risque de lésion du nerf médian par l'aiguille. D'efficacité jugée variable tous laissaient place à la chirurgie en cas d'échec.

Peu pratiquaient des infiltrations sur les doigts à ressaut, la rhizarthrose, la tendinite du moyen fessier, la bursite du grand trochanter et le ligament inter épineux, infiltration simple chez le sportif cambré.

Produits utilisés

Ils utilisaient surtout le Cortivazol et le Bétaméthasone sous forme de “Diprostène®” selon leurs habitudes, l’enseignement reçu, et leur disponibilité au cabinet. Pour la plupart, les produits étaient comparables et ils différaient peu selon la localisation de l’infiltration.

Rarement, ils utilisaient d’autres produits comme le Methylprednisolone hemisuccinate et le Bétaméthasone sous forme de “Célestène®”, pour le névrome de Morton et l’épicondylite car moins cristallins (donc moins de lipodystrophies). Le Triamcinolone acétonide, ayant beaucoup d’inconvénients, était peu utilisé.

Peu de médecins ont cité les produits anesthésiants. La Lidocaïne chlorhydrate leur permettait de limiter la douleur liée à l’infiltration dans le canal carpien, l’épicondylite et l’épine calcanéenne. Peu de médecins l’utilisaient pour se rassurer. D’autres la trouvaient inutile et dangereuse. La Procaïne était citée dans l’épicondylite et le névrome de Morton, la Lidocaïne/Prilocaïne en crème dans le canal carpien.

Un médecin utilisait de la vitamine B12 au début de son activité.

Fréquence des infiltrations

Elle variait entre plusieurs fois par semaine à quelques fois durant leur exercice professionnel. Les infiltrations du canal carpien et des épaules étaient citées comme les plus fréquentes.

Asepsie au cabinet

La majorité des médecins utilisait de la Povidone iodée dermique 10 %. Certains faisaient une désinfection en 3 temps incluant la Povidone iodée Scrub 4 %, et un temps de séchage. Peu de médecins n’avaient pas de protocole précis. Le Digluconate de chlorhexidine était utilisé en cas d’allergie à la Povidone. Certains médecins accentuaient la désinfection lors d’infiltrations dans les pieds, intra articulaires ou de comorbidités associées.

Peu de médecins utilisaient un champ stérile. La plupart utilisaient des gants, stériles ou non. Le matériel stérile était utilisé par certains pour ponctionner.

Peu appliquait un pansement les 24 heures suivantes.

Place des infiltrations dans la stratégie thérapeutique

Pour la plupart des médecins, l’infiltration était un traitement de deuxième intention après un échec des AINS, des antalgiques, du repos, de la glace, de la kinésithérapie ou des règles hygiéno-diététiques.

Si les AINS ou la chirurgie étaient contre indiqués, s’ils estimaient les AINS inefficaces, l’infiltration était envisagée en première intention.

Étaient associés au geste du repos, de la physiothérapie, des orthèses.

Déroulement de la consultation

Deux modes sont apparus:

Peu de médecins posaient l'indication et infiltraient en un même temps. Le patient concerné était alors connu et avait expérimenté ce geste. Un médecin faisait directement la radiographie au cabinet puis l'infiltration. Rares la prescrivait et la pratiquait dans la journée. Ceux-ci justifiaient cette pratique par le surcoût d'une deuxième consultation facturée et la crainte d'un patient devenu non-adhérent.

Les autres les reconvoquaient pour l'infiltration. Ils leur expliquaient la pathologie, le but du geste, l'effet désiré, avec, pour peu de médecins, des schémas explicatifs et s'assuraient que le patient avait tout compris. Ils les informaient des effets secondaires possibles (la douleur pendant et après l'infiltration, le risque de rupture tendineuse, d'hématome sous Anti-Vitamine K (AVK), d'échec, d'infection), des symptômes devant faire reconsulter, de l'importance du repos post infiltration. Ce temps permettait au patient de réfléchir, acheter le produit et donner son consentement. Au médecin, il permettait de recevoir les résultats d'examen complémentaires, des ponctions articulaires et de gérer les comorbidités. Pour la majorité d'entre eux, par manque d'asepsie et de matériel, les patients étaient rarement infiltrés à domicile.

Limites des infiltrations

Les comorbidités étaient évoquées en premier. Le diabète présentait pour eux un risque de déséquilibre, majoré en cas de répétition du geste. Malgré un déséquilibre, beaucoup de médecins infiltraient, si le diabète était équilibré avec une bonne observance et en l'absence d'alternative thérapeutique. Un manque d'assurance dans la gestion du déséquilibre était ressenti par les quelques abstinents. Beaucoup insistaient sur l'importance d'appréhender la balance bénéfico-risque accompagnée d'une asepsie attentionnée.

La plupart évoquaient le traitement par AVK comme une contre-indication relative et infiltraient lorsque le dosage de l'International Normalized Ratio (INR) était à la limite basse de l'index thérapeutique. Certains évoquaient l'importance d'être à l'aise avec le geste et d'une surveillance rapprochée pour éviter l'hématome. Peu de médecins refusaient de faire certaines localisations (infiltrations articulaires), d'autres préféraient la mésothérapie.

Les lésions cutanées au point de ponction et les patients immunodéprimés à risque infectieux important étaient cités comme une contre-indication aux infiltrations.

Les médecins signalaient les sites qu'ils n'infiltraient pas pour différents motifs : absence d'expérience spécifique, risque de lésion tendineuse, proximité avec une structure anatomique potentiellement dangereuse, sites réputés douloureux, geste

nécessitant un écho ou radio guidage. Certains réservaient des infiltrations jugées trop techniques aux autres spécialistes.

Le manque de formation était signalé par plusieurs médecins comme un frein. Savoir demander les examens complémentaires appropriés, faire un diagnostic juste et avoir une connaissance aiguisée des indications et contre-indications des infiltrations leur paraissait nécessaire pour choisir la meilleure thérapeutique.

La pratique irrégulière entraînait une perte d'habitude. Vérifier la technique avant de pratiquer était alors nécessaire.

Ressenti sur leur pratique

Pour tous les médecins, les infiltrations soulageaient le patient de manière plus efficace et rapide que les topiques locaux, les AINS, le repos, l'orthopédie, et la mésothérapie. Elles provoquaient moins d'effets secondaires que les AINS, une meilleure observance thérapeutique et pouvaient être une alternative à la chirurgie dans le canal carpien et la gonarthrose. Une ponction-infiltration articulaire permettait de récupérer une meilleure fonctionnalité. Un médecin n'hésiterait pas à avoir une infiltration, un autre en avait déjà demandé à ses confrères.

Un médecin signalait une efficacité meilleure en phase aiguë des pathologies. En cas d'échec, savoir instaurer une autre thérapeutique au lieu de la répéter était important selon certains médecins.

Certains trouvaient ce geste valorisant, apportant une diversification des actes. Ce service rendu coûtant peu cher à la société et au patient faisait partie de la thérapeutique.

Certaines infiltrations étaient décrites comme simples à condition de posséder de bonnes notions d'anatomie. Peu de médecins rappelaient la présence d'un risque constant.

L'importance de connaître ses propres limites a été citée par bon nombre : connaître ses compétences, ses limites, savoir refuser la demande les jours sans motivation et savoir reconnaître ses erreurs.

Point de vue des non pratiquants

Par des arguments riches et variés, certains médecins généralistes n'infiltraient pas ou plus.

Le manque d'envie, la peur de l'acte, le manque de formation étaient souvent cités. Pourtant, le geste leur paraissait simple s'ils savaient poser les indications. La plupart en avaient peu observé au cours des études, certains rapportaient une formation inexistante. Une expérience négative d'infections articulaires post infiltrations

faites par un médecin généraliste à son cabinet, traitées aux urgences, avait découragé un jeune praticien.

Leurs demandes pauvres en infiltrations conduisaient à une pratique irrégulière, insuffisante pour se sentir à l'aise avec ce geste. Un médecin disait avoir oublié la technique depuis qu'il avait arrêté d'en pratiquer. Certains consultaient une patientèle jeune, exerçaient une activité éloignée de la médecine du sport donc non compatible avec les infiltrations.

Peu pensaient que leurs infiltrations étaient moins efficaces que celles faites par un spécialiste.

Pour peu de médecins, les conditions d'exercice en cabinet (asepsie, éclairage, équipement) semblaient inadaptées à la pratique d'infiltrations.

Le manque de moyens revenait régulièrement, comme le besoin d'une tierce personne (secrétaire, infirmière) pendant cet acte. Leur activité augmentant, ils éprouvaient la difficulté d'insérer le temps de l'infiltration dans leur planning.

Le coût de revient d'une infiltration démotivait des médecins, qualifié de non-rentable par la faible rémunération de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), le prix de l'assurance Responsabilité Civile Professionnelle (RCP) et le coût du matériel. Le manque de reconnaissance a été évoqué par un médecin.

Peu de médecins doutaient de la preuve scientifique en termes d'efficacité. Ceux-ci trouvaient la délégation plus facile que la pratique.

Les médecins évoquaient des solutions pouvant leur faire pratiquer des infiltrations comme une formation, une patientèle âgée, des tarifs revalorisés, des assurances moins chères et une installation éloignée des spécialistes.

Formation

La formation initiale semblait la plus appropriée mais éprouvée par peu de médecins. La majorité recourait alors aux formations continues, aux formations par les pairs ou souvent en autodidacte.

La formation initiale était reçue en stage pratique, en service de rhumatologie, en consultations médicales, en stage chez le maître de stage universitaire, ou par demande directe à un rhumatologue.

La formation médicale continue s'articulait autour de séminaires pratiques, interactifs, sur mannequins. Elle était organisée par des laboratoires, des clubs de remplaçants, des associations de médecins (médecins de montagne), des organismes de spécialités (journées Claude Bernard, MG Form).

L'auto-formation se faisait par des ouvrages (recueils des positions d'infiltrations, livres de rhumatologie, de laboratoires ou issus de travaux de thèse), des revues

médicales (Prescrire, La revue du praticien) et des présentations de rhumatologues. Ces livres étaient souvent présents et rassurants dans leur cabinet.

Ressenti de la formation

Elle n'apportait pas assez d'assurance pour beaucoup. Elle était maître de stage dépendante, trop théorique, éloignée de la réalité et insuffisamment accompagnée. Les médecins hospitaliers paraissaient privilégier l'apprentissage des internes de leur spécialité plutôt que de médecine générale.

Elle était parfois vécue comme absente, surtout en formation initiale, malgré des stages prédisposés de rhumatologie ou de médecine du sport.

Elle était considérée comme suffisante par certains pratiquants motivés.

Formation idéale

Elle devrait être pratique, sur mannequin ou chez un rhumatologue en ville, dès la formation initiale. D'autres l'imaginaient dans un service de rhumatologie ou sous forme de séminaires.

Le contenu devait leur transmettre les bases sans se disperser, en concentrant le maximum d'infiltrations dans un minimum de temps, dans un lieu proche du cabinet, avec des horaires compatibles avec l'activité professionnelle, en plusieurs étapes. Ils insistaient sur une formation accompagnée, une relation maître-élève, avec un formateur capable de s'adapter à ses élèves et une bonne ambiance pour donner envie d'apprendre.

Un médecin a envisagé la télémédecine.

Complications

Tous les pratiquants les décrivaient comme peu fréquentes, rencontrées qu'une fois pour certains, jamais pour d'autres même sous anticoagulants. Un médecin comparait sa technique d'asepsie à celle de collègues n'utilisant ni gants, ni champ stérile, et une désinfection en un temps, sans infections à déplorer. Le risque leur semblait relatif.

Les complications rencontrées étaient diverses. En cas de pathologie infectieuse, une réflexion était menée autour du cas, l'identification des causes était nécessaire avec un processus d'amélioration des pratiques pour la plupart (amélioration de l'asepsie, port de gants stériles, acte réservé à sa patientèle, reprise des antécédents, modification de la technique d'infiltration, changement d'indication pour la mésothérapie dans l'épicondylite). Parfois la complication permettait la découverte d'une pathologie sous-jacente (abcès cutané avec découverte de diabète).

Une rupture du tendon du long biceps chez une personne âgée et une lipodystrophie lors d'une infiltration d'épicondylite, ont été rapportées.

Quelques exacerbations douloureuses lors de l'infiltration étaient décrites comme patient-dépendantes, au niveau du canal carpien et de l'épaule.

La survenue d'une complication faisait partie des risques du geste pour un enquêté.

La plupart ont ressenti un sentiment de blocage, un frein à la poursuite du geste. Ces complications ont été émotionnellement difficiles à gérer pour certains. Pour tous, elles ont laissé des traces.

Pour les médecins naïfs de complication, une arrière-pensée restait présente.

Interactions entre acteurs

MG ↔ MG

Souvent les non pratiquants acceptaient cette pratique des confrères, tant qu'ils savaient bien la faire, qu'elle faisait partie de leur champ de compétences et qu'ils se remettaient en question après complication. Mais ils ne souhaitaient pas leur adresser leurs patients soit par peur de les perdre par incompréhension de la prise en charge soit par un éloignement similaire entre les confrères généralistes et spécialistes.

Les pratiquants regrettaient que certains confrères n'en pratiquent pas. Cette réticence était perçue comme une peur. Ils leur délivraient certains conseils : prendre une infiltration simple pour commencer, mettre en pratique rapidement une formation, infiltrer dès la sortie de l'université, s'entraider entre confrères, accepter l'échec. Enfin, ils soulignaient la rareté des complications.

Les pratiquants définissaient les infiltrations comme un acte de médecine générale qui méritait d'être reconnu, faisant partie de la prise en charge globale du patient et devant pouvoir être pratiqué par tout médecin généraliste.

MG ↔ spécialiste

Déléguer aux autres spécialistes était admis en l'absence d'amélioration après une infiltration. Le patient était immédiatement adressé en cas de réticence du patient ou de localisation jugée trop complexe ou nécessitant une scopie/échographie.

Souvent les patients étaient adressés pour un avis médical sans geste technique. La décision d'infiltration était laissée au spécialiste comme pour les articulations profondes chez les patients sous AVK, et l'infiltration d'acide hyaluronique. L'interdiction de cette dernière aux généralistes leur paraissait injustifiée. Néanmoins, certains en pratiquaient quand même.

Les patients paraissaient tous satisfaits et compréhensifs quand le généraliste les dirigeait vers un spécialiste (rhumatologue, chirurgien orthopédique, radiologue et parfois médecin du sport ou rééducateur fonctionnel) malgré des délais de rendez-vous parfois longs, de 2 semaines à 6 mois. Les spécialistes étaient disponibles plus rapidement en cas d'urgence sur appel du généraliste.

Les spécialistes étaient perçus comme mieux formés, plus qualifiés donc plus compétents avec moins de complications, qui le cas échéant étaient plus facilement pardonnées par le patient. Les praticiens pensaient avoir l'avantage de connaître leur patient et avoir une relation de confiance avec lui, avec une asepsie identique au spécialiste. Ils étaient alors gênés par la demande de recours au spécialiste pour un geste qu'ils étaient capables de réaliser.

Contre toute attente, un médecin s'était vu déléguer une infiltration par un rhumatologue.

Certains avaient besoin de se rassurer avec un deuxième avis. Cependant, les rhumatologues semblaient montrer moins d'appétence à l'infiltration au cours de ces dernières années, tout comme l'activité libérale au profit d'une pratique hospitalière hyperspécialisée. La place prépondérante de l'imagerie (l'écho et radioguidage) amenait une pression psychologique chez certains. Quelques médecins prédisaient la disparition des rhumatologues au bénéfice des radiologues. Ceci était vécu pour les infiltrations superficielles comme un abus. Le surcoût d'une infiltration guidée a été évoqué. Un médecin était prêt à se former à l'imagerie pour poursuivre les infiltrations. Pour d'autres, c'était une sécurité et une raison de déléguer.

MG ↔ patients

Souvent des patients ayant déjà été infiltrés, des artisans d'âge mûr et des patients de confrères par bouche à oreille sollicitaient parfois directement nos enquêtes.

Cette demande était perçue comme valorisante pour certains tandis que beaucoup préféraient être à l'origine de la proposition, prendre leur temps, ne pas subir la pression des patients. Ils se montraient très prudents, surtout lorsque ce patient était inconnu.

Cette demande n'incitait pas les non praticiens à en faire.

Certains patients se montraient réticents, souvent par peur de la douleur, de la piqûre, du risque infectieux ou par une mauvaise expérience personnelle. Les refus étaient rares, les patients demandaient plutôt un délai de réflexion.

La plupart des patients paraissaient satisfaits, évitant des déplacements chez les spécialistes éloignés, et des longs délais d'attente.

Certains médecins constataient la méconnaissance du patient sur cette compétence.

Coût

Certains praticants avaient explicitement déclaré leur pratique à la RCP, quelques-uns pensaient être assurés automatiquement et ignoraient s'ils étaient couverts.

Parmi les praticants ayant déclaré leur activité, la majorité avait constaté une augmentation de tarif de la RCP, jusqu'au double, avec une inégalité entre les assurances.

Cette déclaration et le surcoût étaient perçus comme non justifiés voire absurdes, mais semblaient nécessaires pour se protéger dans la société actuelle.

Les tarifs pratiqués étaient pour certains ceux d'une consultation spécialisée de médecine générale (CS), et pour d'autres ceux de la CCAM.

La cotation CCAM d'une infiltration était jugée insuffisante au vu du matériel coûteux nécessaire à date de péremption courte et de l'acte chronophage. Certains assuraient qu'une revalorisation de ces tarifs les inciterait à en faire plus.

DISCUSSION

Forces et faiblesses de l'étude

Les entretiens individuels anonymisés ont favorisé la libre expression des participants. Des comportements non conformes aux recommandations ou répréhensibles ont pu émerger.

Les médecins ont choisi le lieu et l'horaire des entretiens, optimisant leur confort et limitant les perturbations environnementales. Par la longueur des *verbatim*, les médecins n'ont pas semblé intimidés par l'enregistrement audio. Les précisions demandées ont clarifié les propos. Le discours était parfois reformulé pour en vérifier la bonne compréhension.

L'échantillon en variation maximale et l'obtention d'une saturation ont permis un recueil quasi exhaustif des idées sur cette thématique. La saturation n'a été vérifiée que par un entretien. Le double codage indépendant et la triangulation des chercheurs ont limité les biais d'interprétation. Cependant, les résultats de l'analyse n'ont pas été soumis aux médecins interrogés pour vérification/rétroaction de notre interprétation.

Comparaison avec la littérature

Certains arguments influençant la pratique sont similaires à ceux rapportés dans la littérature. Notre étude met en lumière leurs fondements.

L'infiltration apparaît comme un acte technique angoissant. Les complications étant pourtant rares (80,8 % des médecins en sont naïfs)¹⁴, leur menace semble présente dans tous les esprits avec leur gestion problématique, et limite grandement la pratique. Le maintien de la compétence pose une difficulté supplémentaire par manque de pratique, plus largement rencontré par tous quel que soit l'acte^{11;12}.

L'hygiène du cabinet de médecine générale a été évoquée en comparaison aux autres spécialistes, rencontrant peu de maladies infectieuses. L'infiltration étant un geste programmable, une adaptation des horaires d'infiltration après le nettoyage du cabinet est organisable.

D'autres arguments inédits influencent la pratique des médecins.

Le lien fort, le service rendu, la satisfaction du patient, la continuité des soins, la prise en charge plus rapide sont des arguments apparus majeurs valorisant le geste du médecin.

Certains patients méconnaissent ou ne reconnaissent pas au MG la compétence de l'infiltration. Une meilleure information du patient de l'activité du médecin permettrait d'ouvrir des perspectives comme l'affichage des tarifs de l'infiltration en salle d'attente.

Ils décrivent leur angoisse sur les complications propres à chaque comorbidité. La plupart des médecins les relativisent et augmentent leur surveillance pour s'assurer d'une bonne tolérance. L'HAS a réévalué en 2008 le risque hémorragique des actes de chirurgie lors de traitements sous AVK, et déclare que les infiltrations péri-articulaires et les ponctions-infiltrations simples des articulations périphériques (hors coxo-fémorale) présentent un risque faible d'hémorragie et peuvent être réalisés si l'INR est dans l'index thérapeutique (entre 2 et 3)¹⁷.

La modernisation de l'échographie et de la scopie a élargi les indications et perfectionné les infiltrations. Certains refusent de faire des infiltrations sans technologie, les réservant aux spécialistes formés pour de meilleurs soins. Une formation à ces pratiques en médecine générale serait-elle pertinente ? Même si l'investissement financier d'un appareil d'échographie et de scopie pourrait poser problème.

Certains ont cité le manque de temps et de moyens humains (secrétaire, infirmière). Aujourd'hui les MG se sentent débordés, leur patientèle s'accroît, leur pratique devient incompatible avec des gestes considérés chronophages. Le temps moyen de consultation en médecine générale était de 18 minutes en 2012¹⁸. Cela n'empêche pas certains de nos interviewés d'en pratiquer avec une organisation des soins variable.

Mentionnée ailleurs¹⁵, la méconnaissance de la cotation n'a pas été évoquée et n'apparaît plus comme un frein. Certains médecins n'utilisent pas la cotation CCAM appropriée, d'autres la trouvent trop faible.

La crainte médico-légale a été abordée indirectement. Aucun d'entre eux n'a exprimé son angoisse face à ce risque. Malgré son coût élevé et l'incertitude sur ses garanties, la RCP les rassure. D'autant que 2 plaintes pour infection seulement ont été notées après infiltration de genou par 2 médecins généralistes en 2011.¹⁹ Cela conforte un sentiment de sécurité.

Ouverture et propositions

Dans cette étude, les médecins ont exprimé l'utilité d'une formation adaptée à l'apprentissage pratique des infiltrations et la gestion des complications, interactive, avec un formateur motivé et sympathique. Elle serait faite sur des mannequins, des patients (plus efficace sur le sentiment de confiance)^{11;20}, en grand nombre sur un temps réduit. Associée à une disponibilité des formateurs et un cabinet équipé, la télémédecine apparaît être une technique de formation. La mise en œuvre devrait être effective dès la fin de formation. Le maintien des compétences serait assuré par la pratique régulière. Ce programme peut correspondre à une formation de type Développement Professionnel Continu.

Le frein financier apparaît ici important avec un coût de revient trop élevé. Les infiltrations semblaient être intégrées dans les compétences du MG, la déclaration supplémentaire à la RCP ne paraissait pas justifiée. Une réévaluation de son prix est souhaitée, le surcoût devrait être rediscuté avec les organismes d'assurances. La réévaluation à la hausse de la CCAM (26,13 et 30,82 euros actuellement selon la localisation), permettrait aux MG de prendre plus de temps pour infiltrer, améliorer les conditions, et accentuer l'hygiène encadrant le geste. Récemment, certains actes ont vu leur tarif CCAM majoré. Les infiltrations pourraient bénéficier de cette revalorisation à l'avenir.

A ce jour, les infiltrations d'acide hyaluronique sont réservées aux spécialistes rhumatologues, orthopédistes et de réadaptation fonctionnelle. Si les MG sont compétents dans l'infiltration de corticoïdes, pourquoi ne le seraient-ils pas pour l'acide hyaluronique ? Sachant que ce produit comporte peu d'effets secondaires comparé aux corticoïdes²¹.

Deux études complémentaires à celle-ci seraient intéressantes à mener: une nouvelle étude qualitative en focus group pour une confrontation d'opinions et arguments entre médecins et une étude de mise en pratique des différentes idées discutées dans notre travail pour évaluer leur faisabilité et pertinence.

Thèse soutenue par : Stéphanie LAPORTE et Caroline LEBEL

TITRE :

**Les infiltrations de corticoïdes en cabinet de médecine générale :
Pratique, réticences et souhaits.
Analyse qualitative par entretien semi-dirigés.**

CONCLUSION

Les pathologies rhumatologiques sont rencontrées quotidiennement en médecine ambulatoire. Les infiltrations de corticoïdes constituent une alternative efficace sur certaines de ces pathologies en cas d'échec des thérapeutiques per os (antalgiques, Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens), du repos articulaires ou de la kinésithérapie. La généralisation de la pratique des infiltrations à la médecine générale permettrait un soulagement plus rapide pour le patient et de limiter le recours aux spécialistes. Cette étude qualitative analyse les *verbatim* issus de 14 entretiens semi-dirigés de médecins généralistes de Savoie. Elle a permis d'appréhender le vécu, le ressenti des médecins généralistes, pour mieux comprendre leurs pratiques, leurs réticences et leurs désirs sur les infiltrations de corticoïdes pratiquées en cabinet de médecine générale.

L'analyse des résultats a permis de faire émerger 6 thèmes.

Tout d'abord la pratique était détaillée avec le choix des pathologies infiltrées, les techniques d'asepsie utilisées et le ressenti des médecins généralistes. Par opposition, les médecins non pratiquants ont pu exprimer leurs réticences comme le manque de preuve scientifique, le manque de moyens, le manque de formation, le faible coût de revient d'une infiltration.

Nous avons pu identifier les barrières à cette pratique comme les nouvelles technologies, le coût élevé (notamment des assurances Responsabilités Civiles Professionnelles) par rapport au tarif de la Classification Commune des Actes Médicaux, le manque de pratique, les difficultés d'asepsie du cabinet médical, la difficulté de gérer les comorbidités et les limites du médecin lui-même.

Les médecins ont détaillé les différentes formations qu'ils avaient reçues avec leurs points positifs et négatifs ainsi qu'une formation « idéale » qui les aiderait à pratiquer. Elle serait orientée vers de la pratique sur des mannequins ou des patients, accompagnée par un rhumatologue et adaptable par rapport aux médecins et à leur emploi du temps.

La peur des complications était un argument fort dans les études quantitatives. Dans notre étude, elles conduisaient à un changement de comportement des médecins même si elles étaient décrites comme peu fréquentes en médecine générale.

Pour finir, les médecins ont exprimé leurs idées et leurs pensées sur la pratique de leurs confrères généralistes et des autres spécialités, mais aussi sur les relations entre médecins et avec leurs patients. Les médecins généralistes trouvaient avoir l'avantage d'une meilleure relation médecins-patients mais une moins bonne qualification que les autres spécialistes.

Cette étude nous a permis de percevoir les fondements de la pratique des infiltrations en médecine générale. Au vu du vieillissement de la population et de l'augmentation des troubles musculo-squelettiques le recours aux infiltrations sera de plus en plus fréquent. Une meilleure information du patient et une réévaluation des coûts liés aux infiltrations pourraient favoriser la pratique de ces gestes, mais il est surtout primordial d'adapter la formation aux infiltrations des médecins généralistes avant que les autres spécialités médicales et chirurgicales ne soient débordées.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 5/8/2013

LE DOYEN

Professeur J.P. ROMANET



LE PRESIDENT DE LA THESE

Professeur R. JUVIN



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Informations épidémiologiques sur les pathologies et la prise en charge en ville. Classement des 50 résultats de consultation les plus fréquents. Observatoire de la Médecine Générale. 2009
- [2] Projections de population à l'horizon 2060 - Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans », Insee Première n° 1320, octobre 2010.
- [3] TMS d'origine professionnelle : une préoccupation majeure. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 9 février 2010 (5-6);33-56
- [4] Winters JC, Sobel JS, Groenier KH, Arendzen HJ, Meyboom-de Jong B. Comparison of physiotherapy, manipulation, and corticosteroid injection for treating shoulder complaints in general practice: randomised, single blind study. *BMJ*. 1997 May 3; 314(7090):1320-5.
- [5] Raynauld J.P., Buckland-Wright C., Ward R. Safety and Efficacy of Long-Term Intraarticular Steroid Injections in Osteoarthritis of the Knee, A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Arthritis Rheum*. 2003 Feb; 48(2):370-7. © 2003, American College of Rheumatology
- [6] Arroll B., Goodyear-Smith F. Corticosteroid injections for painful shoulder: a meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2005 March 1; 55(512): 224–228
- [7] Modalités de prise en charge d'une épaule douloureuse chronique non instable chez l'adulte, recommandations pour la pratique clinique, HAS, Avril 2005.
- [8] D. Ly-Pen, J-L Andreù, G. de Blas and coll. Surgical decompression versus local steroid injection in carpal tunnel syndrom : a one-year, prospective, randomized, open, controlled clinical trial. *Arthritis Rheum*. 2005; 52 612-619.
- [9] L. Bisset, E. Beller, P. Brooks, R. Darnell, B. Vicenzino. Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection, or wait and see for tennis elbow: randomised trial. *BMJ*, 2006 November 4; 333(7575): 939.
- [10] N. smidt, DA van der Windt, WJ Assendelft, WL. Decillé, IB Korthals-de-Bos, LM Bouter. Corticosteroid injections, physiotherapy, or wait-and-see policy for lateral epicondylis : a randomised controlled trial. *Lancet* 2002 Feb 23; 359(9307):657-62

- [11] G.J. Gormley, M. Corrigan. Joint and soft tissue injections in the community: questionnaire survey of general practitioners' experiences and attitudes. *Ann Rheum Dis* 2003; 62:61-64.
- [12] W.G. Liddell, C. R. Carmichael, N.J. McHugh. Joint and soft tissue injections: a survey of general practitioners. *Rheumatology* 2005;44;1043-1046.
- [13] Miroudel A-C, les infiltrations locales de corticoïdes : intérêts, pratiques et réticences en médecine générale. Etude dans le nord de la région parisienne. Thèse 2005.
- [14] Enaud J-D, les infiltrations en médecine générale : évaluation de la pratique dans le département des Côtes d'Armor. Thèse, 2007
- [15] Benoit A. Les infiltrations en médecine générale : état des pratiques et des formations des maîtres de stage de la région Nord-Pas de Calais. [Thèse d'exercice]. Lille, France: Université Henri Warembourg; 2012.
- [16] La définition européenne de la médecine générale - médecine familiale. WONCA Europe 2002
- [17] HAS. Prise en charge des surdosages en anti vitamines K, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par anti vitamines K en ville et en milieu hospitalier. 2008
- [18] Jakoubovitch S., Bournot M.C. Études et Résultats. Les emplois du temps des médecins généralistes DRESS 2012 Mars, N°797
- [19] Le risque des professionnels de santé en 2011 responsabilité civile professionnelle et protection juridique, rapport d'activité 2011.
- [20] Gormley G.J., Steele W.K., Stevenson M., McKane R., A randomised study of two training programmes for general practitioners in the techniques of shoulder injection. *Ann Rheum Dis* 2003; 62:1006-1009
- [21] Monographie Vidal Synvisc.

ANNEXES

Annexe 1: Autorisation de la CNIL

Responsable de traitement	Finalité du traitement	Unité responsable de mise en œuvre	Date d'enregistrement	N° de déclaration
Université Joseph Fourier	Thèse UJF / DMG : Étude qualitative visant à identifier les facteurs influençant la pratique et la non pratique des infiltrations des corticoïdes dans un cabinet de médecine générale.	Université Joseph Fourier - Département de Médecine Générale	27/04/2013	0754585

Annexe 2: Formulaire de consentement

Vous avez accepté de participer à notre thèse et nous vous en remercions.

Notre recherche a pour but d'identifier les facteurs influençant la pratique d'infiltrations de corticoïdes dans un cabinet de médecine générale.

Pour cela nous nous entretenons avec des médecins généralistes volontaires, installés dans le département de la Savoie, pratiquant et ne pratiquant pas d'infiltrations.

Une recherche effectuée dans le nord de la région parisienne en 2005 a pu identifier que 44,3% des médecins généralistes pratiquent des infiltrations. Notre recherche aujourd'hui a pour but de comprendre les facteurs qui influencent cette pratique.

Ce travail a pour but de finaliser notre doctorat en médecine générale. Il sera donc présenté publiquement à la faculté de Grenoble.

Les entretiens retranscrits seront anonymisés. Cette thèse sera disponible gratuitement à la bibliothèque de médecine de la faculté Joseph Fourier à Grenoble, ainsi que sur internet.

Le correspondant informatique et libertés de la faculté a été mis au courant de l'étude, conformément à la loi « informatique et libertés ».

Annexe 3 : Guide d'entretien

Le médecin généraliste :

1- Pourriez-vous vous présenter svp ?

(Age, Sexe, Temps d'installation, Fac de formation, Diplôme : spécialité, DU, capacité, Nombre de consultations par jour, mois, année, Secteur d'activité, maître de stage)

Le médecin généraliste et les infiltrations :

2- Pratiquez-vous des infiltrations ?

OUI :

3- Pouvez-vous me décrire votre pratique ? (type d'infiltrations, nombre, produit, local, différent selon les infiltrations? stock au cabinet?...)

4- Pouvez-vous me décrire le déroulement d'une consultation où vous proposez une infiltration (comment l'amenez-vous, explications au patient (comment faire devant un refus?), réponses aux questions, examen complémentaire...) ? Puis une consultation avec une infiltration ? Les sites les plus importants ou intéressants à infiltrer?

5- Avez-vous reçu une formation pour ces gestes (théorique, pratique) ? La trouvez vous suffisante ? Influence-t-elle votre pratique actuelle ?

6- Qu'attendez-vous des infiltrations que vous pratiquez ? Qu'est ce qui vous incite à pratiquer des infiltrations ? Que pensez-vous apporter à vos patients lorsque vous faites des infiltrations ?

7- Avez-vous déjà eu des complications lors d'infiltrations ? Si oui que s'est-il passé ? Est ce que cela a été un frein sur la suite de votre pratique ?

8- Y-a-t-il des sites que vous ne voulez pas faire? Pourquoi?

9- Faites vous une différence avec les terrains particuliers: AVK, diabète, âgés...

10- Applications en médecine du sport?

NON :

3 bis- Quelles sont les raisons qui font que vous ne pratiquez pas ou plus d'infiltrations ?

4 bis- Pensez vous que faire des infiltrations pourrait apporter un bénéfice à vos patients ? Et si oui le ou lesquels ? Et sinon pourquoi ?

5 bis- Aimeriez-vous pratiquer des infiltrations ?

6 bis- Pensez vous que l'enseignement sur les infiltrations que vous avez reçu au cours du cursus universitaire a influencé votre pratique actuelle?

7 bis- Avez vous peur de votre diagnostic?

8 bis- Avez vous déjà entendu parler de complications lors d'infiltrations dans un cabinet de MG?

OUI et NON :

11 - Avez-vous déjà eu des demandes d'infiltrations directement par un patient ? Que lui avez vous répondu ?

12 - Avez-vous déjà envoyé un patient chez un collègue (généraliste ou spécialiste) pour une infiltration ? Pourquoi ? Le patient était-il satisfait ?

13 - Pour vous, quels doivent être les limites aux infiltrations dans un cabinet de médecine générale ?

14 - Infiltrations et assurances, quelles notions avez-vous? Etes-vous déclaré? Prix?

15 - Infiltrations et rémunération en médecine générale: suffisante ou non?

16 - Comment voyez-vous la formation idéale?

17 - Si vous deviez dire quelque chose à vos confrères pratiquants/non pratiquants, qu'est ce que vous leur diriez?

18 - Avez-vous une anecdote à nous raconter sur les infiltrations?

19 - Avez-vous déjà eu une infiltration? Si non, est ce que vous seriez d'accord?

20 - Faites vous une différence entre les patients en maladie professionnelle et les patients "normaux"?

Annexe 4 : Entretiens

Entretien 1 :

I : Bonjour, commençons cet entretien sur les infiltrations en médecine générale.
On va d'abord vous demander de vous présenter.

DR1 : Donc Dr X, c'est anonyme...

I : Ce n'est pas grave (*rires*)

DR1: Donc ça fait 34 ans que je suis installé, j'ai 63 ans, je suis de la fac de Grenoble, je n'ai fait qu'une installation, je suis dans le village depuis 34 ans.
Autres diplômes, j'ai un diplôme d'homéopathie mais je ne m'en sers pas du tout, j'ai un diplôme de thérapie comportementale que je n'utilise pas en tant que tel mais qui me rend service dans les consultations.

I : Et votre secteur d'activité ?

DR1 : Médecine générale plutôt rurale, en sachant que je ne sais pas vraiment ce qu'on appelle rural, il y a des entreprises, il y a un gros collège, il y a des bâtiments donc peut-être plutôt semi-rural.

I : Le nombre de consultations à peu près par jour ?

DR1 : Donc moi je partage mon cabinet avec ma collaboratrice, je travaille 3 jours par semaine, donc je dois faire 80 consultations par semaine.

I : Bon, pratiquez-vous des infiltrations ?

DR1 : Oui

I : Est-ce que vous pourriez me décrire votre pratique ?

En fait, quels types d'infiltrations vous faites, euh, si vous faites beaucoup de locales, d'intra articulaires, les produits que vous pouvez utiliser, le nombre que vous faites à peu près par an/par mois/par semaine ?

DR1 : Donc le plus simple, donc en principe il y a deux produits, le diprostène le plus souvent ou l'altim, ça n'a pas d'importance.

Euh, le siège des infiltrations c'est ça ? Alors on si on part du bout du bras, on peut avoir le doigt à ressort, le canal carpien, l'épicondylite, etc...

I : C'est surtout extra articulaire alors?

DR1 : Oui surtout extra articulaire.

Ensuite si on part du bout du pied, donc le névrome de Morton, euh, au niveau du genou, donc le genou ça peut être intra articulaire, ... ou la patte d'oie là, et au niveau de la hanche le moyen fessier, voilà.

Ça ce sont les infiltrations assez courantes en fait, qui ne posent pas de problème particulier, et je trouve que ça rend bien service.

Donc le rythme alors je ne sais pas, il y en a peut être deux par semaine quoi.

I : D'accord. C'est quand même déjà pas mal deux par semaine.
Et vous avez reçu une formation particulière ?

DR1 : J'ai participé à des ateliers sur les infiltrations il y a longtemps, j'suis même allé à l'hôpital histoire d'apprendre un peu mais sinon non je n'ai pas de formation particulière.

I : Les ateliers c'était sur mannequin, ou c'était juste de la théorie ?

DR1 : Théorie. Je crois que ça vient plutôt de l'hôpital en fait hein, quand j'étais interne.

I : Hum. Vous en faites depuis le début ?

DR1 : Ouais.

I : Est-ce que vous pouvez me décrire en fait le déroulement d'une consultation, de quand vous proposez une infiltration, après quand vous faites l'infiltration, voir un peu ce que posent comme questions les patients, ce qui les intéresse quoi ?

DR1 : Donc ça se fait rarement d'emblée une infiltration quand même. Ça peut être d'emblée moi je trouve quand il y a une contre indication à une thérapie, disons qu'on n'a pas le droit de donner un anti inflammatoire, quand euh je ne sais pas il y a une insuffisance rénale, même si il est sous anticoagulant. Je trouve qu'une infiltration est parfois moins embêtante qu'une thérapie par anti inflammatoires par voie générale, de toute façon ça a quand même peu d'inconvénients quoi. Euh sinon alors c'est vrai que ça dépend après, ça dépend de la localisation. J'aurais euh je ne sais pas, un névrome de Morton qui arrive, évidemment hein j'infiltré tout de suite. Les anti inflammatoires ne marcheront pas bien et puis l'infiltration, c'est efficace.

I : D'accord. Donc, rien qu'avec la clinique ?

DR1 : Un gros genou et cætera, je dis bon, on va peut être d'abord mettre au repos, de la glace et des anti-inflammatoires avant de faire une intra articulaire.

I : Est-ce que les patients posent beaucoup de questions, quelles réponses vous leur donnez ?

DR1 : Il y en a qui n'en veulent surtout pas en fait hein. Mais ils changent d'avis si on leur explique d'abord que cela ne fait pas mal. Moi je m'en suis déjà faite une quand je jouais au tennis. Et un jour je suis revenu du ski avec un gros genou, il y avait M. et S. au cabinet et elles n'infiltrèrent pas souvent, et je leur ai dit « J'suis un bon cobaye alors on y va », et donc voilà, j'ai pris leurs mains et elles m'ont infiltré le genou. Ça faisait quinze jours que je prenais un anti inflammatoire et j'avais mal à l'estomac et puis ça marchait pas bien, donc il me fallait une infiltration. Je n'ai jamais eu d'accident, de complications.

I : Jamais eu d'infection, d'hématome ou autre ?

DR1 : Jamais. Même les gens sous anticoagulants, je me dis que les interactions avec les anti inflammatoires ce n'est pas mieux.

I : Il y a des nouvelles recommandations maintenant de l'HAS qui disent selon le type d'infiltrations même en intra articulaire, selon si les gens sont sous anticoagulants ou pas, si on peut le faire ou pas, s'il y a besoin d'un relais ou pas.

DR1 : Ouais.

Donc voilà, après ça ne marche pas tout le temps quoi mais je trouve que ça rend beaucoup de services quand même.

I : D'accord. Donc globalement vous en êtes plutôt content ?

DR1 : Ouais je trouve. Alors après bon c'est vrai que si c'est quelqu'un qui fait un travail manuel toute la journée à l'usine, qui fait un travail répétitif là et puis qui a mal au coude, c'est sûr que si il continue à travailler le lendemain, donc après il faut peut-être lui mettre un bracelet par exemple pour l'épicondylite. Mais après quelqu'un qui a une épicondylite parce qu'il a fait du sport tout le week-end mais qu'après le reste du temps il fait du bureau, le geste va pas faire partir par derrière tout de suite ...

I : OK. Alors, prochaine question, qu'attendez vous des infiltrations que vous pratiquez ? Qu'est-ce qui vous incite à les pratiquer ? Et que pensez-vous apporter à vos patients ?

DR1 : D'abord que ça marche mieux que de la pommade, moi je trouve qu'on a plus d'inconvénients chez les personnes âgées avec les anti-inflammatoires qu'avec les infiltrations. Donc quand même c'est souvent en deuxième intention après échec d'un traitement. Il y a la physiothérapie, avant je faisais de la mésothérapie et puis maintenant j'ai arrêté, mais après, je ne sais pas, on ne peut pas tout faire, j'ai abandonné je ne sais pas pourquoi, ça pourrait être une solution aussi. Ce n'est pas la même chose en fait, on peut faire de la méso là sur un mal de dos, tu vois, ce n'est pas tout à fait pareil... du coup je ne sais pas, je ne fais plus de méso. Je trouve que par rapport à toutes les physiothérapies, c'est qu'une infiltration, en 48h on sait si ça a marché ou pas quoi.

I : Humm. Ouais c'est rapide.

DR1 : Oui. Je les préviens que ça peut faire mal le soir quoi.

I : Vous leur dites de faire quelque chose ou prendre quelque chose de particulier ?

DR1 : Non je leur dis « Vous allez avoir mal ce soir » quoi, ça ira mieux à partir de demain. J'ai même des gens qui me téléphonent en disant, alors que je leur ai rien demandé, « oh Docteur ça va bien, ça a bien marché ».

I : Humm. Concernant la formation, est-ce que vous trouvez que celle-ci est suffisante ?

DR1 : Bhein par exemple pour le canal carpien quand on relit où il faut piquer exactement... Euh... Bon le canal carpien ce n'est pas...

Bon l'épicondylite c'est loco dolenti, hein, le névrome plantaire c'est toujours au même endroit puis il y a un point très douloureux ce n'est pas très compliqué, le doigt à ressort en fait il y a un toujours un petit nodule qu'on sent passer sous le doigt, qui accroche. Le canal carpien, bhein il y a des repères mais enfin bon ça se fait. J'en fais pas trop sauf quand les gens ne dorment plus de la nuit. Quand je lisais sur Prescrire, ça m'a étonné quand même, ils faisaient une étude comparative entre l'attelle de repos et l'infiltration, et ils disaient que c'était kiff kiff, mais kiff kiff au bout d'un an quoi.

I : Ouais donc un an d'attelle...

DR1 : Quand on ne dort plus moi je trouve que ça marche... enfin bon voilà. Euh... C'était quoi la question déjà ?

I : Si vous trouviez que la formation était adaptée et suffisante ?

DR1 : C'était sur le temps en fait, moi j'ai l'impression d'avoir..., moi je crois que c'est ce que je dis à S., il faut y aller quoi.

I : Humm. Faut savoir se lancer quoi, prendre un livre, voir un peu les repères...

DR1 : Voilà tout à fait oui. Les repères, soit c'est le repère douloureux, soit c'est le repère anatomique. Le genou arthrosique effectivement souvent, on butait quoi, quand on s'incline un peu mieux... Des fois je mets un peu de xylo ou je prends une aiguille ultrafine en fait.

I : En fait vous utilisez lequel entre le diprostène et l'altim ?

DR1 : Peu importe. Ca m'est même arrivé de le faire au solumédrol, Après je ne crois pas qu'il y en ait tellement d'autres. Je dirais le kenacort, mais je dirais que c'est un produit qui a plus d'inconvénients que d'avantages. J'utilise beaucoup le diprostène mais c'est par habitude, l'altim c'est comparable.

I : Est-ce que vous avez des demandes directement par les patients d'infiltration?

DR1 : Oui, c'est parce qu'ils en avaient eu une hein, « Vous vous souvenez Docteur, il y a deux ans vous m'aviez piqué et puis j'avais plus mal, alors je préfère que vous me repiquiez », si ils reviennent pour la même chose, je trouve assez souvent. Bon c'est vrai un canal carpien qu'on infiltre une fois, deux fois, trois fois on se dit qu'il va peut être falloir faire autre chose quoi hein. Sachant que l'opération ce n'est quand même pas..., quand c'est un accident de travail ou une maladie professionnelle on n'arrive pas toujours..., ça ne marche pas toujours quoi.

I : Ils s'étaient fait opérer tard peut être non par rapport à l'évolution de la maladie ?

DR1 : Peut-être. Donc le canal carpien souvent ça marche et si trois mois après ça ne va pas, on infiltre à nouveau et puis après s'il y a besoin on a recourt à la chirurgie.

I : Il y a beaucoup de gens qui sont réticents ?

DR1 : C'est marrant parce que bon j'ai fait récemment une infiltration du canal carpien, elle a eu hyper mal et puis ça n'a pas marché.

I : Directement elle a eu mal ?

DR1 : Oui, et ça n'a pas marché. Elle s'est fait opérer, et dans les suites elle a eu une algodystrophie majeure. C'est curieux en fait, je ne sais pas quel était le rapport, dans les deux cas, alors que d'habitude ça marche bien mais chez certaines personnes à chaque fois, ça prend des proportions complètement... L'algodystrophie avec les signes radiologiques et tout... Mais c'est rare que les gens aient très mal. C'est pour ça tu vois, comme tu dis on peut essayer.

I : A part elle vous n'avez jamais eu de problème particulier ?

DR1 : Non, je ne m'en souviens parce que ça traîne. Elle n'avait jamais voulu que je la repique tu vois tellement elle avait eu mal, et là maintenant elle dit au chirurgien « Mais pourquoi je me suis faite opérée ! ». Elle est dans un contexte de maladie professionnelle, et c'est plus dur à gérer aussi.

I : Est-ce que vous avez déjà envoyé un patient chez un collègue généraliste ou spécialiste justement pour une infiltration ?

DR1 : Oui voilà donc essentiellement des rhumatos, notamment pour des infiltrations, et des infiltrations de viscosupplémentation.

I : Qu'on n'a pas le droit de faire pour le moment. Ça coûte trop cher.

DR1 : Donc euh... Enfin n'envoyer que pour un truc que je ne sais faire pas forcément en fait, envoyer parce que le patient me dit « J'aimerais mieux avoir une consultation spécialisée » euh...

I : Ça arrive souvent ce genre de chose ?

DR1 : Bah bien sûr oui.

I : Et après ils en sont contents ?

DR1 : La calcification de l'épaule, qui est une indication d'infiltration quand il y a une rupture...

I : Sous scope ou écho ?

DR1 : C'est l'épaule hyperalgique quand il y a une rupture de la calcification de l'épaule, et l'infiltration est l'indication.

Enfin ça ne m'arrive pas souvent mais je me souviens d'en avoir fait une parce que j'avais relu ça... c'était un cours de l'épaule hyperalgique qui correspond à une rupture de la calcification de l'épaule

I : Ce n'est pas la tendinopathie, le tendon qui s'est rompu mais la calcification qui s'est rompue ?

DR1 : Voilà c'est la calcification qui s'est rompue.

I : D'accord OK.

DR1 : Alors par contre c'est vrai qu'en termes de rupture tendineuse, alors après infiltration ou pas, d'un chef du biceps, rupture qui donne la boule là. Curieusement je trouve que c'est peu invalidant quoi, ils se servent de leur bras presque pareil.

.....

C'est vrai qu'on pique en péri-tendineux, c'est quand même à l'aveugle

I : Il y a des infiltrations sinon que vous ne voulez pas faire, parce que souvent ce sont des infiltrations faites à l'aveugle ?

DR1 : Par exemple la hanche, la colonne vertébrale. Et puis parfois l'épaule, enfin là tu vois c'était loco dolenti.

I : Les trous sacrés vous n'en avez jamais fait ?

DR1 : Là aussi c'est plutôt loco dolenti, si, j'en ai un qui me réclame son infiltration régulièrement, qui force la piqûre. Et donc c'est chiant quoi, tu te demandes ce que tu fais.

I : Ouais mais c'est que ça veut dire que ça fonctionne bien à ce niveau là...

DR1 : Oui, alors du coup il me demande « Des deux côtés Docteur »...

I : Humm... Quelles doivent être pour vous les limites des infiltrations dans un cabinet de médecine générale ?

DR1 : La répétition quand même.

Alors c'est vrai que des fois on déséquilibre un diabète, bon ça dure trois jours, on le sait et puis voilà.

I : Un diabète de type 1 ?

DR1 : Les deux, quand ils sont sous insuline.

Malgré le diabète, j'infiltrer quand même, ça dure trois jours, c'est souvent moins grave qu'un anti inflammatoire.

I : Et au niveau de l'hygiène ? Est-ce que vous mettez des gants stériles ?

DR1 : J'infiltrer sans gants...

I : Désinfection en quatre temps ou simple temps ?

DR1 : Qu'est ce que tu appelles en quatre temps ?

I : C'est la déterision, le lavage, le séchage et la désinfection.

DR1 : Lavage à l'eau et au savon ?

I : C'est la bétadine rouge puis de l'eau puis séchage puis bétadine jaune...

DR1 : Non non, je ne fais pas tout ça.

L'intra articulaire je fais quand même plus attention sur un genou quand même par exemple, ou quand il y a un contexte de diabète ou risque infectieux plus important. Mais voilà, ce n'est pas protocolé quoi.

I : Et, est-ce que vous êtes assuré pour faire des infiltrations ?

DR1: Euh... je ne sais pas, je n'ai jamais déclaré. Donc, je ne pense pas...

I : Donc s'il y a un problème un jour avec une infiltration, vous n'êtes pas couvert par votre assurance ?

DR1 : Je ne sais pas. Mais après on peut s'attaquer en tout endroit quoi hein. La seule fois où je me suis senti un peu en danger c'était à l'hôpital pour une patiente donc le chirurgien qui me dit « je vais faire une hysterectomie chez une dame de 90 ans par voie vaginale ». Il n'y arrive pas donc pendant l'opération il passe par la paroi abdominale. Et il tombe sur ce qu'il pensait être un cancer du côlon, donc il enlève largement le côlon. Alors qu'elle avait toute une histoire de diverticulite, sigmoïdite. Et donc il ne le savait pas parce que je n'avais pas fait une lettre. Donc un peu après, 40 de fièvre, péritonite... Le fils était assez procédurier donc le chirurgien m'a dit « moi je ne savais pas, le médecin traitant ne m'avait pas prévenu ». Donc j'ai été convoqué chez le directeur de l'hôpital avec le fils et le chirurgien. Et finalement je le connaissais quand même le fils, après il a dit « non mais quand même, j'ai joué au tennis avec le Dr XXX., je ne vais pas porter plainte » (*rires*), et donc ça s'est arrêté là. Je n'ai pas le souvenir d'avoir eu un problème de limites. Alors pour une infiltration ou pour autre chose, je ne vois pas pourquoi, alors les infiltrations ça peut effectivement apparaître, je ne sais pas je n'ai pas regardé de près.

I : Humm. C'est dans certains contrats d'assurances aujourd'hui, mais dans tous je ne sais pas.

DR1 : Je ne me souviens pas qu'il y ait une exclusion...

I : D'accord. Donc pour conclure, vous pratiquez des infiltrations, et vous trouvez que ça apporte beaucoup à votre pratique, et à vos patients ?

DR1 : Oui, oui. Non mais je crois que c'est dommage d'hésiter en fait. C'est dommage d'avoir peur parce que le risque il est quand même mineur je trouve, au bout de 30 ans que je fais des infiltrations je n'ai pas eu de problème.

I : Est-ce que vous pensez que c'est le fait d'être installé en zone rurale ou semi rurale qui vous en a fait faire plus que si vous étiez installé en ville ?

DR1 : Je ne sais pas. Parce que là, les médecins vous les recensez sachant qu'ils en font ou... ?

I : Non on essaie de prendre un peu de tout, et savoir pourquoi ils en font ou pourquoi ils n'en font pas ?

DR1 : D'accord, savoir pourquoi ils n'en font pas, pourquoi ils sautent tout le temps chez le rhumato quoi ? Humm.

I : Et les tarifs de consultation sont les mêmes ?

DR1 : Oui, tout est à 23 euros.

I : C'est bon, à moins que vous n'ayez quelque chose à ajouter ?

DR1 : Non je crois qu'il faut que ce soit un geste que mes stagiaires sachent pratiquer en partant quoi. D'ailleurs elle a dû aller chez le rhumato ce matin notre stagiaire, on multiplie les spécialités en plus de la médecine générale.

Et de fait vous en avez pratiqué non ?

I : Moi je suis passée en rhumato, oui. Dans mon deuxième stage de médecine générale ils n'en faisaient pas du tout, et là, en rhumato oui j'en ai fait un petit peu.

Alors mon chef en faisait sous scopie. Il y en avait à l'épaule... en hospitalisation on n'en faisait pas tant que ça, on avait beaucoup de lombosciatique.

DR1 : D'accord donc il infiltrait les lombosciatiques sous scope ?

I : Non non pas sous scope, direct.

DR1 : Tu trouves que c'était une bonne thérapie ?

I : Il y en a pas mal qui fonctionnaient bien alors est ce que c'était la charge de corticoïdes qui fonctionnait bien ? Parce que moi ça me paraissait assez bizarre...

Après j'étais allée certains matins voir avec un autre médecin, qui va être notre directeur de thèse, les infiltrations sous scopie. Mais là ce n'est pas la pratique que j'aurai en médecine générale car je n'aurai pas ce matériel là. L'autre interne qui était l'interne de rhumato, elle les faisait sous échographie, ça c'est intéressant aussi, ça se fait quand même de plus en plus en échoguidé en fait. Donc c'était bien de voir ça.

DR1 : Donc les mêmes infiltrations ou d'autres en fait ?

I : Non d'autres. Après le canal carpien ça, ils ne font pas sous écho hein. Les épaules ils aiment bien regarder sous écho quand même. Ça permet de bien localiser aussi pour que ça soit bien au bon endroit.

DR1 : Moi, je fais par voie antérieure toujours.

I : Sinon il y a la voie postérieure là dans le triangle.

Et j'ai lu une étude qui disait qu'une première infiltration d'épaule pouvait être faite à l'aveugle, mais que si ça ne fonctionnait pas il valait mieux retenter sous scopie ou radio.

DR1 : OK d'accord.

I : Voilà. Après en scopie on fait beaucoup de dos, c'est surtout des rachis hein.

DR1 : D'accord. Les articulaires postérieures ?

I : Oui. C'est difficile de visualiser la chose, moi j'avais un petit peu de mal avec mon aiguille

DR1 : C'est bien de critiquer notre pratique.

I : Et avec les groupes de pairs ça ne permet pas d'en discuter un petit peu ?

DR1 : Dans le groupe certains disent « Je ne fais jamais d'infiltrations »

I : Ils expliquent pourquoi ?

DR1 : Je crois que c'est surtout le manque de pratique parce que si on en a fait jadis mais qu'on n'en refait pas, du coup on n'ose plus en faire.

I : J'ai contacté un autre médecin que je voulais mettre dans l'étude et tout de suite il m'a parlé, « Avant j'en faisais, environ 5 par an mais maintenant il y a les assurances donc pour 5 par an, ce n'est pas rentable donc du coup je n'en fais plus ».

DR1 : Ah d'accord.

I : Il a été assez catégorique donc je n'ai pas réussi à discuter plus avec lui.

DR1 : C'est marrant moi je ne me sens pas très menacé, alors jusqu'au jour... alors peut être hein dans le contexte actuel, de plus en plus on a peut être intérêt à se protéger.

I : Je ne sais pas, on a l'impression que les gens ont de plus en plus le réflexe de porter plainte. Mais certainement pas plus pour les infiltrations qu'autre chose, c'est au moindre problème.

DR1 : Mais quand même on prend moins de risque que sur une interprétation d'échographie... le risque est quand même extrêmement modeste.

I : C'est bien de n'avoir jamais eu de complications, c'est vrai que j'ai lu pas mal d'études à droite à gauche euh..., et je pense que ça doit marquer quand même parce que ça doit faire peur par la suite.

DR1 : Des fois oui, que ça n'ait pas marché oui...

Tiens hier j'ai vu une dame que j'avais infiltrée d'un doigt à ressort la semaine dernière, bon, elle était modérément euh...

I : Le doigt à ressort ça fait quoi, il y a un nodule ?

DR1 : Il y a le tendon qui glisse dans sa gaine, et il y a un nodule là tu vois, qui accroche en fait. Donc souvent il y a un nodule que tu sens sous la main, si tu le bloques ton doigt tu n'arrives plus à l'étendre. On infiltre en périnodulaire. Je mets un peu de xylo parce que ça fait mal à la paume de la main. C'est agaçant de se lever le matin et de ne pas pouvoir déplier le doigt.

I : D'accord.

DR1 : Parce que là aussi c'est soit ça soit la chirurgie.

Entretien 2 :

I : Alors, est-ce que vous pouvez vous présenter ?

DR2 : J'ai 54 ans, je me suis installé en 1986 à [village], c'est ma première installation, j'ai fait des remplacements avant, puis je me suis installé en cabinet de groupe d'abord avec un seul collègue et puis par la suite à trois. Ma fac d'origine, c'est Xavier Bichat, ensuite depuis tout le temps ça a été un choix de faire de la médecine générale depuis la première année, donc j'ai choisi aussi mes stages en fonction, et en ce qui concerne ton sujet sur les infiltrations et bien je me suis formé d'abord en ayant la chance de faire un semestre aux consultations médicales de l'hôpital Louis Premier, je passais dans différentes spécialités dont la rhumato spécialisée de ville puisque c'était un service de médecine polyvalente à l'entrée de l'hôpital, donc c'était indépendant des services, donc du coup on faisait des infiltrations. Et puis, après, j'ai fait des formations multiples et variées, dont des formations aussi en rhumato, aux journées Claude Bernard à Lyon, il y a des stages qui sont effectués sur des pratiques de médecine générale dans des services spécialisés, j'ai fait ça deux fois.

I : N'importe qui peut s'inscrire ?

DR2 : N'importe qui peut s'inscrire, tous les médecins peuvent s'inscrire.

I : C'est que de la rhumato ou il y a d'autres choses aussi ?

DR2 : Non non ça peut être de l'ophtalmo, ça peut être de l'urgence, ça peut être de la médecine interne... C'est couplé entre des journées d'information où il y a des communications qui durent 2 jours, et puis il y a la possibilité de faire des stages d'une semaine ou de 2-3 jours dans un service de médecine.

I : D'accord.

Avez-vous des DU ou autres diplômes complémentaires ?

DR2 : Alors je n'ai pas fait de DU mais j'ai fait des formations complémentaires. Au départ j'ai fait une formation à l'alcoologie et j'avais commencé le DU mais je l'ai arrêté parce que ça ne m'apportait pas plus que ce que je faisais, je pratiquais déjà, j'avais un temps partiel dans une consultation d'alcoologie, et puis à la suite de cette formation on a été confronté au problème de la toxicomanie ici. J'ai monté un réseau ville-hôpital pour la prise en charge des toxicomanes. Et puis en formation plus particulière j'ai fait une formation aux TCC, et puis j'ai fait une formation didactique plutôt sur le registre psychanalytique, ça c'était il y a un petit peu plus longtemps, puis plein de formations. Je suis animateur de formation pour les médecins, bon, puis on ne va pas faire tout le CV mais il y en a un paquet (*rires*). Mais en gros ça a toujours été d'essayer de parfaire les formations autour des pathologies qu'on voit le plus couramment en médecine générale.

I : D'accord. Et donc concernant les infiltrations du coup, c'est surtout la formation Claude Bernard et puis le stage en médecine, il y a d'autres choses encore ?

DR2 : Non, après c'était de la pratique en essayant de faire des infiltrations sur des pathologies fréquentes, dans le sens où je pense que c'est un geste qu'il faut faire et répéter, et que si on fait des infiltrations dans des localisations qui sont pas des pathologies fréquentes, je pense qu'on doit perdre le geste, donc je fais des infiltrations sur des gestes que je sais faire et que je reproduis souvent.

I : D'accord, et du coup ce sont quelles localisations ?

DR2 : Epaule, genou, carpien, le ligament interépineux. Euh... voilà, je n'infiltrer pas la main. Le coude. Voilà, épaule, coude, genou, voilà, euh... les bursites du grand trochanter là tu sais, le syndrome de l'essuie-glace, voilà cela, ça m'est arrivé d'infiltrer. Et voilà, les autres infiltrations très techniques comme par exemple les infiltrations des tendinites de la gaine du long adducteur du pouce là de De Quervain, c'est très technique, on n'en voit pas souvent, celles là par exemple je ne les fais pas.

I : Ça n'a rien à voir, mais l'autre jour j'ai eu une patiente qui avait un doigt à ressaut et qui avait rendez-vous avec le chirurgien, je me suis posée la question si on pouvait l'infiltrer ou pas ?

DR2 : Ouais il y a infiltration et puis dilacération aussi, c'est une technique tu sais d'anesthésie et puis tu dilacères le nodule à l'aiguille, bon je sais que ça existe, moi j'ai jamais fait. Les doigts à ressaut je les fais opérer.

I : Bah là j'ai rien dit parce que j'ai vu qu'elle avait déjà rendez-vous avec le chirurgien.

DR2 : C'était Mme XXX ?

I : C'est ça (*rires*).

DR2 : Ouais, elle a un doigt à ressaut typique. Je n'ai jamais infiltré ça. Et les Dupuytren c'est pareil je ne les infiltre pas. En plus tout ce qui est tendons des doigts, le problème des infiltrations de corticoïdes c'est que si jamais tu as une euh... ah il y a aussi la coracoïde aussi, (*voix plus faible*) les tendinites d'insertion du long biceps, mais euh... ouais les tendons tu sais que tu as toujours un risque de rupture tendineuse sur les infiltrations de corticoïdes. Sur un tendon de la main pffff... c'est un peu... surtout que c'est une travailleuse manuelle donc euh... c'est un peu compliqué ça.

I : Est-ce que vous pouvez me décrire un peu votre pratique, quel type d'infiltrations vous faites, le nombre à peu près, les produits utilisés... ?

DR2 : Alors, j'utilise euh... Donc la fréquence c'est assez variable, c'est plusieurs fois par mois, les plus fréquentes sont quand même les carpiens, les épaules, euh... les genoux ça vient ensuite. En moyenne je dois infiltrer 2, 3,4 fois par mois, ouais entre 1 et 5 fois. Ça varie, il y a des moments un peu plus. Donc voilà c'est à peu près ça. Donc pratiquement une fois par semaine en gros je dois avoir une infiltration à faire. Les produits que j'utilise c'est diprostène, ou alors le diprostène ou parfois le diprostène.

I : (*rires*) D'accord.

DR2 : Et puis sur le coude j'utilise du céléstène donc moins cristallin parce qu'on est en sous cutané et c'est pour ne pas faire de... pas de nécrose mais tu sais de lipodestruction tu sais, les cristallins en fait ils font des petites rétractions tu sais des petites euh... disparition du panicule lipidique sous cutané et du coup ça fait des choses un petit peu plus vilaines, et puis c'est toujours complété avec, pour les épicondylites j'injecte ça avec un anesthésique local, la procaïne en général, et c'est complété par des mesures soit de physio, soit de bracelet absorbant ou de kinesio tex qu'on utilise en médecine du sport. Donc sur le coude c'est toujours avec un produit non cristallin et toujours associé avec un traitement complémentaire parce que ce n'est pas suffisant en fait ça calme les choses mais... C'est un moyen de faire une pause et puis de préparer le traitement à plus long terme.

I : D'accord. Et avec le diprostène par contre on ne met pas d'anesthésiant ?

DR2 : Non. Non. Non.

I : Et je suppose qu'une seule infiltration ne suffit pas ?

DR2 : La plupart du temps si.

I : Si ?

DR2 : Ouais. Moi j'ai très très peu de rési... alors si sur les gonarthroses du genou chez les personnes très âgées qu'on ne veut pas faire opérer ou chez qui on essaie de durer, on fait une infiltration deux ou trois fois dans l'année mais pas d'affilée, c'est excessivement rare. (*soupir*) Moi j'essaie de ne pas trop infiltrer, j'essaie de le faire à bon escient et, bah, en fait j'ai rarement l'occasion. Cette année, euh..., dans la dernière année, j'ai juste une dame sur une euh... sur une euh... tendinite de l'épaule, donc je l'ai infiltrée deux fois à un mois d'intervalle, mais sinon je n'ai pas eu à réinfiltrer. Donc ça marche relativement bien.

I : D'accord. Est-ce que vous pouvez décrire comment se passe une consultation où vous proposez une infiltration à un patient ? Les explications que vous leur donnez...

DR2 : Hum, bien sûr. Alors il y a un peu deux consultations, il y a par exemple, on parlait des arthroses, des gonarthroses, souvent c'est des gens que j'ai déjà infiltrés, donc à l'occasion d'une consultation s'il y a une impotence fonctionnelle qui réapparaît, euh... bah c'est eux qui en reparlent. Ils disent euh... bah... « l'infiltration que j'avais eue il y a 6 mois en arrière ou 3 mois en arrière ça m'avait permis de remarquer et du coup est-ce qu'on n'en referait pas une ? » Donc ça c'est ce type de consultation où c'est le patient qui le propose. Et ou les gens que j'ai infiltrés d'un canal carpien il y a 1 an ou 2 ans en arrière et qui disent « Bah là ça revient » donc euh... Je n'infiltrerai jamais dans la consultation où je pose l'indication. En général j'essaie de trouver d'autres moyens de traitement, j'essaie de faire durer en mettant des antalgiques simples hein du paracétamol par exemple chez des personnes qui souffrent d'arthrose, j'essaie de faire de la kiné sur une épaule euh... et puis je leur donne toujours un délai, je dis bon on fait ça pendant 15 jours-3 semaines et si ça ne marche pas, à ce moment là, on repose l'indication. Si je les revoie pour ça je prescris et je donne un RDV juste pour l'infiltration, donc pour être tranquille, faire les choses correctement pas dans la précipitation.

I : Ça laisse un délai de réflexion au patient ?

DR2 : Ça laisse un délai et puis bon on sait aussi qu'il y a beaucoup de pathologies douloureuses qui fluctuent et assez souvent même sur un canal carpien par exemple, euh, ça peut être influencé par une rétention d'eau, par une prise de poids, par des exercices professionnels qui se succèdent puis qui vont redéclencher un canal carpien, et il suffit qu'il y ait une modification de geste ou un changement de poste ou un autre phénomène pour que ça passe relativement tout seul donc du coup ça permet dans ce délai d'éviter l'infiltration.

I : D'accord. Ils ont peur les gens souvent ?

DR2 : De l'infiltration ? Rarement, non. Non parce qu'en fait justement je ne leur saute pas dessus, on laisse un délai de réflexion, je leur explique que c'est une possibilité, et puis euh... voilà.

I : Et les complications ? Vous leur expliquez aussi ?

DR2 : Ouais. Ouais. Ouais. Surtout par exemple sur les tendons du biceps, parce que j'ai eu une fois une rupture donc du coup euh... je le dis. Je fais attention à ça.

I : Et à part cette rupture du tendon du biceps est-ce que vous avez eu d'autres complications ?

DR2 : Alors j'ai eu deux complications, j'ai eu une rupture d'un tendon du biceps, et il y a 15 ans en arrière, une histoire un peu douloureuse (*croise les bras*), euh... chez un vacancier qui avait un épanchement de synovie sur une gonarthrose majeure et euh... je lui ai ponctionné son... comment... euh... son épanchement de synovie du genou. Euh... il a récidivé, c'était quelqu'un qui était très demandeur de soins parce qu'il ne voulait pas se faire opérer et cætera. Sur la deuxième récurrence j'ai ponctionné et infiltré, il a été super bien pendant toutes ses vacances, c'est quelqu'un qui est un résident secondaire ici, avec sa famille donc il avait passé l'été là. Et en fin d'été euh, il m'a dit, il m'a demandé de refaire une infiltration et pffffff... (*gros soupir*) j'ai refait une infiltration et en fait il a infecté. Il a fait une arthrite sur les corticoïdes, donc voilà. Bon ça c'est la faute à pas de chance. Mais, c'est toujours un peu emmerdant ce genre de trucs, surtout que ce n'était pas un de mes patients quoi, c'était un patient qui était en vacances donc euh... c'est toujours un peu compliqué à gérer.

I : Hum. Et la suite ?

DR2 : Bah il a eu traitement antibiotique, il a vu un chirurgien, un chirurgien à Paris. Et puis euh ça c'est résolu normalement il s'en est bien sorti, mais bon, c'est toujours des situations merdiques.

