



HAL
open science

Réalisation des gestes techniques en cabinet libéral : étude des pratiques des médecins généralistes en Haute-Normandie

Boris Boulard

► **To cite this version:**

Boris Boulard. Réalisation des gestes techniques en cabinet libéral : étude des pratiques des médecins généralistes en Haute-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00960899

HAL Id: dumas-00960899

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00960899>

Submitted on 19 Mar 2014

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2013

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Boris BOULARD

Née le 15 Décembre 1982 à Mont Saint Aignan

Présentée et soutenue publiquement le 21 Novembre 2013

**Réalisation des gestes techniques
en cabinet libéral : Etude des
pratiques des médecins généralistes
en Haute-Normandie**

Président du jury : Pr Hervé LEVESQUE

Directeur de thèse : Dr Yveline SEVRIN

Membres du jury :

Pr Pierre FAINSILBER

Pr Jacques BENICHOU

Mme Françoise BEURET-BLANQUART réadaptation	CRMPR	Médecine physique et de
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (<i>Surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON tropicales	HCN	Maladies infectieuses et
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE chirurgicale	HCN	Anesthésiologie et réanimation
M. Alain CRIBIER (<i>Surnombre</i>)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW santé	HCH	Epidémiologie, économie de la
M. Jean - Nicolas DACHER Médicale	HCN	Radiologie et Imagerie
M. Stéfan DARMONI Médicale/Techniques de communication	HCN	Informatique
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET Interne - Gériatrie.	HB	Thérapeutique/Médecine –
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUROTTE	HCN	Hépto – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN Traumatologique	HCN	Chirurgie Orthopédique -
M. Fabrice DUPARC Orthopédique et Traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie
M. Bertrand DUREUIL chirurgicale	HCN	Anesthésiologie et réanimation
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie

M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN métaboliques	HB	Endocrinologie et maladies
Mme Annie LAQUERRIERE pathologiques	HCN	Anatomie cytologie
M. Vincent LAUDENBACH chirurgicale	HCN	Anesthésie et réanimation
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE métaboliques	HB	Endocrinologie et maladies
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE cytogénétique	HCN	Histologie, embryologie,
M. Eric MALLET (<i>Surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (<i>Surnombre</i>)	HCN	Neurologie
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénéréologie

M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON maxillo-faciale	HCN	Stomatologie et chirurgie
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES et de la reprod.	HCN	Biologie et méd. du développ.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>) Médecine d'urgence	HCN	Réanimation Médicale,
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER chirurgicale	HCN	Anesthésiologie Réanimation
M. Pierre VERA l'image	C.B	Biophysique et traitement de
M. Eric VERIN réadaptation	CRMPR	Médecine physique et de
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS moléculaire	HCN	Biochimie et biologie
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Manuel ETIENNE tropicales	HCN	Maladies infectieuses et
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER chirurgicale	HCN	Anesthésie - Réanimation
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER santé	HCN	Epidémiologie, économie de la
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD moléculaire	HCN	Biochimie et Biologie
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL cytogénétique	HCN	Histologie, embryologie,
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB la santé	Législation pharmaceutique et économie de
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mlle Cécile CORBIERE	Biochimie

M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mlle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mlle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth **DE PAOLIS**

Anglais

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Mazim **MEKAOUI**

Chimie Analytique

Mlle Virginie **OXARAN**

Microbiologie

M. Romy **RAZAKANDRAINIBE**

Parasitologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINSILBER	UFR	Médecine générale
-----------------------------	-----	-------------------

M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
-------------------------	-----	-------------------

M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
-------------------------------	-----	-------------------

Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

**HCN - Hôpital Charles Nicolle
GUILLAUME**

HB - Hôpital de BOIS

**CB - Centre HENRI BECQUEREL
Spécialisé du Rouvray**

CHS - Centre Hospitalier

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB Santé	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil **ADRIOUCH**
moléculaire

Biochimie et biologie

(Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE**
moléculaire

Biochimie et biologie

(UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN**
(Néovasc)

Neurosciences

Mme Pascaline **GAILDRAT**
moléculaire humaine

Génétique

(UMR 1079)

M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD**
Inserm 1076)

Physiologie (Unité

Mme Isabelle **TOURNIER**
1079)

Biochimie (UMR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei **FETISSOV**
ADEN)

Physiologie (Groupe

Mme Su **RUAN**

Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Mr le Professeur Hervé Levesque, professeur de médecine interne.

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.

Veillez recevoir la marque de mes remerciements et de mon respect pour votre implication dans la formation médicale des futurs praticiens.

Mr le Professeur Pierre Fainsilber, professeur de médecine générale.

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Veillez recevoir la marque de mes remerciements ainsi que de mon respect pour vos efforts constants dans la formation des futurs praticiens de médecine générale.

Mr le Professeur Jacques Bénichou, professeur de biostatistiques.

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Veillez recevoir la marque de mes remerciements ainsi que mon respect pour votre investissement dans la formation en biostatistique de tous les étudiants en médecine.

Mme le Docteur Yveline Sevrin, maître de conférence universitaire.

Merci à toi d'avoir bien voulu diriger cette thèse.

Merci pour tous tes efforts, ta disponibilité, ta patience et tes conseils avisés.

Merci d'avoir partagé tes compétences scientifiques et méthodologiques.

Trouve ici l'expression de toute ma gratitude et de ma profonde sympathie.

A Claire, ma femme.

Dans ma vie pluvieuse tu as apporté le soleil.

Merci pour tout ton amour, ton soutien indéfectible et tes conseils patients.

Merci de m'avoir fait le plus beau des cadeaux avec la naissance de Solène.

Je t'aime très fort ADMVQJPJET!

"Et puis tu débarques en ouvrant grand les rideaux, des flots de couleurs éclatent et tout me semble bien plus beau".

A Solène, ma choupinette d'amour.

Quand le soleil et la pluie se mélangent, ça donne toujours un joli arc-en-ciel.

Merci à toi mon petit arc-en-ciel de nous émerveiller un peu plus chaque jour.

Je t'aime très fort ma crapulette d'amour!

A mes parents, Béatrice et Rémi.

Merci pour tout l'amour et la confiance que vous m'avez donné.

Merci pour tous les encouragements prodigués et les efforts que vous avez fait.

Sans vous, je ne serais pas là aujourd'hui.

Je suis fier d'être votre fils, je vous aime tous les deux très fort.

A Alice, ma sœur.

Tu es la meilleure sœur dont un grand frère puisse rêver.

Merci pour tous les bons moments passés ensemble dans notre enfance, dans notre vie d'adulte et ceux à venir bien sûr!

Merci d'avoir fait de moi un tonton gaga de sa toutounette.

Je t'aime très fort Soeu!

A Mamie Micheline.

Merci pour tout l'amour que tu m'as donné et l'attention que tu m'as prodigué.

Merci de m'avoir laissé faire plein de bêtises quand j'étais avec toi, toujours suivies d'un "ne le dis pas à maman mon Bobo".

Je t'aime très fort Mamie!

A Mamie Francine.

Merci pour tout l'amour que tu m'as donné, l'attention que tu m'as prodigué.

Merci pour tous mes après midi d'enfance à Veauville et leurs goûters gargantuesques!

Merci pour les granulés...

Je t'aime très fort Mamie!

A Papi Bernard.

Tu es mon seul grand-père mais tu as toujours su compter pour deux.

Merci pour tout ton amour, les balades dans les herbages de mon enfance et l'apprentissage du subtil maniement du tracteur!

Je t'aime très fort Papi!

A mes beaux parents, Catherine et François.

Merci de m'avoir accueilli dans votre famille.

Merci pour votre amour.

Merci pour les relectures attentives de Belle-Maman et les parties de chasse avec Beau-Papa.

A mes beaux-frères : Vincent, Olivier et Guillaume.

Merci à vous pour votre bonne humeur et pour les délires passés et à venir.

Au Docteur Jacques Desaint.