I : D'accord.

DR2 : Qui laissent des traces on se dit ah putain, est ce que j'aurais dû le faire... Bon ce qui euh... euh moi ça m'a quand même... ça m'a permis de... de revoir la façon dont je faisais les infiltrations. Du coup je fais... je fais toujours beaucoup plus attention à la désinfection de la peau, et par exemple euh... je désinfecte la peau et je laisse un temps euh... beaucoup plus long de contact avec le produit désinfectant. Et c'est la première chose que je fais, je fais ça, et après j'attends, et après quand je fais refaire le geste, là à ce moment-là je désinfecte une deuxième fois la peau, ce que je ne faisais pas auparavant, et je mets toujours des gants stériles maintenant depuis cette histoire.

I : D'accord.

DR2 : Donc ça influe quand même sur euh... sur ta façon de faire. Et j'avais mis des gants stériles d'ailleurs, les genoux je mets toujours des gants stériles, euh dès que c'est articulaire je le fais, mais par contre sur le temps du désinfectant, euh c'était la seule chose que j'avais trouvée euh qui était euh, qui pouvait faire l'objet de, voilà, d'une, d'une faute d'asepsie ou d'une aseptie moins bonne. Donc du coup maintenant je fais toujours comme ça.

I : D'accord. C'est une désinfection en un temps ou en plusieurs temps ?

DR2 : Avant je faisais une désinfection en un temps, et maintenant je le fais en deux temps. C'est-à-dire que je désinfecte, je laisse du temps et après je redésinfecte avant de faire le geste.

I : D'accord. Vous utilisez de la bétadine ?

DR2 : J'utilise de la bétadine, sauf chez les gens qui sont allergiques à l'iode où j'utilise du Septéal.

I : Et la bétadine c'est la jaune, pas de rouge ?

DR2 : Je mets que de la jaune, non, je ne mets pas de la rouge, qu'avec la jaune.

I : D'accord. Euh bon ça du coup on en a déjà parlé un peu, euh... est-ce que vous avez reçu des formations pour ces gestes, au niveau pratique on a vu, et des formations théoriques ?

DR2 : Hum. Sur la, c'est-à-dire sur les indications tu veux dire ? Ou sur les différents produits, sur les façons de faire ?

I : Sur les façons de faire aussi.

DR2 : Non c'était quand même beaucoup, euh, beaucoup une formation euh, une formation par mes pairs hein. Et puis j'ai toujours aussi dans mon cabinet un, un recueil photographique des positions de, d'infiltrations. Mais comme j'utilise toujours les mêmes voies d'abord euh, je ne le regarde plus trop, euh... je l'ai en tous cas dans mon cabinet, je sais que je peux le regarder si besoin.

I : Est-ce que les formations, qu'elles soient théoriques ou pratiques, vous ont semblé suffisantes ? Ou est ce que vous auriez aimé en avoir d'autres ?

DR2 : Ouais, Pffff... Non je ne vois pas, je ne vois pas. (*silence*). Non je trouve que c'est un geste quand même qui est relativement simple euh... si il est bien fait, si on a de bonnes notions d'anatomie. Non enfin je ne pense pas que ce soit un geste très..., très difficile.

I : La formation influence t'elle votre pratique actuelle ?

DR2 : Oui, bien sûr. Moi je pense que si tu n'as jamais fait de formation c'est plus compliqué de faire, et puis surtout qu'il y a quand même une pression actuellement à faire des infiltrations sous imagerie, même sur des choses complètement, enfin même sur des, des infiltrations que nous on infiltre cliniquement hein. Et bon faut enfin y a... y a aussi euh je pense un... d'abord qu'il y a une disparition des rhumatologues en ville, et ces infiltrations chez les spécialistes se sont déplacées des rhumatologues vers les... l'imagerie, vers les radiologues, et puis la cotation euh... moi quand je fais une infiltration c'est 23 euros, ou 27 si j'utilise la CCAM, euh... chez le radiologue c'est quand même plus, il y a l'imagerie avec, euh je pense qu'ils gagnent bien leur vie. Y a un petit côté sécurisé pour tout ce qui est très profond, mais euh sur ce qui est superficiel euh, je trouve qu'il y a un petit peu d'abus quand même. C'est mon avis.

I : D'accord. Et au niveau assurance ?

DR2 : Oui j'ai déclaré, je suis couvert. Hum hum. Ouais, ma RC.

I : Est-ce que c'est beaucoup plus cher ?

DR2 : Ouais surtout elles ont monté ces dix dernières années, enfin surtout ces cinq dernières années, elles ont vraiment explosé les assurances, c'est le double de ce que je payais avant et ça c'est le fait...

I : (*coupé la parole*) Pas par rapport aux infiltrations ?

DR2 : Si si les infiltrations et la pose de stérilets, qui engendrent une augmentation des cotisations. Même si on n'en fait pas beaucoup, c'est aussi un geste qu'il ne faut pas perdre et qu'il faut faire, c'est un geste simple hein. Mais ouais du coup ça augmente les cotisations (*rires*).

I : Par contre il n'y en a pas beaucoup qui le déclarent à l'assurance j'ai l'impression.

DR2 : Ah ouais ? Ouais, il faut le faire.

I : Est-ce que les complications que vous avez pu avoir ont été un frein pour la suite de votre pratique ?

DR2 : Non, non, non. Non parce que je pense que c'est un geste, voilà qu'on est amené à faire hein. En plus là on est quand même un peu loin des réseaux de spécialistes donc du coup il faut savoir le faire et puis alors là je pense que de... ça fait partie des, des, des risques, des effets secondaires hein. La rupture du tendon que j'avais eue c'était sur une personne âgée et voilà quoi. Donc du coup euh... ça fait partie des risques.

I : Que deux complications sur euh...

DR2 : Sur vingt cinq... euh... trente ans de pratique, oui mais bon. Mais bon, ça fait partie euh... en tous cas tu vois je m'en souviens, quand tu m'as posé la question euh, ce n'est pas un truc euh, les deux je m'en souviens.

I : Oui. Qu'attendez-vous des infiltrations que vous pratiquez, qu'est ce qui vous incite à en pratiquer ? Et qu'est ce que vous pensez apporter à vos patients en pratiquant des infiltrations ?

DR2 : Eh bhein, je pense que ça ne coûte pas cher pour le service rendu à la société, parce que si tu ne fais pas euh... si on prend toutes les indications, canal carpien et cætera, si je n'infiltré pas euh, c'est chir. Et euh, bah je ne sais pas sur euh, sur 100 canaux carpien je pense que j'en fais pas opérer beaucoup hein. Donc euh... ça soulage immédiatement, euh, ça permet de dormir, ça conserve la fonction au travail, enfin ouais je pense que, sur un canal carpien ou sur une impotence fonctionnelle sur une gonarthrose du genou chez quelqu'un qui est déjà un peu polymédicamenté euh voilà... et pour lequel la chirurgie et bhein de te dire que ça va être d'abord de l'hospitalisation, puis de la rééducation avec un risque de syndrome de glissement, bah ouais 2 ou 3 infiltrations par an chez cette personne-là, euh je pense qu'on lui rend vraiment service. Et puis sur toute la pathologie tendineuse c'est toujours euh... ça c'est toujours un petit peu à risque, je trouve.

I : A cause du risque de rupture ?

DR2 : Voilà oui à cause de ça et puis donc du coup... Mais par exemple sur une épaule euh... quand tu as vraiment une seule infiltration qui te résout ton problème de périarthrite inflammatoire, insomnante, ça m'est arrivé de, de piquer dans la calcification, de l'aspirer, de voir rentrer quelqu'un complètement invalide et de sortir du cabinet avec l'épaule comme ça en disant qu'il était guéri juste avec le traitement. Donc il y a un vrai service rendu, je trouve que c'est efficace, ça marche bien.

I : D'accord. Est-ce que vous avez déjà eu des demandes d'infiltrations directement par un patient ?

DR2 : Oui.

I : Ce sont surtout ceux qui en ont déjà eu et en étaient satisfaits ?

DR2 : Oui, voilà, dans ces histoires.

I : Il y en a à qui vous refusez ?

DR2 : Euh oui bah justement sur par exemple, chez des gens diabétiques euh c'est toujours un peu empoisonnant, pas pour le risque infectieux, mais pour le risque de déstabilisation du diabète, du DNID chez des personnes âgées, ça je me méfie quand même un petit peu...

I : Ça vous est déjà arrivé ?

DR2 : Non ça ne m'est jamais arrivé mais je sais qu'en général je tâche de ne pas le faire. Bon après, voilà après euh tu as d'autres patients qui ne peuvent pas prendre d'anti inflammatoires euh, donc ceux là bah, après il y a une prise de risque mais un peu comme tout en médecine, à un moment donné il faut choisir ce qui va être le moins de risques à prendre pour le service rendu. Donc euh, c'est à mettre dans le plateau de la balance.

I : Est-ce que vous avez déjà envoyé un patient chez un confrère pour une infiltration ? Généraliste ou spécialiste ?

DR2 : Oui, oui bien sûr.

Euh pas généraliste, mais par exemple sur les gaines du long adducteur là sur les De Quervain, ça j'infiltré pas et je trouve que c'est assez efficace, et puis aussi sur les infiltrations de la trapézo métacarpienne du pouce là, faut vraiment bien piquer, c'est une infiltration qui est douloureuse et faut vraiment bien choisir l'angle de l'infiltration, ce n'est pas très évident donc ça je ne le fais faire. Et pareil bon maintenant ça se fait beaucoup moins mais les infiltrations du premier trou sacré, il y a une petite technique de repérage que j'avais apprise hein, mais euh comme je n'avais pas eu l'occasion de le faire euh, quand ça s'est présenté les indications je, je l'ai adressé, parce que j'en avais pas refait depuis euh... c'était 2-3 ans après ma formation pratique et du coup euh, je l'ai fait faire par mon collègue rhumatologue.

I : Et les patients en étaient contents ?

DR2 : Oui, oui. Oui, oui bien sûr, ça se passe bien quand c'est comme ça.

I : Et les De Quervain pourquoi vous ne les faites pas ?

DR2 : Parce que je, d'abord on n'en fait pas beaucoup et c'est pareil, c'est assez technique. Il faut vraiment arriver à passer dans la gaine et euh... alors moi ça j'en n'ai pas la pratique donc c'est un peu ce que je te disais au départ, j'aime bien faire ce que je fais souvent, parce que du coup je sais que je suis au point techniquement.

I : D'accord. Pour vous quelles doivent être les limites des infiltrations dans un cabinet de médecine générale ?

DR2 : Bhein je pense que c'est un peu ça, c'est euh, c'est la fréquence avec laquelle tu les fais, euh tu vois quand j'étais jeune médecin, là je parle d'un autre sujet mais je posais énormément de stérilets, et quand je me suis installé avec mon associée, elle a pris naturellement plus de contraception que moi et euh, c'est peut être même euh..., non je crois que ce n'est pas moi qui lui ai montré, mais du coup euh, en fait, j'aurais presque pu la former sur la pose de stérilets, mais maintenant j'en fais pouffff dix fois moins qu'elle donc euh quand je pose un stérilet je suis probablement moins à l'aise du point de vue gestuelle que quand j'en posais 3 ou 4 par mois quoi. Et pour les infiltrations c'est un peu pareil c'est-à-dire que si tu en fais régulièrement bah en fait ça ne pose pas de souci, euh, tu as ton geste qui est précis, c'est efficace, euh... si tu en fais moins, bah je trouve que c'est plus compliqué. Donc en plus même justement s'il y a une situation qui est un petit peu particulière, par exemple dans les infiltrations de l'épaule sur les voies d'abord postérieures, euh des fois euh, à quelques millimètres près toc t'accroches le rebord du trochiter puis t'arrives pas à passer et euh bah si t'as l'habitude de le faire bah tu sais que voilà t'es là, hop

tu retires et puis tu, tu repasses et si, voilà si tu n'as pas l'habitude tu vas te dire merde voilà où je suis, euh comment je me suis débrouillé, si tu commences à gamberger parce que techniquement tu n'es pas au point euh, tu as de grandes chances de louper ton infiltration. C'est pour ça je pense que la limite c'est ton habitude de le faire, et puis il faut faire ce qu'on sait faire, pour que ça marche.

I : D'accord. Vous voyez d'autres limites ?

DR2 : (*soupir*) Bah euh si c'est l'interrogatoire euh, poser les bonnes indications euh, voilà, et puis, euh je te dis, les diabétiques mais bon ça c'est à peu près comme dans toute prescription médicale. Euh sinon techniquement si ton cabinet est outillé, voilà, je ne pense pas qu'il y ait de problème particulier. Ce n'est pas l'imagerie par exemple. (*sourire*)

I : Oui, d'accord.
Bon bah...

DR2 : C'est bon ?

I : Oui, sauf s'il y a d'autres choses à ajouter.

DR2 : Non. Non, non, je pense que c'est un geste qu'il faut apprendre et puis faire apprendre aux internes, ça il faut que vous le sachiez.

I : Je n'ai jamais trop eu l'occasion justement d'en faire pendant mon internat.

DR2 : Bhein ouais. Peut-être qu'il faudrait faire de la consultation chez un rhumato de ville pendant qu'il y en a encore quelques uns, parce que même à l'hôpital je vois là le rhumatologue référent localement, adresse beaucoup aux radiologues. En fin de compte je pense qu'elle n'en voit pas énormément, parce que quand un canal carpien arrive à l'hôpital il va plutôt chez le chir, et les rhumatos ils voient plutôt de la polyarthrite, des choses un peu plus complexes, et beaucoup moins... En fait les rhumatologues de ville voyaient plutôt les actes de médecine générale de leur spécialité, et euh comme ils ont tendance à disparaître bhein les rhumatologues hospitaliers, ils voient de la vraie rhumatologie spécialisée, du coup l'infiltration, bhein je pense qu'ils ne doivent pas en voir, c'est plus un geste de médecine générale.
Voilà.

I : Merci
Et sinon au niveau repérages pour chaque articulation c'est assez standardisé, assez carré ?

DR2 : C'est assez typique ouais. Sur le canal carpien tu vois...

I : On pique là entre les deux tendons ?

DR2 : Non c'est à l'intérieur plutôt, tu vois tu piques là et tu relâches, tu vois tu as tes deux tendons là, tu relâches, tu piques au niveau du pli et puis dans le milieu sur le canal carpien. Voilà, et souvent même tu piques, tu es sur le nerf parce que tu as une petite décharge, donc tu recules un peu et puis tu injectes.

I : Hum.

DR2 : Sur l'épicondylite, c'est relativement simple, parce que tu as ton tendon qui est là, non au contraire si tu étends là tu sens bien qu'il est là donc tu piques là, et puis tu nappes. Tu vois moi je

pique, même si c'est quelqu'un d'assez mince tu vois, je vais prendre la peau, je vais piquer puis je vais napper.

I : D'accord. Donc autour du tendon, ne faut pas le toucher.

DR2 : Ouais

Je pique pas l'épitrôchlée parce que d'abord c'est plus rare, et puis t'as ton nerf qui n'est pas loin et du coup euh je n'aime pas trop là.

Voilà. Puis l'épaule j'ai deux voies d'abord : sur la coracoïde là et puis par voie antérieure. *(je n'ai pas tout entendu, son mauvais car s'est éloigné du micro).*

Après sur le genou je fais une voie antérieure, donc euh le genou plié, la pointe de la rotule, tu fais 1 cm en bas et 1cm en dedans et puis tu vises dans l'échancrure, c'est super facile à faire, c'est non douloureux, ça marche très très bien.

Les ligaments interépineux bhein c'est assez simple, en général c'est le ligament L5-S1 qui est touché, qui est douloureux, ça se fait entre les deux épineuses, en sous cutané. T'as les deux apophyses épineuses, tu as le ligament interépineux et puis là tu as la peau, donc tu ne vas pas, tu ne vas pas sur la, non t'infiltes dans le ligament interépineux. De toute façon c'est le signe de l'anneau de clé je ne sais pas si on l'avait vu ensemble ? En fait c'est souvent chez les sportifs un peu cambré, tu appuies entre L5 et S1 et t'as la douleur qui est reproduite à l'appui sur le ligament. Donc là tu infiltres.

Donc voilà. La névralgie d'Arnold.

I : Ah ouais ?

DR2 : Ouais. Moi je le fais pas parce qu'il y a très peu d'indications mais c'est un truc assez simple, le repérage il est sous-cutané au niveau de l'émergence du nerf d'Arnold au niveau de l'occiput là, dans la petite fossette. Donc ça par exemple tu vois pour faire un truc comme ça, il y a aucun risque à le faire, je prendrais mon bouquin tu vois, le jour où j'ai une situation, là je vais prendre ma planche anatomique et puis je vais infiltrer. Ca ce n'est pas très compliqué.

I : D'accord. Et le Morton ?

DR2 : Oui bien sûr j'ai oublié le Morton, ça c'est super simple à faire. Alors là pareil on est en sous-cutané je le fais avec le célestène. Voilà, je fais avec du célestène, je n'infiltrer pas les épines calcanéennes parce que ça fait très très mal et en plus quand tu fais une semelle de décharge ça marche très bien.

Par contre le Morton c'est super douloureux, les gens sont embêtés, et avant que les semelles avec un appui retrocapital elles puissent ouvrir vraiment l'espace interdigital, il faut quand même pas mal de temps, c'est un mois, deux mois, donc t'infiltes le Morton et ça marche très bien. Et je fais comme pour l'épicondyle, je fais célestène avec procaïne.

I : D'accord. Donc du coup le Morton, il faut quand même faire une semelle aussi ?

DR2 : Alors oui bien sûr bah c'est pareil, c'est comme l'épicondyle...

Donc en fait il faut que tu fasses un appui rétrocapital, donc c'est-à-dire que les gens vont avoir une semelle qui va appuyer juste avant la tête des métas, et tu vois quand tu appuies comme ça regardes ce qu'il se passe, tu vois ton espace il s'ouvre, du coup tu décompresses le Morton. Par contre ton Morton il va rester pendant quelques temps. Donc tu l'infiltes et tu mets ta semelle, ça marche très très bien.

Jamais infiltrer les tendons d'achille, jamais jamais, jamais, ça pète. Et un tendon d'achille qui pète c'est le bordel.

Voilà. Bon c'était bien !

Entretien 3 :

I : Bonjour, alors pour commencer, pouvez-vous vous présenter, en me donnant votre âge, fac de formation, diplômes éventuels, êtes-vous maître de stage, le nombre de consultations que vous faites par jour...

DR3 : D'accord, donc [nom], je suis installée à [ville] en Savoie depuis 3 mois, je m'étais installée en collaboration libérale pendant 2 ans avant à [village] euh... je suis diplômée depuis... ma thèse je l'ai passée en 2010 et j'ai fini mon internat en 2008, j'ai donc 32 ans et non je n'ai pas de diplôme complémentaire en dehors d'un DU que je n'utilise pas en fait.

I : C'est quoi ?

DR3 : Celui qui est validé, euh... est ce que je l'ai validé d'ailleurs ? Si j'ai la pédagogie médicale qui est validée et... bon qui n'est pas pour ma pratique de médecin mais... et, euh... traumatisme à l'usage de l'urgentiste. Voilà, c'est celui là qui est validé.

(Problème de micro => réglage)

I : C'est bon, donc la fac de formation ?

DR3 : Oui fac de formation, ma fac d'internat c'est Grenoble, et ma fac d'externat c'est Paris XI.

I : D'accord. Est-ce que vous êtes maître de stage ?

DR3 : Pas encore. Par contre tuteur et enseignante, et j'ai fait deux ans de clinat en médecine générale. Mais non pas encore maître de stage, ce sera pour novembre 2013.

I : D'accord. Le secteur d'activité c'est plutôt semi rural ?

DR3 : C'est difficile de dire semi rural car il n'y a aucune définition légale, euh si, on va dire ça. Malgré tout on a un hôpital à ¼ d'heure de chaque côté, ce sont plutôt les autres spécialités que nous n'avons pas trop, euh... on a cardio, gastro, après au-delà de ça on n'a pas trop de relais, on va tout de suite un peu plus loin, Albertville, Chambéry, donc ça fait au moins une heure, mais par contre c'est vrai qu'on a les hôpitaux à proximité, et puis on a les paramédicaux. Donc c'est vrai que l'on n'est pas très isolé finalement.

I : D'accord. Et le nombre de consultations par jour à peu près ?

DR3 : Euh... nous on se limite, enfin moi je me limite volontairement, enfin moi mon planning me permet 25 à 30 consultations et 30 c'est quand j'en rajoute. Si je remplis mon planning sans faire de surcharge je suis à 25. Maximum 1 visite par jour et comme ça fait pas très longtemps que je suis installée j'ai encore très peu de visites.

I : Est-ce que vous pratiquez des infiltrations ?

DR3 : Non

I : Pourquoi ?

DR3 : Parce que Je n'ai jamais appris, donc je ne sais pas le faire et... j'ai l'impression aussi... je n'ai pour l'instant pas envie de me former, parce que je n'ai pas l'impression que j'en aurais l'usage dans les patients que je vois actuellement et que je pense que tous ces gestes techniques, quelque soit les gestes, il faut les pratiquer un minimum, il faut les entretenir pour les faire correctement. Donc du coup, bah peut être qu'une fois, là pour l'instant j'ai des patients qui sont

très jeunes, relativement jeunes, des familles avec des petits enfants et cætera, même si c'est vrai que beaucoup sont des travailleurs physiques, on n'a pas trop ce souci là, et donc peut-être qu'une fois que je resterai un peu longtemps à un endroit, euh les patients vieillissant, j'en ressentirai le besoin et je me formerai à ce moment là, mais pour l'instant j'en ressens pas le besoin dans ma pratique.

I : D'accord, donc pas de demande et manque de formation, ce sont les deux principales causes pour vous.

DR3 : Oui, les deux. Et puis malgré tout, ce sont mes deux premières raisons, et la troisième, qui est un peu secondaire, c'est que je ne connais pas les indications et je ne suis pas sûre que ce soit prouvé en fait.

I : D'accord.

DR3 : Mais c'est vrai que spontanément ce n'est pas ça qui vient en premier.

I : D'accord. Donc du coup ça ne vous arrive pas d'envoyer des patients à un confrère ou un rhumatologue ?

DR3 : Ça m'est arrivé une fois en deux ans de temps. Sur une épaule. Et ce n'était même pas..., il lui a fait une infiltration mais c'était juste une grosse calcification en fait.

I : D'accord, et le patient en était content ?

DR3 : Non (*rires*). Il a eu deux infiltrations à 3 semaines -1 mois d'intervalle, et à la fin euh... je l'ai revu là il y a 1 semaine -15 jours pour sa fille, il a toujours mal, il est toujours limité dans ses mouvements. Son problème c'est surtout qu'il n'arrive plus à lever le bras, et ça n'a pas vraiment changé. Ça s'est amélioré très très très temporairement et jamais complètement, et 3 mois après c'est toujours pareil. Sur l'écho c'était une grosse calcification et pas une simple tendinite. Je pense que spontanément si j'arrivais à ce genre de truc assez facilement ça serait le canal carpien, et l'arthrose de genou. Et l'arthrose de genou je me sentirais presque de le faire parce que j'ai pratiqué des ponctions de genou donc c'est finalement pas si loin. Sur une arthrose où il y a déjà éventuellement un peu de liquide dans le genou, je pense que ce n'est finalement pas très éloigné, donc ça c'est vrai que spontanément je me dirais que je peux le faire. Le canal carpien il faudrait que je me forme ça c'est clair. Mais bon, c'est les deux sur lesquels je me dis que peut-être on aurait un bénéfice.

I : D'accord. Et les formations, vous n'en avez eu aucune ?

DR3 : Je n'ai jamais regardé de manière très attentive, je n'ai jamais vu dans les programmes de formations que je regardais quelque chose sur les gestes techniques, éventuellement sur la pathologie locomotrice oui, mais bon j'imagine qu'ils en parlent comme possibilité thérapeutique, mais je sais très bien qu'il y a très très peu de formations aux gestes pratiques dans ces trucs-là, et je me dis que si je voulais me former bhein en fait j'appellerais mes correspondants rhumato et je leur demanderais d'aller passer une journée avec eux en me disant qu'ils doivent bien en faire quelques unes.

I : Oui, après ils doivent en faire pas mal sous écho... ?

DR3 : Voilà mais après dans les rhumatos que nous on a à proximité, je ne suis pas sûre qu'ils aient tous l'écho, ils ont l'électromyogramme mais l'écho je n'ai pas l'impression donc euh... Voilà c'est ça que je me dirais c'est que... Bon après si tu t'entends bien avec ton collègue rhumato, il te montre sans l'écho quitte à contrôler lui après pour les patients qui sont difficiles mais... enfin voilà

je pense qu'il y a moyen de négocier sans écho pour t'apprendre (rires). Mais je pense que je ferais comme ça en fait pour la partie gestes, d'aller voir des correspondants habituels quoi.

I : D'accord. Et au niveau des complications qu'est-ce que vous en pensez ?

DR3 : Ce n'est pas ça qui m'inquiète le plus, après oui, je serais très prudente sur le côté hygiène, désinfection, mais enfin on sait bien que finalement il y a peu d'infections sur les gestes au cabinet, je pense par exemple typiquement aux sutures, euh... il y a une effraction de la peau aussi et finalement il n'y a pas tant d'infection de plaie post suture en cabinet de ville, donc je me dis qu'il n'y a pas de raison qu'un geste sur peau saine pose beaucoup plus de soucis. Euh... Et puis après il y a les effets des médicaments, alors ça il suffit de s'être renseigné un peu auprès des patients.

Donc non ce n'est pas ça qui m'inquiète le plus.

I : Et au niveau des assurances ?

DR3 : Alors oui, ça je pense que cela peut être un frein, parce que vu comment les prix des responsabilités civiles augmentent dès qu'on fait un peu des trucs qui sortent de l'ordinaire... Je pense là sur la partie gynéco, ça fait un surcoût monstrueux, je paie 150 euros de surcoût juste pour pouvoir poser les stérilets et les implants. Voilà. Pour se dire que... Et je me dis que très probablement ce type de geste ça rajoute aussi.

I : Vous savez quel montant ça rajouterait ?

DR3 : Bhein de toute façon ça dépend tellement des assurances que c'est difficile de dire, ça dépend des assurances, ça dépend de son âge, ça dépend de ce qu'on pratique, de ce qu'on a déjà fait... Donc oui ça je pense que ça ferait un surcoût et on retombe sur le fait que je n'en fais pas assez pour l'instant pour que ce soit rentable entre guillemets. Si ça peut rendre service aux patients, je peux mettre ça de côté, mais en même temps c'est clair que je ne vais pas me précipiter là-dessus, j'ai d'autres choses dans mon activité qui font que je m'occupe déjà bien (rires).

I : D'accord (rires). Pensez vous que les infiltrations pourraient apporter un bénéfice à vos patients ?

DR3 : Voilà, pour l'instant je n'ai pas encore vu des gens... enfin j'ai vu peu de gens qui en avaient bénéficiés et du coup j'ai eu peu de retours sur le sujet donc c'est difficile de dire.

I : Aimeriez vous en pratiquer ?

DR3 : Spontanément pas forcément, il faudrait vraiment que j'ai une forte demande, et de plusieurs patients pour envisager de me former. Euh... clairement le problème de la médecine générale c'est qu'on peut faire beaucoup beaucoup de choses, qu'on ne peut pas tout faire bien et que du coup bah, pour l'instant je suis plus branchée pédiatrie, gynéco, petites sutures, et que peut être qu'au cours de ma carrière les choses changeront et que je me reposerai la question plus tard, mais dans l'état actuel des choses, pas forcément.

I : Vous n'avez jamais eu des gens avec de l'arthrose et qui n'étaient pas assez soulagés ?

DR3 : Non, en tous cas pas au point d'être euh... enfin si le seul patient que j'ai qui est très gêné par l'arthrose, c'est un homme mais c'est de l'arthrose lombaire et il a 82 ans, donc ce n'est pas moi qui vais aller le toucher.

I : D'accord. Pensez-vous que l'enseignement reçu au cours de votre cursus universitaire a influencé votre pratique ?

DR3 : Alors, sachant que je n'ai pas souvenir d'avoir été formée à ça, euh... c'est toujours la même histoire on nous l'a évoqué comme moyen thérapeutique et plus en second cycle qu'en troisième, euh... si après si en stage prat, un peu.

I : Ils en faisaient ou pas ?

DR3 : Euh... Non ils n'en faisaient pas, non j'ai un prat qui faisait de la mésothérapie mais qui ne faisait pas d'infiltrations intra articulaires, en tous cas je ne l'ai pas vu faire, il en faisait peut être quelques unes mais je ne l'ai pas vu faire.

Euh... je ne dirais pas que ça m'a freiné sur le fait d'en faire, je dirais que ça n'a pas été une priorité.

Mais, non après j'ai fait d'autres trucs auxquels je n'ai pas été formée, après c'est des appétences personnelles aussi je pense hein. Mais non non je fais d'autres gestes, enfin voilà je me suis formée toute seule à la gynéco, et typiquement je n'ai pas fait de stage de gynéco, enfin si un en tant qu'externe mais c'est tout donc ça commence à faire un peu loin, j'avais jamais posé d'implants, je me suis formée pour, enfin voilà.

I : En faisant des formations continues ?

DR3 : La partie gynéco c'était en faisant des formations continues oui. Et puis bah, et puis se lancer aussi, se dire qu'on a appris certes de manière théorique mais qu'on peut le faire et que voilà, la pose de spéculum c'est comme ça que je me suis lancée, les frottis c'est comme ça que je me suis lancée, sans en avoir vraiment pratiqué autrement que moi toute seule en me disant que je peux le faire quoi (*rires*).

I : D'accord.

DR3 : Donc il y a ça aussi quoi, la notion d'appétence pour certains gestes, et on retombe sur, euh, d'être sollicité par ses patients ou pas je pense, voilà.

I : Au niveau formation apparemment il y a des formations Claude Bernard à Lyon qui en font.

DR3 : Ah oui si, j'ai vu passer effectivement des formations, j'avais été sollicitée je ne sais plus pour quoi, j'avais reçu des propositions de formation, alors pareil je n'avais pas fait gaffe à ça mais on reçoit tellement de trucs en fait que du coup, à moins, moi je lis un peu en diagonale, et c'est le jour où je ressens le besoin d'un truc, je sais que je garde tous les mails que je reçois donc je sais que je l'ai quelque part dans mes mails et puis bah je vais revoir si j'ai envie, mais euh... après voilà spontanément je lis un peu en diagonale, à moins qu'il y ait un truc qui me fait tilt comme ça à la lecture, je n'approfondis pas quoi, on reçoit trop de trucs (*rires*).

I : D'accord. Avez-vous déjà eu directement des demandes d'infiltration par un patient ?

DR3 : Non, directement non. Et en même temps si, euh... les deux années que j'avais faites à [village] j'avais un de mes collègues qui faisait des infiltrations, en particulier le canal carpien, du coup les gens m'ont demandé et je les renvoyais vers lui. C'est l'avantage aussi quand on est dans un cabinet à plusieurs et qu'on ne pratique pas tous la même chose, inversement lui il m'envoyait ses patients pour la gynéco.

I : Avez-vous d'autres fois envoyé un patient chez un collègue ?

DR3 : Oui, lui et le rhumato là pour l'épaule là il y a 6 mois.

I : Au niveau efficacité il n'était pas satisfait, mais au niveau délai d'attente, qu'est ce que vous avez pu avoir ?

DR3 : Alors oui ça mon collègue de [village] c'était facile, c'était le bureau d'à côté donc ça ne posait pas de problème, et le rhumato ça a été sans problème, je l'ai appelé et j'ai eu le rendez-vous pour 48 heures plus tard en l'appelant directement, sans aucune arrière pensée, il l'a pris sans problème. Ca là-dessus ça a été très très pratique. Mais c'est vrai qu'il avait une épaule très bloquée donc je pense que c'est aussi ça qui a motivé l'acceptation du rhumato.

I : Pour vous quelles doivent être les limites aux infiltrations dans un cabinet de médecine générale ?

DR3 : Bah à part la formation du praticien, l'habitude du geste, et de s'équiper correctement mais enfin il y a des normes d'hygiène donc à partir du moment où on respecte les DASRI et où on fait nettoyer son cabinet régulièrement, je pense que ça ne pose pas un gros problème. Pas plus que beaucoup d'autres gestes qu'on fait, et que juste l'hygiène de base d'un cabinet standard, de soins ambulatoires quoi. Ça je pense que voilà. Si juste la formation et savoir le faire.

I : Bien. C'est tout, à moins que vous ne vouliez ajouter quelque chose ?

DR3 : (*rires*) Non

I : Merci

Entretien 4 :

(Bras croisés tout le long de l'entretien, m'a accueillie en me disant « Bon si ça peut durer moins qu'une demie heure ça m'arrange quand même »)

I : Bonjour, alors déjà est ce que vous pouvez vous présenter, en me donnant votre âge, fac de formation, diplômes éventuels, est ce que vous êtes maître de stage, le nombre de consultations que vous faites par jour...

DR4 : J'ai 55 ans bientôt, j'ai été formé à Grenoble, je suis installé depuis 1987 au même endroit, euh... Y avait quoi d'autre comme questions ?

I : Si vous avez des diplômes complémentaires ?

DR4 : Diplôme de médecine du sport, j'ai fait de la gériatrie en plus pendant 15 ans, c'était de la gériatrie en maison de retraite, en long séjour, mais maintenant je n'en fais plus.

I : D'accord. A peu près combien vous faites de consultations par jour ?

DR4 : Une trentaine.

I : D'accord. Vous êtes maître de stage ?

DR4 : Oui.

I : Votre secteur d'activité c'est plutôt rural, semi-rural, urbain ?

DR4 : Semi rural on va dire.

I : D'accord. Est-ce que vous faites des infiltrations ?

DR4 : Oui.

I : Donc est ce que vous pouvez décrire un peu votre pratique, quel type d'infiltrations vous faites, quelles localisations ?

DR4 : Alors j'infiltrer les épaules, les genoux, le canal carpien. Essentiellement. Des fois les doigts...

I : Les doigts à ressaut ?

DR4 : Hum. Eventuellement le Morton.

I : D'accord. Et quels produits vous utilisez ?

DR4 : En général diprostène, sauf l'altim pour le canal carpien.

I : D'accord. Et pourquoi spécialement l'altim pour le canal carpien, il y a une raison ou pas ?

DR4 : Parce que on a dû m'apprendre comme ça (*rires*).

I : (*sourire*) Donc par habitude plutôt ?

DR4 : Ouais non mais je pense que quand j'ai fait les premiers euh... j'sais plus quand c'était. Mais euh les médecins avaient dû me dire comme ça et je suis resté comme ça, il n'y a pas de raison de changer.

I : D'accord. Est-ce que vous pouvez décrire une consultation au cours de laquelle vous proposez une infiltration, comment vous amenez le sujet pour le patient et est-ce que vous faites l'infiltration dans la même consultation ou alors vous faites celle-ci au cours de deux consultations différentes ?

DR4 : Alors euh... Bah ce sont des gens qui souffrent euh, par exemple les épaules, depuis en général quelques semaines on va dire, il n'y a pas grand-chose qui les soulage, euh en général j'ai une imagerie, donc euh voilà après si je vois qu'il n'est pas soulagé à ce moment-là je propose une infiltration, sauf si j'ai une idée de chirurgie rapide dans la tête. Euh, je ne fais pratiquement jamais d'infiltration le jour même, d'abord parce que je n'ai pas le produit, deuxièmement parce que si je n'ai pas d'imagerie j'en fais une et euh troisièmement parce que comme ça ils se la mettent dans la tête, et si ils ont une réticence euh...

I : Hum. Ça leur permet de réfléchir.

DR4 : Voilà. Je leur propose après, ce n'est pas obligatoire.

Et la deuxième partie de la question ?

I : Non bhein c'était ça, si vous la faisiez au cours de la même consultation ou pas ?

DR4 : Alors cela m'arrive mais c'est quand même très rare. Quand je le fais c'est que ce sont des gens que je connais bien, qui en ont éventuellement déjà eu il y a quelques années.

I : D'accord. Donc sinon c'est plutôt en deuxième intention après avoir essayé des antalgiques-anti inflammatoires, si ça ne fonctionne pas vous faites l'infiltration, et avant la chirurgie.

DR4 : Oui.

I : D'accord. Est-ce que vous avez reçu une formation sur les infiltrations ? Qu'elle soit théorique ou pratique.

(silence)

Depuis le début hein...

DR4 : Bah oui oui, euh oui ça remonte à quelques années. Bah j'ai appris avec euh, quand j'ai fait un stage à l'hôpital Reine Hortense à Aix Les Bains. Surtout c'est là que j'ai appris.

I : D'accord. C'était en temps qu'interne ?

DR4 : ... *(murmure inaudible)*

I : Vous avez remplacé là-bas ?

DR4 : Ouais enfin c'est un peu compliqué, j'avais besoin de sous et je faisais un remplacement de remplacement.

I : D'accord mais c'était de la médecine générale du coup ou c'était de la rhumato?

DR4 : C'était un hôpital rhumatologique.

I : D'accord donc vous faisiez du coup pas mal de gestes rhumato.

DR4 : *(rire nerveux, semble gêné d'aborder ce « stage »)*

Oui non mais oui.

I : Il y a eu d'autres formations particulières ou pas ?

DR4 : Alors j'ai fait des formations continues là euh... j'en ai fait, bhein depuis 20 ans hein. Deux ou trois oui. Pas que pour les infiltrations hein, mais y en a où on parlait aussi des infiltrations.

I : Il y avait des gestes aussi ou c'était que de la théorie ?

DR4 : Non il y avait des gestes aussi. Bon on n'infiltrait pas vraiment...

I : C'était sur mannequin ?

DR4 : Voilà, sur mannequin.

I : C'était quel organisme ?

DR4 : MG Form.

I : D'accord. Et c'est tout, il n'y a pas d'autre formation particulière ?

DR4 : Non. Après, j'ai quand même mon bouquin quoi, de temps en temps.

I : Hum, c'est un bouquin en particulier ?

DR4 : Bhein j'en ai deux, j'en ai un là, l'autre je ne sais pas où il est.

(se lève, va chercher le livre et me le montre)

I : D'accord. Les infiltrations, Xavier Ayral. OK.

DR4 : Ça vous dit quelque chose ?

I : Non. Non, non.

DR4 : Bon puis après de temps en temps il y a des articles, dans Prescrire, ou dans d'autres revues.

I : Oui.

DR4 : Bon bah comme je fais toujours les mêmes et que je n'ai pas envie de multiplier les lieux d'injection parce que bon voilà, parce que c'est bien d'avoir l'habitude de ce qu'on fait pour ce genre de choses.

I : Ouais. Et vous trouvez que la formation en général a été suffisante ? Ou alors vous...

DR4 : Que j'ai reçue ?

I : Vous déjà, et puis celle des généralistes en général aussi.

DR4 : Bah maintenant je ne sais pas la formation que vous avez. Moi la formation que j'ai eue oui, parce que je savais que je voulais en faire, à l'époque.

I : C'est exprès que vous avez choisi ce stage ?

DR4 : Oui, j'avais un petit peu choisi les choses pratiques que je voulais apprendre quoi donc euh...

Après euh, les médecins qui ne veulent pas se former ils ne se forment pas hein !

I : D'accord. Donc vous en faites depuis le début là ?

DR4 : Oui.

I : Et vous avez déjà eu des complications ?

DR4 : (*il touche la table en bois*) Non.

I : (*sourire*) Non ?

DR4 : Non.

I : Bien. Et vous en faites à quelle fréquence à peu près ?

DR4 : Oh je n'en fais pas beaucoup, je dois en faire deux ou trois par mois.

Après ça dépend il y a des mois où j'en fais quatre ou cinq et des mois où je ne vais pas en faire. Je n'en fais pas beaucoup. Après je ne sais pas ce que vous appelez beaucoup, ce que font les autres médecins, mais pour moi ça ne fait pas beaucoup quoi.

I : D'accord. Au niveau de votre assurance est ce que vous l'avez déclaré ou pas ?

DR4 : Je n'en ai aucune idée. Je ne sais pas du tout. Je pense que je l'ai déclaré, mais comme mon assurance date d'il y a longtemps euh, je n'ai rien modifié en tous cas.

I : Donc vous ne savez pas s'ils vous font payer un supplément pour ça ou pas ?

DR4 : Aucune idée.

I : D'accord. Je sais qu'en théorie il y a pas mal d'assurances, il faut cocher spécialement que l'on fait des infiltrations et du coup ils font...

DR4 : Ouais maintenant mais à l'époque euh je n'en sais rien !... (*rires*)

Je crois que je suis assuré systématiquement jusqu'aux actes K euh je ne sais plus combien euh... K30 ou K40, donc les infiltrations étaient dedans mais euh j'avoue que maintenant je n'en ai aucune idée. Faudrait peut-être que je me renseigne en fait...

I : Est-ce qu'il y a souvent des patients qui vous demandent une infiltration ou est-ce que c'est plutôt vous qui proposez une infiltration ?

DR4 : En général ça vient de moi quand même mais euh... Ceux qui en ont eu et qui ont déjà été soulagés euh ça peut arriver mais cela reste rare.

I : Et en principe une seule suffit ou y a-t-il besoin d'en refaire ?

DR4 : Souvent pour l'épaule il en faut au moins deux.

I : L'épaule oui, et les autres localisations ?

DR4 : Bah le canal carpien je n'en fais pas de deuxième, j'envoie chez le chirurgien si ça n'a pas marché, le Morton c'est un petit peu pareil, le genou éventuellement une deuxième mais c'est rare.

I : Ce sont dans les arthroses surtout que vous en faites pour le genou ?

DR4 : Oui.

I : D'accord. Vous avez déjà envoyé des patients chez un collègue, un autre généraliste ou un rhumatologue pour faire une infiltration ?

DR4 : Ouais. Rhumatologue en général.

I : Pour les localisations que vous ne faites pas ?

DR4 : Oui ou sinon j'envoie pour un avis euh, je ne sais pas je pense au genou par exemple et puis euh, il décide d'infiltrer ou de faire une viscosupplémentation, avec une infiltration de corticothérapie avant ou après, ça arrive.

I : D'accord. Et en général les patients en sont contents ?

DR4 : Ça dépend hein.

I : Et au niveau délai ?

DR4 : De ?

I : De prise en charge.

DR4 : Par moi ou par le spécialiste ?

I : Non pour le... Bah pour vous, vous les reconvoquez quand vous voulez, mais par les spécialistes surtout y a-t-il des délais importants ?

DR4 : Oh les rhumatologues ça va.

I : Y en a à [ville] ?

DR4 : Non.

I : C'est où le plus proche ?

DR4 : C'est à [ville].

I : D'accord.

DR4 : Non ça va.

Et les gens qui ont eu une entorse aussi, les chevilles qui traînent c'est délicat, alors je ne les fais pas, je les envoie.

I : Délicat dans quel sens ? C'est difficile d'être au bon endroit sans imagerie ?

DR4 : Ce n'est pas que c'est difficile, mais ça traîne, je les envoie chez l'ortho là le plus souvent.

I : D'accord. Et quand vous faites une infiltration, au niveau hygiène comment ça se passe ?

DR4 : Je ne mets pas de gants, c'est ce que vous voulez savoir ? (*rires*)

I : Bah déjà voilà, les gants, et stériles ou pas, et que faites-vous comme désinfection ?

DR4 : Alors je fais une désinfection avec les produits que j'ai, en général c'est souvent de la Bétadine.

I : Juste de la jaune ou alors vous faites les différents temps ?

DR4 : Non que de la jaune.

Euh, je fais trois ou quatre passages. Et puis, des gants je n'en mets que très exceptionnellement. Et puis, que dire de plus, à l'endroit où je pique je mets un champ. Et puis voilà.

I : D'accord. Et les deux ou trois infiltrations par mois c'est depuis le début de votre carrière ou il y a eu des périodes où vous en faisiez plus ou moins ? C'est à peu près constant ?

DR4 : Pareil à peu près.

I : Pour vous quelles doivent être les limites aux infiltrations dans un cabinet de médecine générale ? S'il y en a.

DR4 : Bah il y a des articulations qu'il ne faut pas faire.

J'imagine mal faire une hanche, une colonne euh... Bon après chacun fait ce qu'il veut hein mais euh... Moi je me vois mal... Enfin voilà, il y a des endroits où il vaut mieux le faire sous ampli de brillance, sous radio. Après c'est la technique hein, les gens, ce qu'ils savent faire, ce qu'ils font bien euh...

(silence)

I : D'accord, vous avez des choses particulières à rajouter ?

DR4 : Je viens de penser à quelque chose mais je sais plus ce que c'était...

Euh... *(temps de réflexion)*. Oui après je pense que si j'avais eu, si j'ai un problème un jour euh je ne sais pas, septique ou autre, je pense que ça me refroidira beaucoup hein. Mais si on n'a pas de problème... J'avais un copain qui a eu une arthrite septique, euh ça l'a marqué un petit peu.

I : Ça s'était bien terminé ?

DR4 : Oui.

I : Il a été hospitalisé, antibiotiques, lavage et c'était rentré dans l'ordre comme ça ?

DR4 : Oui.

I : Globalement les gens que j'ai interrogé n'ont pas eu énormément de complications, aucune c'est rare mais souvent une ou deux dans leur carrière.

DR4 : C'était des problèmes d'arthrite ?

I : Euh... Il y en a un c'était une rupture tendineuse et l'autre c'était une arthrite.

DR4 : Après, ça dépend de ce qu'on fait, moi par exemple les tendons d'Achille, les choses comme ça, je ne touche pas du tout quoi hein donc euh !

I : A cause du risque de rupture justement ?

DR4 : Ah oui ! Ça arrive hein.

I : Hum. Et les patients qui sont sous anticoagulants ou diabétiques ?

DR4 : Bah, sous anticoagulants j'en fais quand même, mais j'essaie d'avoir un TP qui ne soit pas trop haut.

I : Hum. Qui soit plus proche de 2 ?

DR4 : Voilà. Les diabétiques ça m'arrive d'en faire aussi. Pas chez quelqu'un qui a 60 ans hein, mais chez les personnes âgées qui ont un peu de diabète et chez qui on ne peut pas donner grand-chose pour les soulager...

I : D'accord, et chez des patients qui sont diabétiques et jeunes ?

DR4 : Bah euh là j'enverrais plutôt chez le rhumato pour avoir son avis avant, c'est, on va dire plus délicat.

Si à 40 ans on commence à infiltrer pour un problème d'arthrose, qu'il est diabétique euh..., je ne sais pas trop où on va à long terme. A court terme ce n'est pas très gênant mais malgré tout s'il a 30 ans ou 40 ans d'espérance de vie euh et l'articulation qui est déjà flinguée euh... Il y a autre chose quoi, ce n'est pas la bonne indication.

I : Hum. Donc c'est plus l'âge en fait que le diabète en lui-même ?

DR4 : Bah c'est... Non, parce que si y a, je ne sais pas, quelqu'un avec un problème d'épaule, qui n'est pas diabétique, ça peut valoir le coup de lui faire une infiltration pour le soulager, si on sait qu'il n'y a pas vraiment de rupture, mais s'il est diabétique en plus on sait que sur le long terme ça va mal..., enfin son épaule ça ne va pas très bien se terminer, euh donc une infiltration il risque d'en avoir..., enfin d'avoir une indication théorique, euh le diabète ça va poser des problèmes probablement de plus en plus donc euh... Ouais je ne suis pas à l'aise, je l'enverrais plutôt voir un chirurgien pour savoir si on ne peut pas l'opérer, ça va régler le problème quoi.

I : D'accord. C'est pour le déséquilibre du diabète ou c'est pour l'efficacité en fait que vous craignez ?

DR4 : Bah le déséquilibre ce serait temporaire donc ça peut se gérer, mais c'est pour l'efficacité à long terme quoi. Et puis comment dire euh, voilà s'il y a besoin d'infiltrations à répétitions après le diabète ça devient quand même problématique donc euh... Ouais c'est un ensemble de choses qui peuvent perturber les choses. Ceci dit ce n'est pas le genre de chose qui se pose très fréquemment hein, déjà des diabètes de type 1 il y en a pas tant que ça.

I : D'accord. Et bien merci, est ce que vous avez d'autres choses à ajouter ?

DR4 : Non, je ne suis pas un grand spécialiste des infiltrations hein ! Je fais ce que je sais faire, c'est tout.

I : Ok, bah merci.

DR4 : Merci à vous.

Entretien 5 :

I : Bonjour donc, premier entretien pour la thèse. Alors, Je vais d'abord, vous demander de vous présenter, donc sans votre nom, c'est un entretien anonyme. Avec votre âge, votre sexe, votre temps d'installation, votre fac de formation, vos diplômes si vous en avez d'autres, de spécialités ou diplômes universitaires, de capacités aussi et après un petit peu, la présentation de votre cabinet, combien de consultations vous faites par jour, par mois, votre secteur d'activité ?

DR5 : D'accord, Alors, j'ai 30 ans, je suis une femme, je suis installée depuis 2 semaines (*sourire*), je viens de la fac de Grenoble, euh... Je suis spécialiste en médecine générale, je n'ai pas d'autres spécialités. Euh...

I : Pas de DU ? Rien du tout ?

DR5 : Non, c'est en... Enfin je vais probablement me spécialiser pour la commission des permis mais pour le moment ce n'est pas encore le cas.

I : D'accord.

DR5 : Euh... Consultations par jour, je travaille à mi-temps, et par demi-journée je vois à peu près 10 patients... Ca peut varier entre 8 et 15. (*sourire*)

I : D'accord. Le secteur d'activité, si c'est plutôt en rural, semi rural...

DR5 : C'est du semi-rural.

I : D'accord. Alors pratiquez-vous des infiltrations ?

DR5 : Non.

I : Pour quelles raisons ?

DR5 : Pourquoi je n'en fais pas... parce que... parce que on ne m'a pas appris, je pense surtout, d'ici là, euh, j'ai fait des stages chez des prats qui n'en faisaient pas. Euh...

I : Dans quelles zones avez-vous fait les stages chez les prats ?

DR5 : Euh, pardon ?

I : Quelles zones ? Rural ? Ville ?

DR5 : En fait j'ai fait un stage chez le praticien, c'était à Chambéry, Mouxy et à Viviers du Lac.

I : OK, donc en plus, à côté de [ville].

DR5 : Ouais, mais en fait, ils n'en faisaient pas. Il y en un qui faisait les cures thermales mais il ne faisait pas les infiltrations. Euh... après j'avais fait un stage d'externat en rhumato, j'avais assisté à des consults et j'avais vu une infiltration de genou, mais sinon c'est vrai que je n'en ai jamais fait et je les envoie chez le rhumato quand je pense qu'il faudrait en pratiquer une.

I : Hum, d'accord.

DR5 : Ce qui me pose parfois des soucis effectivement, parce qu'il y a toujours des délais un peu longs, et que...

I : C'est à peu près combien les délais ? Ici. Alors qu'on est censé être dans un bassin avec pas mal de rhumatologue.

DR5 : Alors les rhumatos c'est très variable (*rire*), pour information Dr [nom], je crois que c'est au moins 6 mois de délai (*sourire*), euh il y en a qui prennent un peu plus vite à... des fois je pense qu'on peut avoir 15 jours - 3 semaines, mais rarement moins de 2 semaines, vraiment vraiment rarement moins, en général je pense que c'est 1 mois de délai à peu près en rhumato par ici!

I : Hum d'accord.

DR5 : Euh c'est vrai que je pense que c'est surtout le manque de formation, parce que je pense qu'une infiltration de genou, euh, ce n'est pas compliqué. Après euh... Autre que le genou... Je ne sais pas de trop, je sais qu'il y en a qui font les épaules, ça m'emballa un peu moins, les doigts, les trucs comme ça. Et puis bon, je ne fais pas de médecine du sport non plus. J'ai remplacé une fois un médecin du sport, où il s'est pointé avec sa dose de corticoïdes, je ne les ai pas faites !

I : Hum, d'accord ! Ah oui !

DR5 : Voilà ! En plus c'était dans les orteils...

I : Dans les orteils ? C'était quoi comme pathologie ?

DR5 : Alors je... Je ne sais pas. J'étais dans un cabinet de groupe, j'ai demandé aux 4 autres médecins qui étaient avec moi si eux ils savaient le faire, il y en a pas un qui savait faire ! J'ai fait bon vous reviendrez quand le médecin reviendra !

I : OK. Est ce qu'il y a des... Quand même des moments, à part pour les genoux, d'autres pathologies vous auraient-elles intéressées de savoir infiltrer ou pas ?

DR5 : (*soupir*) Moi, je pense que si j'apprends à en faire ce serait surtout pour les genoux, après euh, je sais qu'il y en a qui se font ailleurs, les coudes... Les coudes ou les épaules mais euh...

I : D'accord. En dehors de la pratique, pensez-vous que les infiltrations apportent un bénéfice à vos patients ? Si oui le ou lesquels et si non pourquoi ?

DR5 : Alors de ce que j'ai vu de mon expérience, c'est quand même assez variable et finalement on ne sait jamais trop à l'avance si cela va bien les soulager ou pas ! J'ai déjà vu des patients soulagés vraiment très très bien par une infiltration et d'autres à qui cela n'avait rien fait du tout, et du coup quand on leur parle de refaire des infiltrations pour un autre site, ils ne veulent pas du tout en entendre parler quoi ! Je me rappelle d'une patiente qui s'était fait infiltrer au niveau de la cheville, si je me rappelle bien, ça n'avait pas marché du tout, moi je la voyais, elle traînait une épicondylite depuis des mois des mois et des mois, et elle ne voulait pas se faire infiltrer et ... parce que la cheville n'avait pas marché.

I : Hum d'accord. Et vous pensez que cela lui aurait été bénéfique ?

DR5 : Je pense qu'elle aurait pu en tirer un avantage mais bon... Elle ne voulait pas...

I : Hum d'accord. Et il y a des localisations qui pour vous, fonctionnent plus ou moins bien ou pas ?

DR5 : Euh... Moi, je trouve que pour le coude ça aide bien, parce que souvent elles sont dures à traiter, les anti-inflammatoires, le repos, souvent ça ne suffit pas parce qu'en général les patients consultent après 1 mois qu'ils la traînent... Et souvent on finit rapidement par arriver à l'infiltration...

I : D'accord. Donc ça a un côté bénéfique ?

DR5 : Ouais, pour le coude je trouve, les genoux aussi après les épaules et les autres sites, je n'ai pas forcément trop de recul. Et en temps que remplaçante je ne voyais pas forcément revenir les patients pour savoir si ça les avait soulagés ou pas ! Donc euh...

I : Ce n'est pas faux ! Et après tout ce qui est canal carpien, vous en avez déjà vu un peu, parce que ça...

DR5 : Alors, euh...Pas..., pas des masses, non ! Non, je n'ai pas trop de retour là dessus, les canaux carpiens...Euh..., je ne sais pas, je ne connais pas beaucoup de généralistes qui font des canaux carpiens, je crois...Les canaux carpiens. Moi ceux que je connais, ils font les genoux, les épaules et les coudes.

I : Hum d'accord, donc beaucoup de tendinopathies et plus d'arthrose.

DR5 : Plus les tendinites, mais les canaux carpiens je ne crois pas...J'e n'en connais pas en tout cas.

I : Les canaux comme la maladie de Morton, les névromes, tout cela non plus ?

DR5 : Ouais, non !

I : D'accord. Est-ce que vous aimeriez quand même savoir pratiquer quelques infiltrations, pas toutes mais certaines ?

DR5 : Ouais, si. Pourquoi pas !

I : Les quelles à peu près ? Qu'est ce qui vous intéresserait le plus ?

DR5 : Bhein... Genre coude genoux je pense.

I : C'est déjà pas mal !

DR5 : Ce sont celles que finalement, on voit pas mal au cabinet. Après... Ouais je pense à celles-là surtout !

I : D'accord ! Ok ! Pensez-vous que l'enseignement sur les infiltrations reçu au cours de votre cursus universitaire, ai influencé votre pratique actuelle ?

DR5 : Euh, bah, ouais ! Parce que finalement vu que l'on ne m'ait pas appris à les faire, je ne les fais pas !

I : Même en passant en rhumatologie, vous avez vu qu'un genou ?

DR5 : Ouais, j'étais externe, donc ce n'est pas... Ouais non...Après c'est peut-être un...

I : Il n'y avait pas d'hôpital de jour ? Rien de tout ça ?

DR5 : Non. Non, j'y étais allée comme ça un après-midi, enfin une matinée en consult de rhumato, mais sinon

I : Vous étiez reléguée au service...

DR5 : Ouais... j'étais entrain de réfléchir, je me demande si je n'étais pas externe, ou si j'étais encore plus jeune... en tout cas, quand je suis passée externe en rhumato, on ne nous a pas appris à faire des gestes et je pense que c'est dommage ! Effectivement, cela aurait pu être pas mal !

I : Y a d'autres gestes techniques que vous arrivez, que vous pouvez pratiquer dans votre cabinet quand même ?

DR5 : Euh, d'autres gestes techniques ? Bah il est vrai que s'il y a besoin de faire 2-3 points, on peut les faire. Euh, sinon en gestes techniques, on fait des frottis mais ce n'est pas vraiment un geste technique, ouais sinon à part les 2-3 points de sutures... (*tout bas*) on ne fait pas trop de gestes techniques, je réfléchis...

I : Cela ne vous manque pas ?

DR5 : Euh...

I : Parce qu'on en fait quand même beaucoup quand on est interne, entre les urgences, tout ça...

DR5 : Ouais, non ! En fait ce n'était pas...

I : Ce n'était pas votre truc !

DR5 : Ouais, les urgences chirurgicales ce n'était déjà pas mon truc quand j'étais interne, donc finalement, ça ne me manque pas tant que ça par contre pour le coup, de pas faire de suture... Je détestais faire les sutures sur les gamins aux urgences...

I : Ouais, sur les enfants c'est difficile...

DR5 : Ça, ça ne me manque pas, par contre! Toutes les plaies de face, ouais les arcades ça va, mais tous les autres trucs, les mains, je détestais faire les sutures sur les mains, donc euh... Ouais, ça, ça ne me manque pas !

I : Euh, à part la demande que vous aviez eue quand vous avez remplacé le médecin du sport, est ce que vous aviez eu d'autres demandes de patients ? Est-ce que ça peut être fréquent ou est ce que...

DR5 : Euh... non ! Non, parce que... Parce que finalement tous les patients ne savent pas forcément que les généralistes peuvent faire des infiltrations ! Et c'est plus souvent du coup une demande pour aller voir le rhumatologue pour faire l'infiltration. Je ne pense pas que l'information soit forcément, que les patients sachent que le généraliste peut faire des infiltrations. Le médecin dont on a repris la relève n'en faisait pas je crois donc, du coup, les patients ne demandent pas, ne viennent pas pour une infiltration. Et on va les envoyer aussi chez le rhumato donc euh... On n'en a pas qui arrivent...

I : Et sont-ils contents de la démarche d'aller chez un rhumatologue, nouveau médecin qu'ils ne connaissent pas souvent au départ, le fait ... le temps d'attente qui peut être plus ou moins long... ?

DR5 : Ouais... Je pense que parfois ils sont contents parce que spécialiste ça y est...

I : C'est le sauveur ?

DR5 : Il va peut être y arriver lui alors que le généraliste il n'y arrive pas ! Je ne sais pas. Euh... En général déjà, quand on commence à leur parler d'aller faire l'infiltration ça fait 2-3 mois qu'ils traînent leur truc, donc 15 jours, ils ne sont plus trop à ça près. Après ça dépend, quand ce sont des gens qui sont artisans, c'est souvent un peu plus dur, mais... Non je pense qu'en général ils sont assez contents de se dire qu'on va essayer autre chose et d'attendre le spécialiste finalement ça va pas trop les gêner.

I : Hum, d'accord. Et sont-ils satisfaits de la prise en charge ?

DR5 : Du généraliste ou du spécialiste ?

I : Bah du spécialiste et de la coordination entre...

DR5 : Bah c'est ce que je disais (*l'associé du médecin frappe et entre : interruption de l'entretien*)

Reprise de l'entretien :

I : C'est reparti ! Donc pour vous quelles doivent être les limites aux infiltrations dans un cabinet de médecine générale ?

DR5 : Euh (*petit silence*) euh...Je réfléchis ! (*rires*)

I : (*rires*) OK, pas de problème !

DR5 : Euh, bah déjà, il y a forcément de ne pas se planter d'indication ! A priori, on n'est quand même pas censé injecter des corticoïdes sur une arthrite septique mais...Des fois le gros genou rouge, chaud... Je pense qu'il y a un peu de ça. Euh... Après les limites... pfff... Ouais je pense qu'il y a certaines articulations que le généraliste peut faire et qu'il y en a d'autre qui sont plus pour le rhumato, alors comme les infiltrations de canal carpien en médecine générale, j'en avais pas entendu parler, il y en a sûrement qui le font ! Mais c'est vrai que je ne savais pas que les généralistes les faisaient ! Après non je ne sais pas trop. Je sèche un peu !

I : D'accord (*rires*). Qu'est ce qui différencie pour vous celles que vous allez envoyer, si vous étiez capable d'en faire, celles que vous allez envoyer chez le rhumatologue et celles que vous allez garder ? Qu'est ce que lui est capable de faire de plus ?

DR5 : Bah, je pense que ce serait les sites que je ne fais pas moi déjà ! Euh, c'est ce que je disais, le genou le coude encore pourquoi pas, après c'est vrai que... Les canaux carpiens, les doigts, les chevilles, les pieds... Enfin je pense que ça doit être possible, par exemple les pieds mais euh... Vu que je ne sais absolument pas les faire...

I : Donc c'est juste une question...

DR5 : Peut-être d'apprentissage hein, tout simplement. Si on m'apprenait à les faire peut-être que je ne les enverrais plus en rhumato, c'est sûr !

I : Euh, d'accord. Et les nouvelles technologies d'aujourd'hui, pensez-vous qu'elles apportent un plus ou pas à ces infiltrations ? Tout ce qui est échographie et scopie.

DR5 : Pour faire les infiltrations ?

I : Ouais.

DR5 : Bah, déjà, tout ce qui est lombaire, c'est clair que... Enfin... Moi les infiltrations lombaires par exemple je pense que je ne les ferais pas. Je pense là par contre que le rhumato c'est quand même de son ressort. Euh... Après, ouais les infiltrations sous scopie j'en ai surtout entendu parler pour le rachis, après les autres... Pas forcément. A priori, je ne suis pas sûre que les rhumatos fassent des scopies à chaque fois pour infiltrer, se servent de scopie mais...

I : Ils s'en servent quand même pas mal, mais ce dont ils se servent aujourd'hui de plus en plus c'est de l'échographie en fait.

DR5 : Ouais ?

I : Ça ce n'est vraiment pas une nouvelle mode mais aujourd'hui...

DR5 : Ils repèrent avec leur écho...

I : Leur échographie et ils font même des, euh des écho guidages aussi. Donc ils sont totalement stériles avec la sonde d'échographie, là ça devient de plus en plus complexe, mais...

DR5 : Il y a un peu ça aussi en cabinet, c'est-à-dire que bon, faire une infiltration c'est clair que il faut que l'antisepsie soit un peu rigoureuse, il faut forcément avoir du matos, un petit champ, des choses comme ça, si on en fait une tous les ans et que le champ est périmé le jour où on infiltre le patient et que l'infection vient, c'est pas génial !

I : Bien sûr, ce n'est pas... Après faut avoir une activité un peu plus régulière !

DR5 : Oui, voilà ! Je pense que c'est ça aussi, je pense que le généraliste qui fait des infiltrations, ne doit pas en faire tous les jours non plus, enfin ça dépend de son activité, d'où il est et s'il fait beaucoup de rhumato, de médecine du sport ou ce genre de chose mais...

I : D'accord ; l'hygiène c'est quelque chose qui vous fait peur ou pas ? Est ce que ça peut limiter... entre cabinet médical d'un généraliste par rapport à un cabinet médical d'un rhumatologue ? Une grosse grosse différence ?

DR5 : Bah... non je pense qu'on est capable de faire une asepsie comme le rhumatologue, on est censé savoir faire aussi ! (*rires*)

I : OK ! Et est ce que vous avez entendu parler maintenant des assurances ?

DR5 : Oui ! Je sais qu'il faut préciser dans son assurance responsabilité civile professionnelle si on pratique des infiltrations ou pas.

I : Vous trouvez cela justifié ou pas ? Parce qu'à ce qui paraît il y en a certaines qui rajoutent un...

DR5 : Supplément ?

I : Oui, voilà !

DR5 : Alors je ne sais pas si la mienne rajoute un supplément, je ne crois pas, je crois qu'il suffit de préciser... pfff, de toute façon maintenant je ne suis pas très surprise... Ca ne me surprend pas... Après c'est justifié ou pas... Non, non je ne pense pas, mais bon... Moi il me demande même de préciser si je faisais de l'homéopathie ou pas, alors...

I : L'homéopathie ? Ah ouais c'est très risqué aussi !!

DR5 : Bah ouais, les risques... Fallait préciser aussi... (*rires*) Je pense qu'on est dans une société où maintenant chacun se renvoie la balle et personne ne prend ses responsabilités donc c'est normal que les assurances.... Enfin c'est normal, non ce n'est pas normal mais... Non je pense que ça ne devrait pas être à spécifier parce que je pense que les infiltrations, parce que les médecins un peu plus à l'ancienne, les ruraux, en faisaient comme ça et on ne leur a jamais posé de problème !

I : OK ! Pour conclure vous avez quelque chose à rajouter sur les infiltrations ?

DR5 : Bah que si les formations continues faisaient des formations ça pourrait être bien mais je ne crois pas l'avoir vu dans les thèmes abordés des différents organismes de formations.

I : Elles sont... Il y en avait deux réservées aux rhumatologues, aux spécialistes. Une qui s'en va un peu, parce que ce sera surtout maintenant un truc d'échographie guidée et voilà. Après il y a des trucs très théoriques...

DR5 : Oui, voilà...

I : Mais très peu pratiqués ! Après dans des formations de médecine du sport ?

DR5 : Oui, voilà ! Il est vrai, il faut faire un DU de médecine du sport ou des trucs comme ça, mais c'est vrai que dans les formations classiques... C'est dommage ! Je pense qu'on en ferait plus s'il y avait ce genre de formation !

I : OK ! Bah merci beaucoup !

Entretien 6 :

I : Donc, je vais vous demander de vous présenter s'il vous plaît. Donc avec votre âge, votre sexe, votre temps d'installation, votre fac de formation, si vous avez des diplômes complémentaires, spécialités, DU, capacités. Euh... Dans le cadre après de votre cabinet : combien de consultations vous faites par jour, le lieu d'installation, votre secteur d'activité.

DR6 : Tout ça ? (*rires*)

I : Ouais ! Tout ça pour la présentation !

DR6 : Euh, 31 ans, cabinet de groupe, zone urbaine, périphérie de [ville]. Pas de DU, pas de DIU, pas de capacité. Année d'installation 2010. Thèse d'exercice soutenue 2009. Voilà.

I : D'accord.

DR6 : Et M1 de recherche clinique, M2 de recherche clinique. En cours de thèse de science. Il te faut autre chose ?

I : Non, non. C'est marrant de ne pas faire de DU ni de DIU, mais de faire une thèse de science ! C'est marrant !

DR6 : (*rires*) Là, t'as plein de données pour identifier la personne déjà !

I : Ce n'est pas faux ! Ce n'est pas faux ! Mais après ce ne sera pas ça qui va être le plus remis après dans la thèse. Il s'agit pour nous d'avoir le plus possible de personnes différentes pour qu'il y ait le plus d'informations différentes ! Et le nombre de consultations à peu près par jour ? Environ...

DR6 : Euh, moyenne de 11 patients par demi-journée.

I : D'accord. Alors, pratiquez-vous des infiltrations ?

DR6 : Oui.

I : D'accord. Est-ce que vous pouvez me décrire votre pratique ? Quel type d'infiltrations faites-vous ? Le nombre, les produits utilisés si c'est plutôt du local, de l'intra-articulaire ?

DR6 : Pour les infiltrations, elles sont peu fréquentes. Si je dois en faire 6 par an, c'est bien le maximum. Je les réserve surtout en cas d'échec thérapeutique, donc plutôt de recours avant d'aller voir le rhumato. C'est plutôt de l'infiltration intra-articulaire, préférentiellement sur le genou. Après il m'arrive de faire coude, épaule, poignet.

I : En intra-articulaire ?

DR6 : Ouais. Poignet, c'est plutôt infiltration canal carpien. Euh, pour le coude c'est plutôt les tendinites... En fait, t'as raison. C'est intra-articulaire pour le genou, pour les autres c'est plutôt tendineux. Tu as raison.

I : Plutôt péri. Ok. Quel type de produit vous utilisez ?

DR6 : Euh... On donne les noms commerciaux ou les DCI ? (*rires*)

I : Les DCI c'est mieux, mais... Après s'il n'y a que les noms commerciaux qui arrivent ce n'est pas grave !

DR6 : Il faudra que tu fasses attention aux traductions ! C'est surtout de l'Altim, et l'autre c'est lequel... Euh...

I : Diprostène?

DR6 : Ouais, Diprostène !

I : OK !

DR6 : La quantité diffère en fonction du site d'injection...

I : Hum, d'accord !

DR6 : Et ce qu'on a sous la main ! (*rires*)

I : Ça c'est sûr ! D'accord, justement ! Est-ce que vous pouvez me décrire le déroulement d'une consultation où cours de laquelle vous proposez l'infiltration ? Puis celle où il y a une infiltration ? Est-ce que vous faites les 2 simultanément ou est-ce que vous donnez 2 temps différents ?

DR6 : Euh... Ça dépend des consultations et de la demande du patient. Si le patient vient pour une infiltration euh, spontanément, avec déjà des recours médicaux auparavant qui ont échoués, à ce moment-là on lui fait dans le temps de la consultation.

I : D'accord. Sinon, dans ces cas-là, vous en aviez peut être déjà un peu parlé avant, non du tout ? Il y a eu d'autres traitements...

DR6 : Ça dépend si c'est moi qui l'ai pris en charge initialement ou pas.

I : D'accord. Vous êtes deux dans le cabinet.

DR6 : Ouais, on est cinq !

I : Cinq, donc c'est beaucoup !

DR6 : Et euh si c'est moi, j'essaie de temporiser par des traitements : repos, anti-inflammatoire éventuellement local ou par voie générale. Et si ça ne suffit pas à ce moment-là à la demande du patient on infiltre.

I : D'accord.

DR6 : Mais finalement, il y a un certain type de population qui demande des infiltrations, et d'autres qui les refusent en fait, qui ont peur de l'infiltration.

I : D'accord. C'est quelle type de population...

DR6 : Qui ?

I : Qui demande justement ?

DR6 : Qui demande. Euh... L'adulte mature de 40 à 60 ans.

I : D'accord.

DR6 : Plutôt artisan, plutôt libéral. Faut que ça aille vite !

I : Qui bosse beaucoup, et il faut que la douleur passe !

DR6 : Il faut que ça aille vite !

I : D'accord.

DR6 : Et que 2 heures après il soit sur le terrain !

I : Ouais (*rires*). Et qui sont ceux qui ont peur ? De quoi ont-ils peur ? Vous décrivent-ils tout cela ou pas ?

DR6 : Euh non...non, ils ne me décrivent pas les raisons pour lesquelles ils ne veulent pas, par contre ils expriment le souhait de temporiser avec mise en place de traitements locaux et par voie générale sans infiltration.

I : D'accord.

DR6 : Et à ce moment-là, on temporise !

I : OK.

DR6 : Alors que j'ai un collègue dans le cabinet qui doit être à 5 ans de la retraite et qui infiltre à tour de bras ! Dans le temps de consultation... Très rapidement. D'ailleurs les populations qui viennent le voir sont plutôt des personnes indépendantes, artisans, 40-60 ans homme.

I : D'accord, ils savent qu'il y va facilement et que là ils auront leur, euh comment, euh... La solution et l'infiltration !

DR6 : C'est ça !

I : D'accord. Et comment se pratique une infiltration chez vous? Comment préparez-vous le patient ? Que lui dites-vous ? Et après l'acte en lui-même ?

DR6 : Euh, préparation du patient, c'est surtout de l'information sur les risques, sur les risques surtout euh : les douleurs pendant les 48 heures, le repos relatif de l'articulation pendant 48 heures avec l'arrêt de travail si nécessaire, le risque infectieux, quand est-ce qu'il faut revenir nous consulter et l'effet, l'efficacité souhaitée. Euh, après euh... Je suis obligé d'avoir son accord quand même pour la faire. Ensuite, s'il donne son accord, c'est plutôt : désinfection cutanée en 3 temps si j'ai le matériel...

I : 3 temps ?

DR6 : Ouais,

I : C'est quoi les 3 temps?

DR6 : Tu ne connais pas les 3 temps? (*sourire*)

I : Je connais les 4, voir les 5 même ! (*rires*)

DR6 : Où là ! Alors je suis resté aux 3 temps, c'est lavage, euh lavage cutané, rinçage, séchage, désinfection.

I : Donc ça fait 4 !

DR6 : Si tu veux ! Pour moi 3 temps, c'est lavage séchage, en gros sur une même compresse il y a de la bétadine rouge avec de l'eau, les 2 en même temps, on rince, on essuie c'est le deuxième, troisième on désinfecte.

I : D'accord, OK. Donc c'est la même chose !

DR6 : Toi tu fais en 5 temps?

I : Non, en fait il y a un, c'est ce que j'ai appris là en rhumato par ma co-interne, qu'aujourd'hui ils appellent 5 temps, c'est la même chose, sauf qu'ils mettent un cinquième temps de séchage en fait, parce que la bétadine, il faut l'appliquer et il faut encore une quinzaine de secondes pour qu'elle soit réellement active, donc eux, ils parlent de cinquième temps.

DR6 : Plus la mise en place de gants stériles et puis matériel stérile pour au moins ponctionner et infiltrer.

I : Hum, d'accord ! Avec champ stérile, tout ça ?

DR6 : Ouais.

I : OK.

DR6 : La plupart du temps !

I : La plupart du temps...

DR6 : Ouais.

I : Parce que des fois il n'y a pas le matériel sur place ? Ou on ne dispose pas du temps nécessaire ? Ou...

DR6 : Ce n'est pas une question de temps, c'est le matériel, on en manque. Euh et puis, c'est vrai que lors de la plupart de mes formations en cabinet, les médecins pratiquant des infiltrations ne mettaient déjà pas de gants.

I : D'accord.

DR6 : La désinfection, ne font pas les 3-4 ou 5 temps, mais juste un coup de bêta jaune et puis basta. Et euh, ils infiltrèrent comme ça !

I : D'accord. OK.

DR6 : Donc, cela me perturbe quelque part, vue la formation initiale qu'on a eue sur l'asepsie et les règles...

I : Après c'est peut-être pour...

DR6 : Pour éviter les effets secondaires.

I : Cette formation sur l'hygiène, on l'a peut-être eu plus, nous notre génération qu'eux...

DR6 : Ouais clairement!

I : Nous, c'était dès le premier stage ! Donc euh...

DR6 : Et pour autant... ce qui est suspicieux, c'est qu'ils n'ont pas plus d'arthrites septiques après les infiltrations que... En tous cas je n'ai pas de notion qu'il y a plus de complications même s'ils ne font pas les règles d'asepsie comme on nous a demandé de les faire !

I : D'accord. OK. Au niveau des produits vous en disposez au cabinet ou vous demandez au patient d'aller les chercher avec une ordonnance ou...

DR6 : Hum... De temps en temps on les a au cabinet mais la plupart du temps on demande au patient d'aller les chercher en pharmacie. Donc si ça nécessite une préparation avant, si on n'a pas le produit au cabinet, on aura déjà préparé le patient en disant que si tel traitement médical ne

suffit pas, je vous fais l'ordonnance pour une infiltration et vous reviendrez dans 10-15 jours, 1 mois pour la faire.

I : OK. Avez-vous reçu une formation pour ces gestes ? Qu'elle soit théorique, pratique...

DR6 : (*réfléchit*) Euh, formation pratique..., lorsque je suis passé en infectieux, médecine interne au CH de [ville], de temps en temps, le Dr [nom] intervenait et je l'ai pris un coup par le colbac en disant : « Ecoutes, je veux bien que tu me montres comment tu infiltres un genou. » Donc c'est là qu'il m'avait montré une infiltration du genou. Pour ce qui est de l'épaule c'était en stage ambulatoire avec mes praticiens maîtres de stage des universités. Euh le coude je l'ai appris, il y a 6 mois, donc avec mon collègue qui infiltre, il m'a montré... Il m'a fait une démonstration en direct. Et pour le poignet, je l'ai appris aussi en terrain de stage ambulatoire.

I : D'accord. Euh votre terrain de stage en ambulatoire, vous l'avez fait en quelle zone ?

DR6 : Euh.... Couronne [nom].

I : D'accord.

DR6 : Couronne élargie.

I : Donc un petit peu semi-rural ? Urbain et semi rural ?

DR6 : Euh...un stage à [village], [village] et le premier stage niveau UPL, était à [village], [village] et [ville].

I : D'accord. OK. Euh... Votre formation vous la trouvez suffisante ou pas ?

DR6 : Pour les infiltrations, non ! Clairement non !

I : Est ce qu'elle a influencé votre pratique actuelle ou pas ?

DR6 : Qu'est ce qui a influencé ?

I : La formation ?

DR6 : Vu qu'elle me manquait, j'ai dû la faire... J'ai dû la faire sur le terrain, quoi. Après j'attends, j'attends la mise en place de cette formation sur les infiltrations. J'ai beau chercher, je n'arrive pas à les trouver.

I : Non, il y en a 2 pour les spécialistes, il y en a même une qui disparaît au profit d'un DU sur les échographies interventionnelles. Donc il n'y en a pas beaucoup. J'en avais trouvé une sur un... Sur un site de syndicat là, qui font de temps à autres, des formations médicales continues, des FMC, je leur avais envoyé un mail et il m'a été répondu qu'elle n'existait plus. Enfin, bon, c'est beaucoup de théorie, il y a pas beaucoup de pratique quoi.

DR6 : Ouais, c'est ce qui manque à mon sens. Alors, je sais qu'à Grenoble à la fac, on ne peut pas, on n'arrive pas encore à la mettre en place, par contre je sais qu'à Avignon, ils ont un séminaire de formation pratique sur les infiltrations.

I : D'accord. Pratique ?

DR6 : Pour les internes de médecine générale, ouais !

I : OK, à Grenoble ils ont quand même des mannequins, ils en font pour les externes.

DR6 : Pour les infiltrations?

I : Ouais. Euh... Au mois de septembre tous les ans.

DR6 : Euh, tu pourrais réussir à le mettre pour les internes aussi ?

I : Faut que j'en discute, vu que je connais la chef de clinique maintenant... Je peux peut-être en discuter... (*rires*). Ça serait bien pratique en tous cas. Euh... Qu'attendez-vous des infiltrations que vous pratiquez ? Qu'est-ce qui vous incite à les pratiquer ?

DR6 : Le soulagement du patient. Ouais, c'est ce que j'en attends. Puis une diversification des actes quotidiens, ça change ! (*rires*)

I : D'accord. Qu'est-ce que vous pensez apporter à part le soulagement au patient, qu'est-ce que vous pensez leur apporter ?

DR6 : On peut leur apporter autre chose? Je ne vois pas ce qu'on peut apporter plus que du soulagement et de faire passer éventuellement la douleur, mais c'est tout...enfin...Y a-t 'il d'autres possibilités ?

I : Non, mais après euh, ce sont les effets, peut-être, secondaires au soulagement de la douleur quoi ?

DR6 : Reprise d'activité quotidienne plus rapide?

I : Voilà... Après ça dépend, il y en a qui au contraire, trouvent ça bien ou pas bien !

DR6 : Qui est ce qui trouve ça pas bien?

I : Bah le fait de soulager une tendinite par une infiltration, ça peut aussi, si la personne se remet directement à travailler, ça peut être aussi négatif pour que le tendon se remette bien ! Donc euh voilà, c'est pour ça ! Euh après pour un genou, au contraire, pour la personne âgée ca va être super !

DR6 : Après, j'ai en mémoire que le patient doit être plutôt au repos relatif donc en arrêt de travail par rapport à son articulation. Donc, après c'est au patient de prendre ses responsabilités, s'il ne veut pas respecter nos recommandations, c'est la cassure !

I : Est-ce que vous avez déjà eu des complications lors de vos infiltrations?

DR6 : Euh... (*réfléchi*), pas de complications infectieuses pour l'instant. Il peut y avoir des exacerbations douloureuses, euh... surtout en piquant le nerf médian (*sourire*), pour les infiltrations du canal carpien. Euh...

I : Ça vous est déjà arrivé ?

DR6 : Ouais, une fois, ce n'est pas dramatique hein ? (*rires*)

I : Elle a bien voulu quand même, faire par la suite l'infiltration ?

DR6 : Oui, elle avait trop mal sur son canal carpien, ça le handicapait ! Dans le même temps hop... Dans le même temps que l'infiltration ce n'est pas compliqué, il suffit de retirer de quelques millimètres, on infiltre et c'est bon ! Donc, elle a juste sauté un peu avec l'aiguille dans le bras, dans le poignet, mais c'est tout !

I : OK, d'autres choses ou pas ?

DR6 : En complications ?

I : Hum !

DR6 : Non, pour l'instant, je n'ai rien vu d'autre !

I : D'accord !

DR6 : Je touche du bois ! (*frappe sur la table en souriant*)

I : Ces complications vous font-elles parfois peur ? Cela peut-il être un frein à votre pratique ou pas ?

DR6 : Euh, non !

I : Non ?

DR6 : Non.

I : OK.

DR6 : Par contre, comme complication, si il y en a une...j'aimerais que votre travail cite le besoin de faire une déclaration pour la... euh la RCP euh... risque professionnel, dans les assurances risques professionnels, les infiltrations ne sont pas précisées et ne sont pas prises en charge à défaut.

I : Ouais, vous avez fait une demande spéciale ?

DR6 : Donc, ouais, j'ai dû faire une régularisation relative aux gestes d'ablation de tumeurs cutanées ou ce genre de chose...

I : D'accord. Ils vous ont demandé un supplément ou pas ? Ou c'est juste une déclaration ?

DR6 : Ouais ! Non, non, avec supplément !

I : Et un supplément de combien à peu près ?

DR6 : Oh, ça doit être 60 euros par an !

I : 60 euros par an ?

DR6 : Ouais !

I : D'accord. Ça fait déjà quand même une somme !

DR6 : Ouais !

I : OK, vous la trouvez justifiée ou pas ?

DR6 : (*réfléchit*) De toute manière on n'a pas le choix ! Sinon on ne pratique pas !

I : Ouais !

DR6 : Et comme je pense que ça rentre dans le cadre des compétences du médecin généraliste, je préfère être assuré !

I : D'accord ! OK ! Euh quand vous adressez un patient chez un collègue généraliste ou spécialiste pour, euh, une infiltration, la démarche se passe t'elle bien ? Euh tout le déroulement du soin, le patient est-il satisfait, ça...

DR6 : Dans le parcours de soins, pour aller se faire infiltrer par un rhumato ?

I : Ou un autre généraliste qui aurait plus l'habitude, si vous l'avez déjà fait ?

DR6 : Oui, oui ! Ça se passe bien !

I : Les temps d'attentes sont-ils bien acceptés ? Ou... Pour les spécialistes surtout, arrivez-vous à trouver ?...

DR6 : Ça dépend du spécialiste, certains ont plusieurs mois d'attente... Euh, pour d'autres on peut les avoir dans les jours qui suivent !

I : D'accord, il y en a quand même des biens rapides !

DR6 : Ouais, il faut avoir son réseau !

I : Son bon réseau ! Et, OK ! Et la dernière : quelles doivent être, selon vous, les limites aux infiltrations dans un cabinet de médecine générale ?

DR6 : Les limites aux infiltrations ?

I : Hum !

DR6 : Euh... si on a un doute sur l'indication ! Euh après...

I : Par rapport au diagnostic qui aurait été posé ?

DR6 : Ouais ! Si on a un doute sur une arthrite infectieuse on ne va pas... On va faire la ponction, mais on ne va pas infiltrer par contre par exemple ! Euh, après c'est tout ce qui est contre-indication locale, infections cutanées, eczéma, on évitera de piquer dans la zone, les dermatoses suintantes, les plaies. Euh, après dans les autres limites, pour une ponction intra-articulaire, il ne me semble pas que les anticoagulants soient une contre-indication.

I : Ca dépend, en fait, quelle articulation.

DR6 : C'est ça en fait !

I : L'HAS, a tout refait, tout un beau tableau.

DR6 : Ouais, je crois, les périphériques, je crois qu'on n'est pas concerné en fait !

I : Ouais.

DR6 : Je crois, qu'ils ne sont pas concernés par ça !

I : Le genou, je sais plus exactement ce qu'ils disent, la hanche c'est totalement contre indiqué !

DR6 : On ne va pas s'amuser à ponctionner un genou, euh une hanche !

I : Non, de toute façon ! Pourquoi ? Pourquoi ne ferait-on pas ça ?

DR6 : Pourquoi on ne le fait pas ? (*rires*)

I : Ouais ! Pourquoi ne le fait-on pas ? (*rires*)

DR6 : Pourquoi on n'infiltré pas une hanche ?

I : Hum !

DR6 : Euh... Cela me semble compliqué à réaliser en cabinet.

I : Pourquoi ? Par manque de moyens ? Un manque de...

DR6 : Après c'est toujours le même problème, il y a surtout le manque de... Je ne pense pas qu'on ait les acquis suffisants en termes de repères anatomiques, euh... Les complications sont quand même à mon sens plus importantes au niveau de l'articulation de la hanche que le genou. Euh, il y a quand même des gros vaisseaux qui passent à côté, on ne va pas s'amuser à essayer de les ponctionner ! Je sais pas si les rhumatos infiltrent les hanches, je n'en ai pas de notion.

I : Il y a une période où ils faisaient pas mal de Synvisc mais c'est tout sous scope les hanches, ils ne font pas ça à l'aveugle !

DR6 : Donc à l'aveugle, comme nous, ce n'est pas possible ? On est d'accord !

I : Aujourd'hui, ils sont plus très... le Synvisc...

DR6 : C'est quoi ça ?

I : L'acide hyaluronique ! Euh... Dans les hanches aujourd'hui, ils reviennent dessus ! Ils ne trouvent pas ça très très efficace ! Les genoux ça va, mais les hanches...

DR6 : Et euh... Je ne trouve pas normal que ton acide hyaluronique soit réservé aux rhumatos et qu'on ne puisse pas le faire !

I : C'est le produit qui coûte soit disant... Le truc de la sécu, ce serait que le produit coûte trop cher et donc il faut que ce soit un spécialiste qui le fasse !

DR6 : Et nous aussi on est spécialiste !

I : Ouais.

DR6 : En médecine générale ! Et alors ?

I : En médecine générale mais pas en rhumatologie ! (*sourire*) Après je ne vais pas aller me battre avec la sécu, après c'est ce que j'ai entendu dire ! Par rapport... à droite à gauche, ce serait à cause de ça ! Que si c'est loupé, ça serait, ça coûterait trop cher à la sécu ! Voili voilà !

DR6 : D'accord ! Bon !

I : Moi, c'est la raison qu'on m'a, qu'on m'a donnée, après...C'est des rhumatologues qui m'ont donné cette raison, peut-être qu'il y a quelqu'un d'autre qui a une meilleure raison !

DR6 : La sécu peut-être ?

I : La sécu peut-être ! Après...euh... Ouais c'est la raison, la sécu...Après le, le, est ce que...On n'a pas le droit de les faire, mais a-t-on le droit de les prescrire ? Je pense qu'on a le droit de prescrire l'acide hyaluronique ? Pour qu'il aille voir après le rhumatologue et lui faire !

DR6 : Euh... C'est euh je, c'est possible, je ne sais pas ! Je ne sais même pas ! Perso je ne le prescris même pas, et s'il veut se fait infiltrer de l'acide hyaluronique il va chez le rhumato, chez l'orthopédiste. Et puis... Mais je trouve ça décevant !

I : Pas sympa !

DR6 : Non !

I : (*rires*) Qu'est qui différencie pour vous justement donc le rhumatologue et le médecin généraliste au niveau des infiltrations ? qu'a-t-il de plus lui ou qu'a-t-il de moins, par rapport à un généraliste ?

DR6 : Ce qu'il a de plus, euh c'est qu'il a pu beaucoup plus en pratiquer pendant sa formation initiale. Donc de ce point de vu là il est censé être plus compétent et je pense qu'il l'est ! Maintenant je pense qu'on a des difficultés d'accès pour les rhumatos et du point de vue du patient, le généraliste peut avoir accès à ces techniques pour les articulations ou les tendons périphériques et de ce point de vue-là on mériterait également d'avoir une formation spécifique dessus !

I : D'accord !

DR6 : FMC, DPC ou organiser une sorte de filière au bloc opératoire pour faire des infiltrations, ne faire que ça durant 1 journée ou 2. Pour que l'on puisse réellement pratiquer !

I : Au bloc opératoire pour que ce soit bien stérile ?

DR6 : Je, je ne connais pas les conditions, le problème c'est que si on va voir le rhumato, une journée ou 2 en consultations, il ne va pas forcément en faire toute la journée, nous, cela nous fait perdre quand même une journée de travail !

I : Donc dans un temps de consultation d'un rhumatologue quoi ?

DR6 : Ce serait de faire sur un temps restreint, un maximum d'infiltrations possible, donc c'est soit faire un temps dédié comme on peut faire un temps de dite formation continue à la réanimation comme on a au CESU au SAMU de [ville], sur mannequins et supervisés, ce qui peut être très bien ! Ou alors en pratique en temps de consultation, mais c'est difficile à mettre en place, avec les spécialistes de rhumatos ou à l'hôpital ! Voilà !

I : Dans ces cas-là, quand on va, justement, ou à l'hôpital ou autre, il nous faut une assurance, parce que vu qu'on n'est plus euh... Vu que nous sommes détachés de l'hôpital maintenant. Si je vais une journée avec un rhumatologue, faut le déclarer au directeur de l'hôpital, faut...Parce que si justement, pas de chance, il y a une complication à ce moment-là ?

DR6 : Euh si...Euh... Ce n'est que mon point de vue, je ne suis pas juriste non plus, euh si on ne fait qu'observer, on n'a aucun risque, par contre si on le pratique, euh je pense que c'est sous sa propre responsabilité puisqu'on n'a pas de cadre de formation officielle pour cela ! De toute manière, à mon sens, il faut que ce soit déclaré sur la responsabilité civile professionnelle.

I : Ouais. Il faut leur passer un coup de fil et voir un peu si on peut s'arranger comme ça ! OK !

DR6 : Et je pense que c'est une responsabilité propre !

I : OK ! D'autres choses à ajouter ?

DR6 : On a duré moins de 30 min je crois ?

I : Ouais ! En fait c'est euh, je dis 30 minutes mais souvent ça dure moins de 30 minutes ! Après ça dépend, là on en avait eu un de test qui a duré très longtemps mais euh il avait tellement, le gars, il était contre les infiltrations, bah pas contre, il n'en faisait pas, et pour lui maintenant les infiltrations c'est échographie et rien d'autre !

DR6 : Ah ! Infiltrations sous écho ?

I : Ouais, Infiltrations sous écho ! Et donc il faut investir dans l'appareil d'écho ! Il dit maintenant, tous les rhumatologues font ça et tout... Justement ma co-interne, a fait sa thèse sur un peu le bilan de l'échographie interventionnelle en France et ils n'y sont pas encore tous, ce sont surtout les nouveaux qui sont formés là-dessus, les anciens ne connaissent pas l'échographie, quoi ! Donc là c'était le gros gros débat !

DR6 : Il avait une euh, des expériences négatives, péjoratives ? Pour dire ça ?

I : Euh même pas ! Il n'avait jamais eu de complications ni rien, il en avait très très peu pratiqué ! Mais c'est un médecin de montagne et je pense qu'ils apprécient aussi pas mal la technologie là-haut, ils aiment bien... Ils ont leur radio, ils sont de plus en plus à avoir l'échographie donc euh... Ils trouvent que c'est trop à l'aveugle en fait ! Que c'est trop dur à peu près !

DR6 : D'accord

I : Sans écho guidage !

DR6 : Et ils ne faisaient pas de différenciation entre les articulations, on va dire plutôt centrales, péri articulaires au niveau péri vertébral par rapport aux chevilles, aux genoux...

I : Non, non, non, tout ce qui est tendon pour lui, fallait l'infiltrer avec écho ! Ce qu'ils font de plus en plus ! Mais, les péri tendineuses quoi ! Ouais ! Après le genou, je ne vois vraiment pas l'intérêt ! A moins de ne vraiment pas avoir de liquide dedans et vouloir lui mettre un peu de corticoïdes parce qu'il a mal ! Même là, je ne vois pas trop !

DR6 : Donc, je suis pour qu'on fasse une formation continue sur mannequin, au mieux, avec un rhumato aguerri !

I : Ouais, c'est pour ça que je demandais parce que ma co-interne qui est donc maintenant chef de clinique au CHU, m'a proposé en fait de venir un après-midi ou une journée revoir les infiltrations, quand elle est en consultation. Et le problème, c'est que ouais, au niveau médico-légal je ne sais pas comment faire !

DR6 : Tant que tu es interne, tu es avec l'assurance...

I : De l'hôpital, donc je pense que ça ne pose pas de problème qu'on passe d'un service à l'autre !

DR6 : De ce côté-là ça va ! C'est une fois que tu sors de l'hôpital que c'est ta responsabilité !

I : Donc comment faire ?

DR6 : Je pense !

I : En plus là, j'ai une petite responsabilité civile professionnelle pour médecin non thésé qui coûte moins cher, je ne sais même pas si les infiltrations sont prises en charge dedans, il faut que je les appelle !

DR6 : Sûrement pas !

I : Je pense que je n'ai pas grand-chose dessus, mais...

DR6 : Sûrement pas !

I : C'est à voir tout ça ! Voilà !

DR6 : OK ! On a fini ?

I : Bah ouais je pense !

Entretien 7 :

I : Bonjour, donc un entretien pour la thèse sur la recherche des facteurs influençant la pratique d'infiltrations de corticoïdes dans un cabinet de médecine générale. Déjà, je vais vous demander de vous présenter : un peu, votre âge, votre sexe, votre temps d'installation, fac de formation, si vous avez d'autres diplômes.

DR7 : Donc [nom], né en 1953, 30 ans d'installation cette année, faculté de Grenoble, euh..., interne des périph de Bourgogne, et voilà ! Médecine générale tous azimuts.

I : D'accord ! Ça veut dire quoi tous azimuts ?

DR7 : Un peu de tout quoi ! De l'enfant à la personne âgée, pratique d'actes aussi techniques un peu donc euh, gynéco, infiltrations, des choses comme ça quoi ! Sutures, on en fait aussi quelques unes, ouais ! Enfin, moi je tiens à le rester, dans ces pratiques là !

I : D'accord. Est-ce que vous avez fait des diplômes pour tout ça ou... ?

DR7 : Non !

I : Non.

DR7 : Non, j'ai fait un diplôme de médecine du sport, pfff... après euh, ce n'est pas que j'ai laissé tomber mais je trouvais que c'était, que ça ne m'a pas apporté grand-chose ! Non, mais surtout sur le terrain, remplacement, un peu comme vous, en fac et tout ça !

I : D'accord, OK ! Pratiquez-vous des infiltrations ?

DR7 : Oui !

I : D'accord. Est-ce que vous pouvez me décrire votre pratique, le type d'infiltration que vous faites, le produit, les produits que vous utilisez.

DR7 : Alors, le euh les, les localisations articulaires, donc principalement : épaule, coude, genou, canal carpien, de temps en temps les petits nodules de ténosynovite de doigts à ressaut.

I : D'accord.

DR7 : Bon, ce n'est pas des articulations, mais enfin...

I : Non, non, infiltrations...

DR7 : Ce sont des infiltrations !

I : Oui, quelque chose de local ou intra-articulaire ?

DR7 : Voilà, je pense que c'est les principales !

I : D'accord !

DR7 : Je ne fais pas d'articulations lombaires ou de trucs comme ça !

I : OK !

DR7 : Ça je les laisse à... sous ampli, quand même c'est un plus précis ! Donc voilà !

I : Sous radiologie donc ?

DR7 : Voilà !

I : Euh, pour tout ce qui est euh... C'est quel type de pathologies ? Au niveau pour les genoux...

DR7 : Alors c'est essentiellement inflammatoire, euh. Bon le genou, ce sont les patients en général qui présentent une poussée d'hydarthrose. Donc en général je fais une ponction, euh ponction toujours, euh je fais analyser le produit quand même ! Euh, bon c'est vrai que quand je connais le patient et l'histoire du patient, je fais mon infiltration juste après, quand j'ai un petit doute sur le plan, c'est toujours un peu le risque d'arthrite infectieuse mais, c'est rare je sais bien, mais bon parfois je ne la fais pas, j'attends mon résultat pour faire l'infiltration !

I : OK ! Vous travaillez bien avec un laboratoire juste à côté ?

DR7 : Oui, bah [nom de laboratoire] ou à [ville].

I : OK.

DR7 : Et puis bon, bah les épaules c'est toujours en général des tendinopathies du sus épineux, de l'épaule douloureuse simple, euh ou une tendinopathie sous scapulaire. Je tente le coup des fois ça, ça a un résultat très royal quelquefois, d'autres fois c'est raté. Mais en général ça soulage bien les patients. L'épicondylite (*tousse*) aussi, souvent !

I : D'accord ! Ça marche bien ?

DR7 : Ca marche pas mal je trouve ! Bon ça marche dans 2/3 des cas on va dire, 2/3 des cas ça marche bien. Il y a toujours des, des résistances, mais en fait en général c'est, à mon avis, un manque du respect du repos articulaire ou alors une persistance du geste, euh du geste qui provoque la tendinopathie, sans le savoir, parce qu'il y a beaucoup de patients qui (*tousse*), qui à mon avis font des gestes, persistent, des gestes de la vie quotidienne, qui entretiennent le processus inflammatoire, ouais !

I : OK !

DR7 : Genou, coude euh... Genou alors genou, bon souvent en général c'est surtout euh, ouais surtout, des épanchements d'hydarthrose, euh... voilà ! Je fais, ouais pas tellement les, on va dire au niveau latéral, les genoux, pas trop les ligaments latéraux internes, j'ai... Je fais plutôt de l'intra-articulaire.

I : D'accord, OK ! Quel type de produit vous utilisez ?

DR7 : Alors, j'utilise principalement l'Altim, que j'aime bien et puis le Diprostène aussi ! Mais j'aime mieux l'Altim, je ne sais pas pourquoi parce que c'est une question d'habitude et euh, c'est peut-être aussi celui qu'on nous avait conseillé aussi !

I : OK, vous ne faites pas de différence entre les endroits que vous infiltrez et le type de produits que vous utilisez ?

DR7 : Non !

I : OK !

DR7 : Non, je prends Altim le plus souvent. Bon y a eu une rupture de stock d'Altim, on faisait Diprostène à la place mais maintenant je suis revenu à l'Altim.

I : Ouais. Vous en faites combien à peu près d'infiltrations, je ne sais pas si ça peut se compter en semaines ou en mois ?

DR7 : Euh... En nombre par semaine par exemple? Ça dépend des périodes mais il peut avoir... en général c'est minimum 1 par semaine, ça peut être après 3 ou 4 quoi ! Sur une activité ! Ouais, 3 ou 4 par semaine ! Alors donc c'est variable entre 1 et 4.

I : D'accord ! Vous faites combien de consultations par semaine à peu près ?

DR7 : Euh, moi je fais 30 à 35 actes par jour, 5 jours sur 7, on va dire comme ça !

I : D'accord, OK ! Est-ce que vous pouvez me décrire le déroulement d'une consultation où vous proposez une infiltration ? Comment vous l'amenez au patient ? Quelles explications vous pouvez lui donner ?

DR7 : Bah je lui explique qu'on, alors soit une tendinopathie, donc je lui explique le processus inflammatoire au niveau de son tendon d'insertion, euh comme l'épicondylite par exemple, on lui explique le mécanisme de de..., le mécanisme de présentation de la tendinopathie ! Et puis je lui fais, ensuite je lui explique, je lui montre le point douloureux, je lui fais faire des manœuvres qui provoquent les douleurs ! Je pense que c'est important quand même de leur expliquer comment ça marche ! Canal carpien je leur explique aussi un petit peu où ça se passe, en général ils comprennent bien ça, donc je leur dis. En ce qui concerne l'intra articulaire (*tousse*), l'épaule, là c'est un peu plus compliqué parce que là, comme c'est, sur le point anatomique, des fois je leur montre un petit schéma, j'en ai de côté ou je leur montre un petit schéma pour leur dire où je vais passer entre, sous acromial tout ça... Donc ils comprennent bien que le tendon est pas loin. On leur explique tout ça. Qu'est ce que je leur dis encore, bon pour le genou je leur explique l'épanchement, qu'on va l'évacuer et puis qu'on va essayer d'arrêter le processus inflammatoire, de calmer un peu la production de liquide synovial, voilà ! Je reste dans des termes simples, euh, et puis je leur dis de toutes façons, euh, je leur dis toujours, bon ça va vous soulager, ça va, d'ailleurs de toutes façons ils le savent tout de suite quand on prend un genou, ils sont soulagés immédiatement, ils marchent mieux après, donc déjà, c'est un bon résultat sur le plan clinique direct, et après je leur dit de toute façon faites attention, vous me tenez au courant d'ici 15 jours - 3 semaines, je leur dis que peut-être une infiltration suffira, peut-être qu'il y en aura besoin d'une deuxième quelques temps après. Et évidemment, il y a la radio éventuelle ou pas, tout dépend un peu du patient, quand je le connais bien, bon c'est des patients qu'on connaît dans leur ensemble, donc je ne suis pas forcément, je ne demande pas une radio systématiquement. Mais souvent, c'est vrai qu'une fois, mais là on va dire 2 fois sur 3, je fais analyser quand même le liquide synovial articulaire du genou, régulièrement c'est surtout là qu'on ponctionne. Je le fais analyser sauf si j'ai eu déjà un épisode précédent et du même type, chez un patient avec qui j'ai un dossier où tout est écrit...

I : Ouais, s'il a déjà fait des grosses poussées d'arthrose. D'accord. Donc c'est surtout des radios au niveau examens complémentaires ?

DR7 : Ouais !

I : Pas d'échographie ?

DR7 : Non...

I : Non, surtout radio ! Et vous recherchez quoi à la radio ?

DR7 : Echographie... Ouais je sais que ça se demande peut être parfois, pour les épaules, pour certains trucs. Bah radio, je cherche un peu surtout des signes dégénératifs sur le genou, ou alors des chondrocalcinoses des fois ! Parce que c'est ça aussi le truc des fois, il y a des chondrocalcinoses, on s'aperçoit, c'est plus inflammatoire, alors parfois quand on s'aperçoit de ça, c'est quand même intéressant d'avoir la radio plus le prélèvement ça permet de savoir, car souvent il y a un petit traitement de fond à faire quand même dans ces cas là ! Tandis que l'arthrose, bah

l'arthrose, on a des petits traitements anti inflammatoires, mais je veux dire, le traitement de fond on le fait ou on ne le fait pas quoi, ce n'est pas... C'est quand même comme diagnostic dans le genou, il y a souvent, ça faut pas le laisser passer de côté, c'est l'épisode très inflammatoire type goutte du genou quoi, entre guillemets.

I : D'accord !

DR7 : Ah si je fais aussi des Mortons ! Des infiltrations, ça m'arrive assez souvent, moi je trouve que c'est pas mal comme résultats.

I : D'accord. Et vous faites quand même avant des examens complémentaires avant ou pas ?

DR7 : Morton et aponévrosite aussi du pied. Ce qu'on appelle épine calcanéenne, des trucs comme ça !

I : OK !

DR7 : Ca ça m'arrive aussi !

I : Et ça, ça fonctionne bien ?

DR7 : Ca fonctionne bien, ça leur fait... Faut avoir un peu, faut que le patient soit un peu compliant parce que c'est (*rire*)...

I : C'est douloureux ?

DR7 : C'est un peu douloureux ! Mais quand c'est, enfin je trouve quand c'est bien ciblé, euh... C'est bon ! Après il y a le problème de l'orthèse plantaire, de la semelle, parce qu'il y a souvent une déformation du pied ou un pied creux ou un pied un peu valgus, donc il faut essayer de les... Voilà, mais c'est vrai que parfois... Mais enfin, il faut à mon avis là, je leur saute pas dessus, j'attends un petit peu, j'explique au patient parce que quand même là, c'est déjà plus dur à faire, à mettre, c'est quand même plus douloureux ! Le Morton c'est moins douloureux, c'est vrai !

I : Un Morton ça se fait bien !

DR7 : Un Morton ça se fait bien, mais contre à mon avis, c'est le talon, tout ce qui est aponévrosite du pied euh... Voilà quoi !

I : D'accord, OK ! Vous, souvent quand vous proposez une infiltration vous faites dans le même temps ou... ?

DR7 : Ouais !

I : Ou vous prenez une deuxième consultation que la personne ait le temps de réfléchir ?

DR7 : Moi, j'ai toujours une ou deux boîtes dans le truc et je leur dis « Allez, je vous fais » !

I : D'accord !

DR7 : Je trouve que c'est mieux, parce que souvent les gens, ou alors les gens prennent un petit coup de stress et ils veulent plus le faire après alors...

I : D'accord ! Il ne faut pas trop reculer !

DR7 : Un peu ça !

I : Euh, avez vous reçu une formation pour ces gestes, qu'elle soit théorique ou pratique?

DR7 : Moi, j'avais, moi je, je pratiquais déjà quand j'étais interne, je suis passé en service de rhumato où j'en faisais pas mal, j'étais... Donc voilà j'avais déjà un petit coup de main, mais ça suffit pas après il faut... Après j'ai fait 2 séminaires, formation continue, formation professionnelle.

I : Avec qui ?

DR7 : Avec MG Form, j'en ai fait... J'en ai fait une avec, euh... Avec [nom], qui est sur [nom d'hôpital], qui s'occupe de la médecine du sport, on en avait fait un séminaire sur gestes techniques en médecine générale.

I : Il n'y avait pas de pratique ?

DR7 : 2 jours, si !

I : Technique et pratique d'accord !

DR7 : Technique et pratique. On avait tout fait, toutes les articulations. Ça se terminait alors par des infiltrations, par des infiltrations où on mettait, quelqu'un jouait le cobaye et on a vu toutes les voies d'abord, des trucs comme ça, en 2 jours, il y avait énormément, ce n'était pas que ça car il y avait aussi des sutures. On a fait sutures le premier jour et gestes le deuxième jour.

I : Il faisait le cobaye, il se faisait piquer ?

DR7 : Non, non, non, non ! On faisait, on faisait, bon il y avait des articulations, des fausses articulations. On pouvait piquer, mais on avait surtout avant un examen de l'articulation avant, parce que c'est important de faire un examen assez tout ça, évidemment, l'infiltration ça se fait... Avant on fait quand même un examen de l'articulation ! Voir les mouvements, les limitations des amplitudes, des trucs comme ça, de voir les points un peu douloureux. Et après on voyait les voies d'abord. Alors évidemment on faisait sur une seringue qui était pas montée mais où, on nous disait bien où il fallait bien viser l'acromion, passer en-dessous, enfin on faisait bien les lignes directives principales. Je trouve que c'est pas mal, en gros comme ça en interactif, on pose beaucoup de questions donc euh... Là j'étais organisateur du séminaire.

I : OK, d'accord ! Vous la trouvez suffisante ou pas cette formation ou pas ?

DR7 : Moi, je pense que c'est suffisant ! Le seul problème, alors bon, je parle de mon cas ou je parle en général ? Parce que je trouve, qu'en général, les médecins hésitent même après une formation à se lancer, en solo.

I : Ouais, ils ont peur, d'arriver tout seul dans le cabinet...

DR7 : Ouais, ils ont peur en solo.

I : D'accord.

DR7 : Donc, il faut à mon avis, il faut essayer, il faut prendre l'articulation la plus simple possible, à mon avis je pense que c'est le genou, en voie latérale externe, ça marche très bien, on arrive bien à situer tout ça et une fois qu'on a fait ça on prend un plus de bouteille et puis voilà ! Et puis après c'est vrai quand c'est une patientèle de médecin généraliste, une fois les gens se le disent un peu après ! Alors on a moins d'appréhension parce que : « Ah j'ai entendu dire que vous faisiez » alors oui mais bon, pas pour tout, on discute et puis voilà ! Et puis après ça... Je pense qu'à partir du moment où on pratique régulièrement c'est toujours pareil, en médecine générale, si on fait des gestes réguliers, bon ça va ! On n'a pas de soucis !

I : OK ! Qu'attendez-vous des infiltrations que vous pratiquez ? Qu'est-ce qui vous incite en faire, à les pratiquer ? Qu'est-ce que vous pensez apporter à votre patient ?

DR7 : Bah j'apporte, bon, le principal c'est de soulager, souvent, soit c'est un état aigu, euh, bah je ne saute pas forcément sur le... Sur les pathologies aiguës ou subaiguës parce qu'on n'est pas obligé hein euh c'est vrai que quand il y a un traumatisme par exemple euh pfff, alors c'est vrai ça m'est arrivé 2-3 fois de ponctionner, de ponctionner ! Sans infiltrer pour voir s'il y avait un épanchement sanguin et tout, bon ça me disait : « Bah il y a une lésion interne assez importante », je parle de, là ce n'est pas des infiltrations dans le cadre de la rhumato mais des infiltrations dans le cadre du, quand on a un gros genou douloureux post traumatique ! Ce n'est pas une infiltration. C'est une ponction du genou déjà pour soulager parce que souvent il y a une tension, une pression intra-articulaire importante et les gens ont mal, on soulage et en même temps on fait le diagnostic quand il y a un épanchement, donc ça permet d'aider quand on oriente, bah voilà, celui-là il a certainement une lésion, probablement du système ligamentaire qui nécessite d'autres examens ! Donc nous étant en ville, on a peut être moins ce genre de pathologies, que les gens qui sont en station, des trucs comme ça. Ça nous arrive quelquefois quand même. Voilà donc euh, ça peut soulager le patient, ne serait ce que de ponctionner déjà, après dans l'hydarthrose je pense que le but principal c'est de soulager le patient, on a une grosse demande là dessus, car dans l'immédiat, je pense aux genoux douloureux, aux genoux arthrosiques, on les voit boiter ils ont mal, ils n'arrivent pas à plier le genou, on les ponctionne et on leur fait l'infiltration. Le plus souvent ils repartent, c'est bien, ce n'est pas magique mais presque, donc je pense que c'est un geste valorisant à la fois pour le patient et pour nous aussi ! Donc je pense qu'on va, qu'on est plus efficace qu'un traitement qui pourrait être efficace avec un anti-inflammatoire sur 15 jours, tout ça mais on n'est pas sûr que le patient le fasse bien, on n'est pas sûr qu'il respecte le repos, les choses comme ça, donc je pense que c'est pas mal, c'est, moi personnellement je trouve que c'est efficace ! L'épaule, on s'aperçoit aussi que des fois on a des résultats qui sont impeccables et qui se suffisent à eux même !

I : OK !

DR7 : C'est tout ! Le coude, bon, allez c'est un peu plus délicat ! Le canal carpien je trouve que ça marche pas mal aussi ! Euh, bon bah, voilà. Mais il faut se lancer ! Le canal carpien, les médecins hésitent un peu plus, j'ai remarqué parce que ça fait un peu peur le poignet, je ne sais pas pourquoi !

I : Je ne sais pas, moi ça m'a étonné aussi !

DR7 : Hein c'est bizarre !

I : C'est bizarre parce que c'est une des premières que j'ai apprise donc ce n'est pas une qui me fait peur !

DR7 : En général, ils ont un peu peur, en général ! Alors que le reste ils iraient bien ! Mais je trouve qu'il y a beaucoup ... Organise un séminaire, je ne suis pas sûr que les 30 médecins qui étaient là, si je calcule à mon avis il y en a pas ¼ qui se sont lancés !

I : Ce serait très bien d'avoir la liste et d'aller leur demander ! Je ne sais pas si vous l'avez ? Ou par téléphone !

DR7 : Euh... Je dois l'avoir, c'était un séminaire qu'on a fait il y a 2 ans... Alors je ne sais pas sur le plan éthique, enfin je... C'est vrai ça aurait été bien de leur demander !

I : OK ! Est-ce que vous avez déjà eu des complications lors des infiltrations ?

DR7 : Ouais j'en ai eu une !

I : C'était ?

DR7 : Une arthrite de l'épaule !

I : D'accord !

DR7 : Alors j'ai fait, à mon avis, c'était dans mes débuts, j'ai fait une petite bêtise, parce que ce patient était sur le plan hématologique il avait une, il avait un syndrome myéloprolifératif.

I : Ah oui d'accord, il était déjà immunodéficient !

DR7 : Et ouais, il était immunodéficient !

I : C'était sur quelle pathologie ?

DR7 : C'était une épaule, une tendi, une épaule douloureuse chez un patient qui était, qui travaillait, qui était, comment ça s'appelle... Qui était peintre ! Donc il avait une pathologie de l'épaule assez ancienne parce qu'il faisait beaucoup de mouvements avec une petite dégénérescence, je pense qu'il avait une omarthrose aussi associée, et là il avait un syndrome myéloprolifératif qui... Et là c'est vrai que je l'avais zappé ce truc là, c'est tout ! Il a fait une arthrite infectée, oh... Qui a, avec le traitement ça a été, il n'a pas eu besoin de faire des lavages articulaires ou des trucs comme ça mais euh...

I : Il a bien retrouvé.

DR7 : Il a bien retrouvé une mobilité ! Bon après il est décédé, mais de son évolution de son myéloïde qui est devenu une leucémie de forme aiguë.

I : D'accord !

DR7 : Bon, ça je m'en souviens mais ça ne m'a pas fait... Bon, outre mesure, ça ne m'a pas bloqué dans mon truc, peut être que c'était, que j'aurais dû, j'aurais peut être dû poser un questionnaire, c'est vrai qu'il faut faire attention parfois ! Les traitements qu'ils prennent, les trucs comme ça, faut s'orienter ! C'est pour ça que j'aime mieux faire ça chez les patients qui sont strictement de ma patientèle, que je connais bien !

I : D'accord !

DR7 : Et je ne vais pas prendre un patient, qui arrive comme ça, à brûle-pourpoint : « On m'a dit que vous faites des infiltrations... ». J'aime mieux, quand même, bien connaître mes patients et avoir déjà une relation de soins plus ancienne ! Je trouve que c'est mieux !

I : Ouais ! Nous sommes des médecins généralistes aussi !

DR7 : Ouais !

I : Nous ne sommes pas rhumatologue...

DR7 : Je préfère ça ! Ouais, parce qu'il y en a, à mon avis, qui ont toujours la seringue à la main, euh..., bon ce n'est pas très satisfaisant quand même ! Enfin, bon, moi c'est ce que je pense... C'est vrai que quand on voit un rhumato, lui, à mon avis, que plus de la moitié de ses actes de la journée c'est de piquer ! Hein ? On va dire ça comme ça ! Voilà ce qu'on pourrait faire ! Que je pense qu'on doit faire !

I : Et au niveau, complications, un peu plus simple, genre malaise vagal, douleur à l'injection ?

DR7 : Bon bah alors là, à mon avis c'est du minime !

I : D'accord !

DR7 : Il y en a un ou deux, qui m'on dit qu'ils avaient eu mal, peut-être au début dans l'épaule, quand je pique, quand je ne faisais pas très gaffe, là j'ai peut-être piqué une fois, une fois ou deux dans les tendons direct ! Quand on fait, ça leur fait mal quoi !

I : Ouais !

DR7 : Bon maintenant, ça va, je m'oriente bien vers le haut et ça passe bien, ça va ! Après il y a le problème des grosses épaules, on n'a pas bien nos repères des fois ! Alors là c'est vrai, qu'on ne pique pas à l'aveugle mais des fois c'est un peu dur de trouver... Sans repère anatomique (*rigole*) ! Mais bon, non, non, il y a pas de malaise...Malaises vagues, euh...pfff, je ne pense pas, on voit plutôt ça dans les sutures que dans les infiltrations !

I : D'accord.

DR7 : Il me semble bien, enfin moi dans mon expérience !

I : Jamais de réaction allergique ?

DR7 : Non ! Jamais !

I : OK ! Au niveau antiseptie vous faites comment ?

DR7 : Ah, je badigeonne bien à la Bétadine, moi, j'utilise la Bétadine dermique !

I : D'accord.

DR7 : Je fais 2 ou 3 badigeons successifs, je me lave bien les mains !

I : Gants ? Pas gants ?

DR7 : Je mets des gants !

I : Stériles ? Non stériles ?

DR7 : Bah, je mets des gants non stériles.

I : D'accord.

DR7 : Ouais, parce que je trouve en faisant bien gaffe tout ça, non je n'ai pas eu de, non, je n'ai jamais eu aucun problème. Après je mets bien un pansement antiseptique que je laisse bien 24 heures, avec une compresse. Je dis au patient de le laisser, de l'enlever le lendemain. (*tousse*) Et je dis au patient en général de prendre un antalgique le soir, même, en disant, que des fois ça réveille un petit peu, je constate ça, la douleur qu'ils ont, elle est un petit peu exacerbée dans les 12 heures et après elle diminue ! Moi, je leur dit ça, moi ! Je sais pas si c'est vrai tout le temps mais voilà !

I : OK ! Avez-vous déjà eu des demandes d'infiltration directement par un patient ? Donc oui, vous m'avez dit, que vos patients viennent même de l'extérieur ?

DR7 : Ca arrive, mouais et là, je suis un peu circonspect, là je ne la fais pas tout de suite ! Voilà, je fais d'abord mon examen, des examens complémentaires et ensuite je le revoie !

I : Ouais, vous préférez que ce soit vous qui l'ayez proposée plutôt qu'une demande directe !

DR7 : Ouais ! Principalement ça ! J'aime bien ça moi !

I : Euh, est ce que vous avez déjà envoyé un patient chez un collègue, justement généraliste ou bien même un spécialiste pour une infiltration ?

DR7 : Oui !

I : Pour quel type ?

DR7 : Quand je le sens pas, euh...Infiltration articulaire postérieure lombaire, infiltration... ah oui il y a les trochantériennes que je fais souvent aussi ! J'ai oublié ça !

I : Pour les tendinites du moyen fessier ?

DR7 : Ouais, les moyens fessiers ! Ça marche pas mal ça aussi ! Donc on va finir pas trouver d'autres... Mais ouais bon, les articulaires postérieures lombaires je ne le fais pas, euh, qu'est ce que je ne fais pas encore, ouais donc j'envoie. Donc j'envoie, ouais les articulaires, moi j'envoie en rhumato, même plutôt à [hôpital], quand il y a plusieurs étages, quand il y a des lombalgies chroniques, un peu bon, qui résistent un peu au traitement, les gens qui sont un peu, c'est vrai que ça les soulage bien des fois. Mais en général c'est rare que j'envoie... Je n'envoie pas chez le rhumato pour des infiltrations !

I : D'accord !

DR7 : J'envoie à un rhumato pour un avis diagnostic !

I : D'accord, c'est plutôt pour un doute sur un diagnostic !

DR7 : Voilà ! En général, c'est comme ça ! Alors il infiltre s'il veut ! Mais je ne demande pas d'infiltration... Jamais sur une lettre.

I : Oui bah ouais, directement...

DR7 : Ouais !

I : D'accord ! Pour vous quelles doivent être les limites aux infiltrations dans un cabinet de médecine générale ?

DR7 : Les limites, les limites du médecin ! C'est sûr, il faut qu'il se sente à l'aise déjà ! Ensuite euh...Ensuite ensuite, bon euh...Qu'est ce qu'il y a comme limites ? Je vois bien, dans un cabinet de médecine générale, on peut faire, il n'y a pas de limites sur le plan technique et sur le plan locaux, ça peut se faire n'importe où, même, ça peut même se faire en visite !

I : D'accord !

DR7 : Ça m'est déjà arrivé !

I : OK !

DR7 : Donc j'ai, donc je pense qu'il y a pas beaucoup de limites, il y a pas beaucoup de contre indications et voilà ! Et même euh... Patient sous AVK, c'est que relatif comme contre-indication ! Donc on peut y aller si on...

I : Selon l'infiltration !

DR7 : Selon l'infiltration ! Voilà !

I : OK !

DR7 : Donc, ce n'est pas... Euh les patients sous AVK il ne faut pas ! Il ne faut pas ! Mais il y a des... On peut hein ? On peut, faut le savoir ! Après faut savoir comment on se sent à l'aise, c'est sûr il ne faut pas provoquer cette petite hémorragie, ce petit machin ! C'est pas en général, ce n'est

pas, ça crée pas de complications mais euh... Enfin sous AVK, on va plus en avoir, parce que ça disparaît de plus en plus, maintenant... *(rires)*

I : De quoi les AVK ?

DR7 : Avec les nouveaux produits non ?

I : Ouais, mais après bon...

DR7 : Ouais, après faut voir, je ne sais pas. *(rires)*

I : Euh, au niveau assurances, est-ce que vous l'avez déclaré ?

DR7 : Je l'ai déclaré !

I : Il y a combien d'années maintenant ? C'est récent ?

DR7 : Euh...non, il y a une dizaine d'années que j'ai dû le dire !

I : D'accord !

DR7 : Je ne sais pas du tout si ça a fait augmenter ma prime, je n'en sais rien !

I : D'accord !

DR7 : Je sais qu'elle a beaucoup augmenté un peu cette année, mais ce n'est pas à mon avis à cause des infiltrations ! On s'est aperçu que les primes avaient vachement augmenté, je ne sais pas pourquoi !

I : D'accord, OK ! Sans explications ?

DR7 : Bah non, ils n'ont rien dit de spécial !

I : Vous ne leur avez pas passé un petit coup de téléphone ?

DR7 : Il faudrait qu'on le fasse d'ailleurs !

I : Et oh là, C'est un peu cher !

DR7 : Je pense que ça a augmenté, que ça a presque doublé !

I : Ah oui !

DR7 : Je ne sais pas ce qui s'est passé ! Faudrait qu'on demande un peu ! Ouais ! Mais si on va le faire, parce qu'avec les collègues on a vu ça avec différentes assurances.

I : D'accord !

DR7 : Voilà, mais non je l'ai déclaré quand même ! Je sais pas si ça influe les assurances, je ne sais pas ce qu'elles en pensent ! Si ça augmente le risque assurantiel ou pas !

I : Bah, il y en a, selon en fait euh, certaines pratiques, qui font un surplus en fait pour les infiltrations ! Mais ça va dépendre aussi du nombre d'années que vous les faites, et si vous avez des diplômes pour prouver votre compétence en fait !

DR7 : Parce qu'il y a un diplôme qui existe sur les infiltrations ?

I : Non mais diplômes de...

DR7 : Ah de diplômés de formation, sur le tas, ou machin, ouais !

I : Si vous pouvez prouver votre formation ! Ils vous embêtent moins !

DR7 : Alors c'est comme les frottis, les machins, ou mettre en place des stérilets, des trucs comme ça ? Alors comme ça, et les nexplanons aussi ?

I : Bah, je pense, que pour tous gestes techniques ils vont embêter le monde ! Mais le problème, c'est que ça va peut être diminué, diminuer la pratique des médecins généralistes ! Ce serait dommage !

DR7 : Bah ouais moi, c'est dommage, nous on a encore des gens qui arrivent avec des mains un peu abîmées, des trucs comme ça, 2 3, bah moi je fais des points ! Je ne les envoie pas tous aux urgences quand même !

I : Ouais, et puis ça diversifie l'activité ! Ça fait du bien !

DR7 : Ouais ! Ça fout un peu le bazar dans les rendez vous, mais ça, ça fait partie du jeu !
(*sourire*)

I : Bah, ouais avec les usines ici à droite à gauche, il doit y en avoir !

DR7 : Il y a un atelier de boucherie !

I : Ah bah, oui, la boucherie !

DR7 : Il y a des tas de petits ateliers ! Donc voilà !

I : OK ! Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

DR7 : Euh...Je ferais bien encore une formation s'il y a encore des trucs nouveaux, ça m'intéresserait bien ! Ouais, moi je trouve que les gestes techniques en médecine générale, je suis à fond pour !

I : Hum, hum !

DR7 : Je suis à fond pour, je trouve que ça fait partie de l'exercice en médecine générale !

I : D'accord !

DR7 : Je le maintiens, je le dis tout haut, même si je pense ne pas être dans la ligne majoritaire !

I : Ouais, mais c'est bien !

DR7 : Je pense dans le cabinet, je me bagarre un peu parfois ! (*rires*) Mais, non, peut-être que, c'est toujours pareil, il faut, je pense qu'il y a une angoisse, une anxiété du médecin par rapport à ça !

I : D'accord ! Parce qu'ils ont peur des complications ou...

DR7 : Est-ce que ça vient de leur formation, alors je ne sais pas, est ce que ça vient du fait qu'on a un peu cloisonné les actes en France là !

I : La spécialisation de la médecine !

DR7 : Il y a certains trucs qui restent à la spécialité et je vois pas pourquoi ! Ça fait partie de la prise en charge globale du patient et je ne vois pas pourquoi on priverait d'une solution thérapeutique qui est quand même intéressante et qui fait que voilà, on n'a pas besoin d'un avis,

d'un confrère, très spécialisé, voilà ! Mais euh... Je pense que les patients sont satisfaits, ça fait partie de la prise en charge globale ! Voilà !

I : OK !

DR7 : Je suis peut-être un petit peu, (*sourire*) pour la défense, euh... Voilà !

I : Rien à ajouter ?

DR7 : Non !

I : Vous avez des internes ou pas ici ?

DR7 : Ouais ouais j'en ai !

INTERRUPTION

I : L'isolement ! Parce que, l'isolement au contraire ! Ça fait...

DR7 : On travaille en individuel quand même quelquefois !

I : D'accord, ah oui ! Après là vous êtes en cabinet, si...

DR7 : Nous, on discute.

I : Quelqu'un qui s'intéresse aux infiltrations...

DR7 : Oui !

I : Je pense que ça ne vous embête pas que lorsque vous en avez une...

DR7 : Non !

I : De passer un coup fil et de...

DR7 : Non, et puis de temps en temps on les fait ensemble, tout ça ! Ça m'arrive, mais bon, euh, quand il faut prendre la décision, on est tout seul, par rapport au patient !

I : Hum ! Oui !

DR7 : On dit, voilà ! Il y a un moment, faut quand même prendre sa responsabilité !

I : C'est aussi une question d'habitude à force ! Petit à petit, on prend bien la décision de mettre quelqu'un ou pas sous antibiotique pour une pathologie !

DR7 : Ouais ! On est d'accord !

I : Après c'est une autre chose, une autre habitude à avoir !

DR7 : Bah moi mon avis, pour que ça passe bien aussi, parce que, moi, quand même, je pense qu'il y a un effet psychologique, il faut être convaincu comme médecin que ce qu'on va faire, c'est bien. Parce que le patient le sent très bien !

I : Savoir jouer !

DR7 : C'est à dire, il faut que le patient soit un peu convaincu, et que ce qu'on lui dit soit accepté, bien compris ! A partir de là à mon avis il y a 50 % du boulot fait, même avant là, d'injecter !

I : Oui, s'il a confiance, il sera encore plus soulagé !

DR7 : La confiance et l'explication, il faut quand même donner un minimum de... Il ne faut pas dire : « Je vais vous faire l'infiltration pour... », il faut expliquer ce que l'on va faire, même si il comprend pas bien ou bien parce que vous allez... moi je leur fais des petits...

I : Des petits dessins ?

DR7 : Je leur explique avec des petits dessins, comme ça souvent cela aide quand même à la, à l'acceptation et à la tolérance de l'acte en général !

I : D'accord !

DR7 : Je pense que c'est une petite espèce de pédagogie, de, d'un entretien motivationnel entre...
(rires)

I : Ouais c'est sûr, si la personne a mieux compris son traitement, pourquoi on lui fait et qu'elle a confiance, tout de suite ça marche beaucoup mieux !

DR7 : Ouais, non c'est sûr ! Ça à mon avis c'est l'avantage du médecin généraliste dans sa pratique par rapport au spécialiste qui est...

I : Qui le voit une fois par an !

DR7 : Ouais qui le voit une fois par an! Je pense que là on a un gros avantage relationnel, quand même, qui est nettement meilleur, ça c'est le truc qui aide vachement bien dans notre profession ! On a une confiance, certains patients, bah que les patient consultent régulièrement, ça c'est hyper valorisant ! Je pense que les spécialistes n'ont pas forcément, ça, à mon avis, ça doit être très frustrant pour eux ! Ils n'ont que l'aspect correspondant, ou alors la vision du patient sous l'acte plutôt, que technique et pas sous cet acte un petit peu...

I : Après ils ont leurs pathologies chroniques, où ils voient régulièrement leurs patients !

DR7 : Ah alors ça, oui d'accord...

I : Ils ont un peu les 2.

DR7 : Les polyarthrites, les machins, les trucs, ouais d'accord, mais c'est vrai que là on est dans la pathologie, on voit bien, la polyarthrite c'est, il y a des tas de biothérapies qui sont, qu'on surveille à mort, et on est là... Les patients, bah c'est vrai, ils ont aussi besoin d'être un peu, régulièrement suivis aussi par nous, parce que euh voilà, c'est un peu agressif, c'est un suivi un peu plus compliqué, et puis il y a d'autres pathologies aussi dont il faut tenir compte, parce que souvent un patient avec une polyarthrite, c'est pas rare qu'il y ait un diabète qui traine derrière, les pathologies bi, bicéphales, là ! Faut bien qu'on s'en occupe nous ! Le rhumato ne s'occupe pas de, il ne s'occupe que de sa rhum, ne s'occupe que de son truc. Alors on est parfois obligé de les appeler, des trucs comme ça ! Moi je trouve que ces, ces patients là, qui sont un peu compliqués, alors c'est vrai qu'ils ont infiltrés des fois, eux ils ont infiltré une polyarthrite rhumatoïde beaucoup plus, dans des endroits..., il y des tas de trucs à faire ! Mais, mais, bon de temps en temps, il faut qu'on les resynthèse complètement, c'est tellement compliqué ! Bon je vois, j'ai quand même 2-3 polyarthrites, des gros trucs, dont 2 qui sont diabétiques associés, avec aussi un terrain vasculaire, donc bon, ça fait partie des...

I : Ils sont suivis à [ville] ?

DR7 : Ouais, voilà c'est ça ! Alors il y en a 1 qui fait du "Roactemra" le nouveau truc...

I : Le "Roactemra", ouais.

DR7 : Ca s'appelle comment ?

I : Le "Roactemra".

DR7 : Le "Roactemra"! Qui fait ça à [ville], que je suis pour une histoire cardiaque et qui a en même temps..., voilà quoi !

I : Ouais, ça fait un peu beaucoup après !

DR7 : Mais c'est vrai que quand ils vont à Aix, ils font leur truc là, bon d'accord, ils ont leur suivi toutes les 3 semaines, ou je ne sais pas combien, mais... Mais enfin, nous ont les suit, elle est sous AVK en plus cette dame, bon, bam, tout ça, voilà !

I : Entre l'immunodépression, les anticoagulants ! Elle a de la chance d'être encore là !

DR7 : Voilà ! Voilà ! C'est ça, il y a des, des gros patients ! Quoi ! Et ce n'est pas forcément, c'est des patients, bon évidemment, on a besoin des spé pour le maniement des, des drogues un peu... Mais après on a besoin quand même, ils ont besoin d'un suivi de synthèse, quoi ! Parce que c'est vrai que c'est nous qui gérons un peu le quotidien et l'ensemble des pathologies ! C'est un peu dur d'ailleurs ! Ce sont des gros patients, quand même !

I : OK !

DR7 : Bon bah voilà ! On a fini ?

I : Impeccable !

DR7 : Voilà ou tu veux autre chose ?

I : Non c'est bon !

INTERRUPTION

I : Vous pouvez y aller ! Il a dit ?

DR7 : Vous pouvez y aller, allez-y !

I : Mais qui lui en avait parlé au départ ? Son médecin traitant ?

DR7 : Il avait déjà fait ça, une dizaine d'années avant, c'est un gars qui avait...

I : Ah, d'accord !

DR7 : Un petit creux, bilatéral et il fait beaucoup de sport et puis voilà ! Et là ! Alors je lui dis bah j'y vais hein! C'est marrant parce qu'il a eu un peu mal mais euh, finalement...

I : Il n'est pas revenu ?

DR7 : Alors qu'il avait un mauvais, très mauvais souvenir la première fois ! Je ne l'ai pas revu là... Ah si si ! Je l'ai revu parce qu'il m'a dit qu'il avait été sous soulagé et je pense si je lui ai peut-être fait une deuxième fois !

I : D'accord !

DR7 : Un mois après !

I : OK !

DR7 : C'est ça, je lui ai fait 2 infiltrations !

I : Donc là c'était une aponévrosite plantaire ?

DR7 : Ouais ! On dit ça maintenant aponévrosite plantaire ?

I : Hum, hum !

DR7 : Ah, euh c'est toujours épine calcanéenne ?

I : Oui, oui, non, mais, ça revient au même l'épine calcanéenne.

DR7 : Ouais, ouais, l'idée c'est que c'est local. Mais enfin bon, moi je mets un petit peu, quand même de xylo des fois pour euh, pour soulager...

I : C'est ce qu'ils font, ils injectent d'abord la xylo et après...

DR7 : Oui, je le fais des fois ça !

I : Avec un petit kt.

DR7 : C'est quand même un peu dur ! Bon je le fais, que là pratiquement !

I : D'accord !

DR7 : Ailleurs je fais tout en direct ! Sans xylo !

I : Ouais, ouais !

DR7 : Voire même, le Morton, des fois ça, des fois on butte un peu sur l'os, enfin bon, ce n'est pas...

I : C'est rapide !

DR7 : C'est rapide ! Mais le Morton, c'est assez facile à faire, ce n'est pas très douloureux, souvent, c'est quand même, c'est un bon résultat !

I : Bah, pour commencer, en fait, moi je pense que c'est celle qui fait le, moi, en tous cas qui me fait le moins peur, je trouve !

DR7 : Le moins peur ! Parce que c'est très abordable, on met et tac !

I : On est au niveau de la douleur, normalement on ne peut pas trop se tromper !

DR7 : Loco dolenti, là ! Ah ouais, ouais, c'est vrai ! C'est vrai qu'après il y a les genoux, les genoux c'est rare quand on tombe à côté, sauf des genoux, un peu des gros genoux, un peu, un peu boudinés, c'est vrai que des fois c'est pas évident ! Bon, faut bouger un peu, dès qu'on bouge un peu l'aiguille, qu'on cherche ça leur fait un peu mal, parce qu'on bidouille un peu mais le plus souvent, tac, on tombe dedans, dans le cul de sac c'est vrai que là ça vient tout de suite, ça vient...

I : Après pour commencer, faut commencer sur les gros genoux !

DR7 : Voilà !

I : Comme ça au moins on se plante moins !

DR7 : Ouais, c'est vrai, alors l'épaule parfois on butte un peu, mais bon ce n'est pas, c'est... Moi je les fais assis l'épaule, en position, comme ça, ça passe bien ! Je ne sais pas, comment ils pratiquent en général ? Coucher ou assis ? Assis moi je trouve que c'est bien !

I : Assis, dans le triangle, en fait, postérieur.

DR7 : Ouais, postérieur, ouais, c'est ça! Mais, moi je les fais bien assis, bien décontractés, il faut qu'ils baissent bien leur épaule, et en général ça, ça marche bien !

I : Ouais, il y a les 2 ! Je sais qu'il faisait comme ça mais.

DR7 : Le canal carpien, c'est difficile de les installer mais, moi je leur fais mettre un petit truc en dessous, et, je les fais le mettre en hyperextension, et puis je palpe bien le grand palmaire et puis tac, à 45°, des fois ils ont « ting », une décharge au bout des doigts, parce qu'on a piqué un peu le nerf médian, alors je dis « c'est bon on est au bon endroit », je recule un petit peu et puis j'y vais, sans résistance et puis c'est bon !

I : Il y a une étude qui est sortie et qui montre qu'il y a pas beaucoup moins d'effet, qui, donc c'est aussi bien que avec les repères anatomiques, en faisant réellement au niveau de la douleur, il y en a un qui arrive à le reproduire au toucher et qui a montré que c'était aussi efficace !

DR7 : Mouais.

I : Donc euh, après, ça simplifie un peu les choses, pour les gens qui ont un peu de mal avec les repères anatomiques !

DR7 : Parce qu'à mon avis, moi je pense que, enfin je ne sais pas ce qu'ils disent dans les études mais je trouve dans la région, il y a pas assez d'essais de traitements en, comme ça, d'infiltrations du canal carpien, il y a tout de suite on leur dit...

I : La chirurgie !

DR7 : Chirurgie ! Des fois je trouve que c'est un peu, il y a une adéquation, un petit peu, parce qu'on s'aperçoit des fois qu'avec une infiltration, euh, le patient, je vois les patients et après on en entend plus parler !

I : Et puis, il y a des pathologies temporaires !

DR7 : Souvent les femmes vers l'âge de 50 ans, c'est fréquent qu'il y ait un canal carpien qui apparaît à ce moment là, en même temps que les troubles climatériques. J'ai remarqué que ça, donc faut pas se jeter à demander un EMG qu'on n'a pas avant 3 mois, tout le truc classique quoi ! Je trouve que c'est un peu facile ça !

I : Et, il y a des pathologies temporaires comme la grossesse avec tous les œdèmes qui peuvent provoquer des canaux carpiens et puis le mec qui refait toute sa maison et...

DR7 : Ouais voilà ! Suffit d'attendre un peu !

I : Si on leur fait une infiltration, ça permet de ...

DR7 : Et puis c'est la pression du monde extérieur qui fait que, qu'il faut aller voir le chirurgien de la main, tout ça... Bon ça c'est un peu plus dur, il faut se bagarrer ! (*rire*) Voilà !

I : OK ! Bon allez !

DR7 : Bon !

I : Je vais vous laisser travailler !

Entretien 8 :

I : Voilà, ça y est c'est parti ! Donc euh, nouvel entretien pour la thèse sur la recherche des facteurs influençant la pratique d'infiltrations dans un cabinet de médecine générale. Donc, Bonjour, pourriez-vous vous présenter en quelques mots, donc c'est anonyme, donc sans votre nom, avec votre âge, votre sexe, votre temps d'installation, où est ce que vous avez été formé, votre fac de formation, si vous avez des diplômes complémentaires, et à peu près l'activité, le secteur d'activité du cabinet et l'activité que vous avez en règle générale !