Merci de la vocation que vous avez sans nul doute fait naître en moi.

Merci d'être un médecin "de famille" et pas seulement un médecin traitant.

Avec toute mon affection et mon respect.

Au Docteur Marie-Christine Grosdidier.

Merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale autrement.

J'essaie d'appliquer ton enseignement tous les jours.

Avec toute mon affection et mon respect.

Au Docteur Pascal Chauvet.

Merci de m'avoir accueilli et gardé au sein de ton cabinet.

Merci pour ta bonne humeur et ta gentillesse.

Aux Docteurs Dominique Dero, Jean-Luc Achte, Marc Lévy et Anne Girard.

Merci de m'avoir formé au sein de vos cabinets.

Merci pour votre patience et vos conseils.

Je garde dans ma pratique la marque de tout ce que vous m'avez appris.

Aux praticiens qui me font confiance dans leur pratique quotidienne :

Gilles Brunet, Richard Litrowski, Christine Terisse, Pierre-Etienne Bailly.

Merci de votre confiance.

A tous mes amis, merci pour votre bonne humeur et les moments passés ensemble :

Pagu, Toto, Cécile, Sylvain, RV, Nono, les Rodrigez, les Quémar, les Roux, les Gonfroy, les Marie, pardon à tout ceux que j'oublie mais qui se reconnaîtront.

Merci aussi aux amis virtuels : Misslu, Salvatio, toute la clique des Vae Victis, Xoda, Mamour, Aibell, Jacks, Sco (cacao!) et tous les ex ou actuels membres du Chevron.

En espérant continuer à wiper dans la bonne humeur mais pas comme des noobs, arrêtons les amalgames (STOP DPS).

Enfin merci à celles sans qui la pratique de la médecine générale serait un casse-tête :

Les secrétaires médicales!!!

Merci donc aux deux Sylvie, à Bérangère, à Régine, à Corinne et à Patricia.

GLOSSAIRE

CCAM : Classification commune des actes médicaux

CNFMC-H : Centre national de la formation médicale continue des médecins hospitaliers

CNFMC-L : Centre national de la formation médicale continue des médecins libéraux

CNFMC-S : Centre national de la formation médicale continue des médecins salariés

DU : Diplôme universitaire

ECG : Electrocardiogramme

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FCV : Frottis cervico-vaginal

FMC : Formation médicale continue

IDR : Intradermoréaction à la tuberculine

IFOP : Institut français d'opinion publique

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

MEP : Mode d'exercice particulier

QCM : Question à choix multiples

SAU : Service d'accueil des urgences

SCM : Société civile de moyen

TDR : Test diagnostic rapide de l'angine

SOMMAIRE

I – INTRODUCTION	01
II - MATERIELS ET METHODES	05
1. Type d'étude	05
2. Caractéristiques de l'étude	05
<i>a. Critères sociodémographiques</i>	<i>05</i>
<i>b. Gestes techniques retenus</i>	<i>06</i>
<i>c. Population étudiée</i>	<i>07</i>
<i>d. Recueil de données</i>	<i>07</i>
<i>e. Analyse statistique des données</i>	<i>08</i>
III – RESULTATS	09
1. Caractéristiques de l'échantillon	09
<i>a. Population étudiée</i>	<i>09</i>
<i>b. Age, sexe et répartition régionale de l'échantillon</i>	<i>09</i>
<i>c. Modes et milieux d'exercice de l'échantillon</i>	<i>09</i>
<i>d. Année de validation du doctorat en médecine générale et faculté de formation de l'échantillon</i>	<i>10</i>
<i>e. Modalités de Formation Médicale Continue (FMC)</i>	<i>10</i>
<i>f. Statut de maître de stage universitaire et pratique d'une formation validée complémentaire</i>	<i>11</i>
<i>g. Distance par rapport au Service d'Accueil des urgences le plus proche</i>	<i>12</i>
<i>h. Délai d'accès aux spécialistes</i>	<i>12</i>
<i>i. Nombre de consultations par semaine</i>	<i>13</i>
2. Pratique des gestes techniques	13
<i>a. Fréquence de réalisation des gestes</i>	<i>13</i>

<i>b. Etude des gestes techniques pratiqués en fonction des critères retenus</i>	14
<i>c. Synthèse du profil de médecin effectuant fréquemment des gestes techniques...</i>	20
IV – DISCUSSION	21
1. Réalisation des gestes	21
2. Facteurs influençant la réalisation des gestes techniques	22
<i>a. Le sexe</i>	22
<i>b. L'Age</i>	24
<i>c. Le mode d'exercice</i>	26
<i>d. Le délai d'accès au Service d'Accueil des Urgences</i>	28
<i>e. Le statut de maître de stage universitaire</i>	29
<i>f. Le mode d'exercice</i>	30
3. Facteurs n'influençant pas la réalisation de gestes techniques	31
<i>a. Faculté d'origine</i>	31
<i>b. Formation validée complémentaire et FMC</i>	32
<i>c. L'accès aux spécialistes</i>	34
4. Forces et limites de l'étude	35
<i>a. Forces de l'étude</i>	35
<i>b. Limites de l'étude</i>	36
V – CONCLUSION	39
VI – REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	40
VII – TABLEAUX	44
VIII – ANNEXES	56

I - INTRODUCTION

L'exercice de la médecine générale est une activité exigeante au cours de laquelle le praticien doit pouvoir démontrer des qualités aussi diverses qu'une connaissance scientifique solide, une grande capacité d'écoute ainsi que des compétences techniques variées. La complexité de cette pratique a d'ailleurs été reconnue par l'accession de cette discipline au rang des spécialités médicales sanctionnées par un diplôme d'études spécialisées en janvier 2004 (1).

Au cours de cet exercice, le praticien de médecine générale est confronté à l'exécution de gestes de complexité variable aussi bien en temps qu'en compétence technique. Ainsi, certains gestes sont très rapides de réalisation (par exemple : ablation de fils de suture) tandis que d'autres nécessitent un temps de préparation important (par exemple : drainage d'un abcès), du matériel spécialisé (par exemple : électrocardiogramme) ou une formation complémentaire (par exemple : ponction articulaire). Ces actes peuvent avoir des finalités diagnostiques (par exemple : Test de Dépistage Rapide dans le cas d'une angine streptococcique), thérapeutiques (par exemple : méchage antérieur dans le cas d'un épistaxis) ou pronostiques (par exemple : Frottis Cervico-Vaginal dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus).

Ces gestes réalisés par le praticien sont progressivement appris au cours du deuxième cycle des études médicales par l'enseignement théorique ou l'apprentissage sur les terrains de stages hospitaliers ou en cabinet libéral, puis au cours des 3 ans de spécialisation d'internat de

médecine générale. L'acquisition des connaissances est encadrée par l'arrêté du 19 octobre 2001 relatif à l'enseignement du troisième cycle des études médicales (10) qui impose une obligation de formation de ces gestes. Cependant, les modalités d'enseignement et de validation des acquis restent très variables en fonction de la faculté d'origine.

Ces actes engagent la responsabilité des médecins les pratiquant, et sont encadrés par plusieurs textes de loi :

- > le code pénal : article 63 de non assistance à personne en danger.
- > le code civil : article 1382, 1383 et 1384 obligeant la réparation du dommage commis à autrui de son fait personnel.
- > le code de déontologie : article 70 autorisant la pratique des actes de diagnostics, de prévention et de traitement dans la limite des connaissances et des compétences du praticien les réalisant.
- > le serment d'Hippocrate : *primum non nocere*.

L'assurance maladie a également voulu encadrer ces gestes avec la mise en place de différentes mesures :

- > la création d'une définition de ce qu'est un acte technique médical : *acte dont la réalisation par des moyens instrumentaux est effectué par un membre d'une profession médicale dans le cadre de son exercice et les limites de sa compétence* (11).
- > la mise au point en novembre 2004 de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) (12) visant à coder et encadrer les gestes techniques réalisés par les médecins.
- > l'harmonisation du coût des actes médicaux au niveau national.