DR8 : Oui, Madame ! Alors, je suis, j'ai 34 ans, je suis installé depuis 5 ans, je travaille 4 jours par semaine, et 1 samedi sur 3, 4 jours et demi en gros ! Je suis médecin généraliste secteur 1, j'ai un DU de traumatologie du sport, voilà, qu'est-ce que je dois te dire d'autre ?

I : Euh, la fac de formation ?

DR8 : Je viens de Lyon ! J'ai été formé à Grange Blanche.

I : Pratiquez-vous des infiltrations ?

DR8 : Non !

I : Pourquoi ?

DR8 : Parce que j'estime ne pas avoir été assez formé, euh j'ai la notion pour faire une infiltration mais j'ai l'impression que quand j'essaie de la faire ça marche moins bien que lorsque c'est le rhumato ! Donc j'ai décidé que j'en faisais plus !

I : Donc vous en avez déjà fait ?

DR8 : Oui !

I : Et c'est le résultat que vous ne trouviez pas assez bon, qui vous a fait stopper ?

DR8 : C'est le manque de temps qui fait que j'en fais pas, c'est le manque de reconnaissance qui fait que j'en fais pas assez et du coup j'estime qu'il faut faire ce qu'on sait faire et moi je ne sais pas assez bien le faire pour le faire.

I : D'accord !

DR8 : Donc que ce soit le suivi gynéco de mes patientes ou les infiltrations, j'estime ne pas être au point alors j'aime mieux laisser faire ça à quelqu'un qui a l'habitude !

I : D'accord ! OK ! Pensez-vous que faire des infiltrations, pourrait apporter un bénéfice à vos patients ?

DR8 : Oui !

I : A quel niveau ?

DR8 : Gain de temps !

I : Gain de temps pour eux ?

DR8 : Ouais ! Parce que moi, quand j'ai besoin d'une infiltration, je les adresse au rhumato qui ont un mois de délais, donc on perd 1 mois.

I : D'accord ! Vous les envoyez où en rhumato, ici ? À [ville] ?

DR8 : Euh, non. Dans les cabinets de ville à [ville].

I : D'accord ! OK !

DR8 : Des noms ? (*rites*)

I : On m'en a déjà donné des noms ! Mais, euh... Vous n'avez pas moins d'un mois de délai ? A chaque fois c'est à peu près ça ?

DR8 : En gros, oui ! Des fois ça va être 3 semaines, et des fois ça va être 6.

I : D'accord ! Et la démarche, le patient, lui-même, est-il content de cette démarche ou pas ?

DR8 : Bah il ne connaît que ça ! Donc il n'a pas le choix ! Il y a des patients, sur une tendinite d'épaule avec une calcification, que ça traîne, j'estime que c'est une bonne indication d'infiltration ! Je ferais leur infiltration au cabinet et probablement qu'ils seraient content, mais comme ils ne savent pas qu'on peut faire comme ça, ils ne se plaignent pas !

I : D'accord, OK ! Euh vous m'avez pas dit que votre collègue, il en faisait pas mal ?

DR8 : Si [nom], il en fait ! Pas, pas mal, il en fait de temps en temps !

I : Et les patients, ils ne se le disent pas ? Ce sont vraiment 2 patientèles différentes que vous avez ?

DR8 : Non, ce sont 2 patientèles qui sont bien intriquées. Non je ne pense pas qu'ils se le disent ! Et j'estime que les infiltrations faites par mon collègue, ne sont pas forcément plus efficaces que les miennes !

I : D'accord ! OK !

DR8 : Sauf, que lui, il les fait !

I : OK ! Et vous, vous pensez que c'est quoi, c'est juste la formation ? Il y a autre chose qui fait que vous pensez qu'elles ne sont pas efficaces ?

DR8 : Euh... Je ne sais pas ! La formation, oui, la formation, il l'a appris sur le tas ! Donc, il a 60 ans, ça fait 30 ans qu'il fait des infiltrations. Il prend l'ampoule d'Altim, il pique et la galère... Et s'il est au bon endroit ça marche, s'il met au mauvais endroit ça ne marche pas !

I : D'accord !

DR8 : Il n'en fait pas beaucoup ! Donc, en fait il en fait, allez, je ne sais pas, peut-être 3 dans le mois ou 2 dans le mois !

I : OK, ouais, ce n'est pas énorme ! Donc vous pensez que c'est un peu trop de l'à peu près !

DR8 : Oui !

I : D'accord ! Et vous pensez qu'il peut y avoir une formation, qui pourrait apporter un plus aux médecins généralistes ?

DR8 : Non, je pense que ce qui apporterait plus aux médecins généralistes, c'est la pratique !

I : D'accord !

DR8 : Donc, soit tu décides de faire des infiltrations, tu t'y mets, tu en fais beaucoup et puis celles que tu loupes, tu les loupes, et tu acceptes d'avoir du loupé dans le lot, soit tu n'en fais pas !

I : D'accord ! Donc c'est vraiment la pratique ! Si vous aviez reçu une bonne formation, vous n'en feriez pas plus parce que vous n'avez pas assez de pratique sur place en fait ! C'est cela qui vous manque, quoi ?

DR8 : Bah, écoutes, j'aurais eu une bonne formation, on m'aurait fait faire des infiltrations pendant mes études, peut être que je m'y serais mis en m'installant ! Mais ça n'a pas été le cas ! Donc on m'a montré une fois comment on infiltrait un canal carpien, dans une espèce de pseudo-mannequin et basta, c'est tout !

I : D'accord !

DR8 : Bon, j'en suis là, quoi ! Après c'est comme l'électrocardiogramme, ça, ça ne me pose aucun problème, je fais des électro, je sais les analyser, parce que j'en ai mangé un paquet pendant ma formation ! Les infiltrations, ce n'est pas le cas !

I : D'accord ! OK !

DR8 : Alors que je n'ai pas peur des bistouris, je n'ai pas peur du sang, faire des sutures ça ne m'embête pas et voilà, mais l'infiltration, je ne sais pas faire !

I : D'accord ! Est-ce que vous aimeriez quand même en faire ou pas ?

DR8 : (*silence*) Euh si je suis bien rémunéré, oui !

I : D'accord. Vous pensez que le tarif d'une infiltration, en médecin générale, en secteur 1, ce n'est pas assez ?

DR8 : C'est quoi ?

I : Ça dépend en fait de l'articulation, si c'est membre sup ou membre inferieur.

DR8 : Ce n'est pas du 27 euros, ou un truc comme ça ? Si c'est du 27 euros, j'estime que ce n'est pas assez !

I : C'est un peu plus, une trentaine.

DR8 : Ah ! Bah non ! (*rires*). Quand je serai payé 50 euros pour faire une infiltration, j'y réfléchirai !

I : D'accord !

DR8 : Ça prend du temps ! Il faut ouvrir un kit stérile, si tu veux faire ça bien ! Alors, il y en a beaucoup, ils n'ouvrent pas un kit stérile, ils te font ça, à la va-vite, sur ta table.

I : Après le kit stérile, il va être sur la majoration M, en plus. Comme dans les sutures !

DR8 : Ouais, mais attends, c'est pareil, pour une suture, je suture un bout de doigt 27 euros ? Non ! Non !

I : Ah bah, non ! Non, non ! Ce n'est pas ça une suture ! Une suture c'est 80 euros !

DR8 : Ouais, bah maintenant les facturations que je fais c'est du 70-80 euros ! Mais, t'as certains, certaines prises en charge sécu, une plaie superficielle de moins de 3 cm, c'est coté rien du tout ça ! Ce n'est coté pas 30 euros !

I : Ouais, mais toute plaie suturable, c'est une plaie profonde !

DR8 : On est d'accord ! D'où mes 60 euros ! Voilà ! Mais jusqu'à présent, si tu tiens compte des référentiels sécu, moi, toutes mes plaies au cabinet, sont des plaies profondes ! Même, si il y a des plaies dans le lot qui sont des plaies superficielles, à partir du moment où j'estime qu'il faut faire des points, pour moi, ce sont des plaies profondes !

I : Voilà !

DR8 : Comme beaucoup de mes confrères, je pense! Mais, ce n'est pas comme ça, dans les textes ! (*rires*)

I : Euh, qu'avez reçu, en base, au niveau enseignement, sur les infiltrations ? Que de la théorie ou vous avez eu un peu de pratique au niveau de l'externat, de l'internat ?

DR8 : Euh... externe, interne, je n'ai jamais fait aucune infiltration.

I : D'accord ! Jamais vu non plus ?

DR8 : J'ai fait, des stages, 2 stages chez le prat. J'ai été interne de médecine générale, je n'ai jamais fait d'infiltration, donc j'ai dû avoir, une après-midi, en 6 ans d'étude + 3, sur des infiltrations !

I : Chez un rhumatologue ? Chez ?

DR8 : Non, Non ! Il est médecin généraliste enseignant !

I : D'accord ! OK !

DR8 : Et, donc je te dis, il y a un pseudo-essai sur un mannequin, pour un canal carpien !

I : Ouais, d'accord !

DR8 : Rien de plus !

I : À l'hôpital, vous n'en avez jamais vu ? Sans en avoir pratiqué ? Une ponction de genou, une infiltration, rien du tout ?

DR8 : Si, si ! Mais, je n'en n'ai jamais réalisé moi !

I : OK ! Et c'était, parce que vous étiez étudiant et vous regardiez, point barre et vous n'aviez pas le droit de le faire, ou est ce que...

DR8 : Euh...

I : C'était à chaque fois, vous ne l'avez vu qu'une fois et vous n'avez pas eu l'occasion de le voir une deuxième fois ?

DR8 : Euh, non, c'était ça mais en gros, moi, j'ai été interne en médecine du sport, des infiltrations ils en faisaient, on m'a jamais dit « R., vas-y, prends l'aiguille et c'est toi qui fais » !

I : D'accord !

DR8 : Par contre, des ponctions de genoux, oui, ça j'en ai fait un paquet et ça ne m'angoisse pas de mettre une aiguille dans une articulation de genou, dans une articulation d'épaule, je trouve que c'est plus compliqué !

I : Après, si vous savez ponctionner un genou, il ne reste plus grand-chose pour pouvoir l'infiltrer ! C'est la même technique !

DR8 : Ouais. Mais des infiltrations de genou, on n'en fait pas beaucoup !

I : Le petit vieux, arthrosique, qui a réellement mal aux genoux !

DR8 : Bah lui, c'est pareil, je l'envoie chez le rhumato, il fait ses 3 viscosupplémentations, et si ses 3 viscosupplémentations n'ont pas marché, c'est le rhumato qui fait son infiltration dans les suites.

I : D'accord ! Est-ce que vous auriez aimé, avoir une meilleure formation ou pas ?

DR8 : Pour l'infiltration ? Oui !

I : Si vous imaginiez, un peu cette formation, comment aurait-elle pu être ?

DR8 : Bah, elle aurait pu être, je ne sais pas, dans un cabinet de rhumato ou dans un service de rhumatologie et 6 ou 8 demi-journées, et non pas une demi-journée !

I : D'accord ! Dans le cadre de vos études d'internat ou avant, ou après ?

DR8 : (*silence*)

I : N'importe ?

DR8 : Ouais !

I : L'important, c'est de le faire !

DR8 : Ouais !

I : Vous, aujourd'hui, si on vous proposait ça, alors que vous êtes installé, est-ce que ça vous intéresserait ou pas ?

DR8 : (*silence, réfléchit*) Je n'aurais pas bien beaucoup de temps à consacrer à cette formation !

I : D'accord !

DR8 : Donc, après sur le principe, oui ! Là, signer, pour une formation de 6 demi journées, 1 par semaine sur 6 semaines, je te dis non !

I : D'accord ! Euh, c'est parce que c'est l'hiver, qu'il y a une grosse, euh un gros emploi du temps ? Ou c'est...

DR8 : Parce qu'on a tout le temps du boulot et qu'en ce moment, encore plus !

I : Toute l'année, toute l'année, c'est...

DR8 : Ouais !

I : D'accord ! OK !

I : Eh, alors ça on en a déjà, parlé... Euh, pour vous quelles doivent être les limites aux infiltrations dans un cabinet de médecine générale ?

DR8 : Bah, par exemple, j'ai un patient qui s'est fait infiltrer, en paralombaire sur une hernie discale, il y a 15 jours par un de mes confrères, je ne pense pas que ce soit un travail de médecin généraliste.

I : Para lombaire, ouais. Il a fait ça à l'aveugle ?

DR8 : Sur son canapé !

I : D'accord, OK !

DR8 : Je pense que c'est mieux de le faire sous scan !

I : Ouais, sous scope, ouais ! Et le patient va bien, quand même ?

DR8 : Oui, il est opéré de sa hernie discale, il va mieux !

I : D'accord ! OK !

DR8 : Ça n'a servi à rien, ça n'a pas marché! Ça ne l'a pas aggravé, mais !

I : Il a tenté quelque chose !

DR8 : Il n'a pas fait d'abcès ! (*rires*)

I : D'autres limites ?

DR8 : Euh, non, qu'est ce qu'il faut que je te dise la dessus ?

I : Qu'est-ce qui peut différencier en fait, à part, parce qu'on a déjà parlé de la formation, un cabinet de généraliste d'un cabinet de rhumatologue ? On va dire.

DR8 : Non, je te dis à part, j'ai l'impression que si j'envoie chez le rhumato, ça marche mieux que si on le fait nous !

I : C'est juste une question de pratique ou pensez-vous que le fait d'aller chez le rhumatologue, le patient est déjà il est...

DR8 : Ce n'est pas impossible !

I : D'accord ! Qu'il y a déjà un effet placebo là-dessus !

DR8 : Ce n'est pas impossible ! Je ne sais pas !

I : D'accord ! Au niveau structure du cabinet, au niveau hygiène, tout ça, il y a pas de différence pour vous ?

DR8 : Non !

I : D'accord !

DR8 : Si on y met les moyens, on fait aussi propre les uns que les autres, il y a pas de soucis !

I : Est-ce que vous avez entendu parler aujourd'hui, que pour plusieurs actes, notamment les infiltrations, il faut décrire au niveau de sa pratique, des assurances de responsabilités civiles professionnelles ?

DR8 : Non !

I : Non.

DR8 : Ah, il me l'on peut être demandé quand je me suis installé, si je faisais des infiltrations ! Et j'ai dû leur dire non !

I : D'accord ! OK !

DR8 : Mes assurances.

I : Il y a certaines assurances qui demandent un supplément, trouvez-vous que ce soit justifié ?

DR8 : Si c'est un supplément de quelques dizaines d'euros, ça ne me choquera pas, s'ils me demandent 500 ou 1000 euros en plus sur l'année pour faire des infiltrations, c'est hors de question !

I : Ouais, là c'est quand même beaucoup ! Non, là c'est plutôt de l'ordre de 60 à 100 euros par an ! En plus.

DR8 : Si tu fais 3 infiltrations dans l'année, il ne faut pas payer tes 100 euros par an !

I : D'accord !

DR8 : Donc, si à partir du moment, tu dis que tu fais des infiltrations, faut en faire !

I : D'accord !

DR8 : Après la demande, on l'a.

I : OK ! OK ! Euh, quand vous pratiquiez des infiltrations, vous vous organisiez comment dans votre cabinet ? Au niveau du patient, comment vous lui expliquiez les choses, comment vous ameniez l'infiltration ?

DR8 : Euh, que les traitements de première intention étaient inefficaces, que c'était une bonne indication d'infiltration, euh, que je pouvais le faire au cabinet, si on m'amenait les produits, les produits adéquats, et je me réservais une demi-heure de temps sur mon emploi du temps !

I : Et vous avez fait ça, pendant combien de temps à peu près ? Avant d'abandonner ?

DR8 : J'en ai fait 3 fois, 4 fois !

I : D'accord, donc les premiers mois d'installation ! Quand vous étiez remplaçant, vous en faisiez un petit peu ou pas ?

DR8 : Jamais !

I : Jamais ! D'accord ! C'est vraiment ici, que...

DR8 : Ouais !

I : Que vous en avez fait un petit peu.

DR8 : J'ai infiltré, euh j'ai infiltré, 2 canaux carpiens et un Morton, quoi ! Je ne crois pas avoir fait de genou, des épaules c'est sûr, je n'en ai pas fait ! Ca doit être à peu près ça, voilà, quoi !

I : Ouais, mais c'est déjà pas mal, 2 syndromes canaux différents ! Pour le Morton, ça avait quand même bien fonctionné ?

DR8 : Oui !

I : Ce n'est pas le plus difficile !

DR8 : Non ! C'est facile, d'infiltrer le Morton !

I : Et si vous en voyez un aujourd'hui en consultation, vous ne le faites pas ?

DR8 : Non ! J'ai décidé que je ne faisais pas d'infiltration !

I : D'accord ! Ouais c'est vraiment bien...

DR8 : Ouais !

I : Non, mais après on diversifie sa...

DR8 : Moi je fais d'autres trucs !

I : Voilà, exactement !

DR8 : Et je pars vraiment du principe que le médecin, il fait ce qu'il sait faire et ce qu'il sait moins bien faire, il le laisse faire à ceux qui savent bien faire !

I : OK ! Bien dit ! (*rires*)

DR8 : (*rires*)

I : Dans les 3 – 4 infiltrations que vous avez eues, vous n'avez pas eu de complications particulières ?

DR8 : Non !

I : D'accord ! À part qu'il y en a qui on plus ou moins bien fonctionné !

DR8 : Mouais !

I : Pas de douleur à l'injection, pas de ...

DR8 : Non !

I : Pas spécialement! OK, D'accord. Au niveau des infiltrations en elles-mêmes, quel bénéfice pensez-vous en attendre pour vos patients ?

DR8 : Qu'ils soient soulagés de leur douleur !

I : Autre chose, ou pas ?

DR8 : Si ça peut... Non qu'ils soient soulagés de leur douleur, parce qu'une infiltration c'est un traitement à part entière, soit il y a une indication de l'infiltration, on la fait et ça doit marcher, euh, soit on doit faire différemment et à ce moment là, on passe à la chirurgie si il y a besoin, quoi !

I : D'accord ! OK ! Avez-vous des choses à ajouter, ou bien...

DR8 : Non.

I : Pas particulièrement !

DR8 : Que des jeunes qui arrivent derrière moi, soient mieux formés, ce serait bien !

I : D'accord !

DR8 : Et que probablement que ça libèrerait de la place chez les rhumatologues aussi ! Mais, voilà, les gens, ils acceptent d'attendre 1 mois, 1 mois et demi, pour aller chez le rhumato, ils n'acceptent pas d'attendre 24h pour aller chez le généraliste !

I : Ouais ! Et entre deux, vous ne les revoyez pas ? S'ils attendent 1 mois, 1 mois et demi, pour aller chez le rhumatologue, parce qu'ils se plaignent de leurs douleurs et tout.

DR8 : Ils bouffent des anti-inflammatoires et de l'Ixprim en attendant !

I : Ouais ! Super !

DR8 : (*rires*)

I : Ils se détruisent le ventre ! Super ! OK ! Bon bah voilà ! Merci beaucoup !

DR8 : Bah de rien, merci à toi ! Bon courage !

Entretien 9 :

I : Nouvel entretien à la recherche des facteurs influençant la pratique d'infiltrations de corticoïdes dans un cabinet de médecine générale. Donc, d'abord je vais vous demander de vous présenter avec votre âge, votre sexe, votre temps d'installation, votre fac de formation, si vous avez des diplômes complémentaire.

DR9 : Alors, 48 ans, né en 64, diplômé de [ville], et je suis installé depuis 18 ans.

I : D'accord ! Toujours à [ville] ?

DR9 : Ouais !

I : D'accord, OK !

DR9 : Médecine thermale, et c'est tout !

I : D'accord ! Est-ce que vous pouvez me décrire un petit peu, l'activité de votre cabinet ?

DR9 : à 80%, les gens de plus de 60 ans.

I : D'accord. Alors, pratiquez-vous des infiltrations ?

DR9 : Non ! Aucune !

I : Pourquoi ? Pour quelles raisons que vous n'en pratiquez pas ?

DR9 : Alors, la première raison, c'est que j'ai rarement été initié à en faire durant mon cursus, pour des raisons de hasard, de rencontre, de service, j'ai rarement été initié. Voir même pas du tout ! Je n'ai pas dû ponctionner beaucoup dans ma vie. Donc du coup, n'ayant peu l'usage, peu la formation, je me suis toujours trouvé des collaborateurs qui pouvaient faire mieux, plus sûrement, que moi ! (*sourire*)

I : D'accord ! Est-ce que vous en avez vu ou c'est vraiment la pratique... quand vous étiez à l'hôpital pendant votre formation, en avez-vous vu quelques unes ?

DR9 : Oui, j'en ai vu quelques unes ! Mais j'ai rarement eu à part 2-3, avoir infiltré moins de 5 fois dans ma vie, donc c'est vraiment très, très peu !

I : D'accord ! Et c'était à quel niveau ?

DR9 : Des, soit le genou, des genoux essentiellement ! Alors, l'épaule, je ne me rappelle pas en avoir infiltré une !

I : OK !

DR9 : Ce n'étaient que des genoux !

I : Et c'était dans quel cadre ? C'était encore à l'hôpital pendant votre cursus ?

DR9 : Oui, c'était à l'hôpital !

I : D'accord ! Vous n'en avez jamais pratiqué même au début de votre installation ou pendant les remplacements ?

DR9 : Non !

I : D'accord !

DR9 : Ou une fois, la devait être pendant les remplacements, j'ai du ponctionner un genou un jour, pour savoir ce qu'il y avait dedans, mais autrement non !

I : D'accord !

DR9 : J'ai ponctionné mais pas infiltré, dans le sens infiltration qui est un très mauvais terme d'ailleurs, parce que dans infiltration, on pense à cellules.

I : (*hésitation*) On pense à cellules..., pourquoi ?

DR9 : Bah, infiltration cellulaire. Bah je ne sais pas, infiltration ! C'est la cortisone infiltration, c'est ça ?

I : Oui, oui ! Bah nous on parle des infiltrations de corticoïdes !

DR9 : Voilà !

I : Ouais. OK. D'autres raisons ? A part la formation ?

DR9 : Alors, en dehors de la formation, ce qui est quand même essentiel, comment pratiquer avec sûreté quelque chose pour laquelle on n'a pas été formé, on peut le faire, on peut apprendre, il est toujours temps d'apprendre, on est d'accord ! Mais après quand on n'a pas l'usage et qu'on trouve des solutions quand on le ne fait pas soit même, on tombe dans la facilité et l'autre raison qui est très précise pour moi, c'est que je travaille sans secrétariat, donc tout acte délicat où il faut prendre son temps, où il faut être attentionné pendant quelques minutes, c'est incompatible avec mon activité durant laquelle je répond au téléphone !

I : D'accord !

DR9 : Voilà !

I : OK ! Vous avez toujours travaillé sans secrétariat ?

DR9 : Toujours !

I : D'accord ! Et ça vous a jamais tenté d'avoir, rien que le matin, un secrétariat téléphonique ?

DR9 : J'ai tellement l'impression que répondre au téléphone fait partie de mon travail de médecin, que si je travaillais avec un secrétariat, je perdrais une partie de mon essence de travail.

I : D'accord !

DR9 : Cela veut dire que moi, de la télémédecine, ça fait 20 ans que j'en fais !

I : C'est-à-dire, la télémédecine ?

DR9 : C'est-à-dire, je soigne les gens par téléphone.

I : D'accord.

DR9 : Je donne des conseils, je fais de la régulation, je fais, je dis qu'il faut prendre de l'Imodium quand il y a une diarrhée, quand je connais les gens, je me permets de faire depuis très longtemps de la médecine par téléphone !

I : D'accord ! Les personnes que vous connaissez bien le dossier, les ATCD, ce genre de choses !

DR9 : Voilà ! Donc, avec tous les risques que cela comporte, parce que ce n'est pas forcément très, je crois que ce n'est pas très régenté encore tout ça, normalement on n'a pas tout à fait le droit !

I : D'accord !

DR9 : Et je le fais tous les jours ! Les ordonnances qu'il y a sur la porte, il y en a 2 là, et il y en a tous les jours !

I : Oui, j'ai vu !

DR9 : Au minimum 3, 4 ! Tout est réglé par téléphone ! Ça veut dire, qu'une partie de mon activité, c'est répondre au téléphone, soigner les gens, et l'infiltration c'est un acte technique où il faut un peu plus de paix, de... moins de direct avec le téléphone, faut être un peu repos, faut être minutieux, faut travailler calmement.

I : Etre concentré !

DR9 : Voilà ! Et comme je n'ai pas de secrétaire, il y a des actes que je ne fais pas parce que... Et puis je suis en ville moi ! J'ai tout le plateau technique à côté ! Et comme on ne fait bien que ce qu'on fait souvent, autant laisser ça à des gens mieux formés, plus adroits, plus motivés et qui ont le tampon d'un secrétariat ou d'une infirmière ou de ceci à côté !

I : D'accord ! OK ! D'autres raisons ?

DR9 : Non ! (*sourire*)

I : D'accord ! Euh... Pensez-vous que les infiltrations auraient pu apporter un bénéfice à votre pratique ? Puis à vos patients ?

DR9 : Celle faite par mes confrères ?

I : Ouais.

DR9 : Ah bah oui, bien sûr !

I : Non, vos infiltrations, si vous en aviez réalisé en fait !

DR9 : Comme j'en ai pas fait beaucoup, bien sûr que cela pourrait apporter à ma pratique, bien sûr ! Au lieu de déléguer je le ferais moi-même !

I : D'accord !

DR9 : Bien sûr, que cela pourrait m'apporter quelque chose !

I : Et ça vous tente pas de faire une formation pour essayer d'en faire ?

DR9 : (*réfléchit*) Non ! Non, parce que ça marche tellement bien comme ça !

I : Hum, hum ! D'accord ! Vous avez quels délais pour envoyer en rhumato maintenant? Sans penser au semestre dernier ? (une interne de dernier semestre était à l'hôpital de [ville] et voyait rapidement les patients)

DR9 : Alors ça c'est une très bonne question ! Euh... des délais, moi j'arrive à, d'abord les infiltrations urgentes ça n'existe pas ! Bah pratiquement ! Donc du coup, 10 jours, ça me paraît raisonnable ! Et je trouve toujours un praticien dans les 10 jours !

I : Dans les 10 jours ! OK ! C'est vous qui téléphonez directement ?

DR9 : Ouais, je prends tous mes rendez-vous, c'est tout moi qui gère !

I : OK !

DR9 : Et quand je ne tombe pas sur le premier, qui ne veut pas ou qui ne peut pas, je bascule sur le second !

I : D'accord ! Vous avez votre réseau.

DR9 : Tout à fait !

I : Et ça fonctionne bien ?

DR9 : Ouais !

I : Donc les patients en générale sont satisfaits de la démarche?

DR9 : Entièrement. Et en plus, en plus, ils ont un deuxième avis. Ils ont la radio avant l'infiltration, ce que je n'ai pas forcément ! Ou faudrait que je les convoque à nouveau ! Parce que généralement, on fait une radio avant !

I : Quand même !

DR9 : Classiquement ! Ce n'est pas obligatoire, mais...

I : Un petit examen complémentaire, voir exactement ce qui se passe derrière !

DR9 : Voilà ! Donc du coup, ça me permet de faire l'ordonnance de radio ou d'écho, d'avoir l'avis complémentaire et de le faire faire par un praticien entraîné, puisque selon mes connaissances 1/3 seulement des aiguilles sont là où on espère qu'elles soient !

I : Ce n'est pas faux !

DR9 : Et bien voilà ! Donc une fois que je sais ça, pourquoi, il y a des gens qui sont extrêmement adroits, il ya des praticiens sur [ville], notamment, on a la chance d'avoir des rhumatologues, il y a des gens qui font ça, c'est incroyable quoi ! Il y avait [nom], qui piquait c'était vraiment un artisan des infiltrations, il faisait ça comme moi je prends une tension ! Donc du coup, avec des praticiens pareils, franchement j'aime autant, et sachant que dans les études objectives lues, seulement 1/3 des aiguilles sont exactement là où on espère qu'elles soient, voilà pourquoi je, moi je donne toujours la primauté aux meilleurs dans un périmètre de 20 km !

I : D'accord !

DR9 : Pour toutes activités !

I : Oui, pour tous spécialistes, pour tout rendez-vous ?

DR9 : Ouais, pour tous ! J'ai beaucoup de mal à faire quelque chose personnellement, en ayant la connaissance que quelqu'un à moins de 20 km le fait mieux que moi !

I : D'accord ! Ouais, vous n'avez pas envie de faire quelque chose si vous vous dites que cela peut être mieux réalisé juste à coté, à la porte d'à coté!

DR9 : Exactement !

I : C'est vraiment pour le patient !

DR9 : Voilà ! Et ça c'est un peu une exigence morale, mais qui pour l'instant me réussit !

I : OK ! Est-ce que vous auriez aimé quand même en pratiquer ? Juste pour le geste, pour...

DR9 : Oui ! Ouais, ouais, si ! Si la réponse est oui ! Je pense que si j'avais commencé tôt, si je mettais bien, si j'avais eu un enseignement, une espèce de, d'apprentissage, de compagnonnage, c'est quelque chose qui m'aurait plu, tout simplement parce que ça rend énormément de service et que c'est élégant de mettre le médicament là où il faut ! Par rapport à des cachets !

I : C'est élégant, c'est bien dit, c'est marrant !

DR9 : Bah, oui ! C'est logique ! On a mal là, on infiltre là ! Comme dit [nom de médecin] : « In loco dolenti ». C'est ça ?

I : Loco Dolente.

DR9 : Ouais, c'est ça, Dolente, ouais!

I : A l'endroit de la douleur !

DR9 : Voilà !

I : Il y a des infiltrations, qui sont faites réellement à l'endroit de la douleur ! OK ! Pensez-vous que l'enseignement que vous avez reçu pourrait être amélioré aujourd'hui ?

DR9 : La réponse est toujours oui ! Bien sûr !

I : Et comment ? Comment vous auriez vu, comment vous pensez que ça aurait pu vous aider ?

DR9 : Alors, la chose qui, à mon avis, manque le plus dans l'enseignement, c'est le compagnonnage. C'est-à-dire, que ce seraient des centres universitaires où on finirait par être dans l'anonymat complet, avec une espèce de brassage des gens et ce qui était vraisemblablement un peu moins le cas, quand l'internat avait été créé dans les premières années, voilà ! C'est-à-dire qu'il y avait un compagnonnage, maintenant il y a une telle profusion d'étudiants, d'enseignants, de diplômés, de ceci de cela...que finalement, les enseignants arrivent un peu à être un peu plus détachés des étudiants, je pense ! Bon ce n'est pas une vérité toujours vraie, il y a des enseignants qui sont très... mais le compagnonnage, c'est quelque chose qui me paraît important pour l'acquisition d'un savoir, et il faut que ça marche, ce n'est pas donné, c'est pas facile ! Il faut quelqu'un qui vous montre, qui vous rassure, qui vous explique avec euh... voilà ! La relation maître-élève !

I : Les formateurs auraient peut-être besoin d'une formation justement d'enseignant à côté !

DR9 : Les formateurs?

I : Ouais ! Les chefs de cliniques, les praticiens hospitaliers qui sont dans un hôpital universitaire !

DR9 : Oui, mais je ne crois pas que cela s'enseigne beaucoup ! Je crois surtout que c'est une question de personne et de motivation !

I : D'accord !

DR9 : Vous voyez ce que je veux dire ?

I : Oui !

DR9 : Moi, il y a des gestes techniques que j'ai faits, ce sont des ponctions lombaires ! Et les ponctions lombaires, j'adorais les faire. Autant infiltrer, je n'avais pas appris, je n'étais pas bah

voilà ! Autant les ponctions lombaires, j'avais appris ! J'avais un véritable enseignant qui m'a formé et je serais prêt encore à en faire, tellement j'ai apprécié !

I : Mais aujourd'hui, ça ne vous sert pas à grand-chose ?

DR9 : Ah, non, ça ne me sert à rien ! Mais c'est quelque chose, c'est une des rares choses techniques que l'on m'ait vraiment appris !

I : D'accord !

DR9 : J'étais en neurologie à Grenoble et c'est quelque chose que j'ai appris, et à partir du moment où on apprend dans de bonnes conditions et que l'on pratique, on acquiert une espèce de sérénité dans les gestes, qui font que ça devient plaisant ! Et je pense que c'est valable pour beaucoup de choses en médecine, suivant comment c'est enseigné, appris, voilà ! Ça peut devenir un usage quotidien !

I : D'accord ! Quand vous disiez tout à l'heure qu'en plus d'envoyer le patient chez le rhumatologue, cela lui fait un deuxième diagnostic, est-ce que vous avez peur de votre diagnostic ou pas ?

DR9 : Alors, peur c'est un grand mot !

I : Pas peur, mais quelques doutes, on va dire, plutôt ?

DR9 : Ah, forcément, toujours le doute ! Bien qu'une tendinite, ça ne me paraît pas compliqué, mais c'est toujours bien, d'avoir euh, c'est toujours bien !

I : D'accord !

DR9 : En médecine, faut travailler en groupe !

I : OK, pour les infiltrations, les avez déjà envoyés à d'autres généralistes, ou à chaque fois c'est un spécialiste ?

DR9 : Alors, si il y avait un généraliste, si j'avais confiance en lui, et qui les ferait bien, je lui adresserais sans problème !

I : D'accord !

DR9 : J'adresse l'acupuncture à des acupuncteurs, j'adresse euh... ça me dérangerait pas du tout !

I : D'accord.

DR9 : Je le ferais volontiers !

I : Vous pensez qu'un généraliste peut...

DR9 : Oh oui ! Heureusement ! Tout à fait !

I : Sans problème.

DR9 : Je retombe sur : qualification, apprentissage et exercice. Ça veut dire : est-ce qu'il fait ça tout le temps ? Si oui, il n'y a pas de soucis ! (*sourire*)

I : D'accord ! OK ! Est-ce qu'il y a déjà des patients qui vous ont demandé directement d'infiltrer ?

DR9 : Ah oui ! Bien sûr !

I : Qu'est-ce que vous leur avez répondu ?

DR9 : Je leur dit que moi, je n'infiltré pas, que je suis maladroit avec une aiguille !

I : D'accord ! Oui, là tout de suite ça fait plus peur ! (*rire*)

DR9 : Voilà ! (*rire*)

I : Donc, ils comprennent bien la démarche, ça se passe toujours bien ?

DR9 : Ça se passe toujours bien !

I : Impec ! Euh, avez-vous déjà entendu parler des assurances supplémentaires, en fait, qu'il faut aujourd'hui déclarer son activité, donc tout ce qui est infiltration ?

DR9 : Oui, mais j'ai dû le lire une fois, et comme ça me concerne pas, c'est passé tout de suite...

I : D'accord, trouvez-vous normal qu'il y ait des suppléments chez certaines assurances pour faire des infiltrations ?

DR9 : Je crois surtout que cette complexification des textes, des droits et des devoirs, est absurde !

I : D'accord !

DR9 : Voilà, parce qu'on ne s'en sort plus ! Bientôt si je lève le doigt, il va me falloir une assurance, si je le baisse, il faut reprendre un truc, une option ! Non, c'est du n'importe quoi ! De toute façon, la médecine qui existait quand j'ai grandi, le diplôme de médecin était, rappelez-vous, mais vous devez être trop jeune : omni valent, totipotent, plurivalent, je ne sais pas quoi, enfin bref on avait le droit de tout faire ! Eh, bien, C'est fini !

I : Ah bah oui.

DR9 : C'est fini ! Il y a, mais ça je le sais, sur le plan juridique, je le sais ! Et ça n'encourage pas beaucoup, c'est d'ailleurs pertinent comme question ! Ça n'encourage pas beaucoup, à faire beaucoup de choses !

I : Bah, ça limite, c'est vrai !

DR9 : Parce qu'après, c'est dans le, dans le subconscient, on se dit mais effectivement quand on lit des trucs comme ça, le dernier arrêté qui a été étonnant, c'était un type qui était aux urgences, qui n'était pas urgentiste et qui a manqué une fracture du coude sur un choc du poignet et qui a été pénalement responsable parce qu'il n'avait pas été diplômé de médecine d'urgence !

I : Ah, bah il n'est pas tout seul à ne pas être diplômé !

DR9 : Et bah voilà ! Mais le problème, c'est que la justice, à ma connaissance, je peux me tromper mais, à ma connaissance, il a été pénalement, enfin pénalement, en tout cas juridiquement, par rapport à l'assurance, il a été pénalisé !

I : D'accord !

DR9 : Donc ça conforte ce que j'ai dit, c'est que le diplôme, moi quand j'ai grandi, que j'ai appris, que je pouvais tout faire pourvu que je prenais mes responsabilités, c'est fini ! C'est fini, donc, ça c'est aussi le problème des spécialisations, c'est-à-dire que chaque spécialisation crée, de fait, une incompétence !

I : Ouais.

DR9 : Et ça c'est grave, c'est très grave ! Je soigne des vieux : « Mais docteur vous n'êtes pas gériatre », je soigne des enfants : « Docteur vous n'êtes pas pédiatre » !

I : Donc, on a le droit aux patients de 20 à 70 ans.

DR9 : Voilà !

I : Après ce n'est plus nous ! (*rire*)

DR9 : Voilà ! C'est là, c'est grave, cette hyperspécialisation c'est une erreur, et la compartimentation c'est une erreur ! Mais l'évolution du droit juridique, malheureusement, traduit une volonté de la société et qui à mon avis est parfaitement... C'est dommage, dommageable ! Ce n'est pas bien du tout ! Mais effectivement, ça c'est autre chose qui pourrait nous freiner ! D'avoir lu ça. Et puis, on n'a plus envie de faire des choses de façon tout à fait autonome puisque comme vous dites, il faut avoir le diplôme, il faut avoir l'autorisation, il faut avoir la législation, il faut avoir... ça ne crée pas beaucoup la tendance à l'initiative, n'est-ce pas ?

I : Hum ! Ok ! Euh... est-ce que... pour vous, qu'elles doivent être les limites aux infiltrations dans un cabinet de médecine générale ? Y en a t'il ?

DR9 : Non !

I : On pourrait faire toutes les infiltrations dans un cabinet de médecine générale ?

DR9 : Bah, il doit y avoir quand même des problèmes d'hygiène et d'asepsie !

I : C'est à dire, on ne peut pas, on n'a pas, on ne peut pas avoir la même.

DR9 : Ouais !

I : Pas la même hygiène dans un cabinet de médecine générale que chez un spécialiste ?

DR9 : C'est la même chose par rapport aux spécialistes, mais par rapport à quelqu'un qui est bien outillé et qui est... voir même hospitalier !

I : Vous ne les envoyez pas tous à l'hôpital aussi, les infiltrations ?

DR9 : Non ! Même jamais ! Mais effectivement, ça c'est autre chose, il y a peut être des conditions, d'hygiène, d'asepsie, d'éclairage, qui peuvent voilà, qui relèvent quand même d'une certaine attention !

I : D'accord ! Autre chose ?

DR9 : Euh, qui peut limiter dans un cabinet médical ?

I : Hum !

DR9 : Bah non, de médecine générale, bah non ! Bah il y a quand même des trucs, je suppose des infiltrations en rachidienne, il y a quand même les scopes, maintenant, les échos ! Voilà, donc cela limite !

I : Un petit manque de moyen aussi.

DR9 : Ouais, voilà !

I : Après, il faut être formé pour l'utiliser !

DR9 : Voilà ! Mais dans l'absolu, moi je ne vois pas, je respecte avec ce pourquoi j'ai été formé, on devrait tout pouvoir avoir le droit de faire sans assurance et en mettant tout simplement notre probité et nos compétences en cause.

I : D'accord. Est ce que vous avez quelque chose d'autre à ajouter?

DR9 : Bah, qu'en fait que chaque médecin dont moi, on finit par créer avec notre environnement, un état d'équilibre et de bénéfice pour chacun, qui fait que peut-être, que chaque médecin et j'en suis sûr, a ses propres modalités de fonctionnement par rapport à toutes activités ! Vous voyez ce que je veux dire ?

I : Ouais.

DR9 : Voilà ! Et après peut-être que j'aurais été le même médecin dans un autre coin, avec moins d'accès aux spécialistes et cætera, et de fait, la nécessité aurait fait que je serais pratiquant !

I : Voilà !

DR9 : Donc, j'ai vraiment l'impression qu'on s'adapte tous !

I : C'est l'offre et la demande !

DR9 : Ouais, et on s'adapte à notre environnement et en trouvant le meilleur compromis entre nos aptitudes, ce qu'on nous a appris et puis l'intérêt du patient !

I : OK !

DR9 : Mais c'est valable pour tous ! Pas que pour les infiltrations.

I : C'est tout ?

DR9 : Bah, c'est gentil, merci beaucoup !

I : C'est simple, c'est simple !

Entretien 10 :

I : Donc, entretien à la recherche des facteurs influençant la pratique et la non pratique d'infiltrations de corticoïdes dans un cabinet de médecine générale. Donc tout d'abord je vais vous demander de vous présenter, avec votre âge, votre sexe, votre temps d'installation, si vous avez des diplômes supplémentaires et un peu votre secteur d'activité au niveau du cabinet, si c'est du rural, du semi rural...

DR10 : D'accord, DR10, je suis installée à [village], j'ai 50 ans, je suis installée depuis 24 ans, je fais surtout de la médecine rurale et de la médecine de station.

I : D'accord. Vous êtes de quelle fac à l'origine?

DR10 : Grenoble.

I : Pas de diplôme complémentaire ?

DR10 : Non.

I : Pas de DU ? Rien du tout ?

DR10 : Non, rien.

I : D'accord. OK. Pratiquez-vous des infiltrations ?

DR10 : Non !

I : Pourquoi ?

DR10 : Euh, quand j'étais interne à l'hôpital de [ville], j'ai eu affaire, plusieurs fois, à des arthrites suite à des infiltrations faites dans des cabinets de généralistes et je me suis promis de ne pas en faire dans mon cabinet !

I : D'accord. Des infections, savait-on pourquoi ils y avaient eu ces infections ? Il y avait eu... d'où venait la faute ?

DR10 : C'était un problème de geste. Apparemment c'étaient des arthrites, euh..., induites par l'infiltration.

I : Par un manque d'hygiène, un manque de matériel stérilisé ?

DR10 : A priori, c'était dû à un manque d'hygiène, un manque de pratique du spé... euh du généraliste.

I : D'accord, OK ! C'est la seule raison ou il y en a d'autres?

DR10 : Moi, j'estime qu'au niveau de nos cabinets, ce n'est pas suffisamment propre et stérile pour pouvoir faire des infiltrations.

I : Par rapport à un cabinet de rhumatologue ?

DR10 : Ouais, par rapport à un cabinet de rhumatologue, et en plus je manie très mal le geste.

I : D'accord.

DR10 : Donc, sans formation, je ne me vois absolument pas faire des infiltrations.

I : D'accord. Quelle est la différence, pour vous, dans l'hygiène d'un cabinet de généraliste et de rhumatologue ?

DR10 : Le rhumatologue voit de la médecine, finalement, assez propre, dans le sens, où les patients qui le consultent, y vont pour un problème rhumatologique, donc ils n'ont pas de maladies infectieuses, en théorie hein ! Nous en cabinet rural, bah, on voit aussi bien, quelqu'un qui arrive avec une plaie souillée, que quelqu'un qui, enfin, on voit un peu toutes les pathologies infectieuses et donc je pense qu'au niveau de l'air ambiant... voilà ! Je ne me sens pas à l'aise de faire des infiltrations dans mon cabinet.

I : D'accord ! Est-ce que vous pensez que, en faire dans votre cabinet, des infiltrations, ça pourrait apporter un bénéfice à vos patients ?

DR10 : Ah, probablement !

I : Quel genre de bénéfice ?

DR10 : Bah, ça éviterait déjà aux gens, d'aller à [ville], chez le rhumatologue, avec des délais de rendez-vous longs !

I : Qui sont... longs, c'est-à-dire ?

DR10 : Ça peut aller jusqu'à 2 mois et puis ça permettrait quand même de les soulager plus rapidement. Mais comme je ne pratique que ce que je sais bien pratiquer, du coup je ne pratique pas !

I : D'accord ! OK ! Euh... vous n'aimeriez pas en pratiquer ? Si vous saviez le faire, si vous aviez eu la formation adéquate ?

DR10 : Si j'avais eu la formation, peut-être que j'en pratiquerais sur certaines petites articulations, ou des choses comme ça, parce que bon, ça m'arrive de faire des ponctions d'hygroma par exemple, donc, des choses comme ça, mais après... Mais voilà je pense que c'est surtout le fait que je manie mal le geste, peut-être que si j'avais une formation, peut-être que je tenterais dans certaines, dans certains cas !

I : Et en dehors des articulations, des infiltrations articulaires, n'y a t'il pas certaines autres qui vous intéresseraient ? Qui sont justement, peut être un peu moins dangereuses au niveau infection ?

DR10 : Si, moi ce qui me gêne surtout c'est de piquer dans une articulation, après tout ce qui est autre infiltration, disons que je ne sais pas les faire mais si je savais les faire, je pense que je les pratiquerais à partir du moment où elles ne sont pas intra articulaires.

I : D'accord ! OK ! Euh... à l'hôpital quand vous étiez externe, interne ou même avant l'externat, aviez-vous vu des infiltrations ?

DR10 : Je ne suis jamais passé en rhumatologie, donc euh...

I : D'accord.

DR10 : Oui, j'en ai vu mais j'en n'ai jamais pratiqué !

I : D'accord, on vous a jamais euh, proposé de le faire, euh...

DR10 : Non, c'étaient les internes en spé, qui les faisaient !

I : D'accord.

DR10 : Nous, on ne les faisait pas !

I : OK. Pensez-vous que l'enseignement qui justement, qui était un peu non présent pendant votre cursus, a influencé cette pratique ?

DR10 : Ah évidemment ! Bien sûr !

I : Pourriez-vous décrire une formation qui serait pour vous idéale pour ce type de geste ?

DR10 : (*réfléchit*) Bah, la formation idéale déjà, faudrait que ça se fasse en plusieurs étapes, parce que je ne pense pas qu'on apprenne les infiltrations en une fois ! Donc, effectivement, ce serait une formation où on nous apprendrait déjà tous les petits gestes simples sans aller chercher ce qui est compliqué et qui aurait lieu à proximité de chez nous, à des horaires où on peut se déplacer ! Et voilà, quoi !

I : Si on vous proposait aujourd'hui cette formation, prendriez-vous le temps de la faire ou pas ?

DR10 : Oui !

I : D'accord. Et vous la verriez plus en hospitalier ou en cabinet de ville ?

DR10 : Pour moi, c'est égal ! Du moment que ce soit avec un formateur sympa ! (*rires*)

I : (*rires*) Ça ! Bah s'il a envie de faire apprendre, il doit être sympa !

DR10 : Pas toujours !

I : Pas toujours !

DR10 : Parce que pour eux, c'est tellement simple, ça semble tellement évident que souvent ils ne peuvent pas comprendre les réticences et les blocages que l'on a par rapport à certains gestes !

I : Ils ne comprennent pas la spécificité de la pratique de la médecine générale ?

DR10 : Pas obligatoirement, ouais !

I : D'accord ! Euh, par rapport aux médecins qui pratiquent des euh... des médecins généralistes qui pratiquent des infiltrations dans leur cabinet, qu'en pensez-vous ?

DR10 : Si c'est un geste qu'ils manient bien, qu'ils font bien, avec une bonne hygiène, ça ne me pose pas de soucis ! Donc... Moi ça ne me gêne pas qu'ils en pratiquent !

I : D'accord. OK. Et par rapport aux infections que vous aviez vues à l'hôpital, vous aviez téléphoné au médecin, pour savoir un petit peu ce qu'il s'était réellement passé ou...

DR10 : Oui, bah bien sûr, on avait téléphoné au médecin, qui..., moi ce qui m'a le plus gêné dans ces cas là, c'est qu'à aucun moment il n'a voulu se remettre en cause !

I : D'accord.

DR10 : Voir penser que...qu'il pouvait être responsable de quoi que ce soit ! Alors que ce n'était pas une accusation, je veux dire sur un geste n'importe quoi peut arriver ! Sauf que les 3 fois c'était avec le même médecin !

I : D'accord ! OK ! Donc c'était surtout un médecin qui...

DR10 : Voilà, et le problème c'est qu'à l'hôpital on ne voit que les complications ! Donc toutes les infiltrations qui se passent bien, on ne les voit pas ! Je vois moi, tous mes patients qui ont des infiltrations par les rhumatologues et tout, je n'ai jamais eu un seul problème septique !

I : D'accord ! Euh... Quand vous dirigez vos patients vers un spécialiste rhumatologue, comment cela se passe t'il ? Euh... sont-ils contents d'y aller malgré le délai d'attente, prennent ils eux-mêmes leur rendez-vous ?

DR10 : Oui, ils sont contents d'y aller ! Oui, bien sûr !

I : Et le fait qu'ils attendent encore 2 mois avec leur douleur ?

DR10 : Bon ils ont pris l'habitude des délais de rendez-vous qui sont longs ! Encore quand c'est trop hyperalgique, c'est moi qui téléphone, je vois avec le rhumato, parce que bon on a tous des spécialistes un peu attirés avec lesquels on s'entend bien et qui nous prennent nos urgences. Donc dans ces cas là, ils sont vus beaucoup plus rapidement.

I : OK.

DR10 : Et souvent, on essaie d'anticiper, plutôt que d'attendre vraiment, d'être en phase complètement aiguë, pour faire quelque chose, je veux dire par exemple quand il y a besoin de faire des infiltrations sur certaines articulations type genou et tout. Souvent ils commencent à avoir un petit peu mal, et donc on dit déjà, prenez déjà un rendez-vous chez le rhumato, il va falloir probablement faire une infiltration. Donc on arrive souvent à arriver en fait avant la phase complètement aiguë.

I : OK ! Vous lancez d'abord les examens complémentaires ou faites-vous faire tout ça au rhumatologue ?

DR10 : Je fais tout faire, non, non, non, je fais tout et du coup le rhumato voit avec tout ! C'est bête de faire perdre du temps au patient et à tout le monde ; C'est-à-dire, moi je lance le bilan complémentaire, ils prennent leur rendez-vous chez le rhumato, sachant que le rendez-vous peut être long, quand ils y vont, ils ont déjà tous leurs examens complémentaires !

I : D'accord. Est ce que vous avez déjà eu des demandes directes d'un patient pour une infiltration ?

DR10 : Oui !

I : Qu'est-ce que vous leur avez répondu ?

DR10 : Que je n'en faisais pas !

I : D'accord. Et ils n'ont pas demandé pourquoi...

DR10 : Non !

I : D'accord.

DR10 : Non, non ! Pour ça j'ai des patients qui acceptent ce que je ne fais pas !

I : OK, qui ont bien confiance.

DR10 : Ouais !

I : Impec ! Euh, avez-vous déjà envoyé chez un collègue généraliste pour faire une infiltration ?

DR10 : Non !

I : Parce que vous n'en connaissez pas qui en font, ou que vous ne faites vraiment pas confiance au généraliste en lui-même ?

DR10 : Non ! Ce n'est pas que je n'ai pas confiance, je veux dire, autant ça ne va pas choquer un de mes patients que je l'envoie vers un spécialiste, autant, nous sur le secteur, on est très limité en médecin, donc si ils viennent chez moi, c'est qu'ils ne veulent pas aller chez mes confrères, et donc si j'envoie chez mes confrères faire une infiltration ils ne vont pas comprendre.

I : D'accord.

DR10 : Et si j'envoyais le patient chez un autre généraliste, de toute façon ce sera pareil sur Chambéry ou Aix, donc à la limite pour eux, ils préfèrent aller chez un rhumatologue !

I : Oui, au niveau distance, c'est sûr que ça revient un peu au même ! Euh... Pour vous, quelles doivent les limites aux infiltrations dans un cabinet de médecine générale ?

DR10 : (*réfléchi*) Les limites, eh bhein... Bah déjà être sûr de ce qu'on va infiltrer, je veux dire, euh...si on a un doute, surtout ne pas toucher à l'articulation, je veux dire, faire parfois, des examens para cliniques avant ! Et puis, bah, ça dépend du patient aussi ! Et puis, les limites ce seront surtout mes limites à moi ! C'est-à-dire ce que je me sens capable de faire !

I : D'accord !

DR10 : Et puis avoir le matériel adapté et puis avoir tous les produits qu'il faut quoi ! Parce que nous le problème aussi c'est que la pharmacie étant à 13 km...

I : Elle est où ?

DR10 : C'est à [village], ouais, 12 km..., donc ça oblige les patients, si moi je n'ai pas de stock, à descendre chercher le produit, à remonter. Donc ça c'est aussi un des problèmes compliqués, il y a pas une pharmacie en bas de la rue. Après, je ne peux pas avoir les produits.

I : Après une infiltration, ça ne se décide pas du jour au lendemain, quoi !

DR10 : Oui, donc tout peut se programmer, bien entendu ! Mais bon comme je n'en fais pas, je ne sais pas comment je ferais si je devais en faire.

I : D'accord. Avez-vous déjà entendu parler, au niveau assurances en fait, savez-vous qu'il faut déclarer ce genre de gestes ?

DR10 : Oui, oui, bien sûr !

I : Est-ce que vous savez s'il y a un surplus vous sur votre assurance ou pas ?

DR10 : Je ne sais pas, vu comme je fais déjà des points de sutures, je veux dire, il y a déjà fallu le déclarer à l'assurance, comme on travaille avec les pompiers il faut le déclarer à l'assurance et déjà il y a un surplus pour ça, donc je ne pense pas qu'ils en rajoutent en plus !

I : D'accord. Ce surplus donc, qui est commun avec les sutures selon vous, est-ce que vous le trouvez justifié ou pas ?

DR10 : Non ! Non mais bon, il faut bien le faire, il faut bien le prendre quoi !

I : D'accord.

DR10 : Alors, justifié non, parce qu'à partir du moment où on fait certains gestes, c'est plus dans le bénéfique du patient, donc ce n'est pas normal que l'on paie plus pour à la limite, je dirais soulager... Bon moi, je vois, pour les sutures, pour soulager les urgences tout bêtement !

I : Après, je pense que les assurances n'ont rien à faire que nous soulageons les urgences !

DR10 : Tout à fait, bien sûr ! Donc après, je veux dire nous déjà, on paie des surplus pour tout, tout simplement parce qu'on intervient avec les pompiers !

I : D'accord.

DR10 : Mais après, je préfère être assurée correctement et ne pas avoir de soucis, je préfère payer un surplus et le déclarer !

I : D'accord, OK. Euh... Est-ce que vous trouvez en fait que la rémunération justement, par la sécurité sociale est suffisante par rapport au geste ? Parce qu'après une infiltration c'est 26 à 30 euros selon la localisation...

DR10 : Non bien entendu, ce n'est pas suffisant, parce que si..., moi j'applique les règles de la sécu, c'est-à-dire que logiquement on ne peut pas se faire rendre le matériel.

I : Ouais, normalement, on n'est pas censé le prescrire !

DR10 : Ouais, moi je ne le prescris pas ! Donc la plus part du temps, je veux dire, les sutures, c'est plus que je me fais encore plaisir en faisant des gestes techniques et que ça évite à mon patient de descendre, mais c'est absolument pas rentable !

I : Les sutures vous les facturez à combien ?

DR10 : Bah, ça dépend, il y a tout un critère, j'ai toute la nomenclature, donc ça dépend où elle est située, si c'est un visage, si c'est une main, si c'est..., voilà !

I : OK ! Euh... si vous aviez quelque chose à dire à vos collègues qui pratiquent, que leur diriez-vous ?

DR10 : Faites que ce que vous savez bien faire et ça évitera les complications !

I : D'accord, est ce que vous avez déjà eu un patient, revenant de chez un rhumatologue, avait eu des complications ?

DR10 : Non ! Jamais !

I : D'accord ! Et vous n'avez jamais eu de patient qui est revenu de chez un médecin généraliste jusqu'à aujourd'hui ?

DR10 : Non !

I : D'accord.

DR10 : Je pense qu'en général tout se passe bien, c'est vrai que j'ai eu ces expériences malheureuses aux urgences qui a...

I : Qui revenaient toujours sur le même médecin.

DR10 : Voilà, ce qui a influé, même sûr, ce que j'ai fait par la suite !

I : Ce qui est compréhensible ! Ok, euh...avez-vous quelque chose de particulier à ajouter ?

DR10 : Non.

I : Non, rien de particulier. OK, bah merci bien !

DR10 : De rien !

Entretien 11 :

I : Donc, nouvel entretien à la recherche des facteurs influençant la pratique et la non pratique d'infiltrations de corticoïdes dans un cabinet de médecine générale. Je vais d'abord vous demander de vous présenter, donc c'est anonyme donc pas le nom, votre âge, votre sexe, votre temps d'installation, votre secteur d'activité, si c'est du rural du semi rural, si vous avez des diplômes complémentaires, si vous êtes maître de stage universitaire.

DR11 : Donc j'ai 65 ans, je suis un homme, je suis installé depuis 1977, faculté de Besançon, diplôme de médecine générale, j'ai un DU de médecine des catastrophes, de médecine du sport, et puis gérontologie, et puis voilà. Euh, je suis maître de stage.

I : D'accord. Euh, pratiquez-vous des infiltrations?

DR11 : Ouais. (*sourire*)

I : D'accord. Pourriez-vous me décrire votre pratique, le type d'infiltration, les sites, les produits que vous utilisez...

DR11 : Alors, particulièrement, ce sont surtout les canaux carpiens. Autrement c'est au niveau des doigts, ou des arthrites, euh des arthroses rhizoméliques du pouce, c'est ça. Et puis dans le genou, éventuellement de temps en temps.

I : Pour quelles indications dans le genou ?

DR11 : Bah, quand il y a une poussée inflammatoire aiguë on fait, une ponction évacuatrice et on injecte le corticoïde, principalement c'est du Diprostène ou éventuellement de l'Altim.

I : D'accord. Dans le genou vous faites l'arthrose, faites-vous aussi les pathologies inflammatoires, rhumatisme inflammatoire à côté ou pas ?

DR11 : Oui, ça m'arrive, rarement dans le genou, beaucoup plus dans l'épaule.

I : D'accord, OK, l'épaule en plus. Donc, canal carpien, épaule, genou et les doigts.

DR11 : Et les doigts ouais !

I : C'est à peu près tout ?

DR11 : Ouais !

I : D'accord. Est-ce que vous pouvez me décrire le déroulement d'une consultation, en fait si ça se passe en 1 temps, 2 temps...

DR11 : Généralement, ça se passe dans la foulée.

I : D'accord.

DR11 : Quand il n'y a pas de problème.

I : Vous ne donnez pas de temps de réflexion au patient ?

DR11 : Ah, bah je leur demande toujours leur avis !

I : Oui !

DR11 : Mais, bon... Oui, il y en a qui refusent ! Ou qui reviennent après !

I : D'accord.

DR11 : En principe, non, non, disons que 8 fois sur 10, je la fais pendant la consultation !

I : OK !

DR11 : Ou après une radio, par exemple souvent, pour l'épaule, quand il y a des calcifications, donc on propose après la radio, parce qu'on peut faire la radio ici et à ce moment là..., souvent, ça se passe, il y a pas de problème !

I : D'accord, donc ça vous arrive de faire la radio ici et de faire l'infiltration juste après !

DR11 : Oui, dans la foulée !

I : D'accord, OK ! Euh, quelles explications donnez-vous aux patients? Par rapport au geste, par rapport à l'intérêt du geste ?

DR11 : Ah, bah, c'est surtout pour euh..., diminuer l'inflammation et puis, eux ils attendent surtout le soulagement !

I : D'accord.

DR11 : Voilà !

I : OK. Quelles sont, en général, leurs questions, y a-t-il beaucoup de peur derrière ça ou ont-ils bien confiance ?

DR11 : bah, généralement non, ça ne pose pas de problème, je crois qu'au bout de 36 ans que je suis ici, la plupart du temps, les gens me connaissent et me font confiance.

I : D'accord.

DR11 : Donc, il est rare que les gens refusent, ouais, ou il y en a qui demandent en effet, un temps de réflexion ! Mais généralement, non, ils acceptent volontiers !

I : D'accord. Au niveau technique, au niveau asepsie, vous utilisez, vous faites quoi ?

DR11 : Bah c'est Bétadine, alors en principe, lavage Bétadine, voilà !

I : D'accord. Un temps de Bétadine et...

DR11 : Non, 2 temps, on lave, on rince et on remet de la Bétadine jaune, voilà !

I : D'accord. OK vous utilisez un champ stérile ou non stérile ?

DR11 : Non !

I : Non, d'accord. Au niveau gants, en utilisez-vous?

DR11 : Oui, j'utilise des gants, mais non stériles (*rires*) !

I : OK ! Euh, où avez-vous eu votre formation pour ces gestes?

DR11 : Bah, je l'ai eu, euh... quand j'ai fait mes études hein, parce que j'en faisais beaucoup.

I : Pendant l'internat ? L'externat ?

DR11 : Je n'ai pas fait d'internat, moi !

I : Pas fait d'internat ! D'accord.

DR11 : je n'ai fait que de l'externat !

I : OK ! Et vous êtes passé dans quel service, euh, pour euh... ?

DR11 : Alors, j'ai fait de la traumatologie, j'ai fait beaucoup de chirurgie orthopédique et puis euh, je n'ai pas fait de rhumato mais je pense que c'était, je me rappelle pas exactement où j'ai appris à faire ça ! Je sais que dès qu'il y avait une infiltration à faire, je la faisais !

I : D'accord ! Vous étiez bien motivé !

DR11 : Voilà ! Une ponction...

I : C'était l'envie qui vous a amené à apprendre le geste !

DR11 : Oui, oui !

I : D'accord! Vous avez fait des formations après, des FMC ou ce genre de choses?

DR11 : Non, enfin oui, j'ai fait des formations, mais en in bon...

I : Oui, mais pour les infiltrations ?

DR11 : Pas pour les infiltrations en particulier ! Si la (???) en urgence, mais ça c'est pour les blocs ! Mais autrement non.

I : D'accord. OK ! Est ce que vous avez trouvée cette formation suffisante ?

DR11 : (*réfléchit*) Oui, je pense, oui.

I : Est-ce qu'il ya des sites que vous avez infiltrés sans avoir été formé, avez-vous regardé dans les livres, sur internet ou...

DR11 : Alors, ce qui se passe, c'est vrai qu'on faisait beaucoup plus de choses, en particulier on faisait, au niveau vertébral, et là sans échographie, sans radiographie... (*rires*)

I : Ça devait être un peu difficile ?

DR11 : Voilà, mais c'était quelque chose, une pratique qui était courante, c'est sûr que ça j'ai abandonné ça depuis très longtemps.

I : D'accord.

DR11 : Voilà, ça j'ai laissé aux autres, voilà !

I : Là, vous vous ne tentez pas de faire des radios..., des infiltrations sous radio ?

DR11 : Non !

I : Non !

DR11 : Non, non, non, il faut être raisonnable !

I : D'accord ! (*rire*), OK ! Euh... pour vous, est-ce que vous pouvez me décrire, un peu, la formation qui vous aurait parue idéale pour ce genre de geste ?

DR11 : Bah, je pense que, je ne sais pas si ça existe, des mannequins qui peuvent, qui le fassent, qui le font, je ne sais pas !

I : Ça existe !

DR11 : Je pense que ce serait intéressant, certainement ! Parce que moi je suis, dans mon temps si on peut dire, on apprenait sur le vif et sur le tas (*rires*) ! Voilà ! Maintenant, je pense que les patients n'accepteraient plus ce que l'on a fait !

I : D'accord. Bah après il ne faut pas lui dire que c'est le premier !

DR11 : Oui, c'est sûr.

I : Il faut montrer que l'on a confiance ! Euh, qu'attendez vous des infiltrations que vous pratiquez ? Qu'est-ce qui vous incite à les pratiquer?

DR11 : C'était surtout pour soulager, améliorer, c'est sûr !

I : Ouais, d'accord ! Améliorer quoi ?

DR11 : Améliorer au point de vue fonctionnel au point de vue douleur !

I : Par rapport à vous, ça apporte quoi à votre pratique en plus ? Est-ce que vous pensez que ça vous apporte quelque chose ?

DR11 : Ouais, c'est toujours valorisant de faire un acte technique ! Bah, je pense ouais. Surtout quand ça marche !

I : D'accord. Justement, avez-vous déjà eu des complications sur vos infiltrations ?

DR11 : Alors, j'en ai eu une !

I : Ouais.

DR11 : Sur un canal carpien, la première année où je me suis installé ! C'est sur un patient qui n'était pas très âgé et euh, il a eu un abcès en effet, c'est un patient qui avait eu un bilan biologique avant, qui était tout à fait normal, et qui s'est retrouvé diabétique !

I : D'accord.

DR11 : Je pense que c'est en relation.

I : Vous pensez que le diabète était déjà là, pendant, au moment de l'infiltration ?

DR11 : Bah, au moment de l'infiltration, il n'y était pas, je crois, là 3-4 mois avant, parce que j'avais fait un bilan biologique, et ça je m'en rappelle très bien, parce que ça, ça remonte dans les années 77.

I : Ouais !

DR11 : Donc, voilà ! En 77 ou 78, donc ça m'a vraiment marqué, autrement je n'ai jamais eu d'autre problème !

I : Est-ce que ça vous a fait réfléchir sur votre pratique sur les infiltrations ?

DR11 : Tout à fait ! Ah bah bien sûr !

I : Qu'est-ce qui a changé ?

DR11 : Bah c'est sûr, j'ai peut être fait un peu plus attention à l'asepsie. Là c'est sûr ! Oui, ça certainement. Et puis, bah quelqu'un qui est diabétique, je ne le fais plus ! (*rires*)

I : D'accord, vous n'infiltez plus du tout les diabétiques ?

DR11 : Bah si ça m'arrive quand même... j'en ai fait dans certains cas, s'ils sont bien équilibrés, il n'y a pas de problème, je le fais !

I : D'accord. Vous réfléchissez plus à ce moment là !

DR11 : Tout à fait ! C'est vrai que l'on fait beaucoup plus attention chez les diabétiques ou chez les gens qui ont des AVK !

I : D'accord, OK ! D'autres co-morbidités qui vous font réfléchir ?

DR11 : Comme ça, sur le moment, non !

I : D'accord, les AVK est-ce que vous les, quand ils sont sous AVK est ce que vous, dans quel type de cas vous infiltrez, dans quel type de cas vous n'infiltez pas ? Selon la localisation, selon...

DR11 : Non, bah je me souviens, c'est surtout dans le canal carpien ou l'épaule, je me souviens pour ça. Si je fais beaucoup plus attention, donc ce n'est pas... faut que l'INR soit correct. C'est vrai que si il est un petit peu haut, je préfère faire attendre un petit peu que ça baisse, pour le faire.

I : D'accord !

DR11 : Mais j'ai jamais eu de problème de ce côté-là !

I : D'accord ! Jamais eu d'hématome...

DR11 : je préviens les patients que cela peut arriver, etc., qu'ils me tiennent au courant ! Mais bon en principe, non, non, il ya pas de problème. Moi je n'ai jamais eu de problème !

I : D'accord ! Dans les petites complications, genre malaise, douleur ou même allergies, vous en avez déjà eu ou pas ?

DR11 : Allergie, jamais. La douleur, bah oui, c'est vrai, par exemple dans le canal carpien, si on touche le nerf médian, mais je les préviens avant, qu'on peut toucher, que c'est quelque chose qui peut arriver, en leur disant qu'on va éviter de le faire mais que si on touche c'est qu'on est bien placé, quoi ! (*rires*) Mais bon généralement, non, il y a pas de problème !

I : D'accord !

DR11 : Non, je ne me rappelle pas de patients vraiment insatisfaits de l'acte ! D'autres qui disent oui, ça fait mal mais je n'en ai pas eu vraiment, je n'ai pas de patients qui se sont rebellés après ou de truc comme ça !

I : Qui sont revenus mécontents quoi.

DR11 : Voilà !

I : D'accord ! OK !

DR11 : Après je ne dis pas, s'ils n'étaient pas contents peut-être que je ne les ai jamais revus, mais... (*rires*)

I : Ils sont allés voir ailleurs ! (*rires*)

DR11 : Non ! Je n'ai pas eu de problème ! Non, non !

I : Est-ce que, qu'est ce que vous utilisez... avec les infiltrations d'autres moyens de traitement ?

DR11 : Pour dire, bon quand je parlais que l'on faisait des, que j'utilise le diprostène et cætera, euh... Dans certains canaux carpiens, j'utilise quand même, enfin c'est exceptionnel maintenant, je mets un peu de Xylo, quand par exemple c'est très douloureux, comme ça ils sont soulagés de suite mais enfin ! Dans le temps, c'est vrai que jusqu'il y a 15-20 ans en arrière, je l'utilisais pratiquement systématiquement.

I : Sur tous les endroits que vous infiltriez ?

DR11 : Voilà !

I : D'accord.

DR11 : Peut-être plus pour me rassurer moi que ...

I : Et pourquoi avez-vous arrêté ?

DR11 : Bah parce que c'est inutile, je pense que la Xylo c'est quand même plus dangereux ! Voilà !

I : OK !

DR11 : Pas la peine de prendre de risques inutiles !

I : OK ! Et d'autres moyens médicamenteux et non médicamenteux à côté ou pas ?