La part de ces gestes techniques semble représenter un pourcentage important de l'activité des praticiens libéraux. Une enquête régionale (2) réalisée en 2004 l'estimait à 7.5% des consultations des médecins tandis qu'un travail plus ambitieux à l'échelle nationale en 1997 (3) l'évaluait à 13%. Il n'existe pas d'étude française répertoriant la part de ces gestes dans le revenu global des praticiens, estimé en moyenne à 69 447 euros par an d'après les sources de l'INSEE (13). Seule une publication suisse évaluait à 5% le revenu généré par les actes médicaux (14). Cependant, elle n'évaluait pas le coût du matériel nécessaire à la réalisation de ces gestes.

Dans la littérature, peu de sujets traitent de la réalisation de ces gestes techniques par les médecins généralistes. Les quelques travaux conduits étudiaient principalement la réalisation ou la non réalisation de gestes techniques en cabinet de médecine générale (3-5), mais aucun ne s'est intéressé au profil du médecin les exerçant, en dehors du sexe, de l'âge et du milieu d'exercice (urbain versus rural). On peut supposer pourtant que tous les médecins ne réalisent pas les mêmes gestes techniques : l'âge, le sexe ou le mode d'exercice sont autant de facteurs pouvant influencer la nature et la fréquence de réalisation de ces actes.

La région Haute-Normandie est constituée de 2 départements, l'Eure (27) et la Seine Maritime (76) comprenant des zones rurales et des zones urbaines dont certaines de plus de 10 000 habitants. En 2012, cette région comportait 2299 praticiens de médecine générale en activité, dont 1393 hommes (60%) et 903 femmes (40%) (9) : 1701 médecins étaient installés en Seine-Maritime (73%) et 598 dans l'Eure (27%). L'âge moyen était de 52 ans. Le nombre de médecins spécialistes installés, hors médecine générale, était de 121.2 pour 100 000 habitants tandis que la moyenne nationale s'établissait à 166.9 pour 100 000 habitants (15). On y dénombrait 11 Services d'Accueil des Urgences (SAU), soit un nombre de 1.18 SAU

pour 100 000 habitants (15) et la moyenne nationale s'établissait à 1.002 pour 100 000 habitants (15).

Nous avons voulu déterminer le profil des médecins généralistes libéraux réalisant des actes techniques au sein de notre région.

Les objectifs de notre étude étaient :

> d'établir un profil de médecin généraliste réalisant des gestes techniques en cabinet de médecine générale.

> de repérer les gestes les plus fréquemment réalisés par ceux-ci.

> de corrélérer la réalisation de gestes spécifiques à des caractéristiques spécifiques des médecins les effectuant.

II - MATERIELS ET METHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête descriptive transversale quantitative par auto-questionnaire en ligne. Ceux-ci ont été envoyés aux praticiens via une liste d'adresses électroniques sur une période s'étalant du 08/02/2013 au 30/03/2013.

2. Caractéristiques de l'étude

a. Critères sociodémographiques

Les précédents travaux réalisés sur le sujet de notre travail mettaient l'accent sur les gestes techniques réalisés en fonction essentiellement de l'âge de la population étudiée, de son sexe et de son milieu d'exercice (3-5).

Il nous semblait intéressant d'élargir à d'autres critères l'analyse des variables socio-démographiques de notre échantillon. Ceux-ci comprenaient l'âge du praticien, son sexe, son année de passage de thèse, sa faculté de formation, son type d'exercice (seul en cabinet, en association, etc...), son milieu d'exercice urbain ou rural (selon la définition de l'Organisation Mondiale du Commerce) et les intitulés des formations complémentaires validées (exemple: Diplôme Universitaire de gynécologie médicale). Nous avons aussi étudié la distance du médecin interrogé par rapport au service d'urgences le plus proche, au délai d'accès moyen aux avis spécialisés les plus souvent demandés (6) (à plus ou à moins de 15 jours), à la participation à une Formation Médicale Continue (FMC) ainsi que ses modalités, au statut de maître de stage des universités (formation d'interne en médecine générale et/ou d'externe en soins primaires) et au nombre d'actes effectués par semaine.

Les praticiens répondaient à chacune de nos questions soit par une réponse libre, soit par une réponse de type Question à Choix Multiples (QCM) (*Annexe 3*).

b. Gestes techniques retenus

Nous avons repris comme définition d'un acte technique, celle proposée par l'assurance maladie : "acte dont la réalisation par des moyens instrumentaux est effectué par un membre d'une profession médicale dans le cadre de son exercice et les limites de sa compétence". Nous avons donc sélectionné uniquement des gestes nécessitant une aide instrumentale, excluant de ce fait la pratique de l'examen clinique manuel.

La liste de gestes techniques retenue comportait 22 actes classés en 8 spécialités : ORL, ophtalmologie, cardiologie, pneumologie, gynécologie, rhumatologie, dermatologie et traumatologie.

Ces 22 gestes correspondaient aux actes les plus fréquemment effectués d'après les travaux précédents sur ce sujet (3-5) et d'après les actes cotables et réalisables dans un cabinet de médecine générale d'après la revue de la littérature (7, 8).

Nous avons volontairement exclu de cette liste :

- 1) les gestes techniques "simples" faisant partie à notre sens d'un examen clinique normal (examen gynécologique, toucher rectal, prise de tension artérielle au brassard, etc..)
- 2) les actes nécessitant un plateau technique trop important ou de réalisation trop contraignante dans le cadre d'une activité de médecin généraliste (ponction pleurale, ponction évacuatrice de liquide d'ascite, etc...)

3) les actes de réalisation rare (accouchement au cabinet, massage cardiaque externe, intubation oro-trachéale, etc...).

Les praticiens interrogés devaient répondre de manière binaire aux QCM pour chaque type d'acte proposé. En cas de réponse affirmative, le médecin devait sélectionner un intervalle de nombre d'actes réalisé sur une période de 15 jours : moins de 2 fois tous les 15 jours, entre 2 et 5 fois tous les 15 jours, plus de 5 fois tous les 15 jours. Ces intervalles étaient proposés à partir des fréquences de réalisation mises en avant lors des travaux précédents (3-5).

c. Population étudiée

Les coordonnées des médecins généralistes de Haute-Normandie ont été répertoriées à l'aide de l'annuaire des pages jaunes de 2011. Chaque médecin a été appelé afin d'obtenir son adresse électronique. Les médecins refusant de communiquer leur adresse mail ou n'en possédant pas ont été exclus de l'étude puisque celle-ci a été réalisée uniquement par voie électronique.

d. Recueil des données

Notre enquête reposait sur un auto-questionnaire (*Annexe 1*) réalisé avec le logiciel Google Doc et envoyé à une liste d'adresses électroniques.

Les praticiens sélectionnés recevaient un courrier électronique comprenant un texte explicatif, les objectifs de notre travail ainsi qu'un lien hypertexte sur lequel les médecins devaient cliquer afin de remplir notre questionnaire. Les réponses ainsi obtenues étaient

automatiquement consignées dans un tableau de type Excel accessible via le logiciel Google Drive.

Une série de relance automatique était effectuée auprès des adresses n'ayant pas répondu 4 semaines après la fin des derniers envois.

e. Analyse statistique des données

La base de données a été constituée à partir des réponses obtenues via les logiciels Google Drive et Excel.

L'analyse statistique a été réalisée à partir du logiciel Excel et du logiciel d'analyse GraphPad. L'analyse descriptive a été faite à l'aide du calcul de la médiane, du minimum, du maximum, de la moyenne et de l'écart-type pour les variables quantitatives et des fréquences pour les variables qualitatives. Compte tenu du faible effectif, les comparaisons des variables qualitatives entre plusieurs groupes ont été réalisées grâce au test exact de Fisher. Les comparaisons des variables quantitatives ont été effectuées grâce au test de Mann et Whitney lorsque les moyennes des actes techniques réalisés étaient séparables en 2 classes ou grâce à des ANOVA lorsque ces dernières possédaient plus de 2 classes. Le seuil de significativité choisi était $p < 0,05$.

III - RESULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

a. Population étudiée

La population étudiée était constituée d'un échantillon de 594 médecins généralistes, soit 25.83 % de la population des médecins installés en Haute-Normandie.

Notre enquête comprenait 448 hommes et 146 femmes, soit un sexe ratio de 3/1.

Parmi les praticiens, 417 exerçaient en Seine-Maritime et 177 dans l'Eure, soit un ratio de 2/1.

b. Age, sexe et répartition régionale de l'échantillon

Notre étude a inclus 119 médecins, soit 5% des praticiens exerçant en Haute-Normandie. Le taux de participation était de 20%.

Cette étude incluait 80 hommes (H) et 39 femmes (F), soit un ratio de 2/1.

L'âge médian était de 54 ans : 55 ans pour les hommes et 52 ans pour les femmes.

Cette population était constituée de 80 médecins exerçant en Seine-Maritime (63 hommes et 18 femmes) et de 39 médecins exerçant dans l'Eure (26 hommes et 18 femmes), soit un ratio de 2/1.

c. Modes et milieux d'exercice de l'échantillon

Les modalités d'exercice étaient pour l'ensemble des praticiens interrogés de 29 médecins exerçant seuls en cabinet (soit 24% de l'échantillon), de 88 exerçant avec d'autres médecins

généralistes (soit 73% de l'échantillon) et enfin 2 (soit 2% de l'échantillon) exerçant une activité alternative (salarié en hôpital, directeur d'EHPAD, etc...).

Dans notre série, 62 médecins (52%) exerçaient en milieu urbain et 57 (48%) en milieu rural. La population urbaine était composée de 46 hommes et 16 femmes : 46 praticiens exerçaient en Seine-Maritime et 16 dans l'Eure. La population rurale était composée de 43 hommes et 14 femmes : 35 praticiens exerçaient en Seine-Maritime et 22 dans l'Eure.

d. Année de validation du doctorat en médecine générale et faculté de formation de l'échantillon

L'année médiane de passage de la thèse de doctorat en médecine générale était en 1988 [min:1968 - max:2011].

Concernant la faculté de formation des médecins interrogés, 98 d'entre eux avaient été formés à la faculté de médecine et de pharmacie de Rouen, 14 en région parisienne, 2 à Amiens, 2 à Caen, 1 à Nancy, 1 à Brest et enfin 1 à Tours.

e. Modalités de Formation Médicale Continue (FMC)

La plupart des médecins interrogés entretenait leurs connaissances grâce à une FMC puisque 107 médecins (90%) déclaraient en pratiquer. La réalisation de cette FMC était effectuée par la participation à des groupes de pairs pour 82 d'entre eux (71%), par la lecture de revues médicales pour 59 d'entre eux (51%), par la pratique de stages de formation pour 54 d'entre eux (47%), par la participation à des congrès médicaux pour 35 d'entre eux (30%) et par

d'autres moyens (formation par internet, intervention de visiteurs médicaux, etc....) pour 9 d'entre eux (8%).

f. Statut de maître de stage universitaire et pratique d'une formation validée complémentaire

Notre étude comportait 65 praticiens maitres de stages universitaires accueillant des externes ou des internes en médecine générale (55%).

Dans notre population, 62 praticiens (52%) étaient titulaires d'une formation validée complémentaire, principalement en médecine du sport (29%) et en gériatologie (27,5%). La répartition des formations complémentaires exercées est résumée dans la figure ci- dessous.

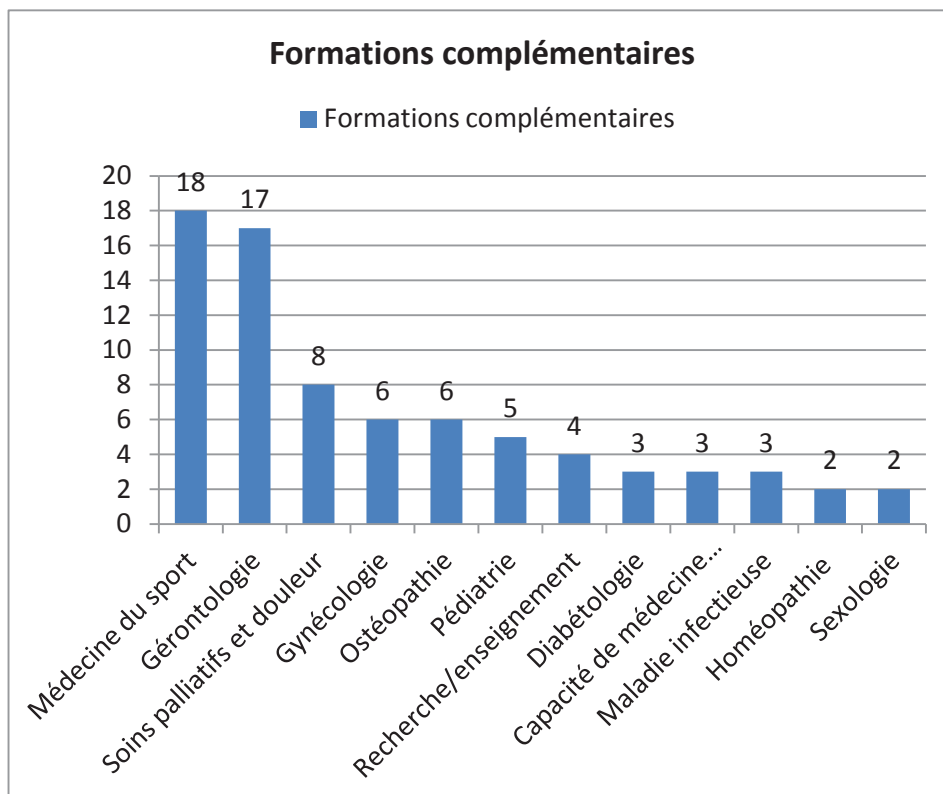


Figure 1 : Formations complémentaires réalisées

g. Distance par rapport au Service d'Accueil des urgences le plus proche

Dans notre échantillon, les distances étaient très variables vis à vis du Service d'Accueil des Urgences (SAU) le plus proche. Ainsi, 59 praticiens (49%) se situaient à moins de 15 minutes de trajet, 48 (40%) entre 15 et 30 minutes de trajet et enfin 13 (11%) à plus de 30 minutes de trajet.

h. Délai d'accès aux spécialistes

En ce qui concerne l'accès aux spécialistes les plus fréquemment sollicités, notre étude mettait en évidence certaines disparités, résumées dans le diagramme en bâton ci-dessous.

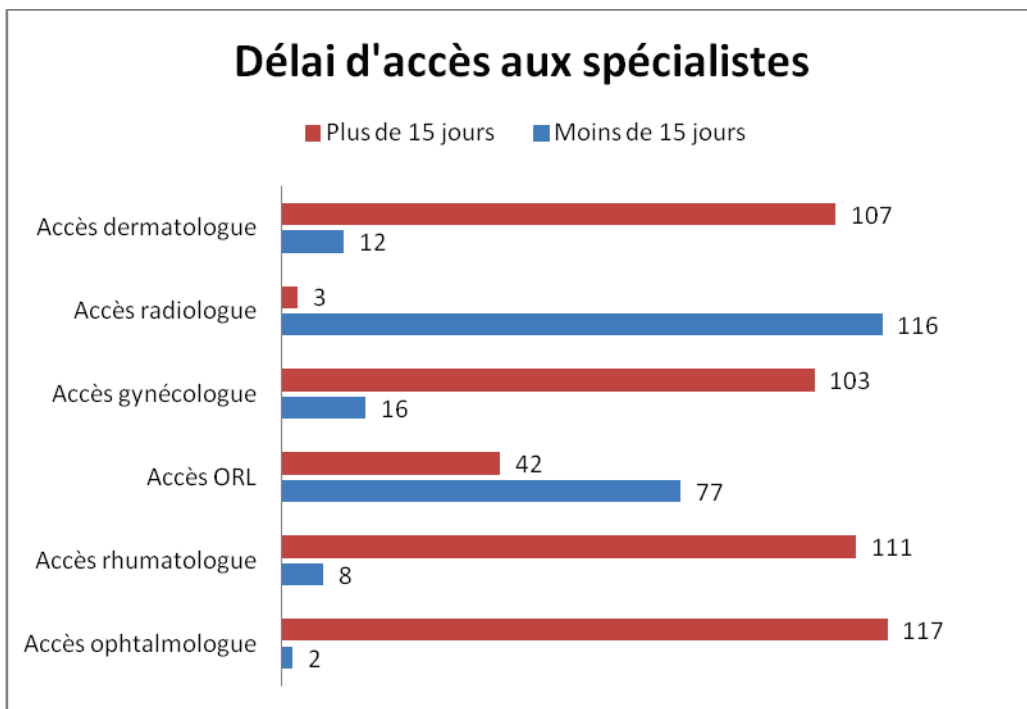


Figure 2 : Délai d'accès aux spécialistes

=é

i. Nombre de consultations par semaine

Notre échantillon pratiquait une moyenne de 126 ± 38 consultations par semaine.

2. Pratique des gestes techniques

a. Fréquence de réalisation des gestes (Tableau 1)

Les praticiens interrogés réalisaient en moyenne $14.2 \pm 4,7$ gestes techniques sur l'ensemble de la liste proposée. Le médecin réalisant le plus d'actes pratiquait les 22 actes de la liste proposée contre un seul geste pour le praticien qui en exerçait le moins.

Les trois gestes techniques les plus fréquemment réalisés étaient :

- le retrait de fils de suture ou d'agrafes (95%)
- l'intradermoréaction à la tuberculine (93%)
- l'ablation de bouchon de cérumen (88%).

Les gestes les moins fréquemment réalisés étaient :

- la ponction d'un hématome des tissus mous (39%)
- la réalisation d'un ECG (38%)
- les soins oculaires (35%).

L'ensemble de ces actes, lorsqu'ils étaient réalisés par les praticiens, l'étaient entre 2 et 5 fois sur une période de 15 jours.

b. Etude des gestes techniques pratiqués en fonction des critères retenus

*** En fonction du sexe** (Tableau 2)

Les médecins interrogés réalisaient en moyenne 14.9 ± 4.7 actes pour les hommes contre 11.8 ± 4.2 actes pour les femmes ($p < 0.001$). Une différence significative a été relevée pour 6 actes parmi les 22 sélectionnés. Les hommes réalisaient plus souvent :

- le tamponnement d'épistaxis ($p < 0.01$)
- l'ablation de corps étranger intra-auriculaire ($p = 0.03$)
- l'électrocardiogramme ($p < 0.01$)
- la ponction articulaire ($p < 0.01$)
- l'exérèse de molluscum contagiosum/pendulum ($p = 0.012$)
- la ponction d'un hématome des tissus mous ($p < 0.01$)

*** En fonction de l'âge** (Tableau 3)

Les praticiens interrogés réalisaient en moyenne 13.4 ± 4.5 actes sur la liste proposée pour les médecins de moins de 54 ans contre 15.1 ± 4.6 actes pour les plus de 54 ans ($p = 0.036$). Les médecins les plus âgés réalisaient plus fréquemment 3 actes parmi ceux proposés :

- le tamponnement d'épistaxis ($p < 0.01$)
- la pose de stérilet ($p = 0.01$)
- la ponction d'un hématome des tissus mous ($p < 0.01$).

*** En fonction du département d'exercice** (Tableau 4)

Les médecins interrogés réalisaient en moyenne en Seine-Maritime 14.5 ± 4.5 gestes techniques contre 13.9 ± 4.9 pour ceux travaillant dans l'Eure ($p=0.6$). Des différences significatives ont été mises en évidence pour 2 gestes parmi les 22 proposés:

- l'électrocardiogramme était plus fréquemment réalisé par les praticiens de l'Eure ($p<0.01$)
- la désensibilisation par injection d'allergènes en sous cutanée était plus fréquemment réalisée par les praticiens de Seine-Maritime ($p=0.03$).

*** En fonction du mode d'exercice** (Tableau 5)

Les praticiens interrogés réalisaient en moyenne 10.5 ± 4.1 gestes techniques pour les médecins travaillant seul en cabinet contre 15.0 ± 4.4 pour ceux travaillant en association avec d'autres confrères généralistes ($p<0.005$). Les praticiens associés réalisaient plus fréquemment 6 gestes parmi les 22 proposés :

- le test de dépistage rapide de l'angine ($p=0.01$)
- le débit expiratoire de pointe ($p=0.02$)
- le frottis cervico-vaginal ($p=0.04$)
- la pose d'implant contraceptif ($p<0.01$)
- l'exérèse de molluscum contagiosum/pendulum ($p<0.01$)
- la réalisation de points de suture ($p=0.02$).

*** En fonction du milieu d'exercice (Tableau 6)**

Les praticiens interrogés réalisaient en moyenne 13.6 ± 4.8 gestes techniques pour les médecins travaillant en milieu urbain contre 15.0 ± 4.3 pour ceux travaillant en milieu rural ($p=0.14$). Cependant, les médecins exerçant en milieu urbain réalisaient plus fréquemment la pose de stérilet ($p=0.02$) tandis que les médecins exerçant en milieu rural réalisaient plus :

- de soins oculaires ($p=0.03$)
- de désensibilisation par injection d'allergènes en sous cutanée ($p<0.01$)
- d'ablation de corps étranger sous cutanée ($p=0.02$).

*** En fonction de l'année de passage de la thèse (Tableau 7)**

Les praticiens interrogés exerçaient en moyenne 14.4 ± 4.9 actes pour ceux ayant soutenu leur thèse d'exercice avant 1988 contre 14.2 ± 4.4 pour ceux l'ayant soutenu après 1988 ($p=0.76$).

En analysant par type d'acte, il était mis en évidence que les médecins thésés avant 1988 réalisaient plus fréquemment :

- le tamponnement d'épistaxis ($p<0.01$)
- la pose de stérilet ($p<0.01$)
- la ponction d'un hématome des tissus mou ($p=0.02$).

Les médecins thésés après 1988 réalisaient plus fréquemment:

- les soins oculaires ($p=0.03$)
- la désensibilisation par injection d'allergènes en sous cutanée ($p<0.01$).

*** En fonction de la faculté de médecine de formation** (Tableau 8)

La grande majorité des médecins interrogés attestait d'une formation rouennaise. Les médecins venant d'une autre région étaient d'origines très diverses : Paris, Lille, Amiens, Tours, Caen, Nancy et Brest. L'analyse n'a pas montré de différence significative entre les facultés de formation, mais retrouve des différences de pratique si l'on distingue la formation rouennaise des autres formations. Ainsi, les médecins de formation rouennaise réalisaient en moyenne 14.4 ± 4.7 gestes techniques contre 12.7 ± 4.4 pour les praticiens de formation non-rouennaise ($p=0.6$). Des différences significatives ont été mises en évidence pour 2 gestes parmi les 22 proposés. Les médecins de formation rouennaise réalisaient plus fréquemment:

- l'intradermoréaction à la tuberculine ($p=0.03$)
- la désensibilisation par injection d'allergène en sous cutanée ($p=0.03$).

*** En fonction de la possession d'une formation validée complémentaire** (Tableau 9)

Les praticiens interrogés réalisaient en moyenne 14.8 ± 4.6 actes pour les titulaires d'une formation validée complémentaire contre 13.8 ± 4.7 pour ceux n'en bénéficiant pas ($p=0.24$). Aucune différence significative n'a été mise en évidence dans la réalisation des gestes proposés dans notre liste.