DR11 : Ça dépend !

I : Ça dépend, on attend de...

DR11 : C'est sûr, Dans le canal carpien non ! Mais par exemple, pour le genou, souvent il y a une immobilisation, quand c'est un gros genou qu'on évacue et puis on fait une infiltration dans la foulée, c'est sûr que voilà ! Après il est vrai qu'on traite la douleur par anti inflammatoire mais là c'est au coup par coup, on n'a pas là... il n'y a pas de règle.

I : D'accord ! Est-ce qu'il y a des sites que vous n'infiltriez pas et que vous aimeriez savoir infiltrer ?

DR11 : (*réfléchi*) Je suis à 6 mois de la retraite ! (*rires*) Du coup...

I : (*rires*) Désolée ! Je vois ! Alors auriez-vous ...

DR11 : Non, mais il est vrai que j'aurais aimé faire plus de choses, au niveau du rachis et cætera mais avec la qualité technique, avec les échos et cætera, c'est sûr que je regrette que l'on n'ait pas pu s'équiper en échographie, ça j'aurais fait ça oui !

I : Après il y aurait eu une formation à faire à côté !

DR11 : Oui ! Ah oui, oui ! Une formation ! Enfin d'autant plus que je me suis bien lancé dans les blocs, donc c'est intéressant !

I : Les blocs d'anesthésies ?

DR11 : Les blocs ilio facial et cætera, des trucs comme ça, ouais.

I : D'accord.

DR11 : Pour les urgences, pour les fractures du fémur et trucs comme ça !

I : OK. Avez-vous déjà eu des demandes directes d'infiltrations par des patients ?

DR11 : Tout à fait ! Bah parce que les gens ici me connaissent et puis d'un patient à l'autre, ils se donnent des renseignements et puis il y a des patients de d'autres médecins qui viennent et ... Je suis extrêmement prudent et ...

I : Avec les patients que vous ne connaissez pas ?

DR11 : Avec les patients que je ne connais pas et puis surtout s'ils sont soignés par d'autres de mes camarades, de mes confrères et puis qu'ils viennent là ! Je suis extrêmement prudent, hein ! Je fais très attention !

I : D'accord, OK ! Et vous la vivez comment cette demande directe ? Que ce ne soit pas vous qui l'avez proposée, ça...

DR11 : Bah souvent comme c'est de bouche à oreille et puis, bah c'est souvent parce que les patients qui lui en ont en parlé sont contents ! C'est toujours satisfaisant ! (*rires*)

I : OK ! Est ce que vous avez déjà envoyé quand même un patient chez un collègue spécialiste ou même généraliste pour une infiltration ?... Donc que vous, vous ne vous sentiez pas capable de faire ?

DR11 : Oui, tout à fait ! Pour des épaules, ou c'était un peu complexe ou parce que ça ne l'avait pas amélioré, ce que j'avais fait ne l'avait pas amélioré ! Ca oui, ça je le fais ! Voilà !

I : OK !

DR11 : Et puis après, bon, aussi à l'interrogatoire, on voit bien si le patient est d'accord ou pas, ou compliant ou pas, donc à ce moment là, on, oui, je préfère l'envoyer vers un spécialiste !

I : D'accord, OK. Vous les envoyez où chez les spécialistes ici ?

DR11 : Chez le rhumatologue ou chez le rééducateur fonctionnel, sur Aix les Bains en particulier !

I : D'accord. Les délais d'attente, ça va ou... Vous arrivez à avoir un bon réseau ?

DR11 : Non, on y arrive, il n'y a pas que le réseau, ça va bien et puis ce n'est pas une urgence souvent ! Bah si, il y a certains patients, je pense à une qui a un problème d'épaule un peu complexe, on gère au téléphone, en général il y a pas de soucis !

I : D'accord !

DR11 : Par contre je regrette qu'on ne puisse pas faire les viscosupplémentations !

I : Hum hum !

DR11 : Et pourtant j'en ai fait quelques unes !

I : Vous en avez fait, donc c'est vous qui les aviez prescrites ?

DR11 : Ce n'est pas ça, en fait j'ai prescrit le rhumatologue, et puis le patient avec l'ordonnance du rhumatologue est venu (rire), mais bon c'est arrivé 2 fois et bon, ce sont des patients que je connaissais bien, je leur ai expliqué que je n'avais pas le droit, et cætera, et cætera... mais bon, non, non, je ne suis pas adepte de ça, mais je pense que c'est moins dangereux de faire une viscosupplémentation que mettre des corticoïdes !

I : Ce n'est pas faux ! Après pourquoi la sécurité sociale ne veut pas que l'on les fasse ?

DR11 : C'est une affaire de sous !

I : De sous, parce qu'ils ont peur qu'on les rate et que ce serait un produit raté ou que... ?

DR11 : Non, ce n'est pas ça, c'est qu'on en prescrit trop, je pense ! Enfin je suppose !

I : On en prescrirait trop ?

DR11 : Ouais !

I : D'accord.

DR11 : De toute façon à chaque fois que j'ai envoyé un patient pour une viscosupplémentation, il y a eu droit ! (*rire*) Et pourtant j'en envoie !

I : Euh... Pour vous quelles doivent être les limites aux infiltrations de corticoïdes dans un cabinet de médecine générale ?

DR11 : (*réfléchit*) Bon bah ce que je disais, bah faut se méfier des traitements anti coagulants et diabète et puis au niveau de la peau. Bah c'est sûr que si au niveau de la peau ce n'est pas net, ce n'est pas clair, à ce moment-là, on va s'abstenir.

I : D'accord.

DR11 : Les limites, euh..., bah ce sont ses propres limites et puis le patient s'il est d'accord ou pas !

I : Ses propres limites, c'est-à-dire ?

DR11 : Bah il y a des jours où on n'est pas en forme (*rires*) ! Et puis il y a des jours où on a tendance à refuser plutôt que d'autres ! Ce n'est peut-être pas toujours facile à expliquer ! Je crois qu'il ne faut pas se forcer à les faire quand on n'a pas envie de les faire, et puis il y a des fois aussi où l'indication peut paraître limite ! Parfois on est poussé par le patient à en faire, et puis je crois qu'il ne faut pas hésiter si... il ne faut pas se laisser mener quoi ! Bon il faut qu'on prenne la décision nous-mêmes ! Il ne faut pas... généralement quand on me pousse trop, plus on me pousse moins je le fais !

I : D'accord !

DR11 : Voilà !

I : OK ! La plupart du temps, quand les patients reviennent cela bien fonctionné, ils ont été contents du traitement ?

DR11 : Ouais ! Pour l'épaule, bah ce n'est pareil, si ça ne va pas, c'est le rhumato !

I : D'accord !

DR11 : Mais je n'ai jamais eu de récriminations, en disant bah ce que vous m'avez fait ce n'était pas nécessaire, ce n'était pas bien, ce n'était pas la bonne indication ! Je pense aussi qu'il faut expliquer, en disant, vous faites ça et ça marche ou ça ne marche pas. Si ça ne marche pas, bah voilà... D'autant plus que souvent les gens disent : « Docteur ça n'a pas marché, est-ce que vous pouvez m'en refaire une ? » Moi, je n'ai pas vraiment de..., on est sélectif dans nos réponses, notre mémoire est sélective et je n'ai pas de, de souvenir vraiment de problème !

I : D'accord ! OK ! Euh, là on parle plutôt juridique, au niveau assurance, avez-vous déclaré à votre assurance le fait de faire des infiltrations ?

DR11 : Tout à fait !

I : Cela vous a-t-il fait un surplus au niveau de votre assurance ?

DR11 : Probablement, je ne sais pas ! Comme on fait pas mal de choses, des actes de traumatologie, de réductions, des plâtres, je suis médecin correspondant SAMU, on fait quand même des actes un peu graves, des choses beaucoup plus dangereuses on va dire !

I : Trouvez-vous normal d'avoir un surplus sur votre assurance ?

DR11 : Bah dans le... Moi je pense... après c'est peut être le niveau, j'ignore le niveau, mais non, je pense que c'est normal si, vu les problèmes judiciaires actuels, vaut mieux être protégé ! Je pense que c'est normal ! Ca veut dire aussi que ce n'est pas totalement reconnu dans notre profession ! Il faudrait que ce soit dans un acte, oui, il faudrait que ce soit reconnu tout simplement, comme acte de médecine générale ! C'est vrai que je n'ai pas tellement réfléchi à cette question ! On a tellement l'habitude de tout payer ! (*sourire*)

I : D'accord ! (*rires*) Euh, quand euh vous, comment quand euh vous... faites une infiltration vous les cotez comme une consultation ou vous les cotez avec les actes ?

DR11 : Alors CCAM !

I : D'accord. Et vous trouvez que c'est suffisant comme euh prix ou pas ? On est à 26 ou 30 euros.

DR11 : C'est-à-dire que lorsque nous sommes en consultation et que l'on fait l'infiltration dans la foulée, c'est tout de même un peu juste, quand même ! Mais je me vois mal faire la consultation et puis coter à part, euh faire revenir le patient ! Non ça non !

I : D'accord !

DR11 : Bon, s'il doit revenir parce que je n'ai pas de produit ou parce que pour l'AVK je préfère contrôler ou si la peau n'est pas bien nette, oui, bah c'est sûr, je cote la deuxième fois la CCAM, mais autrement non !

I : D'accord. L'anecdote, bah c'est, à moins que vous ayez d'autres d'anecdotes au niveau des infiltrations ?

DR11 : non...

I : Non, pas là !

DR11 : Sauf que j'utilise toujours mon vieux bouquin de 74, de 72-74 ! (*sourire*)

I : Pour les repérages ?

DR11 : Pour le repérage, mais c'est surtout pour montrer aux internes !

I : D'accord OK.

DR11 : Quand je viens, parce que j'ai appris aux internes à le faire, il n'y a pas de problème, il y a des internes qui ont fait, je leur laissais tous les canaux carpiens, par exemple !

I : D'accord !

DR11 : Pas de soucis !

I : OK ! Euh si vous deviez dire quelque chose à vos confrères qui ne pratiquent pas d'infiltrations, que vous leur diriez –vous ?

DR11 : (*réfléchit*) Bah je pense que maintenant il faut être formé, je pense que s'il y a des formations possibles sur mannequins, je crois qu'il ne faut pas hésiter ! Et puis je pense que s'ils n'ont pas envie, il ne faut pas le faire, quoi !

I : Ouais, faut être motivé !

DR11 : Voilà, je crois qu'il faut être motivé ! C'est un petit peu pareil dans beaucoup d'actes, j'aime bien les urgences et cætera, c'est mon propre truc, je pense que si un médecin généraliste n'aime pas les urgences, si ça lui plaît pas ce n'est pas la peine qu'il se force, faut se faire plaisir !

I : Oui ! D'accord OK. C'est quoi votre livre, sur les infiltrations ?

DR11 : (*rires*) Bah c'est un truc qui est marrant, parce que je le montre toujours à l'interne, c'est qu'on infiltrait beaucoup avant, avec beaucoup moins de corticoïdes, c'est vrai que peut-être en 77, dans les années-là, on donnait peut-être moins de corticoïdes et on infiltrait avec du Dibencozan (cobalamine), je crois que c'est un truc qui n'existe plus du tout et qui est de la vitamine B12 !

I : D'accord, OK ! Et ça avait un effet anti-inflammatoire ?

DR11 : Je ne m'en rappelle plus, mais certainement, si on leur donnait des corticoïdes, c'est que l'on s'était rendu compte que les corticoïdes étaient plus efficaces ! (*rires*) Et pas si méchants que ça ! (*cherche son livre pour me le montrer*) Il est toujours sous...

I : Ouais, il n'est pas loin !

DR11 : Non, parce que j'ai montré à mes internes et c'est vrai que c'était un truc qui était quand même relativement bien fait, c'est vrai que par exemple sur le canal carpien (*nous regardons le livre*)

I : Ah ouais, il y a des belles fiches anatomiques !

DR11 : Oui, tout à fait anatomique ! Là j'en ai eu fait de temps en temps.

I : De la hanche ?

DR11 : Ouais de la hanche, mais... ça fait très longtemps que je ne le fais plus.

I : C'était le moyen fessier ?

DR11 : Voilà !

I : Et il s'appelle comment ce petit bouquin ?

DR11 : Oh, non, c'est un truc de laboratoire.

I : Illustrations et techniques des infiltrations locales péri articulaires !

DR11 : J'essaie de trouver le canal carpien, car je montre souvent à l'interne et il comprend mieux !

I : C'est pour repérer le grand palmaire peut-être ?

DR11 : Tiens j'ai oublié l'épicondylite !

I : D'accord ! Vous trouvez que ça fonctionne bien ?

DR11 : Ah oui ! Bah c'est comme toutes les tendinites, c'est un problème complexe les tendinites ! Soit ça marche très bien, il y a des gens avec une ça va bien, d'autres, si ça ne marche pas à la première, on en fait trois, généralement je couple avec la kiné ! (*tourne les pages du livre*) Donc voilà, c'est sur la face palmaire, moi j'ai trouvé que c'était vachement bien, ce truc-là !

I : Ah oui, parce qu'il...

DR11 : Donc on voit le geste, donc plutôt, mais bon, donc en fait dans le canal carpien, on le fait plutôt là !

I : Ouais, c'est plus loin.

DR11 : Voilà ! Ça permet de bien voir ici, parce que là, le radial il ne doit pas être bien loin, quand même ! Ah bah non, il se déplace un petit peu ! J'ai trouvé que ça c'était quand même bien foutu ! Voilà, avec le...

I : Là, on a le grand palmaire, c'est ça ?

DR11 : Celui-ci, en fait il n'est pas mal ! J'ai trouvé qu'il était bien foutu, il est toujours, il y a des choses qui ont pas changées !

I : Bah il est clair ! C'est un beau livre d'anatomie quand même ! Il est bien fait !

DR11 : Dans le temps où les laboratoires étaient rois (*le livre a été édité par un labo*) !

I : Où ils donnaient des bouquins !

DR11 : Où ils donnaient des week-ends, et ils continuent d'ailleurs !

I : Des bouquins j'ai dit !

DR11 : Des bouquins, des week-ends !

I : Ouais, ils ont calmé un peu le jeu quand même !

DR11 : De 71 il est !

I : Ah, d'accord 1971 ! C'était l'Isn ?

DR11 : Alors, c'était, l'Isn le nom du laboratoire ? Ça doit être un qui a dû disparaître ! Un qui a été racheté ! Bah je pense, c'est un laboratoire qui a été racheté !

I : Et il y a la Revue du Prat en plus (*quelques coupures de la Revue du Praticien sont intercalées dans son livre*)

DR11 : Ah oui, je mets des fiches pratiques ! Voilà !

I : OK ! Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

DR11 : Je ne sais pas, non.

I : Questions auxquelles j'aurais pu penser, mais que...

DR11 : Oui, les épicondylites, ça je fais !

I : Des Mortons, vous n'infiltez pas ?

DR11 : Morton, ouais, Morton et puis des fois des épines calcanéennes !

I : D'accord, là vous n'utilisez pas de xylo?

DR11 : Si, si ! Les épines calcanéennes mais franchement si les semelles ne marchent pas ! C'est quelque chose aussi, alors là je suis extrêmement euh comment, euh, sur l'asepsie impeccable, parce que les pieds c'est... là je fais double ! Je crois que c'est important. (*re-regarde dans le livre*) Tendon d'Achille pas de trop ! Eh, tendinite d'Achille, j'en faisais dans le temps, c'est vrai !

I : Et pourquoi vous-avez arrêté ?

DR11 : Parce que, il y a le risque de nécrose !

I : Donc, pour l'épicondylite vous y allez quand même ?

DR11 : Epicondylite oui ! Il ne faut pas me porter la poisse, hein ! (*sourire*)

I : Pour les 6 derniers mois! Ce serait dommage (*rires*) !

DR11 : (*rires*) Non, voilà, c'est bien ! C'est vrai qu'on faisait, non, les adducteurs jamais ! (*feuillette toujours son livre*) Voilà !

I : OK ! Bah merci beaucoup !

Interruption puis reprise

I : Par rapport au rhumatisme inflammatoire ? (*parlant des traitements immunosuppresseurs*)

DR11 : Tout à fait !

I : Par rapport au traitement, oui c'est sûr, ils sont plus fragiles.

DR11 : Ouais.

I : Après...

DR11 : Moi, je pense qu'il faut, enfin, faut bien connaître à mon avis, bien connaître cette technique, savoir se mettre des limites et surtout bien... ouais faut s'y tenir ! Bah c'est la même chose avec les plaies, on fait beaucoup de plaies.

I : Faut savoir dire stop ça je ne sais pas faire !

DR11 : Plaies de la main et cætera, je pense que je fais beaucoup de choses mais des fois je me suis fait peur quand je me suis un peu lancé. Donc je pense qu'il faut se mettre des limites ! Mais, moi je crois qu'il faut se connaître et s'y tenir !

I : Et s'y tenir ! Non, mais ouais, c'est vrai du coup les gens vont dire qu'ils vont faire certaines infiltrations et pas d'autres, de façon assez catégorique et, ouais, ils se tiennent à, « ça je sais faire, ça je n'ai jamais appris donc je ne le ferai pas » !

DR11 : Oui, on a des aides. Par exemple l'autre jour j'ai eu un patient qui est arrivé avec une amputation de bout de doigt, qui n'avait pas l'os, j'ai fait la radio il y n'y avait pas l'os, il n'était pas atteint, et c'était un morceau qui était assez épais quand même ! J'étais prêt à l'hospitaliser, donc j'ai fait la photo, je l'ai envoyé à la chirurgie de la main, et puis il m'a dit bien non, c'est bien propre, bien net ton affaire là, tu greffes !

I : Ah, il avait le petit bout avec lui !

DR11 : Ah oui, il avait le bout avec lui, tout ça !

I : OK !

DR11 : Donc, il me dit non, vas-y ! Tu me tiens au courant comment ça va ! Et c'est vrai que ça s'est très bien passé !

I : Ca a bien cicatrisé ?

DR11 : Et ça aussi, tu vois c'est un avantage, on parle beaucoup de télémédecine, je pense aussi que c'est quelque chose qui peut être fait ! Je pense qu'on peut envisager pour des médecins qui ne sont pas très, très sûrs, qui sont un peu loin, de faire des infiltrations, sous, avec la télémédecine !

I : Ouais mais après ça c'est, si il y avait un contexte d'urgence pourquoi pas, mais là il n'y a pas de contexte d'urgence !

DR11 : Bon, c'est sûr que maintenant refaire un ligament dans une plaie, ça se fait pas, mais j'en ai fait encore un il y a pas trop longtemps dans un contexte un petit peu particulier, c'était une personne âgée qui ne voulait pas descendre à la clinique ou à l'hôpital.

I : D'accord !

DR11 : « Mais Docteur vous m'avez déjà fait tellement de choses, allez-y ! » Bon, cette fois cela s'est bien passé, bon j'en ai fait pendant tellement longtemps, mais maintenant ce sont des pratiques que l'on est plus amené à faire en cabinet ! Dans un contexte très particulier, à mon avis on peut le faire ! Je ne pense pas que pour nous ici, nous ne sommes pas encore très, très loin, mais dans des zones qui sont vraiment très isolées, on peut très bien envisager de faire des infiltrations sur télémédecine !

I : D'accord. Donc avec des rhumatologues, à l'hôpital.

DR11 : Euh si comme formation, je l'ai eue par un médecin correspondant SAMU où on faisait pas mal de techniques d'infiltrations.

I : D'accord ! C'était par quel organisme, vous, vous en souvenez ?

DR11 : Médecin, c'est médecine de montagne !

I : Ah, avec les, d'accord, OK !

DR11 : Auprès des MCS. Donc, euh... oui, oui, là on a appris un certain nombre de choses !

I : OK !

DR11 : Surtout de la révision ! Puis d'échange surtout !

I : Oui, l'échange de pratique, c'est intéressant !

DR11 : C'est assez rigolo !

I : OK !

DR11 : Voilà !

I : OK ! Merci beaucoup !

Entretien 12 :

I : Bonjour, alors déjà est-ce que vous pouvez vous présenter un petit peu, à peu près votre âge, la durée d'installation, la zone d'activité où vous exercez, si vous avez des diplômes complémentaires ?

DR12 : D'accord. Donc moi, j'ai 53 ans et je me suis installée en 2003, après avoir fait de nombreux remplacements, de la PMI et de la santé scolaire. Je suis dans un secteur semi rural, associée avec une autre collègue femme. Voilà.

I : D'accord. Vous êtes maître de stage ?

DR12 : Oui.

I : Vous faites combien de consultations par jour à peu près ?

DR12 : une vingtaine à peu près. Avec des horaires plutôt limités par rapport à certains collègues, c'est-à-dire que je commence à 8h du matin, et je termine le soir parfois un peu tard, parfois à 16h, euh ça dépend.

I : D'accord. Vous avez des diplômes complémentaires, des DU, des choses comme ça ?

DR12 : Non.

I : Est-ce que vous faites des infiltrations ?

DR12 : Non. Plus maintenant.

I : Ah, vous en faisiez avant ?

DR12 : J'en ai fait quand je faisais des remplacements. Euh j'ai essayé d'en faire un peu au début de ma période d'installation et puis je me suis vite rendue compte que d'une part ma collègue n'en faisait plus, elle est installée depuis plus longtemps que moi, et d'autre part j'avais du mal à les caser sur mon temps de.... Au tout début, je n'avais pas beaucoup de patients j'avais donc le temps et puis après euh je ne pouvais plus.

I : D'accord, donc c'est surtout qu'il fallait réduire le temps de consultation parce qu'il y avait trop de monde et que vous n'aviez plus le temps d'en faire.

DR12 : Hum, c'est ça.

I : Il y a d'autres raisons qui font que vous n'en faites plus ?

DR12 : Bah maintenant les autres raisons c'est parce que je ne sais plus faire quoi, euh... (rises). Et puis de toute façon celles que je faisais c'étaient des petites infiltrations, c'était canal carpien euh... ouais c'était surtout le canal carpien.

I : D'accord. Il y en avait d'autres ou pas ?

DR12 : Euh... Non.

I : Le coude... ?

DR12 : Le coude j'ai peut-être fait une fois, et genou aussi une fois.
Donc coude et genou mais je n'ai jamais fait les épaules euh...

I : Et le Morton ?

DR12 : Non.

I : D'accord.

DR12 : Ah peut être une fois le calcanéum, alors j'avais essayé pour les épines calcanéennes.

I : D'accord. Et c'était efficace ?

DR12 : Je ne me souviens plus (*rires*).

I : D'accord. Et est-ce que lorsque vous en faisiez, les patients étaient satisfaits ? Est-ce que vous trouviez que c'était efficace ?

DR12 : Euh oui.

Pour l'épine calcanéenne je ne sais pas, pour le canal carpien oui, et genou euh moyen (*rires*), ce n'était pas aussi net que le canal carpien.

I : Vous vous souvenez du produit que vous utilisiez ?

DR12 : Non. (*rires*)

I : D'accord. Vous avez déjà eu des complications ?

DR12 : Euh non.

I : Que ce soit sur le plan infectieux ou piquer dans le nerf ou autres ?

DR12 : Non, jamais.

I : Et là si vous aviez le temps, auriez-vous envie d'en refaire ou pas ?

DR12 : Bah avec une formation oui.

I : Vous aviez fait des formations avant à l'époque ?

DR12 : Euh non ! (*rires*). Mais je crois aussi que quand on sort de la fac on est plus à l'aise avec les gestes euh...

I : Hum. Vous aviez appris à les faire pendant votre internat ?

DR12 : Euh, pfff... Je ne me souviens même pas vraiment, enfin oui j'en avais peut-être fait une ou deux comme ça en temps qu'interne, mais c'est vrai que quand on est interne on fait toujours euh beaucoup de gestes quoi. On recule moins devant... (*rires*)

I : Ouais, on est un peu obligé aussi.

DR12 : On est un peu obligé oui et du coup euh, bhein j'avais, euh, peut-être juste appris comme ça un peu avec le médecin que je remplaçais ou avec euh... Enfin... Et encore ça ce n'est pas une vraie formation. Par contre depuis j'ai fait deux jours de formation sur les infiltrations que j'ai jamais mis en pratique (*sourire*).

I : D'accord, et c'était quoi cette formation ?

DR12 : Ce sont les stages MG Form.

I : Ouais.

DR12 : Donc voilà. Ca ne m'avait pas donné assez d'assurance...

I : C'était une formation théorique ou avec de la pratique ?

DR12 : C'était théorique avec un peu de pratique comme euh, comme un peu dans ces stages mais ce n'est pas...

I : C'était sur mannequin ?

DR12 : Oui. Donc il n'y a pas la même motivation non plus qu'en situation réelle quoi. Je n'avais pas en tête un patient que j'allais pouvoir infiltrer bientôt donc euh... Voilà.

I : C'est surtout par curiosité que vous avez fait cette formation ?

DR12 : Bah, c'était bien dans l'idée de m'y remettre un peu mais... (*rires*), ça n'a pas débouché sur du concret.

I : Vous aviez peur ? Ca ne vous a pas donné assez d'assurance pour reprendre ?

DR12 : Oui. C'est ça oui.

I : D'accord. Euh, est-ce que vous, vous trouvez que l'enseignement que vous avez reçu sur les infiltrations était suffisant ?

DR12 : Oh non, pas du tout non. Je ne me souviens pas avoir reçu de formation sur les infiltrations (*rires*).

I : Pareil (*rires*).

Et comment vous verriez la formation idéale si vous vouliez en refaire ? Qu'est-ce que vous souhaiteriez avoir comme formation ?

DR12 : Euh, ça serait vraiment une formation pratique c'est-à-dire euh, avoir un patient et puis que je lui fasse son infiltration avec quelqu'un à côté qui puisse commenter.
Après toute la partie théorique on la connaît, enfin, ou ce sera vite euh, ce n'est pas un problème...

I : Oui, il suffit juste de chercher dans les livres.

DR12 : Oui. Les indications, les contre-indications, les précautions...

Mais il me faudrait quelqu'un qui soit à côté de moi pour pratiquer le geste en toute sécurité au début et puis après...

Donc cette formation il faudrait l'envisager voilà pendant les stages...

Alors il y a aussi des jeunes internes qui choisissent leurs maîtres de stage en fonction de cela, c'est-à-dire qu'il vont choisir d'aller chez un maître de stage qui fait des infiltrations pour pouvoir avoir une formation. Parce que vous ne l'apprenez pas à la fac non plus ?

I : Ah pas du tout non.

DR12 : Et dans les stages hospitaliers même en rhumato euh je ne crois pas qu'ils en font beaucoup.

I : Ouais, il faudrait peut-être organiser une journée avec un rhumato où il met tous ses rendez-vous d'infiltration pour en voir un concentré, parce que si c'est pour voir une infiltration ou deux sur toute la journée... Mais ce n'est peut être pas très facile à organiser, je ne sais pas.

DR12 : Oui. Et dans les petits hôpitaux quand même y a euh... ils en font je pense...

I : Est-ce que vous vous souvenez si votre assurance vous avait demandé de déclarer quelque chose, payer un supplément ?

DR12 : Payer un supplément non. Le signaler euh, j'avais dû le signaler. A l'époque non, alors maintenant je ne sais pas... ?

I : Je ne sais pas si toutes le font mais en tous cas il y a des médecins qui nous ont dit qu'ils ont dû payer un supplément.

DR12 : Ah ouais, d'accord. Vous allez finir de me décourager d'en refaire ! (*rires*)

I : Avez-vous des patients qui vous demandent de faire une infiltration au cabinet ?

DR12 : Bhein, il n'y a pas très longtemps justement euh (*sourire*), une dame qui avait vu le rhumatologue pour un électromyogramme pour évaluer la sévérité de son syndrome du canal carpien. Elle revenait avec son électromyogramme en me disant que le rhumatologue lui avait dit qu'il fallait faire une infiltration. Point.

I : Ah bon ?

DR12 : (*rires*)

I : C'est bizarre qu'il n'ait pas prévu de le faire en fait du coup.

DR12 : Donc euh oui, j'ai essayé d'appeler le rhumatologue à ce moment-là pour savoir quelle était son intention, mais je n'ai pas pu le joindre. Alors là je me suis vraiment sentie euh... De ne pas pouvoir répondre à la demande du patient, je me suis dit quand même, il y a quelques années en arrière je lui aurais fait son infiltration et voilà quoi. (*rires*)

I : D'accord. Et du coup vous savez ce qu'elle est devenue ? Si elle a revu le rhumato, s'il lui a faite ?

DR12 : Euh je pense, ça fait une dizaine de jours alors je ne sais pas, je n'ai pas eu de nouvelles encore.

I : Et à part elle vous avez eu d'autres demandes ?

DR12 : A part elle, non. Non. Non non.

I : D'accord. Vous aviez des patients qui refusaient ?

DR12 : Ah il y en a toujours qui sont très réticents aux infiltrations, qui refusent les infiltrations oui.

I : Pourquoi, ils avaient peur ?

DR12 : Peur de l'injection de corticoïdes, c'est surtout le produit qui leur fait peur. Avec les risques infectieux...

I : D'accord. Et quand vous en faisiez, vous en faisiez souvent ? Un ordre d'idée par an ?

DR12 : Euh pas beaucoup en fait (*rires*). Quatre ou cinq par an mais pas... parce qu'après ça dépendait aussi des médecins que je remplaçais.

I : D'accord. Et une fois que vous étiez installée ?

DR12 : Et installée euh bah pareil... Les premières... Bah non installée, euh, non non non, parce que en fait je les ai faites surtout dans les débuts de remplacements, et après comme j'ai associé remplacements et médecine scolaire et PMI donc j'ai moins fait de remplacements, donc j'ai perdu l'habitude euh voilà, parce que je suis restée longtemps avant de m'installer, et quand je me suis installée, euh la première année d'installation j'ai du en faire 2 ou 3 et après euh, c'est tout.

I : Hum, d'accord, et du coup ça vous arrive souvent d'avoir à envoyer des patients chez un collègue, que ce soit un généraliste ou un spécialiste ?

DR12 : Oui, enfin, pas très souvent disons que chez les collègues généralistes euh, non, c'est vrai que ça me gêne un petit peu.

I : Et votre collègue ici, elle n'en fait pas non plus c'est ça ?

DR12 : Elle n'en fait pas non plus, non. Et après chez les rhumatologues je fais parfois un courrier, je ne sais pas, une scapulalgie ou autre chose, mais je n'envoie pas pour une infiltration, je ne l'écris pas dans le courrier après c'est le rhumatologue qui voit ce qu'il fait.

I : D'accord. Pour vous quelles doivent être les limites aux infiltrations dans un cabinet de médecine générale ?

DR12 : Euh, des problèmes d'asepsie, euh surtout, après euh... (*silence*). Euh non, je ne pense pas à autre chose.

I : D'accord. Donc du coup est-ce que votre prise en charge a évolué au cours du temps, on a vu que oui. Est-ce que vous avez déjà eu vous-même une infiltration, est-ce qu'on vous en a déjà fait ?

DR12 : Non.

I : Et est-ce que si on était amené à en faire vous le feriez ?

DR12 : Bhein oui, je pense que oui (*rires*). Oui oui.
En général les indications sont bien posées.

I : D'accord. Vous en faisiez chez les patients qui étaient sous anticoagulants, diabétiques euh...

DR12 : Ah, non.

I : Vous n'en faisiez que chez les gens qui n'avaient pas de problème de santé particulier ?

DR12 : Hum.

I : En visite vous en faisiez ou pas ?

DR12 : Non.

I : Est-ce que si la sécu revalorisait les tarifs des infiltrations qui sont actuellement aux alentours de 27 euros, est-ce que vous pensez que vous en referiez ?

DR12 : Oui. Mais il faudrait que ça soit 2 C à peu près, comme ça je peux prendre le temps de deux consultations pour faire correctement mon infiltration. 27 euros ce n'est pas assez.

I : D'accord. Bon bhein, c'est tout, est-ce que vous voulez ajouter des choses en particulier ou des anecdotes ?

DR12 : (*rires*) Non.

I : D'accord, bon bhein merci.

DR12 : Merci.

Entretien 13 :

I : Bonjour, alors, pouvez-vous commencer par vous présenter ?

DR13 : Oui. Je suis donc un homme, j'ai 54 ans, je suis installé depuis 1988, euh d'abord tout seul et puis en cabinet de groupe à 3 depuis une dizaine d'années, je fais de la médecine générale et puis j'ai un tiers temps d'addictologie à [ville].

I : D'accord, à l'hôpital ?

DR13 : Oui, à l'hôpital de [ville].

I : A part l'addictologie vous avez fait d'autres diplômes complémentaires ou pas ?

DR13 : Etant à [ville] j'ai un diplôme de médecine thermale, de climatologie médicale, j'ai passé ma capacité d'addictologie il y a 5 ans maintenant, et puis en diplôme c'est à peu près tout.

I : Quel est votre lieu d'activité ? Plutôt rural, semi-rural... ?

DR13 : C'est semi rural, c'est une activité complètement semi rurale avec une clientèle très variée, beaucoup de pédiatrie, de la gynéco, beaucoup de rhumato étant à [ville] avec les thermes puisque je fais de la médecine thermale aussi donc on voit pas mal de patients pour la rhumato, euh voilà.

I : Vous êtes maître de stage ou pas ?

DR13 : J'ai été maître de stage pendant 6 ans, je ne le suis plus depuis 2 ans.

I : D'accord. Vous faites combien de consultations par jour à peu près ?

DR13 : 25-30 par là. Je me limite à 30, jamais plus.

I : Est-ce que vous faites des infiltrations ?

DR13 : Je fais des infiltrations.

I : D'accord. Euh, quelles localisations ?

DR13 : Alors, essentiellement je fais beaucoup de genoux, d'épaules, euh, c'est vraiment les 2 localisations les plus importantes. Euh...

I : Pour quelles pathologies ?

DR13 : Les pathologies ce sont surtout les tendinites de l'épaule hein, coiffe des rotateurs, tendinites bicipitales, périarthrites, euh le genou bah ce sont les poussées d'arthrose essentiellement hein chez les patients âgés.

I : D'accord.

DR13 : Pas trop les autres localisations. Je faisais pas mal d'infiltrations du canal carpien avant, j'en fais moins maintenant, nettement moins, j'ai l'impression qu'on les fait plus opérer, on les infiltre moins.

I : Pourquoi ? Vous trouviez que ce n'était pas efficace ?

DR13 : Ouais je trouvais que ce n'est pas efficace, c'est une infiltration qui n'est pas facile à faire, euh qui est plus difficile à réaliser avec parfois des intolérances, c'est une infiltration qui est douloureuse au niveau du canal carpien moi je trouve, donc c'est vrai que j'en fais beaucoup moins. Par contre j'en fais beaucoup plus au niveau des épaules, je ne sais pas pourquoi il y a énormément de problèmes de tendinites des coiffes des rotateurs qui résistent un peu à tout, euh et puis vraiment la deuxième localisation c'est le genou.

I : D'accord.

DR13 : Je sais qu'il y a des confrères qui infiltrent des hanches, à [ville], moi je ne le fais pas. Donc je ne fais pas les hanches, je fais plus les canaux carpiens.

I : D'accord. Et les hanches pourquoi vous ne les faites pas ?

DR13 : Parce que je trouve que ce n'est pas simple euh, au niveau de la localisation, je trouve que pour infiltrer une hanche il faudrait presque le faire sous échographie pour être vraiment précis donc maintenant moi je fais faire, je ne fais plus.

I : D'accord. Il y a d'autres localisations que vous ne voulez pas faire ?

DR13 : Alors, après je fais de la mésothérapie, ce n'est pas des infiltrations mais non je ne fais pas d'autres localisations, le coude par exemple, j'ai infiltré pas mal d'épicondylites, je n'en fais plus depuis que j'ai eu une grosse intolérance cutanée après une infiltration, c'est quand même un peu le problème au niveau du coude, l'infiltration est plus superficielle, et je trouve que c'est moins bien toléré au niveau local et au niveau cutané, donc c'est vrai que les épicondylites je fais plutôt de la mésothérapie, je fais moins d'infiltrations.

I : D'accord. Et c'est efficace la mésothérapie ?

DR13 : C'est moins efficace que l'infiltration mais mieux toléré.

I : D'accord. Et les Morton ?

DR13 : Les Morton, je les infiltre assez systématiquement, là c'est très facile à faire et c'est extrêmement efficace. Ca c'est vraiment une bonne indication. Quand il y en a je les infiltre mais je trouve qu'il y a une incidence du Morton qui est quand même moins importante que les autres localisations.

I : Et comme produit qu'est ce que vous utilisez ?

DR13 : Alors j'utilisais beaucoup l'altim avant, euh y a une rupture d'approvisionnement dans les pharmacies depuis un sacré moment donc j'alterne altim et diprostène essentiellement.

I : Vous ajoutez de la xylocaïne ou pas ?

DR13 : Alors dans les grosses localisations, genoux, épaules je ne mets pas de xylo, pour les petites localisations, euh quand je faisais encore les coudes oui systématiquement, le canal carpien oui systématiquement.

I : D'accord. Et au niveau complications, à part celle que vous avez eu au coude, est ce que vous en avez eu d'autres ?

DR13 : Je n'en ai jamais eu aux épaules et aux genoux (rires), euh par contre le coude c'était vraiment euh, ça a été difficile à gérer, c'était assez embêtant au niveau cutané et c'est vrai que ça m'a un peu refroidi pour en faire. C'est la seule complication que j'ai eue avec une infiltration.

I : Vous en avez eu plusieurs fois ?

DR13 : J'ai eu des problèmes du fait du caractère assez superficiel de l'infiltration, moi je trouve que c'est plus douloureux, enfin bon ce n'est pas vraiment un effet indésirable mais c'est quand même plus douloureux qu'ailleurs, et puis j'ai eu ce gros effet indésirable cutané qui m'a fait arrêter dans cette localisation.

I : D'accord. Mais cet effet indésirable cutané il n'est arrivé qu'une fois ?

DR13 : Une fois oui.

I : D'accord. Au niveau hygiène comment vous faites ?

DR13 : Alors je mets des gants stériles, je fais une désinfection locale, gants stériles, je ne mets pas de champ, je n'ai que du matériel jetable évidemment euh, voilà.

I : D'accord. Et la désinfection c'est euh... ?

DR13 : Bétadine.

I : Jaune seulement ou chaîne bétadinée ?

DR13 : Euh non bétadine jaune uniquement.

I : D'accord.

DR13 : Et un pansement après que je demande au patient de garder au moins 24h.

I : D'accord. Compressif ?

DR13 : Un peu compressif quand c'est nécessaire. L'épaule c'est rarement nécessaire, le genou non plus. Euh ailleurs oui ça peut l'être.

I : Et chez les patients qui ont un terrain particulier, comme les diabétiques ou les patients sous AVK, euh, vous en faites ?

DR13 : Alors AVK, infiltrations profondes je ne fais pas, je fais faire par les rhumatos, euh... diabétiques je fais euh... le moins possible, mais parfois ça rend service donc je le fais quand même en les prévenant qu'il peut y avoir un déséquilibre temporaire, voilà. Mais pour moi ce n'est pas véritablement une contre-indication, ça demande une asepsie quand même rigoureuse, plus que les autres, mais parfois c'est quand même le traitement qui est le plus efficace dans certaines pathologies donc euh je ne me prive pas de l'utiliser, même chez les diabétiques.

I : D'accord. Et les infiltrations profondes dont vous parlez, vous considérez que celles que vous faites donc genoux et épaules en font partie ?

DR13 : C'est ça oui.

I : D'accord. Donc en fait vous ne faites pas d'infiltration chez les patients qui sont sous AVK ?

DR13 : Je n'en fais pas du tout.

I : Quel que soit l'INR ?

DR13 : Quel que soit l'INR. Je fais de la méso.

I : D'accord. Et les personnes âgées ?

DR13 : Les personnes âgées je trouve que la méso marche très bien, donc j'en fais pas mal. Après s'il y a une indication d'infiltration bah j'ai reconvoqué un patient demain, il a 90 ans et il a une coiffe des rotateurs assez invalidante, je l'infiltrer quand même, je vais l'infiltrer demain.

I : D'accord. Vous avez beaucoup de demandes de patients directement ?

DR13 : Oui. Oui oui. Les patients savent que, surtout les patients âgés arthrosiques, ils savent que l'infiltration marche bien, euh souvent il y a une demande, bon après il ne faut pas que ce soit le traitement répétitif non plus, on en fait pas 10 de suite, moi je dépasse rarement 2-3 infiltrations sur la même localisation sur l'année, après on essaie de passer à autre chose. Il y a quand même un risque quand même local euh...

I : D'accord. Et en fréquence vous faites combien d'infiltrations à peu près par an, par mois ?

DR13 : Oh je dirais plutôt, c'est un peu étonnant parce que c'est un peu par période, mais là ces temps-ci j'en fais quasiment 2 par semaine. 1 à 2 par semaine.

I : D'accord. Vous l'avez déclaré à votre assurance ?

DR13 : Oui. Ça je l'ai déclaré au niveau de mon assurance, dès le départ parce que comme ici on fait beaucoup de rhumato à [ville], j'avais déclaré que j'avais une activité de médecine thermale, de rhumato, que je faisais des infiltrations, et la mésothérapie.

I : Et vous savez s'ils vous ont demandé de payer un supplément pour ça ?

DR13 : Je suis quasiment persuadé que je n'ai pas payé de supplément (sourire). En tous cas ça fait 23 ans que je suis installé, je n'ai pas l'impression que mon assurance médicale aie augmentée, alors peut-être qu'ils me l'on compté dès le départ mais je n'ai pas eu d'augmentation de mon assurance MACSF pour ça.

I : D'accord. Et au départ vous avez eu une formation ?

DR13 : Oui, alors au départ on avait fait une formation locale avec des rhumatos de [ville], et puis on avait fait une formation grâce à un labo, qui nous avait refait une formation sur toutes les localisations il y a une dizaine d'années. Et depuis 10 ans plus rien.

I : C'était sur mannequin ?

DR13 : C'était sur mannequin oui, tout à fait.

I : Le labo ? Et avec les rhumatos ?

DR13 : Le labo ouais. Avec les rhumatos non, on avait fait de l'enseignement purement théorique, euh y avait ni mannequins ni patients.

(sommets interrompus par le téléphone)

I : Donc on parlait de la formation.

DR13 : Oui, donc formation, labo c'était sur mannequin, et après rhumato ils nous ont fait uniquement un enseignement théorique avec diapos et cætera, mais on ne s'est pas entraîné sur des patients, et il n'y avait pas de mannequin.

I : Et avant, à la fac vous aviez eu un enseignement ou pas ?

DR13 : Ahhh ! La fac ! (petit rire) A la fac sur les infiltrations on a RIEN eu DU TOUT. A notre époque. Mais alors rien du tout. Et ma formation je me l'étais faite euh..., j'ai eu la chance de passer comme interne de médecine générale à [ville] dans un service où on faisait pas mal de rhumato et c'est là que j'ai appris à infiltrer avec le chef de service, c'est le seul moment où j'ai vraiment eu une formation efficace et efficiente sur les infiltrations.

I : D'accord. Et au cours de votre carrière, vous n'avez pas fait de formation continue, vous en avez pratiqué tout le temps donc vous n'avez jamais perdu la main ?

DR13 : Ouais, tout à fait.

I : Quelles infiltrations vous envoyez du coup chez des collègues ?

DR13 : Alors j'envoie chez le rhumato essentiellement les canaux carpiens, je l'ai déjà dit ça, après les hanches...

I : Ah du coup chez le rhumato, pas chez le chirurgien alors ?

DR13 : Oui. Alors parfois, à [ville] on a un rhumatologue qui fait les électromyogrammes, ce qui est quand même pratique donc on lui demande son avis, euh moi je les envoie pour électromyogramme en pré opératoire, et puis parfois il les voit, il les infiltre si c'est trop douloureux avant la chirurgie. Donc ça c'est quand même assez pratique pour nous, on a le diagnostic et éventuellement le traitement qui est fait en même temps, donc ça j'envoie.

Euh si y a une nécessité d'infiltration de hanche moi je ne fais pas, j'envoie aussi, et puis à l'hôpital [nom] à [ville] ils faisaient pas mal d'infiltrations sous ampli, euh au niveau lombaire, euh donc ça on leur en envoyait beaucoup à une époque mais maintenant le médecin qui le faisait n'est plus là donc y en a beaucoup moins qui sont faites à [nom d'hôpital].

I : D'accord. La consultation où vous proposez une infiltration, c'est la même que celle où vous faites l'infiltration ou alors vous laissez un délai ?

DR13 : Non c'est très rare que je le fasse le même jour, en général je reconvoque le patient vraiment pour l'infiltration, pour le geste.

I : D'accord. Et pour quelles raisons ?

DR13 : Alors souvent parce que je n'ai pas de diprostène en réserve, voilà, que je prescris le traitement et je demande au patient de me le rapporter, après sur des pathologies un peu aiguës douloureuses, euh je peux les, ils reviennent dans la journée avec leur ampoule et je peux leur faire dans la journée ça m'est déjà arrivé, mais très souvent je les reconvoque 1 ou 2 jours après pour qu'ils aient le temps d'acheter le produit à injecter.

I : D'accord. Est-ce que depuis le début de votre carrière votre prise en charge a évolué par rapport aux infiltrations ?

DR13 : Oui. Euh en début de carrière je faisais peu d'infiltrations, je prescrivais beaucoup d'anti-inflammatoires et j'ai plutôt changé mon fusil d'épaule, je prescris beaucoup moins d'anti-inflammatoires par voie générale parce que je trouve que ça ne marche pas vraiment sur certaines indications notamment la coiffe des rotateurs les anti-inflammatoires par voie générale ce n'est pas très efficace, et là je suis vraiment beaucoup plus infiltrations qu'avant, ça c'est sûr.

I : D'accord. Est-ce qu'on vous en a déjà fait à vous ?

DR13 : Non (*rires*). J'ai de la chance pour l'instant je n'ai jamais eu besoin d'infiltration.

I : Vous en avez déjà envoyé chez des collègues généralistes ?

DR13 : Non.

I : Pour vous quelles doivent être les limites aux infiltrations dans un cabinet de médecine générale ?

DR13 : Alors après les limites ce sont essentiellement bah la fréquence des infiltrations, on a des patients qui en demandent beaucoup pour la même localisation donc là moi j'arrête. Les limites ce sont, euh, bah, les polyopathologies hein, les patients qui ont des tares associées, des risques infectieux importants, des choses comme ça, donc on fait quand même attention, on a parlé du diabète tout à l'heure, il faut quand même être prudent là-dessus, ce n'est pas une contre-indication mais il faut être prudent. Euh on a des patients qui ont des polyopathologies et qui sont immunodéprimés, là on fait quand même un peu attention et on en fait moins. Mais bon globalement on a finalement peu de contre-indications dans les indications quand elles sont bien posées.

I : Hum. Je reviens juste sur la formation, euh, comment serait la formation idéale pour vous, est-ce que vous êtes satisfait ou vous pensez que c'est suffisant ou est-ce que vous auriez envie d'autre chose ?

DR13 : Alors non non, moi je considère que ma formation n'est jamais suffisante (*rires*), donc j'aimerais bien avoir la possibilité de refaire un stage en service de rhumato pour qu'on me remontre les gestes, qu'on me repose les indications et cætera. Tout ça ça serait... Pour moi ça serait vraiment intéressant. Euh... De retourner dans un service où l'on puisse pratiquer, enfin voir pratiquer et pratiquer soi-même, avec un rhumato, pour qu'on reprécise les localisations, les indications tout ça, ça m'intéresserait bien.

I : D'accord. Et les injections d'acide hyaluronique ?

DR13 : Alors moi je ne fais pas du tout, j'envoie systématiquement chez des collègues rhumato là sur [ville], j'ai pas mal de correspondants rhumato qui font ça, euh... c'est intéressant, c'est

efficace, euh, c'est essentiellement les genoux, je trouve que dans cette indication là ce n'est pas mal du tout.

I : C'est lorsque l'infiltration de corticoïdes ne marche pas que vous l'envoyez ?

DR13 : C'est souvent effectivement en cas d'échec de l'infiltration ou alors sur des patients qui ont des pathologies arthrosiques plus diffuses euh qui ne sont pas vraiment une bonne indication de l'infiltration. Donc dans ces cas là moi j'envoie assez systématiquement, parfois avant même l'infiltration sur des viscosupplémentations, je trouve ça intéressant.

I : D'accord. En visite vous en avez fait ?

DR13 : Alors je ne fais jamais d'infiltrations en visite.

I : Pourquoi ?

DR13 : Vous me posez la question, je n'en sais rien, mais je crois que je n'ai jamais fait d'infiltration en visite, euh pourquoi peut-être parce que je n'ai pas le matériel, parce que ce n'était pas prévu, euh voilà, peut-être plus pour un problème d'organisation matérielle qu'autre chose. Mais c'est vrai que je l'ai fait.

I : Vous avez déjà des patients qui ont refusé ?

DR13 : Une infiltration ? Ca a dû m'arriver mais alors c'est assez exceptionnel, on a des patients qui ont des mauvais souvenirs d'infiltrations donc effectivement ça a dû m'arriver 1 fois ou 2 mais franchement pas très souvent quoi.

I : Est-ce que vous avez d'autres choses à ajouter en particulier ?

DR13 : Non, bhein j'aimerais savoir si, vous qui êtes jeunes, est-ce que vous avez une formation meilleure que la nôtre sur les infiltrations à la faculté? Ou dans les stages ? (*rires*)

I : Non (*rires*). Sauf quand on passe en rhumato mais sinon non.

DR13 : Moi j'ai vraiment eu la chance d'apprendre ça quand j'étais interne et puis je trouve que ça m'a beaucoup servi dans ma pratique, c'est une technique facile à mettre en place et efficace rapidement, et c'est dommage que le généraliste ne soit pas formé à ça alors que les rhumatologues le sont et pratiquent *larga manu* quoi, je trouve que c'est dommage. Euh, envoyer un patient pour une infiltration d'épaule ou du genou chez un rhumato ça me paraît dommage. C'est typiquement le geste que le généraliste peut pratiquer, qui est facile à mettre en place, efficace et quasiment sans risque.

I : D'accord. Vous avez des livres que vous avez utilisés aussi ? Vous les avez trouvés bien ou pas ?

DR13 : Oui, alors le seul livre que j'ai trouvé extrêmement bien c'est encore une fois un labo qui me l'avait donné, avec des schémas, que j'ai toujours hein avec moi dans ma bibliothèque là à 2 mètres de moi, où il y a les images, les rapports anatomiques, les angles d'attaque pour les infiltrations et je trouve que ce truc de labo est extrêmement bien fait.

I : Je peux le voir ?

DR 13 : Je vais le retrouver.

(cherche dans sa bibliothèque)

Je le sortais systématiquement pour mes internes quand j'avais des stagiaires, je trouvais que c'était bien pratique.

(ne trouve pas le livre)

Bon bhein ma collaboratrice a dû le prendre il doit être dans son cabinet.

I : Vous vous souvenez quel labo c'était ?

DR 13 : Ça doit être Voltarène je crois.

I : Ce n'est pas possible que je le commande ?

DR13 : Il est vraiment vieux. Il est très bien fait, y avait toutes les localisations. (tout en continuant à chercher) Bon, non à mon avis il est plus là, elle a dû me le prendre.

I : D'accord. OK. Eh bien merci.

DR13 : C'est bon, on a fait le tour ?

I : Oui si vous n'avez rien à ajouter.

Entretien 14 :

I : Alors bonjour, est-ce que vous pouvez commencer par vous présenter ?

DR14 : Oui, alors euh j'ai 34 ans demain (*rires*), je suis installé depuis 2 ans on va dire plutôt en semi rural ici. Même si effectivement il y a un centre urbain pas loin du tout.

I : Est-ce que vous avez des diplômes complémentaires à part la médecine générale ?

DR14 : Non.

I : Vous êtes installé depuis quand ?

DR14 : Depuis avril 2011.

I : Combien vous faites de consultations par jour ?

DR14 : Là maintenant je crée une clientèle, je dirais en moyenne aux alentours de 12.

I : D'accord. Est-ce que vous faites des infiltrations ?

DR14 : Très occasionnellement (*rires*).

I : D'accord.

DR14 : Après j'aimerais bien en faire plus, en tous cas ça, alors par contre ce n'est pas un geste que j'ai appris pendant ma formation initiale. C'est un geste que j'ai appris après dans des formations continues, euh, j'étais allé à la fac de Lyon là, il y a plusieurs séances, dont une qui était « rhumatologie du médecin généraliste », donc voilà il y avait un petit peu de manips pour faire des infiltrations, puis euh, mais alors là c'était purement théorique, une formation un soir organisée par un labo, mais purement théorique, il n'y avait pas de technique, pas de pratique je veux dire.

I : D'accord. C'était la fac qui organisait ça ?

DR14 : Non. Un labo (*rires*). Enfin non je ne sais pas si vous connaissez c'est le Club des Remplaçants là de je ne sais plus, ça doit être Astra, ou je ne sais plus quel labo (*rires*). Mais c'est un truc qui est organisé là sur Savoie, Haute-Savoie, par le Club des Remplaçants et jeunes installés.

I : D'accord. Et du coup c'est tout ce que vous avez eu comme formation, il n'y a pas eu de formation pratique ?

DR14 : Non à part celle de Lyon, c'était sur mannequin puis enfin, pour vraiment prendre les repères, sur nous-mêmes quoi en binôme.

I : D'accord. Vous dites que vous en pratiquez peu, pour quelles raisons ?

DR14 : Alors la raison principale, c'est mon assurance responsabilité civile professionnelle, celle que j'ai actuellement, si je veux faire des infiltrations, la prime va augmenter. Donc si je veux en pratiquer plus en fait je crois qu'il faut surtout que je change d'assurance responsabilité civile professionnelle, je me suis renseigné, certaines ne font pas payer plus quand on fait des

infiltrations alors que celle là, qu'on fasse des infiltrations ou poses de stérilets par exemple elle fait payer plus. J'ai, j'avais demandé à la personne, au commercial quoi qui s'occupe de ça, et en guise de réponse, il s'était basé sur des vieux décrets qui n'existent même plus, enfin c'était complètement injustifié quoi. Donc si un jour je veux en faire plus bhein il faudra que je change de RCP, et après sur le plan technique... Enfin après je fais, alors, y a une petite nuance, je ne fais pas d'infiltrations intra articulaires, je ne fais que des infiltrations, euh tendinites des choses comme ça quoi, ou canal carpien.

I : D'accord. Justement donc quelles localisations vous faites ?

DR14 : Bah surtout canal carpien, épicondylite, euh, supra épineux, surtout ça.

I : D'accord. Donc pas les genoux ?

DR14 : Pas pour l'instant (*rires*). Je ne sais pas si je le ferai parce qu'après c'est vrai qu'il y a tout ce qui est problème infectieux quoi. Au cabinet ce n'est pas très facile de le faire dans des conditions d'asepsie quoi, enfin voilà les infiltrations intra articulaires au cabinet, c'est un peu ça qui me freine quoi, je me dis toujours est-ce qu'on va le faire dans des conditions d'asepsie suffisantes ?

I : D'accord. Vous avez déjà eu des complications ?

DR14 : Non (*rires*).

I : Et dans votre entourage peut-être ?

DR14 : Non plus (*rires*).

I : D'accord. Et au niveau hygiène justement comment faites-vous ?

DR14 : Je mets des gants, après je fais le protocole bétadine, bétadine rouge, voilà on rince un petit coup, on sèche puis on met de la jaune, c'est le protocole que j'avais appris pendant mes études et que j'applique.

I : D'accord. Et les gants ce sont des gants stériles ?

DR14 : Euh non ce ne sont pas des gants stériles.

I : Vous mettez un champ ?

DR14 : Euh oui un champ.

I : OK. Les Mortons vous les faites ?

DR14 : Non. Là c'est plus parce que ça sur le plan pratique je ne l'ai jamais appris. Après ça ne doit pas être très compliqué mais je ne l'ai jamais fait.

I : D'accord. Je reviens juste sur la RCP, vous savez quelle majoration on vous demande à peu près ?

DR14 : C'est le double.

I : Ah oui !

DR14 : Alors cela dit, bon je ne vais pas donner le nom de la mutuelle, on va dire quand on exerce, voilà, standard on va dire, c'est vrai qu'ils ont des cotisations assez compétitives qui sont moins importantes que beaucoup d'autres assurances, par contre dès que l'on veut faire des gestes techniques là ça ne devient plus trop compétitif, il vaut mieux se tourner vers d'autres euh...

Voilà, je pense qu'à un moment j'en proposerai un petit peu plus à mes patients, oui je pense que je changerai de RCP. Parce que (*rires*) vu l'augmentation de cotisation, cela ne sera pas très rentable (*rires*), à moins d'en faire euh..., voilà, ce qui ne sera sûrement pas le cas...

I : Là vous en faites à quelle fréquence à peu près ?

DR14 : Je crois que depuis le début de l'année j'ai du en faire deux là. Deux fois le canal carpien.

I : D'accord. Ça a bien fonctionné ?

DR14 : Ouais. Ouais ouais.

I : Il y a beaucoup de patients qui sont demandeurs ?

DR14 : Bhein je pense que si on creuse un petit peu je pense qu'il y en a pas mal qui sont demandeurs mais je pense qu'il y en a beaucoup qui pensent que c'est un geste qui est réservé aux rhumatologues, donc du coup je pense que même quand on leur parle d'infiltration euh, il y en a beaucoup qui n'imaginent pas que le médecin généraliste les fait. Donc si je veux en faire c'est à moi de leur dire bah si vous voulez, voilà, je pense qu'il y a une infiltration à faire et si vous voulez je peux la faire ici au cabinet. Donc je pense que si je veux en faire il faut que je le dise au patient.

I : Hum, d'accord. Et vous me disiez que la raison principale de pas en faire beaucoup c'était la RCP, ça veut dire qu'il y a d'autres raisons aussi ?

DR14 : Bah je pense que c'est la principale ouais. Les autres raisons euh pfff, bah c'est toujours pareil, quand ce n'est pas, quand ce sont des gestes techniques qu'on apprend pendant sa formation initiale je trouve qu'on, bah par exemple les points de suture voilà, on apprend ça à partir de la 4^{ème} année, après à chaque fois que vous faites des gardes vous en faites donc vous pouvez presque les faire les yeux fermés quoi (*rires*) sans trop se poser de questions. Après comme ça ce sont des gestes qu'on a vu une fois ou deux, euh par exemple moi je vois la pose de DIU c'est un peu le même problème, je suis allé plusieurs fois à des formations et après quand on ne pratique pas bon bhein voilà, la fois d'après ouh là il faut que je fasse une infiltration du canal carpien, hop, je vais relire ma petite fiche, alors bien faire ça, ça et ça, donc c'est vrai que c'est plus le côté de ne pas en faire souvent qui du coup, euh, on ne se sent pas forcément très à l'aise donc euh c'est vrai que..., mais après je pense que c'est comme tout, plus on en fait et plus on est à l'aise.

I : Hum. Et vous avez des livres que vous regardez de temps en temps ?

DR14 : Ouais.

I : Vous pouvez me dire un peu lesquels ?

DR14 : Ouais alors j'ai un, moi j'ai un livre qui s'appelle « 80 gestes techniques en médecine générale », qui en fait était issu d'un travail de thèse. Vous voulez que je vous le montre ? (*rires*)

I : Ouais je veux bien !

(va chercher le livre)

DR14 : Bon y a des trucs même là dedans je ne ferais pas, en fait l'auteur à la base s'est servi de son travail de thèse pour faire ça, et euh voilà... Donc dedans il y a un endroit sur les infiltrations. Et sinon bah après, une fois je m'étais enregistré en PDF là un article, je crois que c'était la Revue du Praticien en médecine générale, alors là pour le coup c'est l'infiltration du canal carpien, je ne crois pas que c'était un truc général sur les infiltrations, je crois que c'était vraiment spécifiquement l'infiltration du canal carpien. Donc voilà si je veux faire un canal j'ouvre mon petit truc avant et (rires).

I : D'accord. Et au niveau formation du coup, comment vous verriez la formation idéale, qu'est ce que vous aimeriez faire en plus ?

DR14 : Par rapport aux infiltrations ?

I : Ouais.

DR14 : Bah dans l'idéal ça serait, vraiment dans l'idéal absolu ça serait, je ne sais pas, d'aller passer deux semaines de stage chez un rhumato (rires), et en faire, en faire quoi. Sous couvert, avec l'enseignement d'un spécialiste qui en fait tout le temps quoi, pour corriger les petites choses, ou dans un service de rhumato... Ca ça serait l'idéal (rires). L'idéal mais bon peut être un peu utopique (rires).

I : (rires)

DR14 : Mais ça serait l'idéal pour vraiment se former quoi.

I : Ouais. Et au niveau tarif combien faites-vous payer la consultation quand vous faites une infiltration ? C'est pareil 23 euros ou... ?

DR14 : Je me base sur la CCAM donc là j'aurais pris euh, je sais plus combien c'est...

I : 27 et quelques je crois...

DR14 : Oui voilà c'est ça.

I : D'accord. Et est-ce que si la sécu revalorisait plus les tarifs des infiltrations ça changerait quelque chose pour vous ou pas ?

DR14 : Alors je ne pense pas que c'est pour autant que j'en proposerais plus mais par contre oui je ne vais pas dire que (rires), oui je trouve que ça serait normal parce qu'après bhein on utilise quand même un peu de matériel pour le faire, ça prend en général un peu plus de temps pour bien préparer les choses. Donc euh oui. Par contre ça ne m'inciterait pas spécialement à en proposer plus. C'est juste un geste technique qu'on fait qui serait valorisé. Je pense par exemple voilà quand on fait des points de suture au cabinet, je trouve que c'est quand même bien valorisé, euh je crois que même une petite plaie ça doit être 50 euros et quelques, alors je ne demande pas que ça soit 50 euros (rires) mais euh ouais c'est vrai que 27 euros et quelques ça paie à peine le matériel utilisé quoi.

I : Hum, d'accord. Et vous utilisez quel produit ?

DR14 : Euh c'est surtout l'altim, enfin pour l'instant par rapport...

I : Il y a une raison pour que ce soit l'altim plus qu'un autre ou pas spécialement ?

DR14 : C'est l'habitude.

I : D'accord. Vous mettez de la xylocaïne avec ou pas ?

DR14 : Euh, alors, là je peux parler que sur le canal carpien moi à chaque fois j'ai proposé aux personnes de mettre de l'empla avant. Mais par contre pour le geste non je n'utilise pas de xylocaïne.

I : D'accord. OK. Est-ce que quand vous proposez une infiltration à un patient vous la faites au cours de la même consultation ou vous laissez un délai ?

DR14 : Non je laisse un délai. De toutes les façons pour les canaux carpiens je les fais là hein, c'est assez évident cliniquement, donc déjà c'est important parce que s'il y a un doute de toute façon je vais l'envoyer faire un électromyogramme. Donc là si c'est vraiment évident comme dans les livres, je dis au patient voilà il y a un canal carpien on peut l'infiltrer, je vais quand même lui exposer les autres options en disant que l'infiltration ça ne marche pas à tous les coups mais qu'on peut tenter. Et du coup ouais je lui dis de réfléchir, je leur dis bhein quand vous êtes prêt, vous me repassez un coup de fil, je vous prépare une ordonnance pour aller acheter le produit puis bhein après vous venez dans les jours qui suivent et puis on la fait.

I : D'accord. On vous en a déjà fait à vous ou pas ?

DR14 : Non. (*rires*) Non non je touche du bois (*touche la table*) je n'en n'ai pas eu besoin. (*rires*)

I : D'accord. En visite vous en faites ?

DR14 : Ah en visite non. Bah là ça serait vraiment pour l'asepsie par contre.

I : Ouais, d'accord. Et sur les patients qui sont diabétiques ou qui sont sous AVK, est-ce que vous les faites quand même ?

DR14 : Euh... (*réfléchit*). Sous AVK je pense que, alors le canal carpien je ne sais pas si je le ferais sous AVK, par contre l'épicondylite (mots incompréhensibles). Après diabète euh ouais je me poserais la question quand même, j'avoue que là je me suis pas posé la question parce que j'ai pas eu le cas, euh, je pense que ça dépend de la personne, c'est toujours pareil, je pense que quelqu'un qui surveille bien son diabète je lui dirais qu'il y a un risque que ça le déséquilibre, et qu'on surveille bien dans les jours qui suivent, euh donc ouais je pense que je le proposerais quand même, mais en fonction du profil du patient. (*rires*)

I : Est-ce qu'il y a des infiltrations, des lieux à part les infiltrations articulaires comme le genou que vous ne voulez pas faire, est ce qu'il y en a d'autres que vous ne voulez vraiment pas faire ?

DR14 : Euh... Alors j'aurais tendance à dire l'épaule intra articulaire parce que le geste est pas très compliqué, euh... ah je crois que j'aurais des réticences quand même aussi l'épaule. Le rachis n'en parlons pas ça je le laisse aux rhumatos (*rires*), là sur ça y a aucun... On va dire euh épaule et genou j'arriverais à le faire avec un peu, enfin si j'avais un peu plus de pratique, par contre le rachis ce n'est pas possible, je ne le ferais pas moi même.

I : Hum. Pour le faire plutôt sous imagerie ?

DR14 : Ouais. Et puis vraiment là pour le coup je ne me sentirais pas compétent.

I : D'accord. (*silence*) Vous avez souvent des patients qui refusent ?

DR14 : Non parce que j'en propose pas souvent. (*rires*)

I : (*rires*) Ca ne vous est jamais arrivé ?

DR14 : Euh... Ouais parce que..., oui c'est arrivé oui. Pas que je le fasse mais d'une manière plus générale les infiltrations, surtout parce que, on va dire la principale raison c'est que c'est douloureux. « Ah j'ai entendu dire que ça faisait très mal euh... ».

I : D'accord. Ce n'est pas la peur de l'infection ?

DR14 : Ah non c'est vraiment la peur de la douleur. Enfin moi c'est ce que je ressens quoi. Non non je pense que l'infection ça leur traverse même pas l'esprit, c'est plus « ah ça risque d'être douloureux ».

I : D'accord. Quelles doivent être, selon vous, les limites aux infiltrations dans un cabinet de médecine générale?

DR14 : Bah je pense dès qu'il y a un doute sur l'étiologie de la douleur, alors si c'est articulaire d'autant plus il faut quand même vérifier que... (*rires*), que ce ne soit pas autre chose que de l'arthrose ou quelque chose, après sur les, enfin moi ce que j'avais retenu quand même c'est que les infiltrations ça marchait bien sur les tendinites récentes, donc c'est sûr que si ça fait un an que la personne a mal euh, je ne le proposerais pas spécialement. Je préférerais avoir quand même un avis spécialisé. Les limites euh... (*réfléchit*). Bah les limites ouais en fonction des localisations, les gens sous anticoagulants, euh, en cas de diabète aussi. Et puis si on sent que la personne n'est pas spécialement en confiance que ce soit fait par le médecin généraliste, euh je crois qu'il ne vaut mieux pas insister, j'ai toujours l'impression entre guillemets qu'on pardonnera plus facilement au spécialiste s'il n'a pas réussi plus qu'au médecin généraliste. Voilà, c'est mon impression. (*rires*)

I : D'accord. OK. Bon hein je crois que c'est bon, euh, les complications vous ne m'avez dit rien du tout hein ?

DR14 : Euh non à ce jour, mais bon ça fait pas très longtemps que j'en fais. (*rires*)

I : Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose ou parler d'un patient qui vous a marqué particulièrement ?

DR14 : Non, moi ce que j'aurais tendance à ajouter c'est que je pense que c'est un geste qui devrait systématiquement être appris au cours de la formation initiale, au même titre que faire un électrocardiogramme ou faire des points, alors après quand, c'est sûr que tout le monde ne peut pas forcément passer en service de rhumatologie, je pense que ça devrait faire partie des choses, par exemple pendant le stage, le semestre en médecine générale là pendant l'internat ou alors, comme je disais, faire deux semaines de stage chez un rhumato au cours de ce semestre là. Euh, en tous cas je pense que c'est un geste qui doit faire, enfin, pour moi, qui doit faire partie de ce qu'un médecin généraliste peut proposer à sa patientèle tous les jours, oui moi je vois ça au même titre que faire un électrocardiogramme, faire un frottis. Après qu'il y ait des gens qui n'ont pas envie de le faire, je comprends tout à fait, mais pour moi ça doit faire partie de la panoplie donc cela doit être appris au cours de la formation initiale quoi.

Voilà ce que vous pourrez mettre en conclusion de votre discussion de thèse ! (*rires*)

I : Merci !