*** En fonction de la participation à une formation médicale continue** (Tableau 10)

Les praticiens interrogés réalisaient en moyenne 14.4 ± 4.6 actes pour ceux participant à une FMC contre 13 ± 4.8 actes pour ceux n'en bénéficiant pas ($p=0.32$). En analysant les types

d'actes, seule l'ablation de bouchon de cérumen était plus fréquemment réalisé par les médecins suivant une FMC ($p=0.03$).

*** En fonction de la participation à la formation des externes et internes en médecine générale (Tableau 11)**

Les praticiens interrogés réalisaient en moyenne 15.6 ± 4.2 actes pour ceux étant maître de stage universitaire contre 12.6 ± 4.6 actes en moyenne pour ceux ne formant pas d'externe ou d'interne en médecine générale ($p<0.0005$). Les maîtres de stage universitaire réalisaient plus fréquemment:

- le test de dépistage rapide de l'angine ($p<0.01$)
- l'utilisation d'aérosol doseur en cabinet ($p<0.01$)
- la pose d'implant contraceptif ($p<0.01$)
- la ponction articulaire ($p<0.01$)
- l'ablation d'un corps étranger sous cutanée ($p=0.01$).

*** En fonction de la distance par rapport au Service d'Accueil des Urgences (SAU) (Tableau 12)**

Les médecins interrogés réalisaient en moyenne 12.7 ± 4.8 gestes parmi les 22 proposés pour ceux exerçant à moins de 15 minutes du SAU le plus proche, 15.8 ± 4.1 pour ceux exerçant dans un cabinet situé entre 15 et 30 minutes du SAU le plus proche et enfin 15.6 ± 4.9 pour ceux exerçant à plus de 30 minutes du SAU le plus proche ($p<0.005$).

Les médecins situés entre 15 et 30 minutes de trajet réalisaient plus :

- de ponctions articulaires (p=0.04)
- de ponctions d'un hématome des tissus mous (p=0.04)

Les praticiens situés à plus de 30 minutes de trajet réalisaient plus :

- de tamponnements d'épistaxis (p=0.01)
- d'ablations de corps étranger intra-auriculaire (p=0.01)
- de réalisations de points de suture (p=0.01)
- d'immobilisation d'entorses (p<0.01)
- d'ablation du corps étranger sous cutanée (p<0.01)
- de désensibilisation par injection d'allergènes en sous cutanée (p<0.01).

*** En fonction du délai d'accès à un spécialiste**

La comparaison de la réalisation des gestes d'une même spécialité entre les médecins ayant un accès de 15 jours au spécialiste de cette discipline et les médecins avec un accès de plus de 15 jours n'a pas montré de différence significative entre les 2 groupes, quelle que soit la spécialité étudiée (ORL, dermatologie, cardiologie ...).

c. Synthèse du profil de médecin effectuant fréquemment des gestes techniques

Notre étude met en avant différentes caractéristiques semblant influencer la pratique des gestes techniques. Le praticien réalisant plus fréquemment des actes techniques serait:

- > un homme
- > de plus de 54 ans
- > travaillant en association avec d'autres médecins généralistes
- > exerçant à plus de 15 minutes de trajet du SAU le plus proche
- > et impliqué dans la formation des externes et des internes en médecine.

A l'inverse, la pratique des actes techniques médicaux ne semble pas être influencée par l'année de passage du doctorat, le milieu d'exercice, l'obtention d'une formation validée complémentaire, la participation à une FMC, la faculté d'origine du praticien, le délai d'obtention d'un avis spécialisé ou l'appartenance à un département particulier.

IV- DISCUSSION

1. Réalisation des gestes

Dans notre cohorte, tous les médecins pratiquent des gestes techniques au cours de leur exercice. Notre étude souligne donc l'importance de la réalisation des gestes techniques dans l'exercice quotidien du médecin généraliste, que ce soit pour la prévention, le dépistage ou les soins des patients.

Les gestes les plus fréquemment réalisés sont semblables à ceux précédemment retrouvés dans les autres travaux de thèses (4,5,30). Ainsi, l'IDR était réalisée dans 94% à 100% des cas (3,4), l'extraction de bouchon de cérumen dans 87% à 98,4% des cas (3,5), les sutures dans 82% à 97,3% des cas (3,4,5).

Les gestes les moins fréquemment réalisés l'étaient également dans les autres travaux. La ponction d'hématome était réalisée dans 58% des cas (4), l'ECG dans 16% à 65,6% des cas (3,4,5), et les soins oculaires dans 27% des cas (3). Ces gestes nécessitent du matériel onéreux et/ou une compétence technique particulière et/ou une longue consultation, ce qui peut expliquer leur moindre réalisation. Ainsi, dans la thèse publiée en 2009, les motifs de non réalisation des gestes techniques étaient le manque de temps, la responsabilité du geste, le non-apprentissage de la technique, le coût du matériel et la proximité d'un spécialiste.

Le profil du médecin généraliste réalisant le plus de gestes technique de notre étude est similaire à ceux décrits dans les thèses de Christophe Olivier (4) et Véronique Dubois Jacque (5), à savoir un médecin, de sexe masculin, âgé de plus de 50 ans et exerçant en zone rurale.

2. Facteurs influençant la réalisation des gestes techniques

a) Le sexe

Notre étude montre que les praticiens de sexe masculin réalisaient un plus grand nombre de gestes techniques que leurs homologues féminines et que ces gestes étaient à la fois plus chronophages (ex : exérèse de molluscum pendulum) et/ou plus complexes (ex : tamponnement d'épistaxis).

Ces résultats sont similaires aux précédentes études réalisées en France (4,5,30,31). Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette prédominance masculine pour la réalisation des gestes techniques. En 2012, Ferley *et al* ont publié un travail portant sur la féminisation de la profession médicale (16). Cette étude, réalisée en région Rhône-Alpes, incluait 800 praticiens dont la moitié était des médecins généralistes (sexe ratio de 2 hommes pour 1 femme). Ce travail montrait que :

* Les femmes avaient un volume d'activité plus faible et de ce fait, une moindre présence sur leur lieu d'exercice que les hommes. Dans cette étude, les femmes réalisaient environ 83 consultations hebdomadaires contre 101 pour les hommes. Notre étude retrouve également que les femmes réalisaient significativement moins de consultations que les hommes (103 versus 133 par semaine). Le fait de moins exercer implique une opportunité plus réduite d'avoir à réaliser un geste technique au cours de la consultation : ceci peut expliquer en partie le plus faible taux de réalisation de gestes techniques par les femmes.

* La majorité des femmes avaient une pratique de la médecine générale en milieu urbain ou péri-urbain, en association le plus souvent. Dans notre cohorte, comme dans les deux autres travaux de thèse effectués dans la Somme (4) et la Loire Atlantique (5), les femmes exerçaient également préférentiellement en milieu urbain (16/30) et en exercice de groupe (22/30). Or, la thèse de Christophe Olivier montrait que les praticiens exerçant en

milieu urbain réalisaient moins d'actes, car ils pouvaient plus facilement déléguer sa réalisation à un spécialiste libéral ou à un centre hospitalier à proximité.

* Les femmes pratiquaient plus fréquemment que les hommes un mode d'exercice particulier (MEP), c'est-à-dire une activité présentant des différences notables vis à vis de la pratique classique de la médecine générale (par exemple : gériatrie, pédiatrie, acupuncture, mésothérapie, homéopathie, médecine du sport, etc). Dans notre étude, 12/30 femmes (40%) avaient une formation validée complémentaire, en particulier en gériatrie (5 formations), pédiatrie (2 formations) et médecine du sport (2 formations). Or, ces dernières sur-spécialités comprennent peu d'actes techniques, comparativement au DU de gynécologie ou aux capacités de médecine d'urgence et traumatologie (plus fréquemment validées par des hommes dans notre cohorte). Ceci peut expliquer une plus faible réalisation de gestes techniques chez les femmes exerçant un MEP.