Annexe 5 : Caractéristiques de la population

<u>Pseudonyme</u>	<u>Age</u>	<u>Sexe</u>	<u>Lieu d'activité</u>	<u>Temps d'installation</u>	<u>Maître de stage universitaire</u>	<u>Diplômes complémentaires</u>	<u>Pratique d'infiltrations</u>
Dr 1	63	H	Rural – semi rural	34 ans	Oui	Homéopathie, TCC MSP	Oui
Dr 2	54	H	Semi rural	27 ans	Oui	Alcoologie, toxicomanie, TCC, psychanalyse...	Oui
Dr 3	32	F	Semi rural	3 mois (+ 2 ans de collaboration libérale)	Non	Non	Non
Dr 4	55	H	Semi rural	26 ans	Oui	Médecine du sport, gériatrie (exerce en maison de retraite 15 ans)	Oui
Dr 5	30	F	Semi rural	2 semaines	Non	Non	Non
Dr 6	31	H	Urbain	3 ans	Non	Non	Oui
Dr 7	59	H	Urbain	30 ans	Oui	Médecine du sport	Oui
Dr 8	34	H	Semi rural	5 ans	Non	DU de traumatologie du sport	N'en fait plus
Dr 9	48	H	Urbain	18 ans	Non	Médecine thermale	Non
Dr 10	50	F	Rural et station	24 ans	Non	MSP	Non
Dr 11	65	H	Rural	36 ans	Oui	DU médecine de catastrophe, médecine du sport et gérontologie MCS/MSP	Oui
Dr 12	53	F	Semi-rural	10 ans	Oui	Non	N'en fait plus
Dr 13	54	M	Semi-rural	25 ans	Non (ne l'est plus)	Addictologie, médecine thermale, climatologie,	Oui
Dr 14	34	M	Semi-rural	2 ans	Non	Non	Oui

Annexe 6 : Livret de codes

Thème 1 – La pratique

- Les pathologies infiltrées
 - La gonarthrose
 - Une infiltration intra articulaire
 - Lors d'une poussée d'hydarthrose
 - Une alternative à la chirurgie chez les personnes âgées
 - L'infiltration par voie antérieure
 - Pas toujours évidente
 - Une ponction au préalable, une analyse obligatoire
 - Une infiltration indolore
 - Une immobilisation post infiltration
 - Une efficacité relative
 - Une très bonne efficacité
 - Rarement besoin de 2 infiltrations
 - Autres infiltrations du genou
 - La tendinopathie de la patte d'oie
 - Le syndrome de l'essuie-glace
 - Le névrome de Morton
 - Une infiltration simple
 - Une infiltration peu douloureuse
 - Une infiltration efficace
 - Une bonne indication
 - Une infiltration facilement proposée
 - L'épine calcanéenne
 - Une infiltration douloureuse
 - Besoin d'un patient compliant
 - Si les semelles ne fonctionnent pas
 - Les épaules
 - Les tendinopathies de la coiffe des rotateurs
 - L'épaule douloureuse simple
 - Les périarthrites de l'épaule
 - Une infiltration par voie antérieure
 - Une infiltration en position assise
 - Plusieurs infiltrations sont souvent nécessaires
 - Une bonne efficacité généralement
 - Un résultat assez aléatoire
 - L'épicondylite
 - Possible à faire chez des patients minces
 - Des résultats satisfaisants
 - Des résultats aléatoires
 - Une infiltration douloureuse par son caractère superficiel
 - Le syndrome du canal carpien
 - Repérage anatomique grâce au tendon du long palmaire
 - Mettre un coussin sous le poignet pour le mettre en hyper-extension
 - Possibilité de toucher le nerf lors de l'infiltration
 - Une infiltration douloureuse
 - Une infiltration difficile
 - Une infiltration simple
 - Une efficacité parfois courte

- Une bonne efficacité
 - Si pas d'efficacité place à la chirurgie
 - Les doigts
 - Les doigts à ressaut
 - L'arthrose rhizomélique du pouce
 - La hanche
 - Le moyen fessier
 - La bursite du grand trochanter
 - Le ligament inter épineux
 - Pathologie du sportif un peu cambré
 - Une infiltration assez simple
- Les produits utilisés
 - Les produits corticoïdes courants : l'Altim et le Diprostène
 - Par habitude
 - Par enseignement
 - Des produits comparables
 - Selon ce qu'on a à disposition au cabinet
 - Le solumédrol
 - Un produit utilisé dans le passé
 - Le céléstène
 - Moins cristallin donc moins de lipodystrophies au niveau du coude
 - Pour le Morton
 - Le kénacort
 - Un produit avec beaucoup d'inconvénients
 - La xylocaïne
 - Pour soulager rapidement dans le canal carpien
 - Dans l'épicondylite
 - Dans l'épine calcanéenne
 - Utilisation systématique ancienne
 - Pour soulager rapidement
 - Pour se rassurer
 - Inutile
 - dangereuse
 - La procaïne
 - Pour l'épicondylite et le Morton
 - L'Emla
 - Pour le canal carpien
 - La quantité de produits
 - Selon le site d'injection
 - Selon ce qu'on a au cabinet
 - Evolution des produits dans le temps
 - Infiltration à la vitamine B12 il y a 35 ans
- La fréquence
 - Fréquence des infiltrations
 - Plusieurs fois par semaine
 - Quelques fois par mois
 - Quelques fois par an
 - Quelques fois pendant toute la carrière
 - Les plus fréquentes
 - Le canal carpien et les épaules sont les plus fréquentes
- L'asepsie au cabinet

- La désinfection
 - Pas de protocole
 - A la Bétadine dermique 10%
 - Laisse un temps de séchage
 - Désinfection en 3 temps
 - Septéal si allergie à la Bétadine
 - Une désinfection plus importante au niveau des pieds
 - Une désinfection plus importante en intra articulaire
 - Une désinfection plus importante si co-morbidités
- Un champ stérile
 - Met un champ lors de l'infiltration
 - Met un champ
 - N'utilise pas de champ
- Des gants
 - N'utilise pas de gants
 - Utilise de gants non stériles
 - Utilise des gants stériles
- Un pansement post infiltration
 - Un pansement antiseptique pendant 24heures
 - Un pansement pendant 24heures
- Du matériel pour les infiltrations
 - Du matériel stérile, jetable
 - Du matériel stérile si ponctionne
- Place des infiltrations dans la thérapeutique
 - Un traitement en deuxième intention
 - Après échec d'un premier traitement
 - Après échec du repos et de la glace
 - Après échec du repos
 - Après échec des AINS
 - Après échec des antalgiques
 - Après échec de la kinésithérapie
 - Après échec des règles hygiéno-diététiques
 - Des mesures associées aux infiltrations
 - De la physiothérapie en complément
 - Un bracelet absorbeur en complément
 - Du repos en complément
 - Une orthèse pour l'épine calcanéenne en complément
 - Un traitement de première intention
 - S'il y a une contre-indication aux AINS
 - Si on sait que les AINS sont inefficaces sur la pathologie
 - Si la chirurgie est contre-indiquée
- Déroulement de la consultation
 - Un acte en un temps
 - L'infiltration le même jour que l'annonce
 - Prescription et infiltration le même jour
 - La radio faite au cabinet juste avant l'infiltration
 - Si le patient en a déjà eu une
 - S'il connaît bien le patient
 - Pour que le patient ne recule pas
 - Pour ne pas faire payer 2 consultations au patient
 - Un acte en deux temps

- Reconvoque le patient pour l'infiltration
- Lui expliquer sa pathologie pour mieux comprendre l'intérêt de l'infiltration
- Prévenir du risque de douleurs
- Prévenir du risque de rupture tendineuse
- Prévenir du risque d'hématome sous AVK
- Prévenir du risque infectieux
- Des schémas pour expliquer
- Pour expliquer le but de l'infiltration : diminuer l'inflammation
- Pour expliquer l'effet désiré de l'infiltration
- Pour expliquer l'importance du repos post infiltration
- Pour expliquer les symptômes qui doivent le faire reconsulter
- Attendre le résultat de la ponction avant d'infiltrer
- Le consentement du patient avant toute infiltration
- Un temps de réflexion pour le patient
- S'assurer que le patient a bien tout compris pour que cela fonctionne
- Prévenir le patient d'un échec possible
- Le temps que le patient aille chercher le produit
- Pour faire les choses sans précipitation
- Attendre les résultats des examens complémentaires
- S'il existe des co-morbidités
- Des infiltrations en visite à domicile
 - Des infiltrations en visite à domicile
 - Le fait lors de visite à domicile
 - Une infiltration au domicile par un confrère, critiqué
 - Pas d'infiltration à domicile
 - Pas de matériel à disposition
 - Un manque d'asepsie à domicile
- Le ressenti
 - Les apports
 - Soulager le patient
 - Soulager grâce à la combinaison ponction-infiltration dans la poussée de gonarthrose
 - Récupérer une meilleure fonctionnalité de l'articulation
 - Plus efficace que les topiques locaux
 - Plus efficace que les AINS
 - Moins d'inconvénients que les AINS
 - Plus efficace que le repos
 - Plus efficace que l'orthopédie
 - Une meilleure observance de prise de traitement
 - Plus efficace que la mésothérapie
 - Une bonne efficacité
 - Une efficacité rapide
 - Une meilleure efficacité en période aiguë
 - Des patients satisfaits
 - Un service rendu peu cher à la société
 - Un service rendu au patient
 - Une diversification des actes
 - Un geste valorisant
 - Un gain de temps par rapport au délai de rendez-vous chez le rhumatologue
 - Un gain de temps par rapport aux méthodes orthopédiques
 - Evite la chirurgie dans le cadre du canal carpien
 - Une alternative à la chirurgie dans la gonarthrose chez les poly-pathologiques

- Evite des déplacements chez des spécialistes éloignés
 - Arrêterait de déléguer
 - Un geste simple
 - Un geste simple si on a de bonnes notions d'anatomie
 - Le Morton, une infiltration facile
 - Un geste facile
 - Ça fait partie de la thérapeutique
 - L'infiltration fait partie du traitement
 - Pas toujours efficace
 - Savoir passer à autre chose si infiltration inefficace
 - Des résultats assez variables
 - Faire des infiltrations régulièrement
 - Plus on en fait, plus le geste est précis
 - En faire régulièrement pour savoir faire
 - Toujours un risque
 - Risque de nécrose du tendon d'Achille
 - Une infiltration sur soi
 - Accepterait d'en avoir une
 - A demandé à ses collègues de lui en faire une
- Les limites
 - Les comorbidités
 - Le diabète
 - ✓ Risque de déséquilibre
 - ✓ En fonction du patient et du risque de déséquilibre
 - ✓ Manque d'assurance face au diabète
 - ✓ Savoir faire la balance bénéfique/risque
 - ✓ S'il n'y a pas d'autre alternative pour soulager
 - ✓ Une gérance difficile s'il y a besoin de plusieurs infiltrations
 - ✓ Si et seulement s'il y a un très bon équilibre
 - ✓ Nécessite une asepsie plus rigoureuse
 - Les AVK
 - ✓ Une contre-indication relative
 - ✓ Il faut être à l'aise avec le geste
 - ✓ Nécessite un INR à la limite basse
 - ✓ Pas si c'est une infiltration profonde
 - ✓ Pas toutes les localisations
 - ✓ Nécessite une surveillance plus rapprochée pour éviter l'hématome
 - ✓ De la mésothérapie à la place des infiltrations
 - Les lésions cutanées
 - ✓ Nécessite une peau sans lésion
 - Les immunodéprimés
 - ✓ Le risque infectieux et l'immunodépression
 - Certains sites
 - Des sites jamais infiltrés
 - ✓ N'infiltrer pas ce que je n'ai jamais fait
 - ✓ N'infiltrer jamais les adducteurs
 - Des sites trop risqués
 - ✓ Risque de rupture tendineuse sur les tendons de la main
 - Un manque de pratique
 - ✓ Manque de pratique dans les tendinopathies de De Quervain
 - ✓ Faible fréquence des indications dans la névralgie d'Arnold

- Des rapports à proximité dangereux
 - ✓ Risque de piquer dans l'artère fémorale lors des infiltrations de hanche
 - ✓ Le nerf trop près de l'épitrôchlée
- Des infiltrations trop techniques
 - Des infiltrations pour le spécialiste
 - ✓ Le canal carpien, une infiltration pour le rhumatologue
 - ✓ Les doigts à ressaut
 - Des infiltrations pour le chirurgien
 - ✓ Les doigts à ressaut
 - ✓ De plus en plus de chirurgie du canal carpien
 - Des infiltrations trop techniques
 - ✓ La tendinite du long adducteur du pouce, de De Quervain, une infiltration difficile
 - Besoin des technologies pour certaines infiltrations
 - ✓ La hanche, le rachis, des articulations sous radio
 - ✓ Le rachis, des infiltrations sous radio
 - ✓ Des infiltrations sous échographie
 - ✓ La hanche, une infiltration sous échographie
- Des infiltrations douloureuses
 - L'infiltration des épines calcanéennes est trop douloureuse
- Des traitements plus adaptés
 - Des traitements plus adaptés dans l'épicondylite
 - ✓ Une meilleure tolérance de la mésothérapie dans l'épicondylite
- Les indications et contre-indications
 - Connaître les indications
 - ✓ Savoir choisir la meilleure thérapeutique
 - Ne pas savoir poser les bonnes indications
 - ✓ Ne pas faire un bon interrogatoire pour poser l'indication
 - ✓ Attention aux indications limites
 - Avoir des doutes sur l'indication
 - ✓ Etre sûr de son diagnostic
 - ✓ Avoir un doute sur le diagnostic
 - Connaître les contre-indications
 - ✓ Ne pas infiltrer une arthrite infectieuse
 - ✓ Pas d'infiltration avant la ponction si on a un doute sur l'infection
 - ✓ Savoir poser les bonnes indications
- Pas de bilan para clinique au préalable
 - Ne pas avoir fait de bilan para clinique au préalable
 - ✓ Pas d'infiltration sans bilan para clinique
- Répétition
 - Savoir ne pas trop répéter les infiltrations
 - Savoir passer à un autre traitement si ça ne fonctionne pas
 - Savoir dire non à la demande trop répéter des patients
- Cabinet inadapté
 - Avoir un cabinet adapté à ce type de geste
 - ✓ des conditions d'hygiène et d'éclairage indispensables
 - ✓ avoir du matériel à disposition
 - ✓ un manque d'hygiène dans un cabinet de médecine générale
 - ✓ un manque d'asepsie
- Manque de formation
 - Un manque de formation

- ✓ L'apprentissage du savoir faire
- Manque de pratique
 - Un manque de pratique du geste
 - ✓ Un manque d'habitude
 - ✓ Un manque d'habitude dans l'infiltration postérieure d'épaule
 - ✓ Ne pas en faire régulièrement
 - ✓ Besoin de vérifier avant d'infiltrer
- Connaître ses propres limites
 - Connaître ses propres limites
 - ✓ Savoir reconnaître ses erreurs
 - ✓ Savoir ce qu'on est capable de faire
 - ✓ Savoir se mettre des limites
 - ✓ Savoir dire non si on n'est pas motivé
 - Ne pas être motivé
 - ✓ Ne pas faire un acte qu'on n'a pas envie de faire
 - Savoir dire non
 - ✓ Ne pas se laisser entraîner par la demande du patient
- Ne pas avoir le consentement du patient
 - Ne pas avoir le consentement du patient
 - ✓ Si le patient est réticent
 - ✓ Manque de confiance de la part du patient
- Un coût élevé
 - Le coût de la RCP
 - ✓ L'augmentation du prix de la RCP

Thème 2 – Les non pratiquants

- Pas l'usage, pas la demande
 - Une population trop jeune
 - Pas l'usage donc tombe dans la facilité en déléguant
 - Ne fait pas de médecine du sport
- La peur
 - La peur de ne pas faire le bon diagnostic
 - La peur de piquer dans une articulation
- Le manque d'envie
 - Pas envie de se former
 - Certaines localisations qui attirent moins
- Le manque de formation
 - N'a reçu aucune formation
 - Des gestes trop rarement vus
 - Pas si compliqué si j'étais formé
 - Ne connaît pas les indications
 - Doute sur l'indication
- Le manque de rentabilité
 - Une rémunération CCAM trop faible
 - Des assurances trop chères
- Le manque de moyens
 - Un manque de temps
 - N'a pas de secrétariat
 - Pas de matériel à disposition
- Le manque de reconnaissance
 - Le manque de reconnaissance

- Des spécialistes tout proches
 - Des spécialistes tout proches
- Le manque de pratique
 - N'en pratique pas assez pour bien en faire
 - Une infection due à un manque de pratique
 - Ne sait plus faire car a arrêté d'en faire
 - Une moins bonne efficacité des infiltrations faites par des généralistes
- Une mauvaise expérience au cours des études
 - Une infection
- Un cabinet non adapté
 - Une infection due à un manque d'hygiène
 - Une hygiène douteuse dans un cabinet de médecine générale
- Un manque de preuve scientifique
 - La littérature n'est pas toujours pour les infiltrations
 - Pas convaincu que l'efficacité soit prouvée
- Ce qui pourrait changer pour en faire
 - Si mes patients vieillissaient, j'aurais peut être une demande qui m'inciterait à en faire
 - Si j'avais eu une bonne formation
 - Si j'ai une bonne formation
 - Si je n'étais pas en ville avec des spécialistes tout proches
 - Si les tarifs étaient revalorisés
 - Si les assurances étaient moins chères

Thème 3 – La formation

- Formation pratique
 - Universitaire, hospitalière, en tant qu'externe
 - Dès que l'occasion se présentait
 - Universitaire, hospitalière, en tant qu'interne
 - Universitaire, hospitalière, en tant qu'interne
 - En stage en consultations externes
 - En service de rhumatologie
 - Demande directe à un rhumatologue
 - On recule moins devant les gestes quand on est interne que plus tard
 - Dans un service qui pratiquait beaucoup d'infiltrations
 - Universitaire, extra hospitalière
 - Stage chez le praticien
 - Formation médicale continue
 - Journées Claude Bernard à Lyon
 - MG Form
 - Séminaire pratique + théorique
 - Séminaires, revoir l'examen rhumatologique
 - Séminaires, puis voir la technique d'infiltration sur des fausses articulations et sur des cobayes
 - Séminaires, une formation interactive
 - Par les médecins de montagne
 - Par un laboratoire, sur mannequin
 - Par un laboratoire, avec le club des remplaçants, sur mannequin
 - Formation par les pairs
 - Formation par les pairs
 - Démonstration par un pair

- En remplacement
 - Par soi-même
 - Par soi-même, sur le tas
 - Entraînement, répétition de l'acte au cabinet
 - Entraînement, répétition de l'acte au cabinet
- Formation théorique
 - Dans les livres
 - Livres de photos des positions d'infiltrations
 - Livre d'auteur X.Ayral
 - Livre de laboratoire
 - Livre issu d'un travail de thèse
 - Dans les revues médicales
 - Prescrire
 - Revue du praticien
 - Ateliers théoriques
 - Formation théorique à l'hôpital
 - Formation théorique par un laboratoire
 - Par des rhumatologues
 - Formation théorique par des rhumatologues
- Ressenti
 - Absente
 - Pas appris le geste ni les indications
 - Pas appris
 - Pas appris, même en stage de rhumato, dommage
 - Pas de stage de rhumatologie
 - Pas proposé d'apprendre, même en stage de médecine du sport
 - Des maîtres de stage qui n'en faisaient pas
 - Pas de formation dans mes souvenirs
 - Pas à la faculté
 - Pas lors de la formation initiale
 - Insuffisante
 - Une formation maître de stage dépendante
 - J'ai du me la faire moi-même
 - Une formation qui ne donne pas assez d'assurance
 - Une formation trop loin de la réalité
 - Manque de pratique dans les formations
 - Ne s'est jamais vraiment renseigné pour se former
 - Moyen thérapeutique seulement évoqué lors de la formation initiale
 - Stage hospitalier non adapté
 - Sentiment de mise à l'écart par rapport aux internes de spécialité
 - Dommage de ne pas former les généralistes
 - Un manque de compagnonnage aujourd'hui
 - Souhaite meilleure formation des générations futures
 - Suffisante
 - J'ai appris car je voulais en faire
 - Il faut oser se lancer après une formation
 - Une chance d'avoir appris
 - Un savoir très utile
 - Utile dans la pratique de la médecine générale
- Envie de formation
 - Non

- Déléguer fonctionne bien
 - Peu de temps à y consacrer
- Oui
 - Pour apprendre des trucs nouveaux
 - Révision en service de rhumato
 - Si la formation est adaptée
- La formation idéale
 - Une formation comme dans une autre fac
 - Organiser en peu de temps le maximum d'infiltrations possible
 - Une formation sur mannequin
 - Une formation pratique plutôt que théorique
 - Chez un rhumatologue en ville
 - Chez un rhumatologue en ville pendant le stage chez le praticien lors de la formation initiale
 - Dans un service de rhumatologie à l'hôpital
 - Une formation en plusieurs étapes
 - Ne pas trop se disperser, rester dans les bases
 - Un lieu proche
 - Des horaires compatibles avec l'activité professionnelle
 - Une formation accompagnée/une relation maître élève
 - Un formateur capable de s'adapter à ses élèves
 - Une bonne ambiance pour donner envie d'apprendre
 - Par télé-médecine
 - La formation idéale : une utopie
- La formation d'hier obsolète
 - Les patients n'ont pas la même tolérance aujourd'hui
- Une volonté de transmettre l'enseignement des infiltrations
 - Apprentissage aux internes

Thème 4 – Les complications

- Une infection articulaire du genou
 - Un patient non connu
 - Une deuxième infiltration forcée par le patient
 - Un manque d'asepsie
- Une infection articulaire de l'épaule
 - Une comorbidité oubliée
 - Dans le cadre d'une maladie professionnelle
- Une rupture tendineuse
 - Une rupture du tendon du biceps chez une personne âgée
- Une infection cutanée
 - Un abcès sur une infiltration de canal carpien
 - Un diabète sous-jacent lors de l'infection
- Une lipodystrophie
 - L'épicondylite : une infiltration superficielle
 - Une moins bonne tolérance cutanée
- Exacerbations douloureuses
 - Douleur lorsqu'on pique le nerf médian dans les infiltrations du canal carpien
 - Douleurs lors des infiltrations d'épaule
 - Douleur patient dépendante
- Absence de malaise, d'allergie

- Pas de malaise ni d'allergie
 - N'a jamais eu d'allergie
- Pas de changement dans la pratique post complication
 - Ça fait partie des risques
- Amélioration de l'hygiène post complication
 - Port de gants stériles depuis
 - Amélioration de l'asepsie
- Changement de pratique post complication
 - Amélioration de la technique
 - Meilleure prise en charge globale du patient
 - Fait de la mésothérapie sur l'épicondylite
- Ressenti après une complication
 - Un blocage
 - Ça laisse des traces
 - Ça marque
 - Une histoire douloureuse
 - Pas facile à gérer
 - Ça refroidit
 - N'en fait pas dans son cabinet
- Peur des complications
 - Une arrière-pensée présente
- Des complications pas si fréquentes
 - Un risque relatif
 - Jamais eu de complications même sous anticoagulants
 - Une peur présente
 - N'a jamais eu de problèmes infectieux
 - Jamais eu
 - Une idée qui fait rire
 - N'en a eu qu'une

Thème 5 – Les interactions entre les différents acteurs

- MG non-pratiquants → pratiquants
 - S'ils savent les faire pas de problème
 - Ils doivent savoir se remettre en question après une complication
 - Pas envie de leur déléguer leur patient
 - Ne leur délègue pas car ils sont aussi éloignés géographiquement que les spécialistes
 - Gêné d'envoyer chez un collègue
 - Les patients ne comprendraient pas de les envoyer chez un autre généraliste
 - Envoyait chez son collègue quand elle pouvait le faire
 - Envoie chez le généraliste s'il a confiance
 - Bien rester dans son champ de compétences
 - Manque d'effet des infiltrations faites par un généraliste
- MG pratiquants → non-pratiquants
 - Dommage d'avoir peur d'en faire, risque faible
 - Prendre une articulation simple comme le genou pour commencer
 - Ne pas avoir peur de se lancer tout seul
 - Plus à l'aise avec les gestes à la sortie de l'université
 - Faut accepter d'en rater
 - Une angoisse des médecins par rapport à l'acte

- Enseignement entre les médecins
- Un acte de médecine générale
 - Un acte qui fait partie de l'exercice de la médecine générale
 - Un geste de médecine générale
 - Un acte qui fait partie de la prise en charge globale du patient
 - Un acte à reconnaître dans la pratique du généraliste
 - Un acte que n'importe quel généraliste peut pratiquer
 - Un acte de tous les jours
- MG – spécialistes
 - Quand déléguer
 - Si pas d'amélioration post infiltration, place à la chirurgie/au spécialiste
 - Des localisations pour le spécialiste : canal carpien/hanche/rachis
 - Des localisations plus complexes pour le spécialiste : épaule/De Quervain/trapézométacarpienne/premier trou sacré/articulaires postérieures lombaires
 - Articulations profondes sous AVK
 - Infiltrations sous scopie/ampli/échographie
 - Infiltrations d'acide hyaluronique
 - ✓ Ne le prescrit pas
 - ✓ Anormal que le généraliste ne puisse pas les faire
 - ✓ J'ai déjà fait des injections d'acide hyaluronique, déléguées par le rhumatologue
 - ✓ Fausse raison de la sécu qui a peur que les généralistes en prescrivent trop et que ça coûte trop cher
 - Si réticence du patient
 - Envoi pour avis et non pour infiltration directement
 - Envoi car doute de l'efficacité sur une tendinite chronique
 - Envoi pour un examen complémentaire (EMG)
 - Ressenti du patient si délégué
 - Des patients satisfaits
 - Des patients compréhensifs
 - Délai pour déléguer
 - Des patients habitués à des délais de RDV longs
 - Des délais de RDV courts si on appelle soi-même
 - Des délais de RDV longs de 2 semaines à 6 mois selon le spécialiste
 - Des délais de RDV d'un mois environ
 - Trouve toujours un RDV dans les 10 jours en cherchant un peu
 - Disponibilité des spécialistes en cas d'urgence
 - Savoir anticiper l'infiltration
 - Faciliter le travail du spécialiste en demandant les examens complémentaires
 - A qui déléguer
 - Rhumatologues
 - Rééducateurs fonctionnels
 - Pourquoi déléguer
 - Meilleure formation du spécialiste qui le rend plus qualifié
 - Faire faire par quelqu'un de plus qualifié
 - Meilleure efficacité des infiltrations faites par un spécialiste par rapport à un généraliste
 - Pas de complication quand réalisé par le spécialiste
 - Une grosse partie de leur activité
 - Permet d'avoir un deuxième avis

- Différence de jugement par le patient du généraliste et du spécialiste : une meilleure tolérance envers le spécialiste si complications
 - Ne pas déléguer
 - Le généraliste a une relation de confiance avec le patient par rapport au spécialiste
 - Des spécialistes surbookés, une formation nécessaire pour les généralistes
 - Le médecin généraliste capable de faire aussi bien niveau aseptie que le spécialiste
 - Malaise face à la demande du patient d'aller voir le spécialiste alors qu'il est capable de le faire lui-même
 - Déléguer en sens inverse
 - Une délégation en sens inverse
 - L'hyperspécialisation de la médecine crée des incompétences
 - L'imagerie
 - Pression actuelle
 - Remplacement des rhumatologues par des radiologues
 - Une sécurité
 - Un revenu plus important
 - Un abus
 - A déléguer
 - Une volonté de se former
 - Changement de l'activité des rhumatologues
 - Disparition des rhumatologues de ville
 - Une activité plus centrée sur les pathologies inflammatoires et non sur les infiltrations
 - Délégation à la chirurgie
- MG – patients
 - Demande des patients : type de patients
 - Bouche à oreille
 - Patients déjà infiltrés
 - Artisans
 - Ceux qui savent que ça fonctionne bien
 - Patients de confrères
 - Demande des patients : ressenti du MG
 - Demande valorisante
 - Prudence face à la demande de patients non connus de la patientèle
 - Préfère prendre la décision d'infiltrer
 - Malaise du médecin généraliste face à la pression des patients demandeurs d'infiltration
 - Préfère prendre son temps face à la demande
 - N'infiltrer pas car maladroit avec une aiguille
 - N'infiltrer pas car ne sait pas faire
 - Confiance dans les choix de son médecin
 - Des patients réticents à se faire infiltrer
 - Rare qu'ils refusent, demandent souvent un temps de réflexion
 - Peur du risque infectieux
 - Peur de la piqûre
 - Peur de la douleur
 - Mauvaise expérience personnelle
 - Une compétence de médecine générale méconnue des patients
 - Une compétence de médecine générale méconnue des patients

- En proposer pour pratiquer
- Ressenti des patients après infiltration
 - Des patients satisfaits de l'infiltration
 - Pas de récriminations après infiltration

Thème 6 – Le coût

- Déclaration à la RCP
 - Ne sait pas
 - Ne se souvient pas du contenu de son contrat
 - Pense être assuré automatiquement
 - Pense être assuré du fait qu'il est MCS et fait beaucoup d'autres gestes
 - Oui
 - Oui, j'ai fait la régularisation
 - Non justifiée
 - Mais nécessaire pour se protéger actuellement
 - Ce n'était pas nécessaire avant et il n'y avait pas plus de problèmes
 - Une évolution de la pratique et des lois absurdes
- Augmentation du coût de la RCP
 - Oui
 - Supplément de 60 euros par an
 - Doublement de la cotisation
 - Non
 - Pas d'augmentation de cotisation depuis qu'il est installé
 - Inégalité de tarif entre les assurances
 - Un frein à la pratique
 - Infiltrations pas rentables si peu fréquentes
 - Pas le choix
 - Pas le choix, je préfère me protéger dans la société actuelle
 - Evolution de la société : il faut toujours un responsable
 - Non justifié
 - Acte dans le bénéfice du patient
 - Des décrets désuets
 - Un acte de médecine générale non reconnu en tant que tel
 - L'habitude de tout payer
- Tarif des infiltrations
 - Comme une consultation classique
 - Cotation CCAM
 - Insuffisante
 - Insuffisante si acte en un temps
 - Insuffisante car prend du temps et matériel à payer
 - Insuffisante mais pas honnête de faire un acte en deux temps pour contourner
 - Une différence de prix par rapport au spécialiste
 - Une revalorisation n'inciterait pas à en faire plus
- L'investissement financier pour le matériel
 - Frein à la pratique
 - Problème de péremption du matériel quand on n'en fait pas souvent
 - Manque de matériel
 - Matériel à la charge du médecin généraliste
 - Le tarif de la CCAM ne couvre que les frais matériels

Annexe 7 : Tableaux de codage

Thème 1 - La pratique

<u>Entretiens</u>	<u>Citations/verbatimims</u>	<u>Codes communs</u>	<u>Sous-sous-thèmes</u>	<u>Sous-thèmes</u>
Entretien 1	Au niveau du genou, donc le genou ça peut être intra-articulaire.	Une infiltration intra-articulaire	La gonarthrose	Les pathologies infiltrées
Entretien 6	C'est plutôt de l'infiltration intra-articulaire, préférentiellement sur le genou.	Une infiltration intra-articulaire	La gonarthrose	Les pathologies infiltrées
Entretien 7	Alors c'est essentiellement inflammatoire, le genou, c'est les patients en général qui présentent une poussée d'hydarthrose.	Lors d'une poussée d'hydarthrose	La gonarthrose	Les pathologies infiltrées
Entretien 12	C'est les poussées d'arthrose essentiellement hein chez les patients âgés.	Lors d'une poussée d'arthrose	La gonarthrose	Les pathologies infiltrées
Entretien 2	Les gonarthroses du genou chez les personnes très âgées qu'on ne veut pas faire opérer ou chez qui on essaie de durer, on fait une infiltration deux ou trois fois dans l'année mais pas d'affilée.	Une alternative à la chirurgie chez les personnes âgées	La gonarthrose	Les pathologies infiltrées
Entretien 2	Après sur le genou je fais une voie antérieure, le genou plié, la pointe de la rotule, tu fais 1 cm en bas et 1cm en dedans et puis tu vises dans l'échancrure, c'est super facile à faire, c'est non douloureux, ça marche très très bien.	L'infiltration par voie antérieure	La gonarthrose	Les pathologies infiltrées
Entretien 7	C'est rare quand on tombe à côté, sauf des genoux, un peu des gros	Pas toujours évidente	La gonarthrose	Les pathologies

	genoux, [...], c'est vrai que des fois ce n'est pas évident ! Bon, faut bouger un peu, dès qu'on bouge un peu l'aiguille, qu'on cherche ça leur fait un peu mal, [...] mais le plus souvent, tac, on tombe dedans, dans le cul de sac c'est vrai que là ça vient tout de suite.			infiltrées
Entretien 7	Donc en général je fais une ponction, [...] je fais analyser le produit quand même ! Bon c'est vrai que quand je connais le patient et l'histoire du patient, je fais mon infiltration juste après, quand j'ai un petit doute sur [...] le risque d'arthrite infectieuse, [...], j'attends mon résultat pour faire l'infiltration ! [...]	Une ponction au préalable, une analyse obligatoire	La gonarthrose	Les pathologies infiltrées
Entretien 11	Quand il y a une poussée inflammatoire aiguë en fait, une ponction évacuatrice et on injecte le corticoïde.	Une ponction au préalable, une analyse obligatoire	La gonarthrose	Les pathologies infiltrées
Entretien 2	Genou. [...] c'est non douloureux [...]	Une infiltration indolore	La gonarthrose	Les pathologies infiltrées
Entretien 11	Mais par exemple, pour le genou, souvent il y a une immobilisation, quand c'est un gros genou qu'on évacue et puis on fait une infiltration dans la foulée.	Une immobilisation post infiltration	La gonarthrose	Les pathologies infiltrées
Entretien 12	Genou euh moyen.	Une efficacité relative	La gonarthrose	Les pathologies infiltrées
Entretien 2	Genou. [...] ça marche très très bien.	Une très bonne efficacité	La gonarthrose	Les pathologies infiltrées
Entretien 4	Le genou éventuellement une deuxième mais c'est rare.	Rarement besoin de 2 infiltrations	La gonarthrose	Les pathologies infiltrées
Entretien 1	Au niveau du genou, [...] la patte d'oie là.	La tendinopathie de la patte d'oie	Autres infiltrations au niveau du genou	Les pathologies infiltrées

Entretien 2	Le syndrome de l'essuie-glace	Le syndrome de l'essuie-glace	Autres infiltrations au niveau du genou	Les pathologies infiltrées
Entretien 2	C'est super douloureux, les gens sont embêtés [...]	Une pathologie douloureuse	Le névrome de Morton	Les pathologies infiltrées
Entretien 2	Le Morton, [...] c'est super simple à faire. [...] On est en sous-cutané [...] t'infiltra le Morton [...]	Une infiltration simple	Le névrome de Morton	Les pathologies infiltrées
Entretien 7	Mais le Morton, c'est assez facile à faire, ce n'est pas très douloureux [...].	Une infiltration simple	Le névrome de Morton	Les pathologies infiltrées
Entretien 13	Là c'est très facile à faire.	Une infiltration simple	Le névrome de Morton	Les pathologies infiltrées
Entretien 7	Le Morton c'est moins douloureux, c'est vrai !	Une infiltration peu douloureuse	Le névrome de Morton	Les pathologies infiltrées
Entretien 2	Ça marche très bien.	Une infiltration efficace	Le névrome de Morton	Les pathologies infiltrées
Entretien 7	C'est quand même un bon résultat !	Une infiltration efficace	Le névrome de Morton	Les pathologies infiltrées
Entretien 13	C'est extrêmement efficace. Ça c'est vraiment une bonne indication.	Une bonne indication	Le névrome de Morton	Les pathologies infiltrées
Entretien 13	Les Morton, je les infiltre assez systématiquement.	Une infiltration facilement proposé	Le névrome de Morton	Les pathologies infiltrées
Entretien 7	J'explique au patient parce que c'est déjà plus dur à faire, à mettre, c'est quand même plus douloureux !	Une infiltration douloureuse	L'épine calcanéenne	Les pathologies infiltrées

Entretien 7	Il faut que le patient soit un peu compliant	Besoin d'un patient bien compliant	L'épine calcanéenne	Les pathologies infiltrées
Entretien 11	Mais franchement si les semelles ne marchent pas !	Si les semelles de fonctionnent pas	L'épine calcanéenne	Les pathologies infiltrées
Entretien 7	Les épaules ce sont en général des tendinopathies sus épineux,	Les tendinopathies de la coiffe des rotateurs	Les épaules	Les pathologies infiltrées
Entretien 7	Les épaules c'est une tendinopathie sous scapulaire.	Les tendinopathies de la coiffe des rotateurs	Les épaules	Les pathologies infiltrées
Entretien 13	Les pathologies c'est surtout les tendinites de l'épaule hein, coiffe des rotateurs, bicipitales.	Les tendinopathies de la coiffe des rotateurs	Les épaules	Les pathologies infiltrées
Entretien 7	De l'épaule douloureuse simple.	Les tendinopathies de la coiffe des rotateurs	Les épaules	Les pathologies infiltrées
Entretien 13	Périarthrites.	Les tendinopathies de la coiffe des rotateurs	Les épaules	Les pathologies infiltrées
Entretien 1	[...] Je fais par voie antérieure toujours.	Une infiltration par voie antérieure	Les épaules	Les pathologies infiltrées
Entretien 2	Puis l'épaule j'ai deux voies d'abord : sur la coracoïde là et puis par voie antérieure.	Une infiltration par voie antérieure	Les épaules	Les pathologies infiltrées
Entretien 7	L'épaule parfois on butte un peu, [...] je la fais assise l'épaule, en position, comme ça, ça passe bien ! [...] Assis moi je trouve que c'est bien !	Une infiltration en position assise	Les épaules	Les pathologies infiltrées
Entretien 4	L'épaule il en faut au moins deux souvent.	Plusieurs infiltrations sont souvent nécessaires	Les épaules	Les pathologies infiltrées

Entretien 2	Moi j'essaie de ne pas trop infiltrer, j'essaie de le faire à bon escient. J'ai juste une dame sur une tendinite de l'épaule, donc je l'ai infiltrée deux fois à un mois d'intervalle, mais sinon je n'ai pas eu à ré-infiltrer. Donc ça marche relativement bien.	Une bonne efficacité généralement	Les épaules	Les pathologies infiltrées
Entretien 7	Je tente le coup des fois ça à un résultat très royal, d'autres fois c'est raté. Mais en général ça soulage bien les patients.	Un résultat assez aléatoire	Les épaules	Les pathologies infiltrées
Entretien 13	Je sais pas pourquoi il y a énormément de problèmes de tendinites des coiffes des rotateurs qui résistent un peu à tout.	Un résultat assez aléatoire	Les épaules	Les pathologies infiltrées
Entretien 2	C'est relativement simple, parce que tu as ton tendon qui est là, [...] si tu étends là tu sens bien qu'il est là donc tu piques là, et puis tu nappes.	Des repères anatomiques simples	L'épicondylite	Les pathologies infiltrées
Entretien 2	Moi je pique, même si c'est quelqu'un d'assez mince [...], je vais prendre la peau, je vais piquer puis je vais napper.	Possible à faire chez des patients mince	L'épicondylite	Les pathologies infiltrées
Entretien 7	Ça marche pas mal je trouve! Bon ça marche dans 2/3 des cas on va dire, 2/3 des cas ça marche bien.	Des résultats satisfaisants	L'épicondylite	Les pathologies infiltrées
Entretien 11	Ah oui ! Bah c'est comme toutes les tendinites, c'est un problème complexe les tendinites! Soit ça marche très bien, il y a des gens avec une ça va bien, épicondylite infiltration qui marche bien, d'autre, si ça marche pas la première, on en fait trois, généralement je couple avec la kiné !	Des résultats aléatoires	L'épicondylite	Les pathologies infiltrées
Entretien 13	J'en ai eu des problèmes du fait du caractère assez superficiel de l'infiltration, moi je trouve que c'est plus douloureux.	Une infiltration douloureuse par son caractère superficiel	L'épicondylite	Les pathologies infiltrées
Entretien 2	Sur le canal carpien [...] c'est à l'intérieur [...] tu piques là et tu relâches, [...] tu as tes deux tendons là, tu relâches, tu piques au niveau du pli et [...] dans le milieu sur le canal carpien.	Repérage anatomique grâce au tendon long palmaire	Le syndrome du canal carpien	Les pathologies infiltrées

Entretien 7	Je palpe bien le grand palmaire et puis tac, à 45°.	Repérage anatomique grâce au tendon long palmaire	Le syndrome du canal carpien	Les pathologies infiltrées
Entretien 7	Le canal carpien, c'est difficile de les installer mais, moi je leur fait mettre un petit truc en dessous, et, [...] en hyper-extension.	Mettre un coussin sous le poignet pour le mettre en hyper-extension	Le syndrome du canal carpien	Les pathologies infiltrées
Entretien 2	Tu piques, tu es sur le nerf parce que tu as une petite décharge, donc tu recules un peu et puis tu injectes.	Possibilité de toucher le nerf lors de l'infiltration	Le syndrome du canal carpien	Les pathologies infiltrées
Entretien 7	Des fois ils ont « ting », une décharge au bout des doigts, parce qu'on a piqué un peu le nerf médian, alors je dis « c'est bon on est au bon endroit », je recule un petit peu et puis j'y vais, sans résistance et puis c'est bon !	Possibilité de toucher le nerf lors de l'infiltration	Le syndrome du canal carpien	Les pathologies infiltrées
Entretien 12	C'est une infiltration qui est douloureuse au niveau du canal carpien	Une infiltration douloureuse	Le syndrome du canal carpien	Les pathologies infiltrées
Entretien 12	C'est une infiltration qui n'est pas facile à faire, euh qui est plus difficile à réaliser.	Une infiltration difficile	Le syndrome du canal carpien	Les pathologies infiltrées
Entretien 12	C'étaient des petites infiltrations, c'était canal carpien euh... ouais c'était surtout le canal carpien.	Une infiltration simple	Le syndrome du canal carpien	Les pathologies infiltrées
Entretien 11	Bon bah le canal carpien des fois, bah ça marche pas ou ça marche qu'un jour ou et cætera ...	Une efficacité parfois courte	Le syndrome du canal carpien	Les pathologies infiltrées
Entretien 12	Pour le canal carpien oui.	Une bonne efficacité	Le syndrome du canal carpien	Les pathologies infiltrées
Entretien 4	Le canal carpien j'en fais pas de deuxième, j'envoie au chirurgien si ça a pas marché.	Si pas d'efficacité place à la chirurgie	Le syndrome du canal carpien	Les pathologies infiltrées

Entretien 1	Le doigt à ressort.	Les doigts à ressaut	Les doigts	Les pathologies infiltrées
Entretien 4	Des fois des doigts.	Les doigts à ressaut	Les doigts	Les pathologies infiltrées
Entretien 7	De temps en temps les petits nodules de téno-synovite de doigts à ressaut.	Les doigts à ressaut	Les doigts	Les pathologies infiltrées
Entretien 11	Des arthroses rhizoméliques du pouce.	Rhizarthrose du pouce	Les doigts	Les pathologies infiltrées
Entretien 1	Et au niveau de la hanche le moyen fessier, voilà.	Le moyen fessier	La hanche	Les pathologies infiltrées
Entretien 7	Les moyens fessiers ! Ça marche pas mal ça aussi !	Le moyen fessier	La hanche	Les pathologies infiltrées
Entretien 2	Les bursites du grand trochanter.	La bursite du grand trochanter	La hanche	Les pathologies infiltrées
Entretien 7	Les trochantériennes que je fais souvent aussi !	La bursite du grand trochanter	La hanche	Les pathologies infiltrées
Entretien 2	C'est le signe de l'anneau de clé. C'est souvent chez les sportifs un peu cambrés, tu appuies entre L5 et S1 et t'as la douleur qui est reproduite à l'appui sur le ligament.	Pathologie du sportif un peu cambré	Le ligament inter-épineux	Les pathologies infiltrées
Entretien 2	Les ligaments inter épineux c'est assez simple, en général c'est le ligament L5-S1 qui est touché, qui est douloureux, ça se fait entre les deux épineuses, en sous cutané. T'as les deux apophyses épineuses, t'as le ligament inter épineux et puis là t'as la peau, [...] t'infiltrés dans	Une infiltration assez simple	Le ligament inter-épineux	Les pathologies infiltrées

	le ligament inter épineux. [...]			
Entretien 1	J'utilise beaucoup le Diprostène mais c'est par habitude.	Par habitude	Les produits corticoïdes courants : l'Altim et le Diprostène	Les produits utilisés
Entretien 7	J'aime mieux l'Altim, [...] parce que c'est une question d'habitude c'est peut être aussi celui qu'on nous avez conseillé aussi !	Par habitude	Les produits corticoïdes courants : l'Altim et le Diprostène	Les produits utilisés
Entretien 14	Euh c'est surtout l'Altim, enfin pour l'instant par rapport... [...] C'est l'habitude.	Par habitude	Les produits corticoïdes courants : l'Altim et le Diprostène	Les produits utilisés
Entretien 4	L'Altim pour le canal carpien parce que on a dû m'apprendre comme ça (rires).	Par enseignement	Les produits corticoïdes courants : l'Altim et le Diprostène	Les produits utilisés
Entretien 13	J'alterne Altim et Diprostène essentiellement.	Des produits comparables	Les produits corticoïdes courants : l'Altim et le Diprostène	Les produits utilisés
Entretien 1	J'utilise beaucoup le Diprostène [...] l'Altim c'est comparable.	Des produits comparables	Les produits corticoïdes courants : l'Altim et le Diprostène	Les produits utilisés
Entretien 11	Principalement c'est du Diprostène ou éventuellement de l'Altim.	Des produits	Les produits corticoïdes	Les produits

		comparables	courants : l'Altim et le Diprostène	utilisés
Entretien 6	Et ce qu'on a sous la main ! (<i>rires</i>)	Selon ce qu'on a à disposition au cabinet	Les produits corticoïdes courants : l'Altim et le Diprostène	Les produits utilisés
Entretien 7	Il y a eu une rupture de stock d'Altim, on faisait Diprostène à la place mais maintenant je suis revenu à l'Altim.	Selon ce qu'on a à disposition au cabinet	Les produits corticoïdes courants : l'Altim et le Diprostène	Les produits utilisés
Entretien 1	Ça m'est même arrivé de le faire au solumédrol,	Un produit utilisé dans le passé	Le solumédrol	Les produits utilisés
Entretien 2	Sur le coude j'utilise du célestène donc moins cristallin parce qu'on est en sous cutané et c'est pour pas faire [...], de nécrose [...] de lipodestruction [...]. Les cristallins [...] font des petites rétractions, [...] des petites [...] disparition du panicule lipidique sous cutané.	Moins cristallin donc moins de lipodystrophie au niveau du coude.	Le célestène	Les produits utilisés
Entretien 2	[...] Le Morton [...] comme pour l'épicondyle, je fais célestène avec procaïne.	Pour le Morton	Le célestène	Les produits utilisés
Entretien 1	Je dirais le kénacort, mais je dirais que c'est un produit qui a plus d'inconvénients que d'avantages.	Un produit avec beaucoup d'inconvénients	Le kénacort	Les produits utilisés
Entretien 11	Dans certains canaux carpiens [...], enfin c'est exceptionnel maintenant, je mets un peu de Xylo, quand [...] c'est très douloureux, comme ça ils sont soulagés tout de suite [...] !	Pour soulager rapidement dans le canal carpien	La xylocaïne	Les produits utilisés
Entretien 13	Alors dans les grosses localisations, genoux, épaules je ne mets pas de xylo, pour les petites localisations, euh le canal carpien oui	Dans les petites localisations comme le	La xylocaïne	Les produits

	systematiquement.	canal carpien		utilisés
Entretien 13	Euh quand je faisais encore les coudes oui systematiquement.	Dans l'épicondylite	La xylocaïne	Les produits utilisés
Entretien 11	(I : D'accord, là vous n'utilisez pas de xylo?) DR11 : Si, si !	Dans l'épine calcanéen	La xylocaïne	Les produits utilisés
Entretien 11	Dans le temps, c'est vrai que jusqu'il y a 15-20 ans en arrière, je l'utilisais pratiquement systematiquement.	Utilisation systematique ancienne	La xylocaïne	Les produits utilisés
Entretien 11	Comme ça ils sont soulagés tout de suite [...] !	Pour soulager rapidement	La xylocaïne	Les produits utilisés
Entretien 11	Peut-être plus pour me rassurer moi.	Pour se rassurer	La xylocaïne	Les produits utilisés
Entretien 11	Parce que c'est inutile.	Inutile	La xylocaïne	Les produits utilisés
Entretien 11	Parce que je pense que la Xylo c'est quand même plus dangereux !	Dangereuse	La Xylocaïne	Les produits utilisés
Entretien 2	pour les épicondylites j'injecte ça avec un anesthésique local, la procaïne en général. [...] Le Morton [...] comme pour l'épicondyle, je fais Céléstène avec procaïne.	Pour l'épicondylite et le Morton	La Procaïne	Les produits utilisés
Entretien 14	Euh, alors, là je peux parler que sur le canal carpien moi à chaque fois j'ai proposé aux personnes de mettre de l'Emla avant. Mais par contre pour le geste non j'utilise pas de xylocaïne.	Pour le canal carpien	L'Emla	Les produits utilisés
Entretien 6	La quantité diffère en fonction du site d'injection	Selon le site d'injection	La quantité de produits	Les produits utilisés

Entretien 6	La quantité diffère en fonction du site d'injection... [...] Et ce qu'on a sous la main ! (<i>rires</i>)	Selon ce qu'on a au cabinet	La quantité de produits	Les produits utilisés
Entretien 11	On infiltrait beaucoup avant, avec beaucoup moins de corticoïdes, c'est vrai que peut être en 77, dans les années-là, on donnait peut-être moins de corticoïdes et on infiltrait avec du Dibencozan (cobalamine), je crois que c'est un truc qui n'existe plus du tout et qui est de la vitamine B12 ! [...] Si on leur donne des corticoïdes, c'est qu'on s'est rendu compte que les corticoïdes étaient plus efficaces ! (<i>rires</i>) Et pas si méchants que ça !	Infiltration à la vitamine B12 il y a 35 ans	Evolution des produits dans le temps	Les produits utilisés
Entretien 1	Peut-être deux par semaine.	Plusieurs fois par semaine	Fréquence des infiltrations	La fréquence des infiltrations
Entretien 7	Ça dépend des périodes [...] en général c'est minimum 1 par semaine, ça peut être après 3 ou 4 quoi ! Sur une activité ! Ouais, 3 ou 4 par semaine ! Alors donc c'est variable entre 1 et 4.	Plusieurs fois par semaine	Fréquence des infiltrations	La fréquence des infiltrations
Entretien 13	Oh je dirais plutôt, c'est un peu étonnant parce que c'est un peu par période, mais là ces temps-ci j'en fais quasiment 2 par semaine. 1 à 2 par semaine.	Plusieurs fois par semaine	Fréquence des infiltrations	La fréquence des infiltrations
Entretien 2	C'est plusieurs fois par mois, En moyenne je dois infiltrer entre 1 et 5 fois. Ca varie [...]	Quelques fois par mois	Fréquence des infiltrations	La fréquence des infiltrations
Entretien 4	Oh je n'en fais pas beaucoup, je dois en faire deux par mois ou trois par mois. Après ça dépend il y a des mois où j'en fais quatre ou cinq et des mois où je ne vais pas en faire. Je n'en fais pas beaucoup.	Quelques fois par mois	Fréquence des infiltrations	La fréquence des infiltrations
Entretien 6	Elles sont peu fréquentes. Si je dois en faire 6 par an	Quelques fois par an	Fréquence des infiltrations	La fréquence des infiltrations
Entretien 12	Euh pas beaucoup en fait (<i>rires</i>). Quatre ou cinq par an mais pas... [...] Euh la première année d'installation j'ai dû en faire 2 ou 3 et	Quelques fois par an	Fréquence des	La fréquence des

	après euh, c'est tout.		infiltrations	infiltrations
Entretien 14	Très occasionnellement (<i>rires</i>). Je crois que depuis le début de l'année j'ai dû en faire deux-là. Deux fois le canal carpien.	Quelques fois par an	Fréquence des infiltrations	La fréquence des infiltrations
Entretien 8	J'ai infiltré 2 canaux carpiens et un Morton !	Quelques fois pendant toute la carrière	Fréquence des infiltrations	La fréquence des infiltrations
Entretien 9	J'ai [...] infiltré moins de 5 fois dans ma vie, donc c'est vraiment très, très peu ! [...] Des genoux essentiellement! C'était à l'hôpital	Quelques fois pendant toute la carrière	Fréquence des infiltrations	La fréquence des infiltrations
Entretien 2	Les plus fréquentes sont quand même les carpiens, les épaules, [...] les genoux ça vient ensuite.	Le canal carpien et les épaules sont les plus fréquentes	Les plus fréquente	La fréquence des infiltrations
Entretien 1	[...] Ce n'est pas protocolé quoi.	Pas de protocole	La désinfection	L'asepsie au cabinet
Entretien 2	J'utilise de la Bétadine (Je mets que de la jaune) Alors je fais une désinfection avec les produits que j'ai, en général c'est souvent de la Bétadine [...] jaune. Euh, je fais trois ou quatre passages.	A la Bétadine dermique 10%	La désinfection	L'asepsie au cabinet
Entretien 7	Je badigeonne bien à la Bétadine, moi, j'utilise la Bétadine dermique ! Je fais 2 ou 3 badigeons successifs,	A la Bétadine dermique 10%	La désinfection	L'asepsie au cabinet
Entretien 11	Lavage Bétadine, Non, 2 temps, on lave, on rince et on remet de la Bétadine jaune.	A la Bétadine dermique 10%	La désinfection	L'asepsie au cabinet
Entretien 13	Je fais une désinfection locale, [...] Euh non Bétadine jaune uniquement.	A la Bétadine dermique 10%	La désinfection	L'asepsie au cabinet
Entretien 2	Je désinfecte la peau et je laisse un temps [...] beaucoup plus long de contact avec le produit désinfectant. Et c'est la première chose que je fais, [...] et après quand je fais refaire le geste, [...] je désinfecte une	Laisse un temps de séchage	La désinfection	L'asepsie au cabinet

	deuxième fois la peau.			
Entretien 6	Désinfection cutanée en 3 temps si j'ai le matériel... [...] c'est [...] lavage cutanée, rinçage, séchage, désinfection. [...] en gros sur une même compresse il y a de la Bétadine rouge avec de l'eau, les 2 en même temps, on rince, on essuie c'est le deuxième, troisième on désinfecte.	Désinfection en 3 temps	La désinfection	L'asepsie au cabinet
Entretien 14	Je fais le protocole Bétadine, Bétadine rouge, voilà on rince un petit coup, on sèche puis on met de la jaune, c'est le protocole que j'avais appris pendant mes études et que j'applique.	Désinfection en 3 temps	La désinfection	L'asepsie au cabinet
Entretien 2	Chez les gens qui sont allergiques à l'iode où j'utilise du Septeal.	Septeal si allergie à la Bétadine	La désinfection	L'asepsie au cabinet
Entretien 11	Les épines calcanéennes [...] alors là je suis extrêmement euh comment, euh, sur l'asepsie impeccable, parce que les pieds c'est... là je fais double ! Je crois que c'est important.	Une désinfection plus importante au niveau des pieds	La désinfection	L'asepsie au cabinet
Entretien 1	L'intra articulaire je fais quand même plus attention, sur un genou	Une désinfection plus importante en intra-articulaire	La désinfection	L'asepsie au cabinet
Entretien 1	[...] Je fais quand même plus attention, [...] quand il y a un contexte de diabète ou risque infectieux plus important.	Une désinfection plus importante si co-morbidité	La désinfection	L'asepsie au cabinet
Entretien 4	A l'endroit où je pique je mets un champ.	Met un champ lors de l'infiltration	Un champ stérile	L'asepsie au cabinet
Entretien 13	Je ne mets pas de champ	Met un champ	Un champ stérile	L'asepsie au cabinet

Entretien 14	Euh oui un champ.	Met un champ	Un champ stérile	L'asepsie au cabinet
Entretien 11	Non !	N'utilise pas de champs	Un champ stérile	L'asepsie au cabinet
Entretien 1	J'infiltrer sans gants...	N'utilise pas de gants	Des gants	L'asepsie au cabinet
Entretien 4	Je ne mets pas de gants.	N'utilise pas de gants	Des gants	L'asepsie au cabinet
Entretien 7	Je me lave bien les mains ! Je mets des gants non stériles.	Utilise des gants non stériles	Des gants	L'asepsie au cabinet
Entretien 11	Oui, j'utilise des gants, mais non stériles (<i>rires</i>) !	Utilise des gants non stériles	Des gants	L'asepsie au cabinet
Entretien 14	Je mets des gants [...] ce n'est pas des gants stériles.	Utilise des gants non stériles	Des gants	L'asepsie au cabinet
Entretien 2	Je mets toujours des gants stériles	Utilise des gants stériles	Des gants	L'asepsie au cabinet
Entretien 6	Plus la mise en place de gants stériles	Utilise des gants stériles	Des gants	L'asepsie au cabinet
Entretien 13	Alors je mets des gants stériles	Utilise des gants stériles	Des gants	L'asepsie au cabinet

Entretien 7	Après je mets bien un pansement antiseptique que je laisse bien 24 heures, avec une compresse. Je dis au patient de le laisser, de l'enlever le lendemain.	Un pansement anti septique pendant 24h	Un pansement post infiltration	L'asepsie au cabinet
Entretien 13	Et un pansement après que je demande de garder au moins 24h. Un peu compressif quand c'est nécessaire. L'épaule c'est rarement nécessaire, le genou non plus. Euh ailleurs oui ça peut l'être.	Un pansement pendant 24h	Un pansement post infiltration	L'asepsie au cabinet
Entretien 13	J'ai que du matériel jetable évidemment matériel stérile (pratique) euh, voilà.	Du matériel stérile, jetable	Du matériel pour les infiltrations	L'asepsie au cabinet
Entretien 6	Matériel stérile pour au moins ponctionner et infiltrer.	Du matériel stérile si ponctionne	Du matériel pour les infiltrations	L'asepsie au cabinet
Entretien 1	Donc quand même c'est souvent en deuxième intention après échec d'un traitement.	Après échec d'un premier traitement	Un traitement en deuxième intention	Place des infiltrations dans la thérapeutique
Entretien 4	Je les réserve surtout en cas d'échec thérapeutique, [...] si je vois qu'il n'est pas soulagé à ce moment-là je propose une infiltration.	Après échec d'un premier traitement	Un traitement en deuxième intention	Place des infiltrations dans la thérapeutique
Entretien 2	Je leur donne toujours un délai, je dis bon on fait ça pendant 15 jours-3 semaines et si ça marche pas, à ce moment-là on repose l'indication.	Après échec d'un premier traitement	Un traitement en deuxième intention	Place des infiltrations dans la thérapeutique
Entretien 1	[...] On va peut-être d'abord mettre au repos, de la glace, [...] avant de faire une intra articulaire.	Après échec du repos et de la glace	Un traitement en deuxième intention	Place des infiltrations dans la thérapeutique
Entretien 4	J'essaie de temporiser par des traitements : repos...	Après échec du repos	Un traitement en deuxième intention	Place des infiltrations dans la thérapeutique

Entretien 1	[...] On va peut-être d'abord mettre [...] des anti inflammatoires avant de faire une intra articulaire.	Après échec des AINS	Un traitement en deuxième intention	Place des infiltrations dans la thérapeutique
Entretien 4	J'essaye de temporiser par des traitements : [...] anti-inflammatoire éventuellement locale ou par voie générale.	Après échec des AINS	Un traitement en deuxième intention	Place des infiltrations dans la thérapeutique
Entretien 2	[...] J'essaie de faire durer en mettant des antalgiques simples : du paracétamol par exemple chez des personnes qui souffrent d'arthrose.	Après échec des antalgiques	Un traitement en deuxième intention	Place des infiltrations dans la thérapeutique
Entretien 2	J'essaie de faire de la kiné sur une épaule.	Après échec de la kinésithérapie	Un traitement en deuxième intention	Place des infiltrations dans la thérapeutique
Entretien 2	[...] Il y a beaucoup de pathologies douloureuses qui fluctuent [...], sur un canal carpien par exemple, ça peut être influencé par une rétention d'eau, par une prise de poids, par des exercices professionnels qui se succèdent puis qui vont redéclencher un canal carpien, et il suffit qu'il y ait une modification de geste ou un changement de poste ou un autre phénomène pour que ça passe relativement tout seul.	Après échec des règles hygiéno-diététiques	Un traitement en deuxième intention	Place des infiltrations dans la thérapeutique
Entretien 2	Pour les épicondylites c'est complété par des mesures soit de physio,	De la physiothérapie en complément	Des mesures associées aux infiltrations	Place des infiltrations dans la thérapeutique
Entretien 2	Pour les épicondylites c'est complété par des mesures soit de bracelet absorbeur ou de kinesio tex qu'on utilise en médecine du sport	Un bracelet absorbeur en complément	Des mesures associées aux infiltrations	Place des infiltrations dans la thérapeutique
Entretien 2	C'est un moyen de faire une pause et puis de préparer le traitement à plus long terme.	Du repos en complément	Des mesures associées aux	Place des infiltrations dans

			infiltrations	la thérapeutique
Entretien 7	[...] L'orthèse plantaire, la semelle, parce qu'il y a souvent une déformation du pied ou un pied creux ou un pied un peu valgus [parle de l'épine calcanéenne]	Une orthèse l'épine calcanéenne en complément	Des mesures associées aux infiltrations	Place des infiltrations dans la thérapeutique
Entretien 11	[...] pour le genou, souvent il y a une immobilisation, quand c'est un gros genou qu'on évacue et puis on fait une infiltration dans la foulée, [...].	Une immobilisation du genou en complément	Des mesures associées aux infiltrations	Place des infiltrations dans la thérapeutique
Entretien 1	Ça peut être d'emblée, [...] disons qu'on n'a pas le droit de donner un anti inflammatoire, quand [...] il y a une insuffisance rénale [...]	S'il y a une contre-indication aux AINS	Traitement de première intention	Place des infiltrations dans la thérapeutique
Entretien 2	Bon après, [...] t'as d'autres patients qui ne peuvent pas prendre d'anti inflammatoires [...]	S'il y a une contre-indication aux AINS	Traitement de première intention	Place des infiltrations dans la thérapeutique
Entretien 1	Un névrome de Morton qui arrive, évidemment, j'infiltre tout de suite. Les anti-inflammatoires ne marcheront pas bien et puis l'infiltration, c'est efficace.	Si on sait que les AINS sont inefficace sur la pathologie	Traitement de première intention	Place des infiltrations dans la thérapeutique
Entretien 2	Les gonarthroses du genou chez les personnes très âgées qu'on ne veut pas faire opérer ou chez qui on essaie de durer, on fait une infiltration deux ou trois fois dans l'année mais pas d'affilée, c'est excessivement rare.	Si la chirurgie est contre indiqué	Traitement de première intention	Place des infiltrations dans la thérapeutique
Entretien 11	Généralement, ça se passe dans la foulée [...] disons que 8 fois sur 10, je le fais pendant la consultation!	L'infiltration le même jour que l'annonce	Un acte en un temps	Déroulement de la consultation
Entretien 13	Voilà et que je prescris le traitement et je demande au patient de me le rapporter, après sur des pathologies un peu aiguës douloureuses, euh je peux les, ils reviennent dans la journée avec leur ampoule et je peux leur faire dans la journée ça m'est déjà arrivé,	Prescription et infiltration le même jour	Un acte en un temps	Déroulement de la consultation

Entretien 11	Après une radio, par exemple [...] pour l'épaule, quand il y a des calcifications, [...] souvent, ça se passe, il y a pas de problème !	La radio faite au cabinet juste avant l'infiltration	Un acte en un temps	Déroulement de la consultation
Entretien 4	Quand je le fais c'est que c'est des gens que je connais bien, qui en ont éventuellement déjà eues il y a quelques années.	Si le patient en a déjà eu une	Un acte en un temps	Déroulement de la consultation
Entretien 7	Le genou, ce sont les patients en général qui présentent une poussée d'hydarthrose. Donc en général je fais une ponction, je fais analyser le produit quand même ! Quand je connais le patient et l'histoire du patient, je fais mon infiltration juste après.	S'il connaît bien le patient	Un acte en un temps	Déroulement de la consultation
Entretien 7	Moi, j'ai toujours une ou 2 boîtes [...] et je leur dis « Allez, je vous fais » ! [...]Je trouve que c'est mieux, parce que souvent les gens prennent un petit coup de stress et ils veulent plus le faire après alors...	Pour que le patient ne recule pas	Un acte en un temps	Déroulement de la consultation
Entretien 11	C'est à dire que si quand on est en consultation et puis qu'on fait l'infiltration dans la foulée, c'est quand même un peu juste, quand même ! Mais je me vois mal faire la consultation et puis coter à part, euh faire revenir le patient ! Non ça non !	Pour ne pas faire payer 2 consultations au patient	Un acte en un temps	Déroulement de la consultation
Entretien 13	Non c'est très rare que je le fasse le même jour, en général je reconvoque le patient vraiment pour l'infiltration, pour le geste.	Reconvoque le patient pour l'infiltration	Un acte en deux temps	Déroulement de la consultation
Entretien 7	Soit une tendinopathie, je lui explique le processus inflammatoire au niveau de son tendon d'insertion, comme l'épicondylite par exemple, on lui explique le mécanisme de présentation de la tendinopathie ! Ensuite je lui explique, je lui montre le point douloureux, je lui fais faire des manœuvres qui provoquent les douleurs !	Lui expliquer sa pathologie pour mieux comprendre l'intérêt de l'infiltration	Un acte en deux temps	Déroulement de la consultation
Entretien 1	Je les préviens que ça peut faire mal le soir quoi.	Prévenir du risque de douleurs	Un acte en deux temps	Déroulement de la consultation
Entretien 11	Dans le canal carpien, si on touche le nerf médian, [...] mais je les préviens avant, [...] si on touche c'est qu'on est bien placé, quoi ! (rires)	Prévenir du risque de douleurs	Un acte en deux temps	Déroulement de la consultation

Entretien 6	C'est surtout de l'information sur les risques, [...] : les douleurs pendant les 48 heures,	Prévenir du risque de douleurs	Un acte en deux temps	Déroulement de la consultation
Entretien 2	Surtout par exemple sur les tendons du biceps, parce que j'ai eu moi une fois une rupture donc du coup je le dis. Je fais attention à ça.	Prévenir du risque de rupture tendineuse	Un acte en deux temps	Déroulement de la consultation
Entretien 11	Je préviens les patients que ça peut arriver, [...] qu'ils me tiennent au courant !	Prévenir du risque d'hématome sous AVK	Un acte en deux temps	Déroulement de la consultation
Entretien 6	C'est surtout de l'information sur les risques [...] : le risque infectieux	Prévenir du risque infectieux	Un acte en deux temps	Déroulement de la consultation
Entretien 7	L'épaule, là c'est un peu plus compliqué sur le point anatomique, des fois je leur montre un petit schéma, pour leur dire où je vais passer entre, sous acromial tout ça...Donc ils comprennent bien que le tendon est pas loin. Je leur explique avec des petits dessins, comme ça souvent ça aide quand même à la, à l'acceptation et à la tolérance de l'acte en général !	Des schémas pour expliquer	Un acte en deux temps	Déroulement de la consultation
Entretien 11	Pour [...] diminuer l'inflammation et puis, [...] surtout le soulagement !	Pour expliquer le but de l'infiltration : diminuer l'inflammation	Un acte en deux temps	Déroulement de la consultation
Entretien 6	L'effet, l'efficacité souhaitée.	Pour expliquer l'effet désiré de l'infiltration	Un acte en deux temps	Déroulement de la consultation
Entretien 6	C'est surtout de l'information sur les risques, [...] : le repos relatif de l'articulation pendant 48 heures avec l'arrêt de travail si nécessaire.	Pour expliquer l'importance du repos post infiltration	Un acte en deux temps	Déroulement de la consultation
Entretien 6	C'est surtout de l'information sur les risques, [...] : quand est-ce qu'il faut revenir nous consulter et l'effet.	Pour expliquer les symptômes qui doivent lui faire reconsulter	Un acte en deux temps	Déroulement de la consultation

Entretien 7	Donc en général je fais une ponction (du genou, dans la poussée d'arthrose), [...] je fais analyser le produit quand même ! [...] quand j'ai un petit doute sur [...] le risque d'arthrite infectieuse, [...], j'attends mon résultat pour faire l'infiltration ! [...]	Attendre le résultat de la ponction avant d'infiltrer	Un acte en deux temps	Déroulement de la consultation
Entretien 11	Je leur demande toujours leur avis !	Le consentement du patient avant toute infiltration	Un acte en deux temps	Déroulement de la consultation
Entretien 6	Je suis obligé d'avoir son accord quand même pour la faire !	Le consentement du patient avant toute infiltration	Un acte en deux temps	Déroulement de la consultation
Entretien 11	Il y en a qui refusent ! Ou qui reviennent après ! [...] c'est rare les gens qui refusent, ouais, ou il y en a qui demandent en effet, un temps de réflexion ! Mais généralement, non, ils acceptent volontiers !	Un temps de réflexion pour le patient	Un acte en deux temps	Déroulement de la consultation
Entretien 4	Je fais pratiquement jamais d'infiltration le jour même, [...] troisièmement parce que comme ça ils se la mettent dans la tête, et si ils ont une réticence	Un temps de réflexion pour le patient	Un acte en deux temps	Déroulement de la consultation
Entretien 14	Donc là si c'est vraiment évident comme dans les livres, je dis au patient voilà il y a un canal carpien on peut l'infiltrer, je vais quand même lui exposer les autres options en disant que l'infiltration ça marche pas à tous les coups mais qu'on peut tenter. Et du coup ouais je lui dis de réfléchir, je leur dis bhein quand vous êtes prêt vous me repassez un coup de fil, je vous prépare une ordonnance pour aller acheter le produit puis bhein après vous venez dans les jours qui suivent et puis on la fait.	Un temps de réflexion pour le patient	Un acte en deux temps	Déroulement de la consultation
Entretien 7	Je pense qu'il y a un effet psychologique, il faut être convaincu comme médecin que ce qu'on va faire, [...] Parce que le patient le sent très bien ! [...] C'est à dire, il faut que le patient soit convaincu un peu, et de ce qu'on lui dit est accepté, bien compris ! A partir de là, à mon avis	S'assurer que le patient à bien tout compris pour que cela fonctionne	Un acte en deux temps	Déroulement de la consultation

	il y a 50% du boulot fait, même avant là, d'injecter !			
Entretien 11	Je pense aussi qu'il faut expliquer, en disant, vous faites ça et ça marche ou ça marche pas, si ça marche pas, bah voilà...	Prévenir le patient d'un échec possible	Un acte en deux temps	Déroulement de la consultation
Entretien 4	Je fais pratiquement jamais d'infiltration le jour même, d'abord parce que je n'ai pas le produit.	Le temps que le patient aille chercher le produit	Un acte en deux temps	Déroulement de la consultation
Entretien 13	Alors souvent parce que je n'ai pas de Diprostène en réserve, voilà et que je prescris le traitement et je demande au patient de me le rapporter. Très souvent je les reconvoque 1 ou 2 jours après pour qu'ils aient le temps d'acheter le produit à injecter.	Le temps que le patient aille chercher le produit	Un acte en deux temps	Déroulement de la consultation
Entretien 2	Je les revoie pour ça, je prescris et je donne un rendez-vous juste pour l'infiltration, pour être tranquille, faire les choses correctement pas dans la précipitation.	Pour faire les choses sans précipitations	Un acte en deux temps	Déroulement de la consultation
Entretien 4	Je ne fais pratiquement jamais d'infiltration le jour même, [...] deuxièmement parce que si je n'ai pas d'imagerie j'en fais une.	Attendre les résultats des examens complémentaires	Un acte en deux temps	Déroulement de la consultation
Entretien 14	Non je laisse un délai. s'il y a un doute de toute façon je vais l'envoyer faire un électromyogramme.	Attendre les résultats des examens complémentaires	Un acte en deux temps	Déroulement de la consultation
Entretien 11	Bon, si il doit revenir parce que je n'ai pas de produit ou parce que pour l'AVK je préfère contrôler ou si la peau n'est pas bien nette, oui, bah c'est sûr que je cote la deuxième fois la CCAM, mais autrement non !	S'il existe des comorbidités	Un acte en deux temps	Déroulement de la consultation
Entretien 7	Ça peut se faire n'importe où, même, ça peut même se faire en visite ! Ça m'est déjà arrivé.	Le fait lors de visite à domicile	Des infiltrations en visite à domicile	Des infiltrations en visite à domicile

Entretien 9	Bah, par exemple, j'ai un patient qui s'est fait infiltrer, en paralombaire sur une hernie discale, il y a 15 jours par un de mes confrères, je ne pense pas que ce soit un travail de médecin généraliste. [...] Sur son canapé ! [...] Je pense que c'est mieux de le faire sous scan ! [...] (Le patient) il est opéré de sa hernie discale, il va mieux !	Une infiltration au domicile par un confrère critiquée	Des infiltrations en visite à domicile	Des infiltrations en visite à domicile
Entretien 12	(I : En visite vous en faisiez ou pas ?) DR12 : Non.	Pas d'infiltration à domicile	Des infiltrations en visite à domicile	Des infiltrations en visite à domicile
Entretien 13	Je n'ai jamais fait d'infiltration en visite, euh pourquoi peut-être parce que je n'ai pas le matériel, parce que ce n'était pas prévu, euh voilà, peut-être plus pour un problème d'organisation matérielle qu'autre chose.	Pas de matériel à disposition	Des infiltrations en visite à domicile	Des infiltrations en visite à domicile
Entretien 14	Ah en visite non. Bah là ça serait vraiment pour l'asepsie par contre.	Un manque d'asepsie à domicile	Des infiltrations en visite à domicile	Des infiltrations en visite à domicile
Entretien 8	[...] Qu'ils soient soulagés de leur douleur,	Soulager le patient	Les apports	Le ressenti
Entretien 2	Ça soulage immédiatement, [...], ça permet de dormir, ça conserve la fonction au travail.	Soulager le patient	Les apports	Le ressenti
Entretien 6	Le soulagement du patient.	Soulager le patient	Les apports	Le ressenti
Entretien 7	Le principal c'est de soulager.	Soulager le patient	Les apports	Le ressenti
Entretien 10	Ca permettrait quand même de les soulager plus rapidement.	Soulager le patient	Les apports	Le ressenti
Entretien 11	C'était surtout pour soulager.	Soulager le patient	Les apports	Le ressenti
Entretien 11	Je pense aux genoux douloureux, aux genoux arthrosique, on les voit boiter, ils ont mal, ils n'arrivent pas à plier le genou, on les ponctionne et on leur fait l'infiltration. Le plus souvent ils repartent, c'est bien !	Soulager grâce à la combinaison ponction-infiltration dans la	Les apports	Le ressenti

		poussée de gonarthrose		
Entretien 11	Améliorer au point de vue fonctionnel.	recupérer une meilleure fonctionnalité de l'articulation	Les apports	Le ressenti
Entretien 1	D'abord que ça marche mieux que de la pommade.	Plus efficace que les topiques locaux	Les apports	Le ressenti
Entretien 5	Moi, je trouve que pour le coude ça aide bien, [...] les anti-inflammatoires, le repos, souvent ça suffit pas parce qu'en général quand ils viennent ça fait déjà 1 mois qu'il la traîne... et souvent on finit rapidement par arriver à l'infiltration...	Plus efficace que les AINS	Les apports	Le ressenti
Entretien 7	Je pense [...] qu'on est plus efficace qu'un traitement qui pourrait être efficace avec un anti-inflammatoire sur 15 jours.	Plus efficace que les AINS	Les apports	Le ressenti
Entretien 1	Un névrome de Morton qui arrive, évidemment, j'infiltrerai tout de suite. Les anti-inflammatoires ne marcheront pas bien et puis l'infiltration, c'est efficace.	Plus efficace que les AINS	Les apports	Le ressenti
Entretien 13	Oui. Euh en début de carrière je faisais peu d'infiltrations, je prescrivais beaucoup d'anti-inflammatoires et j'ai plutôt changé mon fusil d'épaule, je prescris beaucoup moins d'anti inflammatoires par voie générale parce que je trouve que ça marche pas vraiment sur certaines indications notamment la coiffe des rotateurs les anti-inflammatoires par voie générale ce n'est pas très efficace, et là je suis vraiment beaucoup plus infiltrations qu'avant, ça c'est sûr.	Plus efficace que les AINS	Les apports	Le ressenti
Entretien 1	moi je trouve qu'on a plus d'inconvénients chez les personnes âgées avec les anti-inflammatoires qu'avec les infiltrations.	Moins d'inconvénients que les AINS	Les apports	Le ressenti
Entretien 5	moi, je trouve que pour le coude ça aide bien, [...] les anti-inflammatoires, le repos, souvent ça suffit pas parce qu'en générale quand ils viennent ça fait déjà 1 mois qu'il la traîne... et souvent on finit rapidement par arriver à l'infiltration...	Plus efficace que le repos	Les apports	Le ressenti

Entretien 2	Le Morton [...] C'est super douloureux, les gens sont embêtés, et avant que les semelles avec un appui retrocapital puisse ouvrir vraiment l'espace interdigital, il faut quand même pas mal de temps, c'est un mois, deux mois, donc t'infiltra le Morton et ça marche très bien	Plus efficace que l'orthopédie	Les apports	Le ressenti
Entretien 7	je pense [...] qu' [...] avec un anti-inflammatoire sur 15 jours, [...] on n'est pas sûr que le patient le fasse bien, on n'est pas sûr qu'il respecte le repos, les choses comme ça, donc je pense que c'est pas mal.	Une meilleure observance de prise de traitement	Les apports	Le ressenti
Entretien 13	(I : c'est efficace la mésothérapie ?) DR 13 : C'est moins efficace que l'infiltration mais mieux toléré. Les personnes âgées je trouve que la méso marche très bien, donc j'en fais pas mal, après si y a une indication d'infiltration bah j'ai reconvoqué un patient demain, il a 90 ans et il a une coiffe des rotateurs assez invalidante, je l'infiltre quand même, je vais l'infiltrer demain.	Plus efficace que la mésothérapie	Les apports	Le ressenti
Entretien 2	je trouve que c'est efficace, ça marche bien.	Une bonne efficacité	Les apports	Le ressenti
Entretien 7	moi personnellement je trouve que c'est efficace ! L'épaule, on s'aperçoit aussi que des fois on a des résultats qui sont impeccable et qui suffisent à eux même !	Une bonne efficacité	Les apports	Le ressenti
Entretien 7	[...] ce n'est pas magique mais presque [...]	Une bonne efficacité	Les apports	Le ressenti
Entretien 13	c'est une technique efficace rapidement,	Efficacité rapide	Les apports	Le ressenti
Entretien 14	Moi ce que j'avais retenu quand même c'est que les infiltrations ça marchait bien sur les tendinites récentes, donc c'est sûr que si ça fait un an que la personne a mal euh, je ne le proposerais pas spécialement	Une meilleure efficacité en période aiguë	Les apports	Le ressenti
Entretien 11	(I : OK ! La plupart du temps, quand les patients reviennent ça a bien fonctionné, ils ont été contents du traitement?) DR11: Ouais !	Des patients satisfaits	Les apports	Le ressenti
Entretien 1	J'ai même des gens qui téléphonent en disant, alors que je leur ai rien demandé, « Oh Docteur ça va bien, ça a bien marché ».	Des patients satisfaits	Les apports	Le ressenti

Entretien 2	Je pense que ça ne coûte pas cher pour le service rendu à la société, [...] Sur une épaule quand tu as vraiment une seule infiltration qui te résout ton problème de périarthrite inflammatoire, insomniante, [...] de voir rentrer quelqu'un de complètement invalide et de sortir du cabinet avec l'épaule comme ça en disant qu'il était guéri juste avec le traitement. Donc il y a un vrai service rendu,	Un service rendu peu cher à la société	Les apports	Le ressenti
Entretien 2	Ouais 2 ou 3 infiltrations par an chez cette personne-là (gonarthrose du genou chez quelqu'un qui est déjà un peu polymédicamenté), [...] je pense qu'on lui rend vraiment service	Un service rendu au patient	Les apports	Le ressenti
Entretien 1	Je trouve que ça rend beaucoup de services quand même.	Un service rendu au patient	Les apports	Le ressenti
Entretien 6	Une diversification des actes quotidiens, ça change! (rire)	Une diversification des actes	Les apports	Le ressenti
Entretien 7	Je pense que c'est un geste valorisant à la fois pour le patient et pour nous aussi !	Un geste valorisant	Les apports	Le ressenti
Entretien 11	Ouais, c'est toujours valorisant de faire un acte technique ! Surtout quand ça marche !	Un geste valorisant	Les apports	Le ressenti
Entretien 8	Gain de temps ! Parce que moi, quand j'ai besoin d'une infiltration, je les adresse au rhumato qui ont un mois de délais, donc on perd 1 mois.	Un gain de temps par rapport au délai de rendez-vous chez le rhumatologue	Les apports	Le ressenti
Entretien 10	Ca éviterait déjà aux gens, d'aller [...] chez le rhumatologue, avec des délais de rendez-vous longs ! Ça peut arriver jusqu'à 2 mois !	Un gain de temps par rapport au délai de rendez-vous chez le rhumatologue	Les apports	Le ressenti
Entretien 2	Le Morton [...] C'est super douloureux, les gens sont embêtés, et avant que les semelles avec un appui retrocapital puissent ouvrir vraiment l'espace interdigital, il faut quand même pas mal de temps, c'est un	Un gain de temps par rapport au méthode orthopédique	Les apports	Le ressenti

	mois, deux mois, donc t'infiltrés le Morton et ça marche très bien.			
Entretien 2	Si je n'infiltré pas c'est chir. Sur 100 canaux carpiens je pense que je n'en fais pas opérer beaucoup. [...]	Évite la chirurgie dans le cadre du canal carpien	Les apports	Le ressenti
Entretien 7	Je trouve dans la région, il n'y a pas assez d'essai [...] d'infiltration du canal carpien, il y a tout de suite [...] la Chirurgie ! On s'aperçoit des fois qu'avec une infiltration [...] après on en entend plus parler ! [...] Souvent les femmes vers l'âge de 50, c'est fréquent qu'il y ait un canal carpien qui apparaît [...] en même temps que les troubles climatiques. [...] Et puis c'est la pression du monde extérieur qui fait qu'il faut aller voir le chirurgien de la main, tout ça...	Évite la chirurgie dans le cadre du canal carpien	Les apports	Le ressenti
Entretien 2	Sur une impotence fonctionnelle sur une gonarthrose du genou chez quelqu'un qui est déjà un peu poly médicamenté, la chirurgie [...] ça va être d'abord de l'hospitalisation, puis de la rééducation avec un risque de syndrome de glissement.	Une alternative à la chirurgie dans la gonarthrose chez les poly-pathologiques	Les apports	Le ressenti
Entretien 2	Là on est quand même un peu loin des réseaux de spécialistes donc du coup il faut savoir le faire [...]	Évite des déplacements chez des spécialistes éloignés	Les apports	Le ressenti
Entretien 10	Bah, ça éviterait déjà aux gens, d'aller à [ville], chez le rhumatologue.	Évite des déplacements chez des spécialistes éloignés	Les apports	Le ressenti
Entretien 9	Comme je n'en ai pas fait beaucoup, bien sûr que ça pourrait apporter à ma pratique, bien sûr ! Au lieu de déléguer je le ferais moi-même !	Arrêterai de déléguer	Les apports	Le ressenti
Entretien 2	Je trouve que c'est un geste quand même qui est relativement simple [...] s'il est bien fait, si on a de bonnes notions d'anatomie. Je ne pense pas que ce soit un geste très difficile.	Un geste simple si on a de bonnes notions d'anatomie	Un geste simple	Le ressenti
Entretien 8	C'est facile, d'infiltrer le Morton !	Le Morton une	Un geste simple	Le ressenti

		infiltration facile		
Entretien 13	C'est une technique facile à mettre en place.	Une geste facile	Un geste simple	Le ressenti
Entretien 8	[...] parce qu'une infiltration c'est un traitement à part entière.	L'infiltration fait partie du traitement	Ça fait partie de la thérapeutique	Le ressenti
Entretien 1	Après ça ne marche pas tout le temps [...] Bon c'est vrai un canal carpien qu'on infiltre une fois, deux fois, trois fois on se dit qu'il va peut-être falloir faire autre chose.	Savoir passer à autre chose si infiltration inefficace	Pas toujours efficace	Le ressenti
Entretien 5	Alors de ce que j'ai vu de mon expérience, c'est quand même assez variable et finalement on ne sait jamais trop à l'avance si ça va bien les soulager ou pas !	Des résultats assez variables	Pas toujours efficace	Le ressenti
Entretien 2	[...] si t'en fais régulièrement [...] en fait ça ne pose pas de souci, [...] t'as ton geste qui est précis, c'est efficace.	Plus on en fait, plus le geste est précis	Faire des infiltrations régulièrement	Le ressenti
Entretien 2	Je pense que c'est un geste qu'il faut faire et répéter, et que si on fait des infiltrations dans des localisations qui ne sont pas des pathologies fréquentes je pense qu'on doit perdre le geste, donc je fais des infiltrations sur des gestes que je sais faire et que je reproduis souvent.	En faire régulièrement pour savoir faire	Faire des infiltrations régulièrement	Le ressenti
Entretien 11	Tendon d'Achille pas de trop ! Eh, tendinite d'Achille, j'en faisais dans le temps, c'est vrai ! [...] : Parce que, il y a le risque de nécrose !	Risque de nécrose de tendon d'Achille,	Toujours un risque	Le ressenti
Entretien 12	Bhein oui, je pense que oui (<i>rires</i>). Oui oui. En général les indications sont bien posées.	Accepterez d'en avoir une	Une infiltration sur soi	Le ressenti

Entretien 1	Moi je m'en suis déjà fait une quand je jouais au tennis. Et un jour je suis revenu du ski avec un gros genou, il y avait M. et S. au cabinet et elles n'infiltrèrent pas souvent, et je leur ai dit « J'suis un bon cobaye alors on y va », et donc voilà, j'ai pris leurs mains et elles m'ont infiltré le genou. Ca faisait quinze jours que je prenais un anti-inflammatoire et j'avais mal à l'estomac et puis ça ne marchait pas bien, donc il me fallait une infiltration.	A demandé à ses collègues de lui en faire une	Une infiltration sur soi	Le ressenti
Entretien 2	Chez des gens diabétiques euh c'est toujours un peu empoisonnant, pas pour le risque infectieux, mais pour le risque de déstabilisation du diabète, du DNID chez des personnes âgées, ça je me méfie quand même un petit peu.	Risque de déséquilibre	Le diabète	Limites : Les comorbidités
Entretien 13	Diabétiques je fais euh... le moins possible, mais parfois ça rend service donc je le fais quand même en les prévenant qu'il peut y avoir un déséquilibre temporaire, voilà.	Risque de déséquilibre	Le diabète	Limites : Les comorbidités
Entretien 14	Je pense que quelqu'un qui surveille bien son diabète je lui dirais qu'il y a un risque que ça le déséquilibre, et qu'on surveille bien dans les jours qui suivent, euh donc ouais je pense que je le proposerais quand même, mais en fonction du profil du patient. <i>(rires)</i>	En fonction du patient et du risque de déséquilibre	Le diabète	Limites : Les comorbidités
Entretien 4	Le diabète ça va poser des problèmes probablement de plus en plus donc [...] Ouais je ne suis pas à l'aise.	Manque d'assurance face à un diabète	Le diabète	Limites : Les comorbidités
Entretien 2	Après il y a une prise de risque mais un peu comme tout en médecine, il y a un moment donné où il faut choisir qu'est-ce qui va être le moins de risques à prendre pour le service rendu. Donc euh, c'est à mettre dans le plateau de la balance.	Savoir faire la balance bénéfice/risque	Le diabète	Limites : Les comorbidités
Entretien 4	Les diabétiques ça m'arrive d'en faire aussi. Pas chez quelqu'un qui a 60 ans hein, mais chez les personnes âgées qui ont un peu de diabète et chez qui on ne peut pas donner grand-chose pour les soulager...	S'il n'y a pas d'autre alternative pour soulager	Le diabète	Limites : Les comorbidités

Entretien 4	Le déséquilibre ça serait temporaire donc ça, ça peut se gérer, mais c'est pour l'efficacité à long terme quoi. [...] S'il y a besoin d'infiltrations à répétitions après le diabète ça devient quand même problématique.	Une gérance difficile s'il y a besoin de plusieurs infiltrations	Le diabète	Limites : Les comorbidités
Entretien 11	J'en ai fait dans certains cas, s'ils sont bien équilibrés, il y a pas de problème, je le fais!	Si et seulement si il y a un très bon équilibre	Le diabète	Limites : Les comorbidités
Entretien 13	Mais pour moi ce n'est pas véritablement une contre-indication, ça demande une asepsie quand même rigoureuse, plus que les autres, mais parfois c'est quand même le traitement qui est le plus efficace dans certaines pathologies donc euh je me prive pas de l'utiliser, même chez les diabétiques.	Nécessite une asepsie plus rigoureuse	Le diabète	Limites : Les comorbidités
Entretien 6	Pour une ponction intra articulaire, il ne me semble pas que les anticoagulants soient une contre indication.	Une contre-indication relative	Les AVK	Limites : Les comorbidités
Entretien 7	Patient sous AVK, c'est que relatif comme contre indication !	Une contre-indication relative	Les AVK	Limites : Les comorbidités
Entretien 7	Après faut savoir comment on se sent à l'aise, c'est sûr il ne faut pas provoquer cette petite hémorragie.	Il faut être à l'aise avec le geste	Les AVK	Limites : Les comorbidités
Entretien 4	Bah, sous anticoagulants j'en fais quand même, mais j'essaie d'avoir un TP qui ne soit pas trop haut.	Nécessite un INR à la limite basse	Les AVK	Limites : Les comorbidités
Entretien 11	Faut que l'INR soit correct. C'est vrai que s'il est un petit peu haut, je préfère faire attendre un petit peu que ça baisse, pour le faire.	Nécessite un INR à la limite basse	Les AVK	Limites : Les comorbidités
Entretien 13	Alors AVK, infiltrations profondes je ne fais pas.	Pas si c'est une infiltration profonde	Les AVK	Limites : Les comorbidités
Entretien 14	les limites ouais en fonction des localisations, les gens sous anticoagulants	Pas toutes les localisations	Les AVK	Limites : Les comorbidités

Entretien 11	I : [...] Jamais eu d'hématome ? DR11 : Je préviens les patients que ça peut arriver, et cætera, qu'ils me tiennent au courant ! Mais bon en principe, non, non, il n'y a pas de problème. Moi je n'ai jamais eu de problème !	Nécessite une surveillance plus rapproché pour éviter l'hématome	Les AVK	Limites : Les comorbidités
Entretien 13	Quel que soit l'INR. Je fais de la méso.	De la mésothérapie à la place des infiltrations	Les AVK	Limites : Les comorbidités
Entretien 6	Contre-indication locale, infections cutanées, eczéma, on va éviter de piquer dans la zone, les dermatoses suintantes, les plaies.	Nécessite une peau sans lésion	Les lésions cutanées	Limites : Les comorbidités
Entretien 11	Au niveau de la peau. Bah c'est sûr que si au niveau de la peau ce n'est pas net, ce n'est pas clair, à ce moment-là, on va s'abstenir.	Nécessite une peau sans lésion	Les lésions cutanées	Limites : Les comorbidités
Entretien 13	Les patients qui ont des tares associées, des risques infectieux importants, des choses comme ça, donc on fait quand même attention, on a des patients qui ont des polyopathologies et qui sont immunodéprimés, là on fait quand même un peu attention et on en fait moins.	Le risque infectieux et l'immunodépression	Les immunodéprimés	Limites : Les comorbidités
Entretien 2	Elle a un doigt à ressaut typique. Je n'ai jamais infiltré ça. Et les Dupuytren's c'est pareil je ne les infiltre pas.	N'infiltre pas ce que je n'ai jamais fait	Des sites jamais infiltrés	Limites : Certains sites
Entretien 11	Les adducteurs jamais !	N'infiltre jamais les adducteurs	Des sites jamais infiltrés	Limites : Certains sites
Entretien 2	Les tendons tu sais que tu as toujours un risque de rupture tendineuse sur les infiltrations de corticoïdes. Sur un tendon de la main pffff... c'est un peu... surtout que c'est une travailleuse manuelle donc [...] c'est un peu compliqué ça.	Risque de rupture tendineuse sur les tendons de la main	Des sites trop risqués	Limites : Certains sites
Entretien 2	D'abord on n'en fait pas beaucoup (en parlant des infiltrations de tendinite de De Quervain) et c'est pareil, c'est assez technique, il faut vraiment arriver à passer dans la gaine et euh... alors moi ça j'en ai pas la pratique [...] C'est un geste qu'il faut faire et répéter, et que si on fait des infiltrations dans des localisations qui ne sont pas des pathologies fréquentes je	Manque de pratique dans les tendinopathies de De Quervain	Un manque de pratique	Limites : Certains sites

	pense qu'on doit perdre le geste.			
Entretien 2	La névralgie d'Arnold. Moi je ne le fais pas parce qu'il y a très peu d'indications mais c'est un truc assez simple, le repérage il est sous-cutané au niveau de l'émergence du nerf d'Arnold au niveau de l'occiput là, dans la petite fossette.	Faible fréquence des indications dans la névralgie d'Arnold	Un manque de pratique	Limites : Certains sites
Entretien 6	Je ne pense pas qu'on ait les acquis suffisants en terme de repère anatomique, euh... les complications sont quand même à mon sens plus importantes au niveau de l'articulation de la hanche que le genou. Euh, il y a quand même des gros vaisseaux qui passent à côté, on va ne pas s'amuser à essayer de les ponctionner ! Je ne sais pas si les rhumato infiltrent les hanches, je n'ai pas de notion.	Risque de piquer dans l'artère fémorale lors des infiltrations de hanche	Des rapports à proximité dangereux	Limites : Certains sites
Entretien 2	Je pique pas l'épitrachée parce que d'abord c'est plus rare, et puis t'as ton nerf qui n'est pas loin et du coup, je n'aime pas trop là.	Le nerf trop près de l'épitrachée	Des rapports à proximité dangereux	Limites : Certains sites
Entretien 5	Je pense qu'il y a certaines articulations que le généraliste peut faire et qu'il y en a d'autres qui sont plus pour le rhumato, alors comme les infiltrations de canal carpien en médecine générale, j'en avais pas entendu parler, il y en a sûrement qui le font ! Mais c'est vrai que je ne savais pas que les généralistes les faisaient !	Les canaux carpiens, une infiltration pour le rhumatologue	Des infiltrations pour le spécialiste	Limites : Des infiltrations trop techniques
Entretien 2	(en parlant du doigt à ressaut) Il y a infiltration et puis dilacération aussi, c'est une technique d'anesthésie et puis tu dilacères le nodule à l'aiguille, [...] moi je n'ai jamais fait.	Les doigts à ressaut	Des infiltrations pour le spécialiste	Limites : Des infiltrations trop techniques
Entretien 2	Les doigts à ressaut je les fais opérer.	Les doigts à ressaut, une indication chirurgicale	Des infiltrations pour le chirurgien	Limites : Des infiltrations trop techniques
Entretien 13	Je faisais pas mal d'infiltrations du canal carpien avant, j'en fais moins maintenant, nettement moins, j'ai l'impression qu'on les fait plus opérer, on les infiltre moins.	De plus en plus de chirurgie du canal carpien	Des infiltrations pour le chirurgien	Limites : Des infiltrations trop techniques

Entretien 2	Les autres infiltrations très techniques comme [...] les infiltrations des tendinites de la gaine du long adducteur du pouce, [...] De Quervain, c'est très technique, [...] celles là [...] je ne les fais pas.	La tendinite du long adducteur du pouce, de De Quervain, une infiltration difficile	Des infiltrations trop techniques	Limites : Des infiltrations trop techniques
Entretien 4	Il y a des articulations qu'il ne faut pas faire. J'imagine mal faire une hanche, une colonne euh... Bon après chacun fait ce qu'il veut [...] Il y a des endroits où il vaut mieux le faire sous ampli de brillance, sous radio.	La hanche, le rachis, des articulations sous radio	Besoin des technologies pour certaines infiltrations	Limites : Des infiltrations trop techniques
Entretien 7	Je ne fais pas d'articulations lombaires ou de trucs comme ça ! [...] Ça je les laisse [...] sous ampli, quand même c'est un plus précis ! Donc voilà !	Le rachis, des infiltrations sous radio	Besoin des technologies pour certaines infiltrations	Limites : Des infiltrations trop techniques
Entretien 9	Bah il y a quand même des trucs, je suppose des infiltrations en rachidienne, il y a quand même les scopes.	Le rachis, des infiltrations sous scopie	Besoin des technologies pour certaines infiltrations	Limites : Des infiltrations trop techniques
Entretien 11	On faisait beaucoup plus de choses, en particulier on faisait, au niveau vertébral, et là [...] sans radiographie... (rire). [...] C'est sûr que ça j'ai abandonné ça depuis très longtemps.	Le rachis, des infiltrations sous radio	Besoin des technologies pour certaines infiltrations	Limites : Des infiltrations trop techniques
Entretien 13	Euh si y a une nécessité d'infiltration de hanche moi je ne fais pas, j'envoie aussi, et puis à l'hôpital [nom] à [ville] ils faisaient pas mal d'infiltrations sous ampli, euh au niveau lombaire, euh donc ça on leur en envoyait beaucoup à une époque mais maintenant le médecin qui le faisait n'est plus là donc il n'y en a beaucoup moins qui sont faites à [nom d'hôpital].	Le rachis, des infiltrations sous radio	Besoin des technologies pour certaines infiltrations	Limites : Des infiltrations trop techniques
Entretien 9	Bah il y a quand même des trucs, [...] les échos ! Voilà, donc ça ça limite !	Des infiltrations sous échographie	Besoin des technologies pour certaines infiltrations	Limites : Des infiltrations trop techniques
Entretien 11	On faisait beaucoup plus de choses, en particulier on faisait, au niveau vertébral, et là sans échographie, [...] (rire). [...] C'est sûr que ça j'ai	Des infiltrations sous	Besoin des technologies pour	Limites : Des infiltrations trop

	abandonné ça depuis très longtemps.	échographie	certaines infiltrations	techniques
Entretien 13	Niveau de la localisation, je trouve que pour infiltrer une hanche il faudrait presque le faire sous échographie pour être vraiment précis.	La hanche, une infiltration sous échographie	Besoin des technologies pour certaines infiltrations	Limites : Des infiltrations trop techniques
Entretien 2	Je n'infiltrer pas les épines calcanéennes parce que ça fait très très mal et en plus quand tu fais une semelle de décharge ça marche très bien.	L'infiltration des épines calcanéennes est trop douloureuse	Des infiltrations douloureuses	Limites : Des infiltrations douloureuses
Entretien 13	Donc c'est vrai que les épicondylites, je fais plutôt de la mésothérapie, je fais moins d'infiltrations. C'est moins efficace que l'infiltration mais mieux toléré.	Une meilleure tolérance de la mésothérapie dans l'épicondylite	Des traitements plus adaptés dans l'épicondylite	Limites : Des traitements plus adaptés
Entretien 4	Si à 40 ans on commence à infiltrer pour un problème d'arthrose, qu'il est diabétique [...] je ne sais pas trop où on va à long terme. A court terme ce n'est pas très gênant mais malgré tout s'il a 30 ans ou 40 ans d'espérance de vie [...] et l'articulation qui est déjà flinguée [...] Il y a autre chose quoi, ce n'est pas la bonne indication.	Savoir choisir la meilleure thérapeutique	Connaître les indications	Limites : Les indications et contre-indications
Entretien 2	Bah euh si c'est l'interrogatoire euh, poser les bonnes indications.	Ne pas faire un bon interrogatoire pour poser l'indication	Ne pas savoir poser les bonnes indications	Limites : Les indications et contre-indications
Entretien 11	Et puis il y a des fois aussi où l'indication peut paraître limite !	Attention aux indications limites	Ne pas savoir poser les bonnes indications	Limites : Les indications et contre-indications
Entretien 10	Etre sûr de ce qu'on va infiltrer, [...] si on a un doute, surtout ne pas toucher à l'articulation.	Être sûr de son diagnostic	Avoir des doutes sur l'indication	Limites : Les indications et contre-indications

Entretien 12	Bah je pense dès qu'il y a un doute sur l'étiologie de la douleur.	Avoir un doute sur le diagnostic	Avoir des doutes sur l'indication	Limites : Les indications et contre-indications
Entretien 5	Ne pas se planter d'indication ! A priori, on n'est quand même pas censé injecter des corticoïdes sur une arthrite septique mais...des fois le gros genou rouge, chaud... je pense qu'il y a un peu de ça.	Ne pas infiltrer une arthrite infectieuse	Connaître les contre-indications	Limites : Les indications et contre-indications
Entretien 6	Si on a un doute sur l'indication! [...] Ouais ! Si on a un doute sur une arthrite infectieuse on ne va pas... On va faire la ponction, mais on ne va pas infiltrer par contre par exemple !	Pas d'infiltration avant la ponction si on a un doute sur une infection.	Connaître les contre-indications	Limites : Les indications et contre-indications
Entretien 13	Mais bon globalement on a finalement peu de contre-indications dans les indications quand elles sont bien posées.	Savoir poser les bonnes indications	Connaître les contre-indications	Limites : Les indications et contre-indications
Entretien 10	Avoir [...] des examens para cliniques avant.	Pas d'infiltration sans bilan para clinique	Ne pas avoir fait de bilan para clinique avant	Limites : Pas de bilan para-clinique au préalable
Entretien 13	Faut pas que ce soit le traitement répétitif non plus, on en fait pas 10 de suite, moi je dépasse rarement 2-3 infiltrations sur la même localisation sur l'année, après on essaie de passer à autre chose.	Savoir passer à un autre traitement si ça ne fonctionne pas	Savoir ne pas trop répéter les infiltrations	Limites : La répétition
Entretien 13	Alors après les limites c'est essentiellement bah la fréquence des infiltrations, on a des patients qui en demandent beaucoup pour la même localisation donc là moi j'arrête.	Savoir dire non à la demande trop répéter des patients	Savoir ne pas trop répéter les infiltrations	Limites : La répétition
Entretien 9	Il y a peut-être des conditions, d'hygiène, d'asepsie, d'éclairage, qui peuvent voilà, qui relèvent quand même d'une certaine attention !	Des conditions d'hygiène et d'éclairage indispensable	Avoir un cabinet adapté à ce type de geste	Limites : Un cabinet inadapté
Entretien 10	Et puis avoir le matériel adapté et [...] tous les produits qu'il faut quoi ! Parce que nous le problème aussi c'est que la pharmacie étant à 13		Avoir un cabinet adapté à ce type de	Limites : Un cabinet

	km..., donc ça oblige les patients, si moi je n'ai pas de stock, à descendre chercher le produit, à remonter.	Avoir du matériel à disposition	geste	inadapté
Entretien 10	Le rhumatologue, voit de la médecine, finalement, assez propre, dans le sens, où les gens quand ils vont, y vont pour un problème rhumatologique, donc qui n'ont pas de maladies infectieuses, en théorie hein ! Nous en cabinet rural, bah on voit aussi bien, quelqu'un qui arrive avec une plaie qui est souillée, [...] enfin on voit un peu toutes les pathologies infectieuses et donc je pense qu'au niveau de l'air ambiant... voilà.	Un manque d'hygiène dans un cabinet de médecine générale	Avoir un cabinet adapté à ce type de geste	Limites : Un cabinet inadapté
Entretien 12	Euh, des problèmes d'asepsie.	Un manque d'asepsie	Avoir un cabinet adapté à ce type de geste	Limites : Un cabinet inadapté
Entretien 3	La formation du praticien, l'habitude du geste, [...] juste la formation et savoir le faire.	L'apprentissage du savoir faire	Un manque de formation	Limites : Un manque de formation
Entretien 2	Si t'en fais moins, bah je trouve que c'est plus compliqué. [...] si t'as pas l'habitude tu vas te dire merde voilà, où je suis ?, euh comment je me suis débrouillé ? Si tu commences à gamberger parce que techniquement t'es pas au point euh, t'as de grandes chances de louper ton infiltration. Si on fait des infiltrations dans des localisations qui ne sont pas des pathologies fréquentes je pense qu'on doit perdre le geste.	Un manque d'habitude	Un manque de pratique du geste	Limites : Un manque de pratique
Entretien 3	L'habitude du geste.	Un manque d'habitude	Un manque de pratique du geste	Limites : Un manque de pratique
Entretien 2	S'il y a une situation qui est un petit peu particulière, par exemple dans les infiltrations de l'épaule sur les voies d'abord postérieures, [...] à quelques millimètres près toc t'accroches le rebord du trochiter puis t'arrives pas à passer [...] C'est pour ça que je pense que la limite c'est ton habitude de le faire, et puis il faut faire ce qu'on sait faire, pour que	Un manque d'habitude dans l'infiltration postérieure de l'épaule	Un manque de pratique du geste	Limites : Un manque de pratique

	ça marche.			
Entretien 5	Je pense que le généraliste qui fait des infiltrations, il ne doit pas en faire tous les jours non plus, enfin ça dépend de son activité, d'où il est et s'il fait beaucoup de rhumato, de médecine du sport ou ce genre de chose.	Ne pas en faire régulièrement	Un manque de pratique du geste	Limites : Un manque de pratique
Entretien 14	C'est vrai que c'est plus le côté de ne pas en faire souvent qui du coup, euh, on ne se sent pas forcément très à l'aise donc euh c'est vrai que... Mais après je pense que c'est comme tout, plus on en fait et plus on est à l'aise.	Ne pas en faire régulièrement	Un manque de pratique du geste	Limites : Un manque de pratique
Entretien 14	Là il faut que je fasse une infiltration du canal carpien, hop, je vais relire ma petite fiche.	Besoin de vérifier avant de pratiquer	Un manque de pratique du geste	Limites : Un manque de pratique
Entretien 7	Les limites du médecin ! C'est sûr, il faut qu'il se sente à l'aise déjà !	Se sentir à l'aise	Connaître ses propres limites	Limites : Connaître ses propres limites
Entretien 10	Ce qui m'a le plus gêné dans ces cas-là, c'est qu'à aucun moment il n'a voulu se remettre en cause ! Voire penser qu'il ne pouvait être responsable de quoi que ce soit ! [...] Les 3 fois c'était avec le même médecin (contexte d'arthrites à répétition vues aux urgences).	Savoir reconnaître ses erreurs	Connaître ses propres limites	Limites : Connaître ses propres limites
Entretien 10	Et puis, les limites ce seront surtout mes limites à moi ! C'est-à-dire ce que je me sens capable de faire !	Savoir ce qu'on est capable de faire	Connaître ses propres limites	Limites : Connaître ses propres limites
Entretien 14	Par contre le rachis ce n'est pas possible, je ne le ferai pas moi même. Ouais. Et puis vraiment là pour le coup je ne me sentrais pas compétent.	Savoir ce qu'on est capable de faire	Connaître ses propres limites	Limites : Connaître ses propres limites
Entretien 11	Il faut être raisonnable ! [...] C'est ses propres limites ! [...] Moi, je pense qu'il faut, enfin, il faut bien connaître à mon avis, bien connaître cette technique, savoir se mettre des limites.	Savoir se mettre des limites	Connaître ses propres limites	Limites : Connaître ses propres limites

Entretien 11	Bah il y a des jours où on n'est pas en forme (rire)! Et puis il y a des jours on a tendance à refuser plutôt que d'autres ! C'est peut être pas toujours facile à expliquer ! Je crois qu'il ne faut pas se forcer à les faire quand on n'a pas envie de les faire.	Savoir dire non si on n'est pas motivé	Connaître ses propres limites	Limites : Connaître ses propres limites
Entretien 11	Et puis je pense que s'ils n'ont pas envie, faut pas le faire, quoi ! Si ça ne lui plaît pas ce n'est pas la peine qu'il se force, il faut se faire plaisir !	Ne pas faire un acte qu'on n'a pas envie de faire	Ne pas être motivé	Limites : Connaître ses propres limites
Entretien 11	Parfois on est poussé par le patient à en faire, et puis je crois qu'il ne faut pas hésiter si... Il ne faut pas se laisser mener quoi ! Bon il faut qu'on prenne la décision nous-mêmes ! Il ne faut pas... généralement quand on me pousse de trop, plus on me pousse moins je le fais !	Ne pas se laisser entraîner par la demande du patient	Savoir dire non	Limites : Connaître ses propres limites
Entretien 11	Et puis le patient s'il est d'accord ou pas.	Si le patient est réticent	Ne pas avoir le consentement du patient	Limites : Ne pas avoir le consentement du patient
Entretien 14	Et puis si on sent que la personne n'est pas spécialement en confiance que ce soit fait par le médecin généraliste, euh je crois qu'il ne vaut mieux pas insister.	Manque de confiance de la part du patient	Ne pas avoir le consentement du patient	Limites : Ne pas avoir le consentement du patient
Entretien 3	Ça peut être un frein, [...] les prix des responsabilités civiles augmentent dès qu'on fait un peu des trucs qui sortent de l'ordinaire.	L'augmentation du prix de la RCP	Le coût de la RCP	Limites : Un coût élevé
Entretien 12	Vous allez finir de me décourager d'en refaire !	L'augmentation du prix de la RCP	Le coût de la RCP	Limites : Un coût élevé
Entretien 14	C'est mon assurance responsabilité civile professionnelle, celle que j'ai actuellement, si je veux faire des infiltrations, la prime va augmenter.	L'augmentation du prix de la RCP	Le coût de la RCP	Limites : Un coût élevé

Thème 2 - Les non pratiquants

<u>Entretiens</u>	<u>Citations/verbatimims</u>	<u>Codes communs</u>	<u>Sous-thèmes</u>
Entretien 3	Je n'ai pas l'impression que j'en aurais l'usage dans les patients que je vois actuellement [...] Pour l'instant j'ai des patients qui sont très jeunes, relativement jeunes, des familles avec des petits enfants et cætera, même si c'est vrai que beaucoup sont des travailleurs physiques, on n'a pas trop ce souci.	Une population trop jeune	Pas l'usage, pas la demande
Entretien 9	[...] Quand on n'a pas l'usage et qu'on trouve des solutions quand on ne le fait pas soit même, on tombe dans la facilité.	Pas l'usage donc tombe dans la facilité en déléguant	Pas l'usage, pas la demande
Entretien 5	Et puis bon, je ne fais pas de médecine du sport non plus.	Ne fait pas de médecine du sport	Pas l'usage, pas la demande
Entretien 9	(en parlant du diagnostic) Forcément, toujours le doute ! Bien qu'une tendinite, ça ne me paraît pas compliqué, mais c'est toujours bien, d'avoir euh, (2ème avis) c'est toujours bien ! [...] En médecine, il faut travailler en groupe !	La peur de ne pas faire le bon diagnostic	La peur
Entretien 10	Moi ce qui me gêne surtout c'est de piquer dans une articulation.	La peur de piquer dans une articulation	La peur
Entretien 3	Je n'ai pour l'instant pas envie de me former.	Pas envie de se former	Le manque d'envie
Entretien 5	Je sais qu'il y en a qui font les épaules, ça m'emballe un peu moins, les doigts, les trucs comme ça.	Certaines localisations qui attirent moins	Le manque d'envie
Entretien 3	Parce que je n'ai jamais appris, donc je ne sais pas le faire.	N'a reçu aucune formation	Le manque de formation
Entretien 14	(I : OK. Les Mortons vous les faites ?) DR14 : Non. Là c'est plus parce que ça sur	N'a reçu aucune	Le manque de

	le plan pratique je ne l'ai jamais appris.	formation	formation
Entretien 10	Sans formation, je ne me vois absolument pas faire des infiltrations.	N'a reçu aucune formation	Le manque de formation
Entretien 5	J'ai fait des stages chez des prats qui n'en faisaient pas.	N'a reçu aucune formation	Le manque de formation
Entretien 5	On ne m'a pas appris, je pense surtout, [...] j'ai fait des stages chez des prats qui n'en faisaient pas. Après j'avais fait un stage d'externat en rhumato, j'avais assisté à des consults et j'avais vu une infiltration de genou.	Des gestes trop rarement vus	Le manque de formation
Entretien 8	Parce que j'estime ne pas avoir été assez formé. [...] Donc on m'a montré une fois comment on infiltrait un canal carpien, dans une espèce de pseudo-mannequin et basta, c'est tout !	Des gestes trop rarement vus	Le manque de formation
Entretien 9	[...] J'ai rarement été initié à en faire durant mon cursus, pour des raisons de hasard, de rencontre, de service [...]. Voir même pas du tout ! [...] Oui, j'en ai vues quelques unes ! Mais j'ai rarement eu à part 2-3, [...] infiltré moins de 5 fois dans ma vie, donc c'est vraiment très, très peu !	Des gestes trop rarement vus	Le manque de formation
Entretien 14	Ce sont des gestes qu'on a vu une fois ou deux, [...] c'est le même problème [...]	Des gestes trop rarement vus	Le manque de formation
Entretien 5	C'est vrai que je pense que c'est surtout le manque de formation, parce que je pense qu'une infiltration de genou, euh, ce n'est pas compliqué.	Pas si compliqué si j'étais formé	Le manque de formation
Entretien 3	Je ne connais pas les indications.	Ne connais pas les indications	Le manque de formation
Entretien 3	Je ne suis pas sûre que ce soit prouvé en fait.	Doute sur l'indication	Le manque de formation
Entretien 8	<i>(réfléchi)</i> Euh si je suis bien rémunéré, oui! [...] Ce n'est pas du 27 euros, ou un truc comme ça ? Si c'est du 27 euros, j'estime que ce n'est pas assez [...] Quand je serai payé 50 euros pour faire une infiltration, j'y réfléchirai !	Une rémunération CCAM trop faible	Le manque de rentabilité

Entretien 12	(I : il y a des médecins qui nous ont dit qu'ils ont dû payer un supplément). DR 12 : Ah ouais, d'accord. Vous allez finir de me décourager d'en refaire ! (<i>rires</i>)	Des assurances trop chères	Le manque de rentabilité
Entretien 14	C'est mon assurance responsabilité civile professionnelle, celle que j'ai actuellement, si je veux faire des infiltrations, la prime va augmenter. Voilà, je pense qu'à un moment j'en proposerai un petit peu plus à mes patients, oui je pense que je changerai de RCP. Parce que (<i>rires</i>) vue l'augmentation de cotisation, ça sera pas très rentable (<i>rires</i>).	Des assurances trop chères	Le manque de rentabilité
Entretien 3	Je pense que ça ferait un surcoût (en parlant des assurances) et on retombe sur le fait que je n'en fais pas assez pour l'instant pour que ce soit rentable entre guillemets.	Des assurances trop chères	Le manque de rentabilité
Entretien 8	C'est le manque de temps qui fait que je n'en fais pas.	Un manque de temps	Le manque de moyens
Entretien 12	J'avais du mal à le caser sur mon temps de.... Au tout début je n'avais pas beaucoup de patients donc j'avais le temps et puis après euh je ne pouvais plus.	Un manque de temps	Le manque de moyens
Entretien 9	[...] Je travaille sans secrétariat, donc tout acte délicat où il faut prendre son temps, où il faut être attentionné pendant quelques minutes, c'est incompatible avec mon activité où je réponds au téléphone ! [...] L'infiltration c'est un acte technique où il faut un peu plus de paix, de... moins de direct avec le téléphone, faut être un peu repos, faut être minutieux, faut travailler calmement. [...] Qui ont le tampon d'un secrétariat ou d'une infirmière ou de ceci à côté !	N'a pas de secrétariat	Le manque de moyens
Entretien 5	Faire une infiltration c'est clair qu'il faut que l'antisepsie soit un peu rigoureuse, il faut forcément avoir du matos, un petit champ, des choses comme ça, si on en fait une tous les ans et que le champ est périmé le jour où on infiltre le patient et que l'infection vient, ce n'est pas génial !	Pas de matériel à disposition	Le manque de moyens
Entretien 8	C'est le manque de reconnaissance qui fait que je n'en fais pas assez.	Le manque de reconnaissance	Le manque de reconnaissance
Entretien 9	[...] Je suis en ville moi ! J'ai tout le plateau technique à côté ! Je me suis toujours trouvé des collaborateurs qui pouvaient faire mieux, plus sûrement, que moi !	Des spécialistes tout proches	Des spécialistes tout proches

Entretien 3	Je pense que tous ces gestes techniques, quel que soit le geste, il faut les pratiquer un minimum, il faut les entretenir pour les faire correctement.	N'en pratique pas assez pour bien en faire	Le manque de pratique
Entretien 10	Euh, quand j'étais interne à l'hôpital de [ville], j'ai eu à faire, plusieurs fois, à des arthrites suite à des infiltrations faites dans des cabinets de généralistes et je me suis promis de ne pas en faire dans mon cabinet ! C'était dû à un manque de pratique [...] du généraliste.	Une infection due à un manque de pratique	Le manque de pratique
Entretien 12	Bah maintenant les autres raisons c'est parce que je sais plus faire quoi. [...] Après comme j'ai associé remplacements et médecine scolaire et PMI donc j'ai moins fait de remplacements, donc j'ai perdu l'habitude euh voilà, parce que je suis restée longtemps avant de m'installer.	Ne sait plus faire car a arrêté d'en faire	Le manque de pratique
Entretien 8	J'ai l'impression que quand j'essaie de la faire moi ça marche moins bien que lorsque c'est le rhumato !	Une moins bonne efficacité des infiltrations faites par un généraliste	Le manque de pratique
Entretien 10	Euh, quand j'étais interne à l'hôpital de [ville], j'ai eu affaire, plusieurs fois, à des arthrites suite à des infiltrations faites dans des cabinets de généralistes et je me suis promis de ne pas en faire dans mon cabinet !	Une infection	Une mauvaise expérience au cours des études
Entretien 10	Euh, quand j'étais interne à l'hôpital de [ville], j'ai eu affaire, plusieurs fois, à des arthrites suite à des infiltrations faites dans des cabinets de généralistes et je me suis promis de ne pas en faire dans mon cabinet ! [...] C'était dû à un manque d'hygiène, [...] du généraliste.	Une infection due à un manque d'hygiène	Un cabinet non adapté à ce type de geste
Entretien 10	Moi, j'estime qu'au niveau de nos cabinets, ce n'est pas suffisamment propre et stérile pour pouvoir faire des infiltrations [...] par rapport à un cabinet de rhumatologue. [...] Le rhumatologue, voit de la médecine, finalement, assez propre, dans le sens, où les patients qui le consultent gens, y vont pour un problème rhumatologique, donc ils n'ont pas de maladies infectieuses, en théorie hein ! Nous en cabinet rural, bah on voit aussi bien, quelqu'un qui arrive avec une plaie souillée, que quelqu'un qui, enfin on voit un peu toutes les pathologies	Une hygiène douteuse dans un cabinet de médecine générale	Un cabinet non adapté

	infectieuses et donc je pense qu'au niveau de l'air ambiant... Voilà ! Je ne me sens pas à l'aise de faire des infiltrations dans mon cabinet.		
Entretien 14	Au cabinet ce n'est pas très facile de le faire dans des conditions d'asepsie quoi, enfin voilà les infiltrations intra articulaires au cabinet, c'est un peu ça qui me freine quoi, je me dis toujours est-ce qu'on va le faire dans des conditions d'asepsie suffisantes ?	Une hygiène douteuse dans un cabinet de médecine générale	Un cabinet non adapté
Entretien 1	Quand je lisais sur Prescrire, ça m'a étonné quand même, ils faisaient une étude comparative entre l'attelle de repos et l'infiltration, et ils disaient que c'était kiff kiff, mais kiff kiff au bout d'un an quoi.	La littérature n'est pas toujours pour les infiltrations	Un manque de preuve scientifique
Entretien 3	Je ne suis pas sûre que ce soit prouvé en fait.	Pas convaincu que l'efficacité soit prouvée	Un manque de preuve scientifique
Entretien 3	Peut-être qu'une fois que je resterai un peu longtemps à un endroit, euh les patients vieillissant, j'en ressentirai le besoin et je me formerai à ce moment là.	Si mes patients vieillissaient j'aurais peut-être une demande qui m'inciterait à en faire	Ce qui pourrait changer pour en faire
Entretien 8	J'aurais eu une bonne formation, on m'aurait fait faire des infiltrations pendant mes études, peut-être que je m'y serais mis en m'installant ! Mais ça n'a pas été le cas !	Si j'avais eu une bonne formation	Ce qui pourrait changer pour en faire
Entretien 12	Bah avec une formation oui.	Si j'ai une bonne formation	Ce qui pourrait changer pour en faire
Entretien 9	Peut-être que j'aurais été le même médecin dans un autre coin, avec moins d'accès aux spécialistes et cætera, et de fait, la nécessité aurait fait que je serais pratiquant !	Si je n'étais pas dans une ville avec des spécialistes tout proches	Ce qui pourrait changer pour en faire

Entretien 12	Oui. Mais il faudrait que ça soit 2 C à peu près, comme ça je peux prendre le temps de deux consultations pour faire correctement mon infiltration. 27 euros ce n'est pas assez.	Si les tarifs étaient revalorisés	Ce qui pourrait changer pour en faire
Entretien 14	Donc si je veux en pratiquer plus, en fait, je crois qu'il faut surtout que je change d'assurance responsabilité civile professionnelle, je me suis renseigné, certaines ne font pas payer plus quand on fait des infiltrations alors que celle là, qu'on fasse des infiltrations ou pose de stérilets par exemple elle fait payer plus.	Si les assurances étaient moins chères	Ce qui pourrait changer pour en faire

Thème 3 - La formation

<u>Entretiens</u>	<u>Citations / Verbatims</u>	<u>Codes communs</u>	<u>Sous-sous-thèmes</u>	<u>Sous-thèmes</u>
Entretien 11	Quand j'ai fait mes études hein, parce que j'en faisais beaucoup. J'ai fait de la traumatologie, j'ai fait beaucoup de chirurgie orthopédique et [...] je n'ai pas fait de rhumato ! Je sais que dès qu'il y avait une infiltration à faire, je la faisais !	Dès que l'occasion se présentait	Universitaire, hospitalière, en tant qu'externe	Formation pratique
Entretien 1	Je crois que ça vient plutôt de l'hôpital en fait hein, quand j'étais interne.	Universitaire, hospitalière, en tant qu'interne	Universitaire, hospitalière, en tant qu'interne	Formation pratique
Entretien 1	Je me suis formé d'abord en ayant la chance de faire un semestre aux consultations médicales de l'hôpital Louis Premier, je passais dans différentes spécialités dont la rhumato spécialisée de ville puisque c'était un service de médecine polyvalente à l'entrée de l'hôpital, donc c'était indépendant des services, donc du coup on faisait des infiltrations.	En stage en consultations externes	Universitaire, hospitalière, en tant qu'interne	Formation pratique
Entretien 4	Ca remonte à quelques années. [...] quand j'ai fait un stage à l'hôpital [nom d'hôpital] à [nom de ville]. Surtout c'est là que j'ai appris.	En service de rhumatologie	Universitaire, hospitalière, en tant qu'interne	Formation pratique
Entretien 7	Je pratiquais déjà quand j'étais interne, je suis passé en service de rhumato où j'en faisais pas mal, [...] j'avais déjà un petit coup de main, mais ça ne suffit pas [...].	En service de rhumatologie	Universitaire, hospitalière, en tant qu'interne	Formation pratique
Entretien 6	Lorsque je suis passé en infectieux, médecine interne au CH de [ville], de temps en temps, le Dr [nom] intervenait et je l'ai pris un coup par le colbac en disant : « Ecoutes, je veux bien que tu me montres comment tu infiltras un genou ».	Demande directe à un rhumatologue	Universitaire, hospitalière	Formation pratique

Entretien 12	J'en avais peut-être fait une ou deux comme ça en temps qu'interne, mais c'est vrai que quand on est interne on fait toujours euh beaucoup de gestes quoi. On recule moins devant... (rires)	On recule moins devant les gestes quand on est interne que plus tard	Universitaire, hospitalière, en tant qu'interne	Formation pratique
Entretien 13	J'ai eu la chance de passer comme interne de médecine générale à [ville] dans un service où on faisait pas mal de rhumato et c'est là que j'ai appris à infiltrer avec le chef de service, c'est le seul moment où j'ai vraiment eu une formation efficace et efficiente sur les infiltrations.	Dans un service qui pratiquait beaucoup d'infiltrations	Universitaire, hospitalière, en tant qu'interne	Formation pratique
Entretien 6	Pour ce qui est de l'épaule c'était en stage ambulatoire avec mes praticiens maîtres de stage des universités. Pour le poignet, je l'ai appris aussi en terrain de stage ambulatoire.	Stage chez le praticien	Universitaire, extra hospitalière	Formation pratique
Entretien 8	J'ai dû avoir, une après-midi, en 6 ans d'étude + 3, sur des infiltrations ! (Chez un) médecin généraliste enseignant ! [...] Il y a un pseudo-essai sur un mannequin, pour un canal carpien !	Stage chez le praticien	Universitaire, extra hospitalière	Formation pratique
Entretien 2	Et puis, [...] j'ai fait des formations [...] en rhumato, aux journées Claude Bernard à Lyon, il y a des stages qui sont effectués sur des pratiques de médecine générale dans des services spécialisés, j'ai fait ça deux fois.	Formation médicale continue : journées Claude Bernard à Lyon	Formation médicale continue	Formation pratique
Entretien 4	Alors j'ai fait des formations continues là [...]. Deux ou trois oui. Bon on n'infiltrait pas vraiment [...], sur mannequin [...]. MG Form.	Formation médicale continue avec un organisme : MG Form	Formation médicale continue	Formation pratique
Entretien 7	Formation continue, formation professionnelle, avec MG Form.	Formation médicale continue avec un organisme : MG Form	Formation médicale continue	Formation pratique
Entretien 12	Par contre depuis j'ai fait deux jours de formation sur les infiltrations que j'ai jamais mis en pratique (<i>sourire</i>) [...] C'est les stages MG Form. C'était théorique avec un peu de	Formation médicale continue avec un organisme: MG Form	Formation médicale continue	Formation pratique

	pratique [...] (l : C'est sur mannequin ?) DR12 : Oui.			
Entretien 7	J'en ai fait un (séminaire) avec, avec [nom], qui est sur [nom d'hôpital], qui s'occupe de la médecine du sport, on en avait fait un séminaire sur gestes techniques en médecine générale. 2 jours. [...] Technique et pratique. On avait tout fait, toutes les articulations. Ca se terminait alors par des infiltrations [...].	Séminaires, 2 parties : technique et pratique	Formation médicale continue	Formation pratique
Entretien 7	On avait surtout, un examen de l'articulation avant, parce que c'est important de faire un examen avant [...] ! Voir les mouvements, les limitations des amplitudes, [...] de voir les points un peu douloureux.	Séminaires, revoir l'examen rhumatologique	Formation médicale continue	Formation pratique
Entretien 7	Quelqu'un jouait le cobaye et on a vu toutes les voies d'abord, il y avait [...] des fausses articulations. On pouvait piquer, [...] on voyait les voies d'abord. Alors évidemment on faisait sur une seringue qui était pas montée mais où, on nous disait bien où il fallait bien viser l'acromion, passer en-dessous, enfin on faisait bien les lignes directives principales. [...] Là j'étais organisateur du séminaire.	Séminaires, puis voir la technique des infiltrations sur des fausses articulations et sur des cobayes	Formation médicale continue	Formation pratique
Entretien 7	Je trouve que c'est pas mal, en gros comme ça en interactif, on pose beaucoup de questions donc euh...	Séminaires, une formation interactive	Formation médicale continue	Formation pratique
Entretien 11	Euh si comme formation, je l'ai eue par médecin correspondant SAMU où on faisait pas mal de techniques d'infiltrations. Après des MCS. Donc, euh... oui, oui, là on a appris un certain nombre de choses ! Surtout de la révision ! Puis d'échange surtout !	Par les médecins de montagne	Formation médicale continue	Formation pratique
Entretien 13	On avait fait une formation grâce à un labo, qui nous avait refait une formation sur toutes les localisations il y a une dizaine d'années. [...] C'était sur mannequin oui, tout à fait.	Par un laboratoire, sur mannequin	Formation médicale continue	Formation pratique

Entretien 14	C'est un geste que j'ai appris après dans des formations continues, euh, j'étais allé à la fac de Lyon là, il y a plusieurs séances, dont une qui était « rhumatologie du médecin généraliste », donc voilà il y avait un petit peu de manips pour faire des infiltrations, [...] je ne sais pas si vous connaissez c'est le Club des Remplaçants là de je sais plus, ça doit être Astra, ou je sais plus quel labo (rires). Mais c'est un truc qui est organisé là sur Savoie, Haute-Savoie, par le Club des Remplaçants et jeunes installés. [...] c'était sur mannequin puis enfin, pour vraiment prendre les repères, sur nous-mêmes quoi en binôme.	Par un laboratoire, avec le club des remplaçants, sur mannequin	Formation médicale continue	Formation pratique
Entretien 2	C'était quand même beaucoup [...] une formation par mes pairs.	Formation par les pairs	Formation par les pairs	Formation pratique
Entretien 6	Le coude je l'ai appris, il y a 6 mois, donc avec mon collègue qui infiltre, il m'a montré... il m'a fait une démonstration en direct.	Démonstration par un pair	Formation par les pairs	Formation pratique
Entretien 12	Du coup euh, bhein j'avais, euh, peut-être juste appris comme ça un peu avec le médecin que je remplaçais ou avec euh...	En remplacement	Formation par les pairs	Formation pratique
Entretien 1	C'était sur le tas en fait, c'est ce que je dis à S, il faut y aller quoi.	Par soi-même, sur le tas	Par soi-même	Formation pratique
Entretien 2	Après c'était de la pratique en essayant de faire des infiltrations sur des pathologies fréquentes, dans le sens où je pense que c'est un geste qu'il faut faire et répéter, et que si on fait des infiltrations dans des localisations qui ne sont pas des pathologies fréquentes je pense qu'on doit perdre le geste.	Entraînement, répétition de l'acte au cabinet	Entraînement, répétition de l'acte au cabinet	Formation pratique
Entretien 2	Et puis j'ai toujours aussi dans mon cabinet un recueil photographique des positions d'infiltrations. Mais comme j'utilise toujours les mêmes voies d'abord je ne le regarde plus trop, je l'ai en tous cas dans mon cabinet, je sais que je peux le regarder si besoin.	Livre de photos des positions d'infiltrations	Dans les livres	Formation théorique

Entretien 4	Après j'ai quand même mon bouquin quoi, de temps en temps (Les infiltrations, Xavier Ayral.)	Livre d'auteur X. Ayral	Dans les livres	Formation théorique
Entretien 11	J'utilise toujours mon vieux bouquin de 74, de 72-74 ! (<i>sourire</i>) C'est un truc de laboratoire. Illustrations et techniques des infiltrations locales péri articulaires !	Livre de labo	Dans les livres	Formation théorique
Entretien 13	Oui, alors le seul livre que j'ai trouvé extrêmement bien c'est encore une fois un labo qui me l'avait donné, avec des schémas, que j'ai toujours hein avec moi dans ma bibliothèque là à 2 mètres de moi, où il y a les images, les rapports anatomiques, les angles d'attaque pour les infiltrations et je trouve que ce truc de labo est extrêmement bien fait.	Livre de labo	Dans les livres	Formation théorique
Entretien 14	Ouais alors j'ai un, moi j'ai un livre qui s'appelle « 80 gestes techniques en médecine générale », qui en fait était issu d'un travail de thèse. Vous voulez que je vous le montre ?	Livre issu d'un travail de thèse	Dans les livres	Formation théorique
Entretien 4	Bon puis après de temps en temps il y a des articles, dans Prescrire, ou dans d'autres revues.	Prescrire	Dans les revues médicales	Formation théorique
Entretien 11	(I: Et il y a la Revue du Prat en plus (quelques coupures de la Revue du Praticien sont intercalées dans son livre) DR11 : Ah oui, je mets des fiches pratiques !	Revue du Praticien	Dans les revues médicales	Formation théorique
Entretien 14	Et sinon bah après, une fois je m'étais enregistré en PDF là un article, je crois que c'était la Revue du Praticien en médecine générale, alors là pour le coup c'est l'infiltration du canal carpien, je ne crois pas que c'était un truc général sur les infiltrations, je crois que c'était vraiment spécifiquement l'infiltration du canal carpien. Donc voilà si je veux faire un canal j'ouvre mon petit truc avant et (<i>rires</i>).	Revue du Praticien	Dans les revues médicales	Formation théorique
Entretien 1	J'ai participé à des ateliers sur les infiltrations il y a longtemps, j'suis même allé à l'hôpital histoire d'apprendre un peu [...]	Formation théorique à l'hôpital	Ateliers théoriques	Formation théorique

Entretien 13	Là c'était purement théorique, une formation un soir organisée par un labo, mais purement théorique, il n'y avait pas de technique, pas de pratique je veux dire.	Formation théorique par un laboratoire	Ateliers théoriques	Formation théorique
Entretien 13	Alors au départ on avait fait une formation locale avec des rhumatos de [ville], [...] Avec les rhumatos non on avait fait de l'enseignement purement théorique, [...] avec diapos et cætera, mais on ne s'est pas entraîné sur des patients, et il n'y avait pas de mannequin.	Formation théorique par des rhumatologues	Par des rhumatologues	Formation théorique
Entretien 3	Je n'ai jamais appris, donc je ne sais pas le faire. Je ne connais pas les indications.	Pas appris le geste ni les indications	Absente	Ressenti
Entretien 5	Finally vu qu'on ne m'a pas appris à les faire, je ne les fais pas.	Pas appris	Absente	Ressenti
Entretien 5	Quand je suis passée externe en rhumato, on nous a pas appris à faire des gestes et je pense que c'est dommage ! Effectivement, ça aurait pu être pas mal !	Pas appris même en stage de rhumato, dommage	Absente	Ressenti
Entretien 10	Je ne suis jamais passé en rhumatologie [...]	Pas de stage de rhumatologie	Absente	Ressenti
Entretien 8	J'ai été interne en médecine du sport, des infiltrations ils en faisaient, on m'a jamais dit « R., vas-y, prend l'aiguille et c'est toi qui fais » !	Pas proposé d'apprendre même en stage de médecine du sport	Absente	Ressenti
Entretien 5	J'ai fait des stages chez des prats qui n'en faisaient pas.	Des maîtres de stage qui n'en faisaient pas	Absente	Ressenti
Entretien 12	Oh non, pas du tout non. Je ne me souviens pas avoir reçu de formation sur les infiltrations (<i>rires</i>).	Pas de formation dans mes souvenirs	Absente	Ressenti
Entretien 13	Ahhh ! La fac ! (<i>petit rire</i>) A la fac sur les infiltrations on a RIEN eu DU TOUT. A notre époque. Mais alors rien du tout.	Pas à la faculté	Absente	Ressenti
Entretien 14	Ce n'est pas un geste que j'ai appris pendant ma formation initiale.	Pas lors de la formation initiale	Absente	Ressenti

Entretien1	J'ai fait des stages chez des prats qui n'en faisaient pas.	Une formation maître de stage dépendante	Insuffisante	Ressenti
Entretien 13	Je considère que ma formation n'est jamais suffisante	Insuffisante	Insuffisante	Ressenti
Entretien 6	Pour les infiltrations (formation suffisante ?) non ! Clairement non ! Vu qu'elle me manquait, j'ai dû me la faire [...] sur le terrain.	J'ai dû me la faire moi-même	Insuffisante	Ressenti
Entretien 13	Ma formation je me l'étais faite.	Je me la suis faite moi-même	Insuffisante	Ressenti
Entretien 12	Donc voilà. Ca ne m'avait pas donné assez d'assurance...	Une formation qui ne donne pas assez d'assurance	Insuffisante	Ressenti
Entretien 12	(I : C'est sur mannequin ?) DR12 : Oui. Donc il n'y a pas la même motivation non plus que quand on est vraiment... en situation quoi. Je n'avais pas en tête un patient que j'allais pouvoir infiltrer bientôt donc euh... Voilà.	Une formation trop loin de la réalité	Insuffisante	Ressenti
Entretien 3	Je n'ai jamais vu dans les programmes de formations que je regardais quelque chose sur les gestes techniques, éventuellement sur la pathologie locomotrice oui, mais bon j' imagine qu'ils en parlent comme possibilité thérapeutique, mais je sais très bien qu'il y a très très peu de formations aux gestes pratiques dans ces trucs-là.	Manque de pratique dans les formations	Insuffisante	Ressenti
Entretien 10	Oui, j'en ai vu mais j'en n'ai jamais pratiqué !	Manque de pratique dans les formations	Insuffisante	Ressenti
Entretien 3	J'ai jamais regardé de manière très attentive, j'ai jamais vu dans les programmes de formations que je regardais quelque chose sur les gestes techniques.	Ne s'est jamais vraiment renseigné pour se former	Insuffisante	Ressenti
Entretien 3	C'est toujours la même histoire on nous l'a évoqué comme moyen thérapeutique et plus en second cycle qu'en troisième, euh...	Moyen thérapeutique seulement évoqué lors de la formation initiale	Insuffisante	Ressenti

Entretien 12	Et dans les stages hospitaliers même en rhumato euh je ne crois pas qu'ils en font beaucoup.	Stage hospitalier non adapté	Insuffisante	Ressenti
Entretien 10	Non, c'étaient les internes en spé, qui les faisaient ! Nous, on ne les faisait pas!	Sentiment de mise à l'écart par rapport aux internes de spécialité	Insuffisante	Ressenti
Entretien 13	C'est dommage que le généraliste ne soit pas formé à ça, alors que les rhumatologues le sont et pratiquent <i>larga manu</i> quoi, je trouve que c'est dommage.	Dommage de ne pas former les généralistes	Insuffisante	Ressenti
Entretien 9	La chose qui, à mon avis dans l'enseignement, qui manque le plus, c'est le compagnonnage. C'est-à-dire, que ce sont des centres universitaires où on finit par être dans l'anonymat complet, avec une espèce de brassage des gens et ce qui était vraisemblablement un peu moins le cas, quand l'internat avait été créé dans les premières années, voilà ! C'est-à-dire qu'il y avait un compagnonnage, maintenant il y a une telle profusion d'étudiants, d'enseignants, de diplômés, [...] que finalement, les enseignants arrivent [...] à être un peu plus détachés des étudiants, je pense ! Il faut quelqu'un qui vous montre, qui vous rassure, qui vous explique [...] ! La relation maître-élève !	Un manque de compagnonnage aujourd'hui	Insuffisante	Ressenti
Entretien 8	Que des jeunes qui arrivent derrière moi, soient mieux formés, ce serait bien !	Souhaite meilleure formation des générations futures	Insuffisante	Ressenti
Entretien 4	La formation que j'ai eue oui (suffisante), parce que je savais que je voulais en faire, à l'époque.	J'ai appris car je voulais en faire	Suffisante	Ressenti
Entretien 11	<i>(réfléchi)</i> Oui, je pense, oui.	Suffisante	Suffisante	Ressenti
Entretien 7	Moi, je pense que c'est suffisant ! Le seul problème, je trouve, que les médecins hésitent même après une formation à se lancer, en solo.	Il faut oser se lancer après une formation	Suffisante	Ressenti
Entretien 13	Moi j'ai vraiment eu la chance d'apprendre ça quand j'étais	Une chance d'avoir	Suffisante	Ressenti

	interne.	appris		
Entretien 13	Ca m'a beaucoup servi dans ma pratique.	Utile dans la pratique de la médecine générale	Un savoir très utile	Ressenti
Entretien 9	Non ! Non, parce que ça marche tellement bien comme ça ! (déléguer)	Déléguer fonctionne bien	Non	Envie de formation
Entretien 8	Je n'aurais pas bien beaucoup de temps à consacrer à cette formation ! [...] Après sur le principe, oui ! Là, signer, pour une formation de 6 demi-journées, 1 par semaine sur 6 semaines, je te dis non !	Peu de temps à y consacrer	Non	Envie de formation
Entretien 7	Je ferais bien encore une formation s'il y a encore des trucs nouveaux, ça m'intéresserait bien !	Pour apprendre des trucs nouveaux	Oui	Envie de formation
Entretien 13	J'aimerais bien avoir la possibilité de refaire un stage en service de rhumato pour qu'on me remontre les gestes, qu'on me repose les indications.	Révision en service de rhumato	Oui	Envie de formation
Entretien 10	(I : Si on vous proposait aujourd'hui cette formation, prendriez-vous le temps de la faire ou pas ?) DR10 : Oui !	Si la formation est adaptée	Oui	Envie de formation
Entretien 12	Donc cette formation il faudrait l'envisager voilà pendant les stages...	Une formation incluse dans la formation initiale		Formation idéale
Entretien 14	Je pense que c'est un geste qui devrait systématiquement être appris au cours de la formation initiale, au même titre que faire un électrocardiogramme ou faire des points. Pour moi ça doit faire partie de la panoplie donc ça doit être appris au cours de la formation initiale quoi.	Une formation incluse dans la formation initiale		Formation idéale
Entretien 6	Je sais qu'à Avignon, ils ont un séminaire de formation pratique sur les infiltrations.	Une formation comme dans une autre fac		Formation idéale