Contrairement aux précédents travaux menés sur ce sujet (5,17), les femmes dans notre cohorte ne réalisaient pas plus de gestes techniques gynécologiques que leurs homologues masculins. Une étude réalisée en région parisienne avait montré que 12.6% de l'activité quotidienne des praticiennes était constituée de gestes techniques gynécologiques contre 4.8% pour les hommes. Cette particularité ne semble pas être expliquée par la formation des femmes de notre échantillon, puisqu'elles présentaient un taux de formation validée complémentaire en gynécologie plus important que les hommes (3/30 contre 3/89).

b) L'Age

Notre étude montre que les praticiens de plus de 54 ans réalisaient une plus grande variété de gestes techniques et ceux-ci étaient plus complexes (ex : ponction d'un hématome des tissus mous). Ces résultats étaient également retrouvés dans les précédentes thèses (4,5,32). Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette différence.

* La plus grande expérience des médecins âgés

Plus les praticiens sont confrontés à des situations nécessitant des gestes techniques, plus ceux-ci acquièrent de l'assurance et de la maîtrise pour leurs réalisations. La plus grande expérience des médecins seniors pourrait expliquer la plus forte réalisation de gestes plus techniques tels que la ponction d'hématome des tissus mous par exemple. Par ailleurs, les médecins plus âgés acquièrent de nouvelles compétences au fil des ans. Si dans notre étude, la pratique de la FMC n'était pas différente entre les praticiens de moins de 54 ans ou de plus de 54 ans, le taux de formation validée complémentaire différait. Ainsi, 55% des praticiens de plus de 54 ans avaient validé au moins une formation supplémentaire en plus de leur DES de médecine générale contre 47% pour les moins de 54 ans. Cette notion « d'expérience pratique » semble importante puisque notre étude met également en évidence que les praticiens ayant validé leur thèse avant 1988 réalisent plus fréquemment les 3 mêmes gestes techniques (tamponnement d'épistaxis, pose de stérilet et ponction d'un hématome des tissus mous).

* Un plateau technique plus important pour les médecins les plus âgés.

De part leur expérience plus longue de la pratique de la médecine générale, les médecins les plus âgés auraient plus de temps pour acquérir progressivement le matériel nécessaire à la pratique des gestes techniques que leurs homologues plus jeunes, en particulier les plus récemment installés (par exemple : électrocardiographe pour la pratique de l'ECG).

Notre étude montre qu'un des gestes les plus réalisés par les médecins de plus de 54 ans comparativement aux médecins de moins de 54 ans est le tamponnement d'épistaxis. Celui-ci nécessite, d'après l'ouvrage de Bernard Gay "80 gestes techniques en médecine générale" (7) : un miroir de Clar (144 euros), un spéculum nasal à fente de Vacher (73 euros), une pince de Hartmann (40.20 euros), ainsi que des mèches résorbables (de type Surgicel®: 238.50 euros la boîte de 12), sans compter le matériel stérile jetable (gants, compresses, etc..) ou de stérilisation pour les éléments réutilisables. Ainsi, la pratique de ce geste nécessite un investissement de 495.70 euros, ce qui peut représenter un frein dans la réalisation de celui-ci.

* La plus grande crainte du risque médical chez les médecins plus jeunes

Depuis la réforme du concours de l'internat en 2004, la gestion du risque médical est une notion enseignée dès le deuxième cycle des études médicales aux futurs médecins (18). Ainsi, dès le début de leur formation, les futurs médecins connaissent la problématique de la sinistralité en médecine. Cet enseignement des risques judiciaires et les cas procéduriers de plus en plus relayés par la presse ou internet pourraient induire une plus grande "crainte du procès" en cas d'erreur lors de l'exécution de gestes techniques médicaux et ainsi détourner les généralistes les plus jeunes de leurs réalisations. Une étude réalisée en 2007 en Côte d'Or auprès d'un échantillon de 139 médecins généralistes retrouve une peur du procès et une inquiétude face à leur mise en cause dans le cadre d'une erreur médicale : 70% des praticiens de moins de 45 ans avaient cette crainte contre environ 30% des plus de 45 ans (20). La part des actes techniques dans les plaintes annuelles indemnisées par les organismes d'assurances des professionnels de santé est estimée à 10% (19).

* Le surcoût de certains gestes techniques

La pratique de certains gestes (exemple : mésothérapie) sont soumis à des surcoûts de primes d'assurance responsabilité professionnelle des médecins les exerçant. Les assurances

de responsabilités professionnelles sont conçues pour couvrir le praticien dans l'exercice de sa pratique courante. La réalisation d'une activité sortant du cadre de cette pratique peut entraîner, en fonction de l'assureur et du contrat de base, une surprime pour que cette activité soit indemnisée en cas de faute. Ce surcoût est défini d'une part, par le barème moyen d'indemnisation des victimes en cas de faute sur ce type de geste, et d'autre part par l'incidence annuelle des sinistres sur ce même geste. Ainsi, en cas de forte sinistralité sur un type d'acte, la surprime s'appliquant à celui-ci peut être importante et peut varier d'une année à l'autre (26). Ce surcoût peut décourager les médecins les plus jeunes dans la réalisation de ceux-ci.

c) Le mode d'exercice

Notre étude montre que les médecins exerçant en cabinet de groupe réalisaient plus de gestes techniques que les praticiens exerçant seul. Ces gestes étaient à la fois plus chronophages et plus techniques. Ce facteur n'avait pas été évalué dans la thèse de Véronique Dubois Jacque et n'était pas significatif dans la thèse de Christophe Olivier.

La première hypothèse est que les médecins exerçant en groupe bénéficieraient d'un meilleur plateau technique. La tendance actuelle de regroupement des médecins généralistes libéraux les incite à mettre en place un mode d'association sous forme de Sociétés Civiles de Moyens (SCM). Ces structures fiscales sont en plein essor depuis le milieu des années 1990, avec actuellement 2/3 des médecins libéraux en SCM. Elles permettent une mise en commun des locaux mais aussi des plateaux techniques, ce qui diminue le coût global du matériel médical pour les praticiens en faisant partie (22).

Une autre hypothèse de la moindre réalisation de gestes techniques par les praticiens exerçant seuls peut être le manque de temps et de disponibilité. En effet, l'ensemble des gestes

plus pratiqués par les médecins exerçant en groupe aurait tendance, soit à rallonger la durée de la consultation de base (exemple: TDR dans la détermination du type bactérien ou viral d'une angine), soit à bloquer un créneau horaire entier pour sa réalisation (exemple: exérèse de molluscum contagiosum/pendulum). Une enquête nationale réalisée de 1998 à 2009 mettait en évidence que la charge de travail hebdomadaire d'un médecin travaillant seul était comparable à celle d'un praticien exerçant en groupe, mais que celle -ci était répartie différemment et de manière plus étalée sur la semaine (21). Ainsi, le praticien travaillant en groupe pourrait libérer plus facilement des créneaux horaires pour la réalisation de certains gestes techniques thérapeutiques (exemple : désensibilisation) ou prolonger ses plages de rendez-vous afin d'intégrer des actes techniques diagnostiques (exemple : TDR dans l'angine) ou de suivi (exemple : frottis cervico-vaginal).

Une dernière hypothèse peut être aussi la moindre formation aux gestes techniques médicaux des praticiens exerçant seuls. La même enquête nationale montrait que les médecins exerçant en groupe se formaient plus facilement que leurs homologues exerçant seuls (87.9% de FMC pour les praticiens en exercice de groupe vs 80.6% pour les praticiens exerçant seuls) et qu'ils participaient plus à la formation des externes et internes de médecine générale (21.7% vs 16.8%). Les praticiens exerçant en groupe peuvent plus facilement prendre un jour de repos dans la semaine pour effectuer ces formations. En cas de pathologie urgente, leurs patients peuvent être reçus par un confrère travaillant au cabinet ce jour-là, contrairement aux patients suivis par un médecin exerçant seul, qui doivent trouver un médecin d'un cabinet alentour. Le médecin exerçant seul peut donc ressentir un sentiment de culpabilité lorsqu'il n'assure pas cette permanence des soins pour aller se former.

d) Le délai d'accès au Service d'Accueil des Urgences

Notre étude montre que le temps d'accès moyen aux SAU est un facteur influençant le nombre et le type de gestes réalisés : en effet, les médecins situés à plus de 15 minutes des urgences réalisaient une plus grande variété de gestes, en particulier ceux de traumatologie et médecine d'urgence.