Entretien 6	FMC, DPC ou organiser une sorte de filière au bloc opératoire pour faire des infiltrations, faire que ça, pendant 1 journée ou 2. Pour qu'on puisse réellement pratiquer ! [...] le problème c'est que si on va voir le rhumato, une journée ou 2 en consultation, il ne va pas forcément en faire toute la journée, nous ça nous fait perdre quand même une journée de travail ! [...] Ce serait de faire sur un temps restreint, un maximum d'infiltrations possible, donc c'est soit faire un temps dédié comme on peut faire un temps de dite formation continue à la réanimation comme on a au CESU au SAMU de [ville], sur mannequins et supervisés, ceux qui peut-être très bien ! Ou alors en pratique en temps de consultation, mais c'est difficile à mettre en place, avec les spécialistes de rhumato ou à l'hôpital ! Voilà !	Organiser en peu de temps, le maximum d'infiltrations possible		Formation idéale
Entretien 6	Donc, je suis pour qu'on fasse une formation continue sur mannequin, au mieux, avec un rhumato aguerri !	Une formation sur mannequin		Formation idéale
Entretien 11	Je ne sais pas si ça existe, des mannequins ! Je pense que s'il y a des formations possibles sur mannequins, je crois qu'il ne faut pas hésiter !	Une formation sur mannequin		Formation idéale
Entretien 12	Ca serait vraiment une formation pratique. Après toute la partie théorique on la connaît, enfin, ou ce sera vite euh, ce n'est pas un problème...	Une formation pratique plutôt que théorique		Formation idéale
Entretien 2	Peut être qu'il faudrait faire de la consultation chez un rhumato de ville pendant qu'il y en a encore quelques uns.	Chez un rhumatologue en ville		Formation idéale
Entretien 3	Je me dis que si je voulais me former [...] j'appellerais mes correspondants rhumato et je leur demanderais d'aller passer une journée avec eux en me disant qu'ils doivent bien en faire quelques unes.	Chez un rhumatologue en ville		Formation idéale
Entretien 8	Dans un cabinet de rhumato [...] et 6 ou 8 demi-journées, et non pas une demi journée !	Chez un rhumatologue en ville		Formation idéale

Entretien 14	Bah dans l'idéal ça serait, vraiment dans l'idéal absolu ça serait je ne sais pas d'aller passer deux semaines de stage chez un rhumato (<i>rires</i>).	Chez un rhumatologue en ville		Formation idéale
Entretien 14	C'est sûr que tout le monde ne peut pas forcément passer en service de rhumatologie, je pense que ça devrait faire partie des choses, par exemple pendant le stage, le semestre en médecine générale là pendant l'internat ou alors, comme je disais, faire deux semaines de stage chez un rhumato au cours de ce semestre là.	Chez un rhumatologue en ville pendant le stage chez le praticien lors de la formation initiale		Formation idéale
Entretien 8	Dans un service de rhumatologie et 6 ou 8 demi-journées, et non pas une demi-journée !	Dans un service de rhumatologie à l'hôpital		Formation idéale
Entretien 13	De retourner dans un service où on puisse pratiquer, enfin voir pratiquer et pratiquer soi-même, avec un rhumato, pour qu'on reprécise les localisations, les indications tout ça, ça m'intéresserait bien.	Dans un service de rhumatologie à l'hôpital		Formation idéale
Entretien 14	Dans un service de rhumato... Ca ça serait l'idéal (<i>rires</i>).	Dans un service de rhumatologie à l'hôpital		Formation idéale
Entretien 10	Faudrait que ça se fasse en plusieurs étapes, parce que je ne pense pas qu'on apprend les infiltrations qu'en une fois !	Une formation en plusieurs étapes		Formation idéale
Entretien 10	Ce serait une formation où on nous apprendrait déjà tous les petits gestes simples sans aller chercher ce qui est compliqué.	Ne pas trop se disperser, rester dans les bases		Formation idéale
Entretien 10	Ce serait une formation [...] qui ait lieu à proximité de chez nous.	Un lieu proche		Formation idéale
Entretien 10	A des horaires où on peut se déplacer !	Des horaires compatibles avec l'activité professionnelle		Formation idéale

Entretien 9	La chose qui, à mon avis dans l'enseignement, qui manque le plus, c'est le compagnonnage. Le compagnonnage, c'est quelque chose qui me paraît important pour l'acquisition d'un savoir, et il faut que ça marche, ce n'est pas donné, ce n'est pas facile ! Faut quelqu'un qui vous montre, qui vous rassure, qui vous explique [...] ! La relation maître-élève !	Une formation accompagnée / une relation maître-élève		Formation idéale
Entretien 12	Ca serait vraiment une formation pratique c'est-à-dire euh, avoir un patient et puis que je lui fasse son infiltration avec quelqu'un à côté qui puisse commenter. Mais il me faudrait quelqu'un qui soit à côté de moi pour pratiquer le geste en toute sécurité au début et puis après...	Une formation accompagnée / une relation maître-élève		Formation idéale
Entretien 14	Et en faire, en faire quoi. Sous couvert, avec l'enseignement d'un spécialiste qui en fait tout le temps quoi, pour corriger les petites choses.	Une formation accompagnée / une relation maître-élève		Formation idéale
Entretien 10	Parce que pour eux, c'est tellement simple, ça semble tellement évident qu'ils ne peuvent pas souvent comprendre les réticences [...] et les blocages qu'on a par rapport à certains gestes !	Un formateur capable de s'adapter à ses élèves		Formation idéale
Entretien 10	Du moment que ce soit avec un formateur sympa !	Une bonne ambiance pour donner envie d'apprendre		Formation idéale
Entretien 11	Tu vois c'est un avantage, on parle beaucoup de télémédecine, je pense aussi que c'est quelque chose qui peut être fait ! Je pense qu'on peut envisager pour des médecins qui ne sont pas très, très sûrs, qui sont un peu loin, de faire des infiltrations, sous, avec la télémédecine ! [...] Dans des zones qui sont vraiment très isolées, on peut très bien envisager de faire des infiltrations sur télémédecine !	Par télémédecine		Formation idéale
Entretien 14	L'idéal, mais bon peut être un peu utopique (<i>rires</i>).	La formation idéale: une utopie		Formation idéale

Entretien 11	Dans mon temps, si on peut dire, on apprenait sur le vif et sur le tas (<i>rire</i>) ! Maintenant, je pense que les patients n'accepteraient plus ce que l'on a fait !	Les patients n'ont pas la même tolérance aujourd'hui		La formation d'hier obsolète
Entretien 1	Je crois qu'il faut que ce soit un geste que mes stagiaires sachent pratiquer en partant quoi.	Apprentissage aux internes		Volonté de transmettre l'enseignement des infiltrations
Entretien 2	Je pense que c'est un geste qu'il faut apprendre et puis faire apprendre aux internes, ça il faut que vous le sachiez.	Apprentissage aux internes		Volonté de transmettre l'enseignement des infiltrations
Entretien 11	J'ai appris aux internes à le faire, il n'y a pas de problème, il y a des internes qui ont fait, je leur laissais tous les canaux carpiens, par exemple !	Apprentissage aux internes		Volonté de transmettre l'enseignement des infiltrations
Entretien 13	Je le sortais systématiquement pour mes internes quand j'avais des stagiaires, je trouvais que c'était bien pratique.	Apprentissage aux internes		Volonté de transmettre l'enseignement des infiltrations

Thème 4 - Les complications

<u>Entretiens</u>	<u>Citation/verbatim</u>	<u>Codes communs</u>	<u>Sous-thèmes</u>
Entretien 2	Chez un vacancier qui avait un épanchement de synovie sur une gonarthrose majeure [...] je lui ai ponctionné [...] il a récidivé, c'était quelqu'un qui était très demandeur de soins parce qu'il ne voulait pas se faire opérer et cætera. Sur la deuxième récurrence j'ai ponctionné et infiltré, il a été super bien pendant toutes ses vacances. Mais, c'est toujours un peu emmerdant ce genre de trucs, surtout que ce n'était pas un de mes patients.	Un patient non connu	Une infection articulaire sur le genou
Entretien 2	En fin d'été euh, il m'a dit, il m'a demandé de refaire une infiltration et pffff... (gros soupir) j'ai refait une infiltration et en fait il a infecté. Il a fait une arthrite sur les corticoïdes, donc voilà. Bon ça c'est la faute à pas de chance.	Une deuxième infiltration forcée par le patient	Une infection articulaire sur le genou
Entretien 2	Et j'avais mis des gants stériles d'ailleurs, les genoux je mets toujours des gants stériles, [...] mais par contre sur le temps du désinfectant, c'était la seule chose que j'avais trouvée qui pouvait faire l'objet [...] d'une faute d'asepsie ou d'une aepsie moins bonne.	Un manque d'asepsie	Une infection articulaire sur le genou
Entretien 7	Ouais j'en ai eu une ! Une arthrite de l'épaule ! [...] J'ai fait une petite bêtise, parce que ce patient avait un syndrome myéloprolifératif. Il était immunodéficient ! [...] Je pense qu'il avait une omarthrose aussi associée, et là il avait un syndrome myéloprolifératif et là c'est vrai que je l'avais zappé ce truc-là, c'est tout ! Il a fait une arthrite infectée, avec le traitement ça a été, il n'a pas eu besoin de faire des lavages articulaires ou des trucs comme ça. Il a bien retrouvé une mobilité ! Bon après il est décédé, mais de son évolution de son myéloïde qui est devenu une leucémie de forme aiguë.	Une comorbidité oubliée	Une infection articulaire de l'épaule
Entretien 7	Une épaule douloureuse chez un patient qui était, [...] peintre ! Donc il avait une pathologie de l'épaule assez ancienne parce qu'il faisait beaucoup de mouvements avec une petite dégénérescence.	Dans le cadre d'une maladie professionnelle	Une infection articulaire de l'épaule
Entretien 2	J'ai eu une rupture d'un tendon du biceps. C'était sur une personne âgée et voilà quoi. Donc du coup [...] ça fait partie des risques.	Une rupture du tendon du biceps chez une personne âgée	Une rupture tendineuse
Entretien 11	Sur un canal carpien, la première année où je me suis installé ! C'est sur un patient qui n'était pas très âgé et euh, il a eu un abcès.	Un abcès sur une infiltration de canal carpien	Une infection cutanée

Entretien 11	C'est un patient qui avait eu un bilan biologique avant qui était tout à fait normal, et qui s'est retrouvé diabétique ! [...] Je pense que c'est en relation [...] Bah, au moment de l'infiltration, il n'était pas, je crois, là 3-4 mois avant, parce que j'avais fait un bilan biologique, et ça je m'en rappelle très bien.	Un diabète sous jacent lors de l'infection	Une infection cutanée
Entretien 13	J'ai eu une grosse intolérance cutanée après une infiltration, c'est quand même un peu le problème au niveau du coude, l'infiltration est plus superficielle.	L'épicondylite : une infiltration superficielle	Une lipodystrophie
Entretien 13	Et je trouve que c'est moins bien toléré au niveau local et au niveau cutané,	Une moins bonne tolérance cutanée	Une lipodystrophie
Entretien 4	Des exacerbations douloureuses, euh... Surtout en piquant le nerf médian (<i>sourire</i>).	Douleur lorsqu'on pique le nerf médian dans les infiltrations de canal carpien	Des exacerbations douloureuses
Entretien 11	Dans le canal carpien, si on touche le nerf médian, mais je les préviens avant, [...] qu'on va éviter de le faire mais que si on touche c'est qu'on est bien placé, quoi ! (<i>rire</i>)	Douleur lorsqu'on pique le nerf médian dans les infiltrations de canal carpien	Des exacerbations douloureuses
Entretien 7	Il y en a un ou deux, qui m'ont dit qu'ils avaient eu mal, peut-être au début dans l'épaule, quand je pique, quand je faisais pas très gaffe, là j'ai peut-être piqué une fois, une fois ou 2 dans les tendons direct ! Quand on fait ça, ça leur fait mal quoi !	Douleur lors des infiltrations de l'épaule	Des exacerbations douloureuses
Entretien 11	D'autres qui disent oui, ça fait mal.	Douleur patient dépendant	Des exacerbations douloureuses
Entretien 7	Il y a pas de malaises, je ne pense pas, on voit plutôt ça dans les sutures que dans les infiltrations. (en parlant des allergies) : Non ! Jamais !	Pas de malaise, ni d'allergie	Absence de malaise et d'allergie
Entretien 11	Allergie, jamais.	N'a jamais eu d'allergie	Absence de malaise et d'allergie
Entretien 2	Non parce que je pense que c'est un geste [...] qu'on est amené à faire. Donc du coup [...] ça fait partie des risques.	Ça fait partie des risques	Pas de changement dans la pratique post complications
Entretien 2	Je mets toujours des gants stériles maintenant depuis cette histoire.	Port de gants stériles depuis	Amélioration de l'hygiène post complication
Entretien 2	Avant (l'infection) je faisais une désinfection en un temps, et maintenant je le fais en deux temps. C'est-à-dire que je désinfecte, je laisse du temps et après je re-désinfecte avant de faire le geste.	Amélioration de l'asepsie	Amélioration de l'hygiène post complication
Entretien 11	J'ai peut-être fait un peu plus attention à l'asepsie. Là c'est sûr ! Oui, ça certainement.	Amélioration de l'asepsie	Amélioration de l'hygiène post

			complication
Entretien 7	Il y en a un ou deux, qui m'ont dit qu'ils avaient eu mal, peut-être au début dans l'épaule, [...] là j'ai peut-être piqué une fois, une fois ou 2 dans les tendons direct ! [...] Bon maintenant, ça va, je m'oriente bien vers le haut et ça passe bien, ça va !	Amélioration de la technique	Changement de pratique post complication
Entretien 7	Peut-être [...] que j'aurais [...] dû poser un questionnaire, c'est vrai qu'il faut faire attention parfois ! Les traitements qu'ils prennent.	Meilleure prise en charge globale du patient	Changement de pratique post complication
Entretien 7	J'aime mieux faire ça chez les patients qui sont strictement de ma patientèle, que je connais bien ! J'aime mieux quand même bien connaître mes patients et avoir déjà une relation de soins plus ancienne ! Je trouve que c'est mieux ! Et je ne vais pas prendre un patient, qui arrive comme ça, à brûle-pourpoint : « On m'a dit que vous faites des infiltrations... ».	Se limiter à sa patientèle	Changement de pratique post complication
Entretien 13	Donc c'est vrai que (depuis complication cutanée), les épicondylites je fais plutôt de la mésothérapie, je fais moins d'infiltrations. [...] et puis j'ai eu ce gros effet indésirable cutané qui m'a fait arrêter dans cette localisation.	Fait de la mésothérapie sur l'épicondylite	Changement de pratique post complication
Entretien 7	Ça ne m'a pas bloqué dans mon truc.	Un blocage	Le ressenti après une complication
Entretien 2	Laissent des traces on se dit ah putain, est ce que j'aurais dû le faire [...] Ca m'a permis [...] de revoir la façon dont je faisais les infiltrations.	Ça laisse des traces	Le ressenti après une complication
Entretien 11	Ça m'a vraiment marqué !	Ça marque	Le ressenti après une complication
Entretien 2	J'ai eu une rupture d'un tendon du biceps, et il y a 15 ans en arrière une histoire un peu douloureuse (<i>croise les bras</i>)...	Une histoire douloureuse	Le ressenti après une complication
Entretien 13	Ça a été difficile à gérer, c'était assez embêtant au niveau cutané.	Pas facile à gérer	Le ressenti après une complication
Entretien 4	Si j'ai un problème un jour [...], je ne sais pas septique ou autre je pense que ça me refroidira beaucoup [...] J'avais un copain qui a eu une arthrite septique, euh ça l'a marqué un petit peu.	Ça refroidit	Le ressenti après une complication
Entretien 13	C'est vrai que ça m'a un peu refroidi pour en faire.	Ça refroidit	Le ressenti après une complication
Entretien 10	Je me suis promis de ne pas en faire dans mon cabinet !	N'en fait pas dans son cabinet	Le ressenti après une complication
Entretien 6	Je touche du bois ! (<i>il frappe sur la table en souriant</i>)	Une arrière-pensée présente	Peur des complications
Entretien 6	La plupart de mes formations en cabinet, les médecins pratiquant des infiltrations, ne mettent déjà pas de gants. [...] La désinfection, ne font pas les 3-4 ou 5 temps,	Un risque relatif	Des complications pas si fréquentes

	mais juste un coup de béta jaune [...] ce qui me perturbe quelque part, vue la formation initiale qu'on a eue sur l'asepsie et les règles... [...] Et pour autant... ce qui est suspicieux, c'est qu'ils n'ont pas plus d'arthrites septiques [...] En tout cas je n'ai pas de notion qu'il y ait plus de complications [...].		
Entretien 1	Je n'ai jamais eu d'accident, de complications. Même les gens sous anticoagulants, je me dis que les interactions avec les anti-inflammatoires ce n'est pas mieux !	Jamais eu de complications même sous anticoagulants	Des complications pas si fréquentes
Entretien 4	<i>(il touche la table en bois)</i> Non.	Une peur présente	Des complications pas si fréquentes
Entretien 10	Tous mes patients qui ont des infiltrations par les rhumatologues [...] je n'ai jamais eu un seul problème septique ! Je pense qu'en général tout se passe bien.	N'a jamais eu de problème infectieux	Des complications pas si fréquentes
Entretien 12	(I: Vous avez déjà eu des complications ?) DR12 : Euh non.	Jamais eu	Des complications pas si fréquentes
Entretien 14	Non <i>(rires)</i> .	Une idée qui fait rire	Des complications pas si fréquentes
Entretien 13	C'est la seule complication que j'ai eue avec une infiltration.	N'en a eu qu'une	Des complications pas si fréquentes

Thème 5 – Les interactions entre les différents acteurs

<u>Entretiens</u>	<u>Citations/verbatim</u>	<u>Codes communs</u>	<u>Sous-sous thèmes</u>	<u>Sous-thèmes</u>
Entretien 10	Si c'est un geste qu'ils manient bien, qu'ils font bien, avec une bonne hygiène, ça ne me pose pas de soucis ! Donc... Moi ça ne me gêne pas qu'ils en pratiquent !	S'ils savent les faire pas de problème		MG non pratiquants → MG pratiquants
Entretien 10	Moi ce qui m'a le plus gêné dans ces cas-là, c'est qu'à aucun moment il n'a voulu se remettre en cause !	Ils doivent savoir se remettre en question après une complication		MG non pratiquants → MG pratiquants
Entretien 12	Pas très souvent disons que chez les collègues généralistes euh, non, c'est vrai que ça me gêne un petit peu.	Pas envie de leur déléguer leur patient		MG non pratiquants → MG pratiquants
Entretien 10	Si j'envoyais à un autre généraliste, de toute façon ce serait pareil sur [ville] donc à la limite pour eux, ils préfèrent aller chez un rhumatologue.	Ne leur délègue pas car ils sont aussi éloignés géographiquement que les spécialistes		MG non pratiquants → MG pratiquants
Entretien 12	Pas très souvent disons que chez les collègues généralistes euh, non, c'est vrai que ça me gêne un petit peu.	Gêné d'envoyer chez un collègue		MG non pratiquants → MG pratiquants
Entretien 10	Nous sur le secteur, on est très limité en médecin, donc s'ils viennent chez moi, c'est qu'ils ne veulent pas aller chez mes confrères, et donc si j'envoie chez mes confrères faire une infiltration ils ne vont pas comprendre.	Les patients ne comprendraient pas de les envoyer chez un autre généraliste		MG non pratiquants → MG pratiquants
Entretien 3	Les deux années que j'avais faites à [village] j'avais un de mes collègues qui faisait des infiltrations, en particulier le canal carpien, du coup les gens m'ont demandé et je les renvoyais vers lui.	Envoyait chez son collègue quand elle pouvait le faire		MG non pratiquants → MG pratiquants
Entretien 9	Si un généraliste, j'avais confiance en lui, et qui les ferait bien, je lui adresserais sans problème ! [...] Si il fait ça tout le temps, il n'y a pas de soucis ! (sourire)	Envoie chez le généraliste s'il a confiance		MG non pratiquants → MG pratiquants
Entretien 10	Faites que ce que vous savez bien faire et ça évitera les complications !	Bien rester dans son champ de compétences		MG non pratiquants → MG pratiquants

Entretien 8	Et j'estime que les infiltrations faites par mon collègue, ne sont pas forcément plus efficaces que les miennes ! Sauf, que lui, il les fait !	Manque d'effet des infiltrations faites par un généraliste		MG non pratiquants → MG pratiquants
Entretien 1	Je crois que c'est dommage d'hésiter en fait. C'est dommage d'avoir peur parce que le risque est quand même mineur je trouve, au bout de 30 ans que je fais des infiltrations je n'ai pas eu de problème.	Dommage d'avoir peur d'en faire, risque faible		MG pratiquants → MG non pratiquants
Entretien 7	A mon avis, il faut essayer, il faut prendre l'articulation la plus simple possible, à mon avis je pense que c'est le genou, en voie latérale externe, ça marche très bien, on arrive bien à situer tout ça et une fois qu'on a fait ça on prend un peu plus de bouteille et puis voilà.	Prendre une articulation simple comme le genou pour commencer		MG pratiquants → MG non pratiquants
Entretien 7	Le seul problème [...] je trouve [...] que les médecins hésitent même après une formation à se lancer, en solo. [...] quand il faut prendre la décision, on est tout seul, par rapport au patient ! On dit, voilà ! Il y a un moment, faut quand même prendre sa responsabilité !	Ne pas avoir peur de se lancer tout seul		MG pratiquants → MG non pratiquants
Entretien 12	Mais je crois aussi que quand on sort de la fac on est plus à l'aise avec les gestes euh...	Plus à l'aise avec les gestes à la sortie de l'université		MG pratiquants → MG non pratiquants
Entretien 8	Donc, soit tu décides de faire des infiltrations, tu t'y mets, t'en fais beaucoup et puis celles que tu loupes, tu les loupes, et t'acceptes d'avoir du loupé dans le lot, soit tu le fais pas !	Faut accepter d'en rater		MG pratiquants → MG non pratiquants
Entretien 7	[...] Dans le cabinet, je me bagarre un peu des fois! (<i>rire</i>) [...], je pense qu'il y a une angoisse, une anxiété du médecin par rapport à ça ! Est-ce que ça vient de leur formation, alors je ne sais pas, est ce que ça vient du fait qu'on a un peu cloisonné les actes en France là !	Une angoisse des médecins par rapport à l'acte		MG pratiquants → MG non pratiquants
Entretien 7	Puis de temps en temps on les fait ensemble, tout ça ! Ça m'arrive.	Enseignement entre les médecins		MG pratiquants → MG non pratiquants
Entretien 7	Moi je trouve que les gestes techniques en médecine générale, je suis à fond pour ! Je trouve que ça fait partie de l'exercice en médecine générale! Je le maintiens, je le dis tout haut, même si je pense ne pas être dans la ligne majoritaire !	Un acte qui fait partie de l'exercice de la médecine générale		Un acte de médecine générale

Entretien 2	Les rhumatos ils voient plutôt de la polyarthrite, des choses un peu plus complexes. Les rhumatologues hospitaliers, ils voient de la vraie rhumatologie spécialisée, du coup l'infiltration, [...] je pense qu'ils ne doivent pas en voir, c'est plus un geste de médecine générale.	Un geste de médecine générale		Un acte de médecine générale
Entretien 7	Il y a certains trucs qui restent à la spécialité et je ne vois pas pourquoi ! Ça fait partie de la prise en charge globale du patient et je ne vois pas pourquoi on priverait d'une solution thérapeutique qui est quand même intéressante et qui fait que voilà, On n'a pas besoin d'un avis, d'un confrère, très spécialisé, voilà ! [...] Je pense que les patients sont satisfaits, ça fait partie de la prise en charge globale !	Un acte qui fait partie de la prise en charge globale du patient		Un acte de médecine générale
Entretien 11	Il faudrait que ce soit reconnu tout simplement, comme acte de médecine générale !	Un acte à reconnaître dans la pratique du généraliste		Un acte de médecine générale
Entretien 13	Envoyer un patient pour une infiltration d'épaule ou du genou chez un rhumato ça me paraît dommage. C'est typiquement le geste que le généraliste peut pratiquer, qui est facile à mettre en place, efficace et quasiment sans risque.	Un acte que n'importe quel généraliste peut pratiquer		Un acte de médecine générale
Entretien 14	En tous cas je pense que c'est un geste qui doit faire, enfin, pour moi, qui doit faire partie de ce qu'un médecin généraliste peut proposer à sa patientèle tous les jours, [...] oui moi je vois ça au même titre que faire un électrocardiogramme, faire un frottis.	Un acte de tous les jours		Un acte de médecine générale
Entretien 4	Le canal carpien je n'en fais pas de deuxième, j'envoie au chirurgien si ça a pas marché, [...] Le Morton c'est un petit peu pareil.	Si pas d'amélioration post infiltration, place à la chirurgie	Quand déléguer	MG - spécialistes
Entretien 11	Bon bah le canal carpien des fois, bah ça marche pas ou ça marche qu'un jour et cætera, donc c'est sûr, bah là on passe au chirurgien.	Si pas d'amélioration post infiltration, place à la chirurgie	Quand déléguer	MG - spécialistes
Entretien 11	Oui, tout à fait ! Parce que ça ne l'avait pas amélioré, ce que j'avais fait ne l'avait pas amélioré ! Pour l'épaule, bah c'est pareil, si ça ne va pas, c'est le rhumato !	Si pas d'amélioration post infiltration, place aux spécialistes	Quand déléguer	MG - spécialistes
Entretien 13	Alors j'envoie chez le rhumato essentiellement les canaux carpiens, après les hanches...	Des localisations pour le spécialiste : le canal carpien et la hanche	Quand déléguer	MG - spécialistes

Entretien 14	Le rachis n'en parlons pas ça je le laisse aux rhumatos (<i>rires</i>), là sur ça il n'y a aucun...	Des localisations pour les spécialistes : le rachis	Quand déléguer	MG - spécialistes
Entretien 11	Oui, tout à fait ! Pour des épaules, où c'était un peu complexe.	Des localisations complexes pour le spécialiste : les épaules	Quand déléguer	MG - spécialistes
Entretien 2	Par exemple sur les gaines du long adducteur là sur les De Quervain, ça je n'infiltrer pas et je trouve que c'est assez efficace, et puis aussi sur les infiltrations de la trapézo métacarpienne du pouce là, il faut vraiment bien piquer, c'est une infiltration qui est douloureuse et il faut vraiment bien choisir l'angle de l'infiltration, c'est pas très évident donc ça je le fais faire. Et pareil bon maintenant ça se fait beaucoup moins mais les infiltrations du premier trou sacré, il y a une petite technique de repérage que j'avais apprise hein, mais euh comme je n'avais pas eu l'occasion de le faire euh, quand ça s'est présenté les indications je, j'ai adressé, parce que je n'en n'avais pas refait depuis euh... C'était 2-3 ans après ma formation pratique et du coup euh, je les fais faire par mon collègue rhumatologue.	Des localisations plus complexes pour le spécialiste : la tendinite de De Quervain, la trapézo métacarpienne, le premier trou sacré	Quand déléguer	MG - spécialistes
Entretien 7	Oui! [...] Quand je ne le sens pas, euh...Infiltration articulaire postérieure lombaire, [...] j'envoie en rhumato, même plutôt à [hôpital] quand il y a plusieurs étages, quand il y a des lombalgies chroniques, un peu bon, qui résistent un peu au traitement, [...] c'est vrai que ça les soulage bien des fois.	Des localisations plus complexes pour le spécialiste : les articulaires postérieures lombaires	Quand déléguer	MG - spécialistes
Entretien 13	Alors AVK, infiltrations profondes je ne fais pas, je fais faire par les rhumatos.	Les articulations profondes sous AVK pour les spécialistes	Quand déléguer	MG - spécialistes
Entretien 6	Perso je ne le prescris même pas, et s'il veut se faire infiltrer de l'acide hyaluronique il va chez le rhumato, chez l'orthopédiste.	Acide hyaluronique : Ne le prescrit pas	Quand déléguer	MG - spécialistes
Entretien 6	Je ne trouve pas normal que ton acide hyaluronique soit réservé aux rhumatos et qu'on ne puisse pas le faire ! [...] Je trouve ça décevant !	Acide hyaluronique : Anormal que le généraliste ne puisse pas les faire	Quand déléguer	MG - spécialistes

Entretien 11	Par contre je regrette qu'on ne puisse pas faire les viscosupplémentations!	Acide hyaluronique : Anormal que le généraliste ne puisse pas les faire	Quand déléguer	MG - spécialistes
Entretien 11	Et pourtant j'en ai fait quelques unes ! [...] en fait j'ai prescrit le rhumatologue, et puis le patient avec l'ordonnance du rhumatologue est venu (<i>rire</i>), mais bon c'est arrivé 2 fois et bon, ce sont des patients que je connaissais bien, je leur ai expliqué que je n'avais pas le droit, et cætera, et cætera... mais bon, non, non, je suis pas adepte de ça, mais je pense que c'est moins dangereux de faire une viscosupplémentation que mettre des corticoïdes !	Acide hyaluronique : J'ai déjà fait des injections d'acide hyaluronique, déléguées par le rhumatologue	Quand déléguer	MG - spécialistes
Entretien 11	C'est une affaire de sous ! [...] (la sécurité sociale a peur) qu'on en prescrive de trop, je pense ! Enfin je suppose ! [...] De toute façon à chaque fois que j'ai envoyé un patient pour une viscosupplémentation, il y a eu droit ! (<i>rires</i>) Et pourtant j'en envoie !	Acide hyaluronique : Fausse raison de la sécu qui a peur que les généralistes en prescrivent trop et que ça coûte trop cher	Quand déléguer	MG - spécialistes
Entretien 5	[...] tout ce qui est lombaire, [...] Je pense là par contre que le rhumato c'est quand même de son ressort. [...] les infiltrations sous scopie [...]	Les infiltrations sous scopie pour les spécialistes	Quand déléguer	MG - spécialistes
Entretien 11	On faisait beaucoup plus de choses, en particulier [...] au niveau vertébral, et là sans échographie, sans radiographie... (<i>rires</i>). J'ai abandonné ça depuis très longtemps, ça j'ai laissé aux autres!	Les infiltrations sous scope ou échographie pour les spécialistes	Quand déléguer	MG - spécialistes
Entretien 13	Euh s'il y a une nécessité d'infiltration de hanche moi je ne la fais pas, j'envoie aussi, et puis à l'hôpital [nom] à [ville] ils faisaient pas mal d'infiltrations sous ampli, euh au niveau lombaire, euh donc ça on leur en envoyait beaucoup à une époque mais maintenant le médecin qui le faisait n'est plus là donc y a beaucoup moins qui sont faites à [nom d'hôpital].	Les infiltrations sous ampli pour les spécialistes hospitaliers	Quand déléguer	MG - spécialistes
Entretien 13	Alors moi je ne fais pas du tout, j'envoie systématiquement à des collègues rhumato là sur [ville], j'ai pas mal de correspondants rhumato qui font ça, euh... c'est intéressant, c'est efficace, euh, c'est essentiellement les genoux, je trouve que dans cette indication-là c'est pas mal du tout.	Les infiltrations d'acide hyaluronique pour les spécialistes	Quand déléguer	MG - spécialistes
Entretien 11	Aussi à l'interrogatoire, on voit bien si le patient est d'accord ou	S'il y a une réticence	Quand déléguer	MG - spécialistes

	pas, compliant ou pas, donc à ce moment-là, on, oui, je préfère l'envoyer vers un spécialiste !	du patient, envoi chez le spécialiste		
Entretien 14	Et puis si on sent que la personne n'est pas spécialement en confiance que ce soit fait par le médecin généraliste, euh je crois qu'il ne vaut mieux pas insister.	S'il y a une réticence du patient, envoi chez le spécialiste	Quand déléguer	MG - spécialistes
Entretien 7	J'envoie à un rhumato pour un avis diagnostique ! En générale, c'est comme ça ! Alors il infiltre s'il veut ! Mais je ne demande pas d'infiltration...Jamais sur une lettre.	Envoi vers le spécialiste pour un avis et non pour une infiltration	Quand déléguer	MG - spécialistes
Entretien 12	Chez les rhumatologues je fais parfois un courrier, je ne sais pas, une scapuloalgie ou autre chose, mais je n'envoie pas pour une infiltration, je ne l'écris pas dans le courrier après c'est le rhumatologue qui voit ce qu'il fait.	Envoi vers le spécialiste pour un avis et non pour une infiltration	Quand déléguer	MG - spécialistes
Entretien 14	J'avais retenu quand même c'est que les infiltrations ça marchait bien sur les tendinites récentes, donc c'est sûr que si ça fait un an que la personne a mal euh, je le proposerais pas spécialement. Je préférerais avoir quand même un avis spécialisé.	Envoi car doute de l'efficacité sur une tendinite chronique	Quand déléguer	MG - spécialistes
Entretien 13	Oui. Alors parfois, à [ville] on a un rhumatologue qui fait les électromyogrammes, ce qui est quand même pratique donc on lui demande son avis, euh moi je les envoie pour électromyogramme en pré opératoire, et puis parfois il les voit, il les infiltre si c'est trop douloureux avant la chirurgie.	Envoi pour un examen complémentaire (EMG)	Quand déléguer	MG - spécialistes
Entretien 10	Oui, ils sont contents d'y aller ! Oui, bien sûr !	Des patients satisfaits	Ressenti du patient si délégué	MG - spécialistes
Entretien 9	(satisfait ?) Entièrement.	Des patients satisfaits	Ressenti du patient si délégué	MG - spécialistes
Entretien 10	Ca va pas choquer un de mes patients que je l'envoie vers un spécialiste.	Des patients compréhensifs	Ressenti du patient si délégué	MG - spécialistes
Entretien 10	Bon ils ont pris l'habitude des délais de rendez-vous qui sont longs !	Les patients habitués à des délais de rendez vous longs	Délai pour déléguer	MG - spécialistes
Entretien 3	Le rhumato ça, ça a été sans problème, je l'ai appelé et j'ai eu le rendez-vous pour 48 heures plus tard en l'appelant directement!	Des délais de rendez-vous courts si on appelle soi-même	Délai pour déléguer	MG - spécialistes
Entretien 5	Il y a toujours des délais un peu longs. Alors les rhumatos c'est très variable (<i>rires</i>), pour information Dr [nom], je crois que c'est	Des délais de rendez-vous longs de 2	Délai pour déléguer	MG - spécialistes

	au moins 6 mois de délai (<i>sourire</i>), euh il y en a qui prennent un peu plus vite... des fois je pense qu'on peut avoir 15 jours - 3 semaines [...] en général je pense que c'est un mois de délai à peu près en rhumato par ici!	semaines à 6 mois selon le spécialiste		
Entretien 8	Je les adresse au rhumato qui a un mois de délai, donc on perd un mois. Des fois ça va être 3 semaines, et des fois ça va être 6. [...] Ils bouffent des anti-inflammatoires et de l'ixprim en attendant.	Des délais de rendez-vous d'un mois environ	Délai pour déléguer	MG - spécialistes
Entretien 9	Des délais, moi j'arrive à, [...] 10 jours, ça me paraît raisonnable ! Et je trouve toujours un praticien dans les 10 jours ! Je prends tous mes rendez-vous, c'est tout moi qui gère ! Quand je ne tombe pas sur le premier, qui ne veut pas ou qui ne peut pas, je bascule sur le second !	Trouve toujours un rendez-vous dans les 10 jours en cherchant un peu	Délai pour déléguer	MG - spécialistes
Entretien 10	[...] Quand c'est trop hyperalgique, c'est moi qui téléphone, je vois avec le rhumato, parce que [...] on a tous des spécialistes un peu attirés avec lesquels on s'entend bien et qui nous prennent nos urgences. Donc dans ces cas là, ils sont vus beaucoup plus rapidement.	Disponibilité des spécialistes en cas d'urgence	Délai pour déléguer	MG - spécialistes
Entretien 11	[...] Je pense à une qui a un problème d'épaule un peu complexe, on gère au téléphone, en général il y a pas de souci !	Disponibilité des spécialistes en cas d'urgence	Délai pour déléguer	MG - spécialistes
Entretien 10	Et souvent, on essaie d'anticiper, plutôt que d'attendre vraiment d'être en phase [...] aiguë, pour faire quelque chose [...] Souvent ils commencent à avoir un petit peu mal, et donc on dit déjà, prenez déjà un rendez-vous chez le rhumato, il va falloir probablement faire une infiltration.	Savoir anticiper l'infiltration	Délai pour déléguer	MG - spécialistes
Entretien 10	Je lance le bilan complémentaire, quand ils y vont, ils ont déjà tous leurs examens [...]	Faciliter le travail du spécialiste en demandant les examens complémentaires		MG - spécialistes
Entretien 11	Au rhumatologue ou au rééducateur fonctionnel	Déléguer vers des rhumatologues, des rééducateurs fonctionnels	A qui déléguer	MG - spécialistes
Entretien 1	Essentiellement des rhumatos, notamment pour des infiltrations, et des infiltrations de viscosupplémentation.	Déléguer vers des rhumatologues	A qui déléguer	MG - spécialistes

Entretien 4	Rhumatologue en général.	Déléguer vers des rhumatologues	A qui déléguer	MG - spécialistes
Entretien 8	Dans les cabinets de [ville] [...] quand j'ai besoin d'une infiltration, je les adresse au rhumato [...]	Déléguer vers des rhumatologues	A qui déléguer	MG - spécialistes
Entretien 6	[...] Il a pu beaucoup plus en pratiquer pendant sa formation initiale. Donc de ce point de vue-là il est censé être plus compétent et je pense qu'il l'est !	Il a eu une meilleure formation qui le rend plus qualifié	Pourquoi déléguer	MG - spécialistes
Entretien 9	Il y a des gens qui sont extrêmement adroits, il y a des praticiens sur [ville], notamment, on a la chance d'avoir des rhumatologues, il y a des gens qui font ça, c'est incroyable quoi ! Il y avait [nom de médecin], qui piquait c'était vraiment un artisan des infiltrations, il faisait ça comme moi je prends une tension ! Donc du coup, avec des praticiens pareils, franchement j'aime autant, et sachant que les études objectives que j'ai lues, 1/3 des aiguilles seulement sont exactement là où on espère qu'elles soient, voilà pourquoi je, moi je donne toujours la primauté aux meilleurs dans un périmètre de 20 km !	Faire faire par quelqu'un de plus qualifié	Pourquoi déléguer	MG - spécialistes
Entretien 8	J'ai l'impression que si j'envoie chez le rhumato, ça marche mieux que si on le fait nous !	Meilleure efficacité des infiltrations faites par un spécialiste par rapport à un généraliste	Pourquoi déléguer	MG - spécialistes
Entretien 10	Je vois moi, tous mes patients qui ont des infiltrations par les rhumatologues et tout, je n'ai jamais eu un seul problème septique !	Pas de complication quand réalisé par le spécialiste	Pourquoi déléguer	MG - spécialistes
Entretien 10	Non ! Jamais !	Pas de complication avec les spécialistes	Pourquoi déléguer	MG - spécialistes
Entretien 7	Il y en a, à mon avis, qui ont toujours la seringue à la main, euh..., bon ce n'est pas très satisfaisant quand même ! Enfin, bon, moi c'est ce que je pense... C'est vrai que quand on voit un rhumato, lui, à mon avis, plus de la moitié de ses actes de la journée c'est de piquer !	Les spécialistes et les infiltrations : une grosse partie de leur activité	Pourquoi déléguer	MG - spécialistes
Entretien 9	Et en plus, ils ont un deuxième avis. Ils ont la radio avant l'infiltration, ce que je n'ai pas forcément.	Permet au patient d'avoir un deuxième avis	Pourquoi déléguer	MG - spécialistes
	J'ai toujours l'impression entre guillemets qu'on pardonnera plus	Différence de	Pourquoi déléguer	MG - spécialistes

Entretien 14	facilement au spécialiste s'il n'a pas réussi plus qu'au médecin généraliste. Voilà, c'est mon impression. (<i>rires</i>)	jugement par le patient du généraliste et du spécialiste : une meilleure tolérance envers le spécialiste si complications		
Entretien 7	À mon avis c'est l'avantage du médecin généraliste dans sa pratique par rapport au spécialiste [...] qui le voit une fois par an ! [...] On a un gros avantage relationnel, quand même, qui est nettement meilleur, ça c'est le truc qui aide vachement bien dans notre profession ! On a une confiance [...] les patients consultent régulièrement, ça c'est hyper valorisant ! Je pense que les spécialistes n'ont pas forcément, ça, à mon avis, ça doit être très frustrant pour eux ! Ils n'ont que l'aspect correspondant, ou alors la vision du patient sous l'acte plutôt, que technique et pas sous cet acte un petit peu...	Le généraliste a une relation de confiance avec le patient par rapport au spécialiste	Ne pas déléguer	MG - spécialistes
Entretien 6	Maintenant je pense qu'on a des difficultés d'accès pour les rhumatos et du point de vue du patient, le généraliste peut avoir accès à ces techniques pour les articulations ou les tendons périphériques et de ce point de vue là on mériterait également d'avoir une formation spécifique dessus !	Des spécialistes surbookés, une formation nécessaire pour les généralistes	Ne pas déléguer	MG - spécialistes
Entretien 2	[...] Les rhumatos ils voient plutôt de la polyarthrite, des choses un peu plus complexes, [...] En fait les rhumatologues de ville voyaient plutôt les actes de médecine générale de leur spécialité, et euh comme ils ont tendance à disparaître, [...] les rhumatologues hospitaliers, ils voient de la vraie rhumatologie spécialisée, du coup l'infiltration, [...] je pense qu'ils ne doivent pas en voir, c'est plus un geste de médecine générale.	Des spécialistes surbookés, une formation nécessaire pour les généralistes	Ne pas déléguer	MG - spécialistes
Entretien 8	Si on y met les moyens, on fait aussi propre les uns que les autres, il n'y a pas de soucis !	Le médecin généraliste capable de faire aussi bien au niveau aseptie que le spécialiste	Ne pas déléguer	MG - spécialistes
Entretien 1	Enfin n'envoyer que pour un truc que je ne sais pas faire pas forcément en fait, envoyer parce que le patient me dit « J'aimerais mieux avoir une consultation spécialisée » euh...	Malaise face à la demande du patient d'aller voir un spécialiste alors qu'il	Ne pas déléguer	MG - spécialistes

		est capable de le faire lui-même		
Entretien 12	Bhein y a pas très longtemps justement euh (sourire), une dame qui avait vu le rhumatologue pour un électromyogramme pour évaluer la sévérité de son syndrome du canal carpien, elle revenait avec son électromyogramme en me disant que le rhumatologue lui avait dit qu'il fallait faire une infiltration. Point.	Une délégation dans le sens inverse	Déléguer en sens inverse	MG - spécialistes
Entretien 9	[...] C'est aussi le problème des spécialisations, c'est-à-dire que chaque spécialisation crée, de fait, une incompétence !	L'hyperspécialisation de la médecine crée des incompétences	L'hyperspécialisation de la médecine crée des incompétences	MG - spécialistes
Entretien 2	Une pression actuellement à faire des infiltrations sous imagerie, même [...] des infiltrations que nous on infiltre cliniquement [...]	Pression actuelle	Imagerie	MG - spécialistes
Entretien 2	D'abord il y a une disparition des rhumatologues en ville, et ces infiltrations chez les spécialistes ça s'est déplacé des rhumatologues vers [...] les radiologues et puis la cotation [...]	Remplacement des rhumatologues par des radiologues	Imagerie	MG - spécialistes
Entretien 2	Même à l'hôpital je vois là le rhumatologue référent localement, adresse beaucoup aux radiologues.	Remplacement des rhumatologues par des radiologues	Imagerie	MG - spécialistes
Entretien 2	Il y a un petit côté sécurisé pour tout ce qui est très profond.	Une sécurité	Imagerie	MG - spécialistes
Entretien 2	Puis la cotation [...] moi quand je fais une infiltration c'est 23 euros, ou 27 si j'utilise la CCAM, [...] chez le radiologue c'est quand même plus, il y a l'imagerie avec, euh je pense qu'ils gagnent bien leur vie.	Un revenu plus important	Imagerie	MG - spécialistes
Entretien 2	Sur ce qui est superficiel [...], je trouve qu'il y a un petit peu d'abus quand même. C'est mon avis.	Un abus	Imagerie	MG - spécialistes
Entretien 11	I : Là, vous vous ne tentez pas à faire des radios..., des infiltrations sous radio ? DR11 : Non, non, non, il faut être raisonnable !	A déléguer	Imagerie	MG - spécialistes
Entretien 11	J'aurais aimé faire plus de choses, au niveau du rachis [...] mais avec la qualité technique, avec les échos [...] c'est sûr que je regrette qu'on n'ait pas pu s'équiper en échographie, ça j'aurais fait ça oui ! [...] Oui ! Ah oui, oui ! Une formation !	Une volonté de se former	Imagerie	MG - spécialistes
Entretien 2	Les rhumatologues de ville voyaient plutôt les actes de médecine générale de leur spécialité, [...] ils ont tendance à disparaître [...]	Disparition des rhumatologues de ville	Changement de l'activité des rhumatologues	MG - spécialistes
Entretien 2	Les rhumatos ils voient plutôt de la polyarthrite, des choses un	Une activité plus	Changement de	MG - spécialistes

	peu plus complexes, les rhumatologues hospitaliers, ils voient de la vraie rhumatologie spécialisée, du coup l'infiltration, [...] je pense qu'ils ne doivent pas en voir.	centrée sur les pathologies inflammatoires et non sur les infiltrations	l'activité des rhumatologues	
Entretien 2	En fin de compte je pense qu'elle n'en voit pas énormément, parce que quand un canal carpien arrive à l'hôpital il va plutôt chez le chir.	Délégation à la chirurgie	Changement de l'activité des rhumatologues	MG - spécialistes
Entretien 11	[...] Avec les patients que je ne connais pas et puis surtout s'ils sont soignés par d'autres de mes camarades, de mes confrères et puis qu'ils viennent là ! Je suis extrêmement prudent, hein ! Je fais très attention !	Prudence face à la demande de patients non connus de la patientèle	Demande des patients : ressenti du MG qui infiltre	MG - patients
Entretien 11	Parfois on est poussé par le patient à en faire, et puis je crois qu'il ne faut pas hésiter si... il ne faut pas se laisser mener quoi ! Bon il faut qu'on prenne la décision nous même ! Il ne faut pas... généralement quand on me pousse de trop, plus on me pousse moins je le fais !	Préfère prendre la décision d'infiltrer	Demande des patients : ressenti du MG qui infiltre	MG - patients
Entretien 1	Si j'en ai un qui me réclame son infiltration régulièrement, qui force la piqûre. Et donc c'est chiant quoi tu te demandes ce que tu fais. (I : alors du coup c'est que ça fonctionne bien à ce niveau là...) Oui, alors du coup il me demande « Des deux côtés, Docteur »...	Malaise du médecin généraliste face à la pression des patients demandeurs d'infiltration	Demande des patients : ressenti du MG qui infiltre	MG - patients
Entretien 7	[...] Là, je suis un peu circonspect, là je ne la fais pas tout de suite ! Voilà, je fais d'abord mon examen, des examens complémentaires et ensuite je le revois.	Préfère prendre son temps face à la demande	Demande des patients : ressenti du MG qui infiltre	MG - patients
Entretien 9	Je leur dit que moi, je n'infiltrer pas, que je suis maladroit avec une aiguille !	N'infiltrer pas car maladroit avec une aiguille	Demande des patients : ressenti du MG qui n'infiltrer pas	MG - patients
Entretien 5	J'ai remplacé une fois un médecin du sport, ou il s'est pointé avec sa dose de corticoïdes, je ne les ai pas faites ! En plus c'était dans les orteils. J'étais dans un cabinet de groupe, j'ai demandé aux 4 autres médecins qui étaient avec moi si eux savaient faire, il n'y en a pas un qui savait faire !	N'infiltrer pas car ne sait pas faire	Demande des patients : ressenti du MG qui n'infiltrer pas	MG - patients
Entretien 10	Pour ça j'ai des patients qui acceptent ce que je ne fais pas !	Confiance dans les choix de son médecin	Confiance dans les choix de son médecin	MG - patients
Entretien 11	Au bout de 36 ans que je suis ici, la plupart du temps, les gens me connaissent et me font confiance.	Confiance dans les choix de son médecin	Confiance dans les choix de son	MG - patients

			médecin	
Entretien 1	Donc, c'est rare les gens qui refusent, ouais, ou il y en a qui demandent en effet, un temps de réflexion ! Mais généralement, non, ils acceptent volontiers !	Rare qu'ils refusent, demandent souvent un temps de réflexion	Des patients réticents à se faire infiltrer	MG - patients
Entretien 12	C'est surtout le produit qui leur fait peur. Avec les risques infectieux...	Peur du risque infectieux	Des patients réticents à se faire infiltrer	MG - patients
Entretien 12	Peur de l'injection de corticoïdes, c'est surtout le produit qui leur fait peur.	Peur de la piqûre	Des patients réticents à se faire infiltrer	MG - patients
Entretien 1	Il y en a qui n'en veulent surtout pas en fait. Non mais je pense que si on leur explique que d'abord ça ne fait pas mal.	Peur de la douleur	Des patients réticents à se faire infiltrer	MG - patients
Entretien 14	Oui c'est arrivé oui. Surtout parce que, on va dire la principale raison c'est que c'est douloureux. « Ah j'ai entendu dire que ça faisait très mal euh... ». Ah non c'est vraiment la peur de la douleur. Enfin moi c'est ce que je ressens quoi [...] c'est plus « Ah ça risque d'être douloureux ».	Peur de la douleur	Des patients réticents à se faire infiltrer	MG - patients
Entretien 13	Ca a dû m'arriver mais alors c'est assez exceptionnel, on a des patients qui ont des mauvais souvenirs d'infiltrations donc effectivement ça a dû m'arriver 1 fois ou 2 mais franchement pas très souvent quoi.	Mauvaise expérience personnelle	Des patients réticents à se faire infiltrer	MG - patients
Entretien 5	Parce que finalement tous les patients, ils ne savent pas forcément que les généralistes peuvent faire des infiltrations ! Et c'est plus souvent du coup une demande d'aller voir le rhumatologue pour faire l'infiltration. Je ne pense pas que l'information soit forcément... que les patients sachent que le généraliste peut faire des infiltrations.	Une compétence de médecine générale méconnue des patients	Une compétence de médecine générale méconnue des patients	MG - patients
Entretien 14	Je pense que si on creuse un petit peu je pense qu'il y en a pas mal qui sont demandeurs mais je pense qu'il y en a beaucoup qui pensent que c'est un geste qui est réservé aux rhumatologues donc du coup je pense que même quand on leur parle d'infiltration euh, y en a beaucoup qui n'imaginent pas que le médecin généraliste les fait.	Une compétence de médecine générale méconnue des patients	Une compétence de médecine générale méconnue des patients	MG - patients
Entretien 14	Si je veux en faire c'est à moi de leur dire « Bah si vous voulez, voilà, je pense qu'il y a une infiltration à faire si vous voulez je	En proposer pour pratiquer	Une compétence de médecine générale	MG - patients

	peux la faire ici au cabinet ». Donc je pense que si je veux en faire il faut que je le dise au patient.		méconnue des patients	
Entretien 11	Non, je ne me rappelle pas de patients qui ont vraiment été insatisfaits de l'acte ! [...] Je n'ai pas de patients qui se sont rebellés après !	Des patients satisfaits de l'infiltration	Ressenti des patients après infiltration	MG - patients
Entretien 11	Mais j'ai jamais eu de récriminations, en disant « Bah ce que vous m'avez fait ce n'était pas nécessaire, ce n'était pas bien, ce n'était pas la bonne indication ! » S'ils n'étaient pas contents peut-être que je ne les ai jamais revus, mais... (<i>rires</i>)	Pas de récriminations après infiltrations	Ressenti des patients après infiltration	MG - patients

Thème 6 – Le coût

<u>Entretiens</u>	<u>Citations / Verbatims</u>	<u>Codes communs</u>	<u>Sous-sous-thèmes</u>	<u>Sous-thèmes</u>
Entretien 1	Je ne sais pas, je n'ai jamais déclaré. Donc je ne pense pas... (en parlant du contrat) Je ne me souviens pas qu'il y ait une exclusion...	Ne se souvient pas du contenu de son contrat	Ne sait pas	Déclaration à la RCP
Entretien 4	Je n'en ai aucune idée. [...] Je pense que je l'ai déclaré, mais comme mon assurance elle date d'il y a longtemps euh, j'ai rien modifié en tous cas. Je crois que je suis assuré systématiquement jusqu'aux actes K euh je ne sais plus combien euh... K30 ou K40, donc les infiltrations étaient dedans mais euh j'avoue que maintenant je n'en ai aucune idée. Il faudrait peut être que je me renseigne en fait...	Pense être assuré automatiquement	Ne sait pas	Déclaration à la RCP
Entretien 11	Probablement, je ne sais pas ! Comme on fait pas mal de choses, des actes de traumatologie, de réductions, des plâtres, je suis médecin correspondant SAMU, on fait quand même des actes un peu graves, des choses beaucoup plus dangereuses on va dire !	Pense être assuré du fait qu'il est médecin correspondant SAMU et fait beaucoup d'autres gestes	Ne sait pas	Déclaration à la RCP
Entretien 2	J'ai déclaré, je suis couvert. [...] Ouais, ma RC.	Oui	Oui	Déclaration à la RCP
Entretien 7	Je l'ai déclaré ! Il y a une dizaine d'années que j'ai dû le dire !	Oui	Oui	Déclaration à la RCP
Entretien 6	Les infiltrations ne sont pas précisées et ne sont pas prises en charge à défaut. [...] J'ai dû faire une régularisation de ça auprès des gestes d'ablation de tumeurs cutanées ou ce genre de chose...	Oui, j'ai fait la régularisation	Oui	Déclaration à la RCP
Entretien 11	Tout à fait !	Oui	Oui	Déclaration à la RCP

Entretien 12	Le signaler euh, j'avais dû le signaler.	Oui	Oui	Déclaration à la RCP
Entretien 13	Ca je l'ai déclaré au niveau de mon assurance, dès le départ parce que comme ici on fait beaucoup de rhumato à [ville], j'avais déclaré que j'avais une activité de médecine thermique, de rhumato, que je faisais des infiltrations, et la mésothérapie.	Oui	Oui	Déclaration à la RCP
Entretien 1	Pour une infiltration ou pour autre chose, je ne vois pas pourquoi. C'est marrant moi je ne me sens pas très menacé, alors jusqu'au jour... alors peut-être hein dans le contexte actuel, de plus en plus on a peut-être intérêt à se protéger.	Mais nécessaire pour se protéger actuellement	Non justifiée	Déclaration à la RCP
Entretien 5	Non je pense que ça ne devrait pas être à spécifier [...], parce que les médecins un peu plus à l'ancienne, les ruraux, ils en faisaient comme ça et on ne leur a jamais posé de problème !	Ce n'était pas nécessaire avant et il n'y avait pas plus de problèmes	Non justifiée	Déclaration à la RCP
Entretien 9	Je crois surtout que cette complexification, des textes des droits et des devoirs, est absurde ! Voilà, parce qu'on ne s'en sort plus ! Bientôt si je lève le doigt il va me falloir une assurance, si je le baisse, il faut reprendre un truc, une option ! Non, c'est du n'importe quoi ! De toute façon, la médecine qui était quand j'ai grandi, [...] rappelez-vous, omnivalent, totipotent, plurivalent, je ne sais pas quoi, enfin bref on avait le droit de tout faire ! Eh, bien, C'est fini ! C'est fini ! [...] Ça n'encourage pas beaucoup, à faire beaucoup de choses ! [...] le diplôme, moi quand j'ai grandi, que j'ai appris, que je pouvais tout faire, pourvu que je prenais mes responsabilités, [...] ça c'est aussi le problème des spécialisations, c'est-à-dire que chaque spécialisation crée, de fait, une incompétence [...]	Une évolution de la pratique et des lois absurdes	Non justifiée	Déclaration à la RCP
Entretien 6	Avec supplément ! [...] ça doit être 60 euros par an !	Supplément de 60 euros par an	Oui	Augmentation du coût de la RCP

Entretien 14	(I : quelle majoration on vous demande à peu près ?) DR 14 : C'est le double.	Doublement de la cotisation	Oui	Augmentation du coût de la RCP
Entretien 12	Payer un supplément non. A l'époque non, alors maintenant je ne sais pas... ?	Non	Non	Augmentation du coût de la RCP
Entretien 13	Je suis quasiment persuadé que je n'ai pas payé de supplément (<i>sourire</i>). En tous cas ça fait 23 ans que je suis installé, j'ai pas l'impression que mon assurance médicale ait augmentée, alors peut-être qu'ils me l'ont compté dès le départ mais je n'ai pas eu d'augmentation de mon assurance MACSF pour ça.	Pas d'augmentation de cotisation depuis que je suis installé	Non	Augmentation du coût de la RCP
Entretien 14	Alors cela dit, bon je ne vais pas donner le nom de la mutuelle, on va dire quand on exerce, voilà, standard on va dire, c'est vrai qu'ils ont des cotisations assez compétitives qui sont moins importantes que beaucoup d'autres assurances, par contre dès qu'on veut faire des gestes techniques là ça devient plus trop compétitif, vaut mieux se tourner vers d'autres euh...	Inégalité de tarif entre les assurances	Inégalité de tarif entre les assurances	Augmentation du coût de la RCP
Entretien 3	Alors oui, ça je pense que ça peut être un frein, parce que vu comment les prix des responsabilités civiles augmentent dès qu'on fait un peu des trucs qui sortent de l'ordinaire... [...] Donc oui ça je pense que ça ferait un surcoût et on retombe sur le fait que j'en fais pas assez pour l'instant pour que ce soit rentable entre guillemets.	Infiltrations pas rentables si peu fréquentes	Un frein à la pratique	Augmentation du coût de la RCP
Entretien 8	Si c'est un supplément de quelques dizaines d'euros, ça ne me choquera pas, s'ils me demandent 500 ou 1000 euros en plus sur l'année pour faire des infiltrations, c'est hors de question ! [...] Si tu fais 3 infiltrations dans l'année, il ne faut pas payer tes 100 euros par an ! [...] Donc, si à partir du moment, tu dis que tu fais des infiltrations, il faut en faire !	Infiltrations pas rentables si peu fréquentes	Un frein à la pratique	Augmentation du coût de la RCP

Entretien 6	<i>(réfléchi)</i> De toute manière on n'a pas le choix ! Sinon on ne pratique pas ! [...] Et comme je pense que ça rentre dans le cadre des compétences du médecin généraliste, je préfère être assuré !	Pas le choix	Pas le choix	Augmentation du coût de la RCP
Entretien 10	Mais après, je préfère être assuré correctement et ne pas avoir de soucis, je préfère payer un surplus et le déclarer !	Pas le choix, je préfère me protéger	Pas le choix	Augmentation du coût de la RCP
Entretien 11	Après c'est peut être le niveau, j'ignore le niveau, mais non, je pense que c'est normal si, vu les problèmes judiciaires actuels, vaut mieux être protégé ! Je pense que c'est normal !	Pas le choix, je préfère me protéger dans la société actuelle	Pas le choix	Augmentation du coût de la RCP
Entretien 5	Je pense qu'on est dans une société où maintenant chacun se renvoie la balle et personne ne prend ses responsabilités donc c'est normal que les assurances... Enfin c'est normal, non ce n'est pas normal mais...	Evolution de la société : il faut toujours un responsable	Pas le choix	Augmentation du coût de la RCP
Entretien 10	Alors, justifié non, parce que à partir du moment où on fait certains gestes, c'est plus dans le bénéfice du patient, donc ce n'est pas normal qu'on paie plus pour à la limite, je dirais soulager ...	Acte dans le bénéfice du patient	Non justifié	Augmentation du coût de la RCP
Entretien 14	J'ai, j'avais demandé à la personne, au commercial quoi, qui s'occupe de ça, pour lui la réponse, il s'était basé sur des vieux décrets qui n'existent même plus, enfin c'était complètement injustifié quoi.	Des décrets désuets	Non justifié	Augmentation du coût de la RCP
Entretien 11	Ca veut dire aussi que ce n'est pas totalement reconnu dans notre profession !	Un acte de médecine général non reconnu en tant que tel	Non justifié	Augmentation du coût de la RCP
Entretien 11	C'est vrai que je n'ai pas tellement réfléchi à cette question ! On a tellement l'habitude de tout payer ! <i>(sourire)</i>	L'habitude de tout payer	L'habitude de tout payer	Augmentation du coût de la RCP
Entretien 1	Oui, tout est à 23 euros.	Comme une consultation classique	Comme une consultation classique	Tarif des infiltrations

Entretien 11	Alors CCAM !	Cotation CCAM	Cotation CCAM	Tarif des infiltrations
Entretien 14	Je me base sur la CCAM donc là j'aurais pris euh, je ne sais plus combien c'est...	Cotation CCAM	Cotation CCAM	Tarif des infiltrations
Entretien 8	I : Aimeriez-vous en faire ? DR 8 : (<i>réfléchit</i>) Euh si je suis bien rémunéré, oui ! [...] Ce n'est pas du 27 euros, ou un truc comme ça ? Si c'est du 27 euros, j'estime que ce n'est pas assez [...] Quand je serai payé 50 euros pour faire une infiltration, j'y réfléchirai !	Insuffisante, un frein à la pratique	Cotation CCAM, un frein à la pratique	Tarif des infiltrations
Entretien 10	Non bien entendu, ce n'est pas suffisant.	Insuffisante	Cotation CCAM	Tarif des infiltrations
Entretien 11	C'est à dire que si quand on est en consultation et puis qu'on fait l'infiltration dans la foulée, c'est quand même un peu juste, quand même !	Insuffisante si acte en un temps	Cotation CCAM	Tarif des infiltrations
Entretien 14	Oui je trouve que ça serait normal (de revaloriser les tarifs de la sécu) parce qu'après bhein on utilise quand même un peu de matériel pour le faire, ça prend en général un peu plus de temps pour bien préparer les choses.	Insuffisante car prend du temps et matériel à payer	Cotation CCAM	Tarif des infiltrations
Entretien 11	Mais je me vois mal faire la consultation et puis coter à part, euh faire revenir le patient ! Non ça non !	Insuffisante, mais pas honnête de faire un acte en deux temps pour contourner	Cotation CCAM	Tarif des infiltrations
Entretien 2	Moi quand je fais une infiltration c'est 23 euros, ou 27 si j'utilise la CCAM, ... chez le radiologue c'est quand même plus, il y a l'imagerie avec, euh je pense qu'ils gagnent bien leur vie.	Une différence de prix par rapport au spécialiste	Cotation CCAM	Tarif des infiltrations
Entretien 14	Alors je ne pense pas que c'est pour autant que j'en proposerais plus.	Une revalorisation n'inciterait pas à en faire plus	Cotation CCAM	Tarif des infiltrations

Entretien 5	Faire une infiltration c'est clair que il faut que l'antisepsie soit un peu rigoureuse, il faut forcément avoir du matos, un petit champ, des choses comme ça, si on en fait une tous les ans et que le champ est périmé le jour où on infiltre le patient et que l'infection vient, ce n'est pas génial !	Problème de péremption du matériel quand on n'en fait pas souvent	Frein à la pratique	Investissement financier pour le matériel
Entretien 6	C'est le matériel, on en manque.	Manque de matériel	Frein à la pratique	Investissement financier pour le matériel
Entretien 10	Moi j'applique les règles de la sécu, c'est-à-dire que logiquement on ne peut pas se faire rendre le matériel.	Matériel à la charge du médecin généraliste	Frein à la pratique	Investissement financier pour le matériel
Entretien 14	DR14 : c'est vrai que 27 euros et quelques ça paie à peine le matériel utilisé quoi.	Le tarif CCAM ne couvre que les frais matériels	Frein à la pratique	Investissement financier pour le matériel

RESUME

CONTEXTE : Les pathologies rhumatologiques sont rencontrées quotidiennement en médecine ambulatoire. Leur fréquence risque de s'accroître devant le vieillissement de la population et l'augmentation des troubles musculo-squelettiques. Il est donc important de connaître les fondements des pratiques d'infiltration du médecin généraliste, premier acteur de santé consulté.

OBJECTIF : Appréhender le vécu, le ressenti des généralistes, pour mieux comprendre leurs pratiques, réticences et désirs sur les infiltrations de corticoïdes pratiquées au cabinet.

METHODE : Une recherche qualitative a été effectuée par 14 entretiens individuels semi-structurés auprès de médecins généralistes de Savoie. L'échantillonnage était varié. Une analyse thématique des *verbatim* fut conduite par triangulation des chercheurs après retranscription intégrale des entretiens.

RESULTATS : L'analyse des résultats a permis de faire émerger 6 thèmes.

La pratique était détaillée avec le choix des pathologies infiltrées, les techniques d'asepsie et le ressenti des médecins. Les non pratiquants exprimaient leurs réticences comme le manque de preuve scientifique, le manque de moyens, le manque de formation, le faible coût de revient d'une infiltration.

Nous avons pu identifier les barrières à cette pratique comme les nouvelles technologies, le coût élevé, le manque de pratique, les difficultés d'asepsie du cabinet, la difficulté de gérer les comorbidités et les limites du médecin lui-même.

Les médecins ont détaillé les formations reçues ainsi qu'une formation « idéale » qui les aiderait à pratiquer.

Les complications conduisaient à un changement de comportement.

Les médecins ont exprimé leurs pensées sur la pratique de leurs confrères et les relations entre médecins et avec les patients.

CONCLUSION : Cette étude nous a permis de percevoir les fondements de la pratique des infiltrations en médecine générale. Il est important d'adapter la formation des médecins généralistes et revoir le coût lié aux infiltrations, avant que les autres spécialités médicales et chirurgicales ne soient débordées.

MOTS CLES : infiltrations ; corticoïdes ; médecine générale ; formation

ABSTRACT

BACKGROUND: Musculoskeletal disorders are daily encountered in outpatient medicine. Their frequency is likely to increase due to the aging population and the increase in musculoskeletal disorders. Therefore, it is important to know the basics corticosteroid injections' practice by General Practitioner (GP), first health care provider.

OBJECTIVE: To understand the experiences, the feelings of GPs, to better understand their practices, reluctances and desires on corticosteroid injections performed in the office.

METHODS: A qualitative research was conducted by 14 individual semi-structured interviews with GPs from Savoy. The sample was varied. A thematic analysis of verbatim triangulation was conducted by researchers after full retranscription of the interviews.

RESULTS: Analysis of the results led to six themes.

The practice was detailed with the choice of infiltrated diseases, aseptic techniques and the feelings of doctors. Non-practitioners expressed their reservations as the lack of scientific evidence, the lack of resources, the lack of training, the low cost of infiltrations.

We were able to identify barriers to the practice as new technologies, high cost, lack of practical, difficulties for asepsis in the office, the difficulty of managing comorbidities and limitations of the doctor himself.

The doctors detailed the training received and an "ideal" one to help them to practice.

Complications led to a change in behavior.

Doctors have expressed their thoughts on the practice of their colleagues and the relationships between doctors and patients.

CONCLUSION: This study allowed us to see the foundations of the practice of infiltration in general practice. It is important to adapt the training of general practitioners, review the cost to infiltration before other medical and surgical specialties are overwhelmed.

KEYWORDS: infiltrations; corticosteroid injections; general medicine; training