L'explication pourrait venir non pas des praticiens mais des patients eux-mêmes. En effet, une étude de 2003 sur le motif d'accès aux SAU effectuée auprès de 10 000 usagers montrait que les critères de délai d'accueil et de distance étaient des éléments essentiels du choix entre une consultation auprès de son médecin généraliste et un accès direct aux urgences. Ce choix était guidé par un sentiment d'urgence ressentie, puisque 32% de l'échantillon estimaient que leurs problèmes de santé nécessitaient une prise en charge immédiate. 47% des patients interrogés avaient préféré un accès direct au SAU du fait de sa proximité (23). D'après une autre étude réalisée en 2003, le temps moyen d'accès à un SAU sur l'ensemble du territoire français est estimé à environ 15 minutes (24), délai d'accès que les patients interrogés au cours d'un autre travail estimaient comme raisonnable (6). Ainsi, on peut supposer qu'au-delà de ce temps d'accès, les patients auraient tendance à solliciter le médecin le plus proche afin d'apporter une réponse plus rapide à leur problème de santé. Ceci expliquerait alors pourquoi les praticiens situés à plus de 15 minutes de trajet d'un SAU réaliseraient plus de gestes techniques liés à la traumatologie et à la médecine d'urgence.

Une autre hypothèse est que les patients souhaitent être pris en charge préférentiellement par leur médecin traitant dont ils connaissent la pratique plutôt qu'au SAU. Une consultation au SAU implique, d'une part un temps de trajet (plus ou moins long), mais aussi un délai d'attente sur place variable en fonction de la charge de travail du service au moment de leur arrivée et de la gravité du problème de santé qui les amène à consulter. Une

enquête de satisfaction menée en 2006 sur plusieurs SAU parisiens montrait que les usagers étaient globalement satisfaits de leur passage dans ce type de service, à l'exception de la durée d'attente qu'ils trouvaient excessive (27).

e) Le statut de maître de stage universitaire

La participation à la formation d'un externe ou d'un interne de médecine générale semble inciter à une plus forte réalisation de gestes techniques médicaux.

Dans notre étude, les gestes plus fréquemment réalisés reflètent bien la vocation d'enseignement des médecins les pratiquant. On retrouve en effet 2 gestes à visée diagnostique (le TDR et la ponction articulaire), 2 gestes thérapeutiques (l'utilisation d'aérosol doseur en cabinet et l'ablation d'un corps étranger sous-cutané) et enfin un geste de prévention (la pose d'un implant contraceptif). Ces gestes balayent ainsi la discipline de médecine générale dans ses grands axes (prévention, diagnostic, soins primaires, suivi) et donnent une idée de la pratique quotidienne des médecins généralistes aux futurs praticiens.

L'obligation de représentativité de la pratique de médecine générale dans l'activité des maîtres de stages universitaires est primordiale. L'activité de formation des futurs médecins généralistes, encadrée par la charte des maîtres de stages des universités (25), précise que "le formateur recevant l'étudiant au sein de son cabinet doit avoir une pratique représentative de sa profession, son activité devant comprendre au moins 80% de médecine générale allopathique". De plus, "le cabinet où le stage sera effectué doit posséder un équipement adapté à la formation du stagiaire". Enfin, ce texte met en avant l'obligation de mise à jour des connaissances du médecin formateur, au travers d'une FMC rigoureuse ou par le biais de stages de formations complémentaires. L'ensemble de ces obligations conduit logiquement le médecin formateur à exercer plus de gestes techniques que son homologue ne participant pas

à la formation des futurs praticiens, afin de donner aux étudiants une vision la plus complète possible des différents champs de sa spécialité.

f) Le mode d'exercice

Notre étude ne montre pas de différence significative concernant le nombre de gestes effectués entre praticiens en zone urbaine et praticiens en zone rurale. Cependant, on note de fortes disparités pour la réalisation de gestes de petite chirurgie ou de traumatologie : les soins oculaires ($p < 0.05$), l'ablation de corps étranger en sous-cutané ($p < 0.05$), la réalisation de point de suture ($p < 0.1$) et l'immobilisation d'entorses ($p < 0.1$) étaient en effet plus fréquemment pratiqués par les médecins installés en zone rurale.

Plusieurs travaux avaient montré que les praticiens en milieu rural réalisaient plus de gestes techniques que ceux installés en zone urbaine (4,5). La répartition entre les praticiens des différentes zones était assez semblable à celle de notre étude (38 médecins en zone urbaine versus 36 en zone rurale dans la thèse de Véronique Dubois Jacque , 79 médecins en zone urbaine, 54 en zone semi-rurale et 50 en zone rurale dans la thèse de Christophe Olivier, 62 médecins en zone rurale versus 57 en zone rurale dans notre cohorte). La thèse de Véronique Dubois Jacque retrouvait également que les gestes techniques d'urgence et de petite chirurgie étaient plus fréquemment pratiqués par les médecins en zone rurale.

Les hypothèses avancées pour expliquer ces différences sont :

- des attentes et des demandes différentes du patient vivant en milieu rural, en lien avec sa situation géographique, sa moyenne d'âge et son niveau socio-économique.

- le plus grand éloignement de cette population rurale vis à vis du SAU le plus proche qui favoriserait des demandes plus importantes de gestes techniques de petite chirurgie et traumatologie.
- la délégation plus facile des gestes techniques à d'autres spécialités par les médecins installés en zone urbaine.
- l'installation préférentielle en zone rurale de médecins aimant réaliser des gestes techniques et souhaitant pouvoir mettre en pratique leurs compétences.

3. Facteurs n'influençant pas la réalisation de gestes techniques

a) Faculté d'origine

Notre étude n'a pas mis en évidence de différence dans la pratique des gestes techniques en fonction de la faculté d'origine du médecin. Cependant, dans notre cohorte, la majorité des médecins avaient fait leurs études à la faculté de Rouen (98/119), qui est l'une des 3 facultés dispensant une formation théorique et pratique des gestes techniques aux médecins généralistes. Cette sur-représentativité rouennaise explique qu'aucune différence ne soit mise en évidence, alors qu'il semble logique que la faculté d'origine ait une influence importante sur la pratique du médecin dont elle a assuré la formation.

La formation à la fois théorique et pratique des futurs médecins est rendue obligatoire de par l'arrêté du 19 octobre 2001 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales (10). Cet arrêté impose une obligation de formation des futurs praticiens aux facultés dans lesquelles ceux-ci effectuent leur internat. Cependant, cet article de loi ne mentionne ni les objectifs à atteindre dans le cadre de cette formation ni les modalités de cette dernière : il est laissé le soin aux différentes facultés de définir les moyens nécessaires pour

parvenir à un enseignement optimal. Cette absence d'homogénéisation des méthodes à l'échelle nationale entraîne une forte disparité des moyens d'apprentissage en fonction des facultés d'origine des praticiens. Dans le cadre de la formation aux gestes techniques, il existe en 2013 seulement 3 facultés disposant de modules spécifiques à l'enseignement de ceux-ci:

- Les facultés de médecine et de pharmacie de Rouen et Montpellier qui font bénéficier leurs futurs praticiens d'un séminaire de formation théorique et pratique à l'exécution de gestes techniques.

- La faculté de Bordeaux qui a mis un place un laboratoire d'expérimentation des gestes techniques. Ce dernier est librement accessible aux futurs praticiens en apprentissage ou aux médecins généralistes souhaitant parfaire leur apprentissage.

b) Formation validée complémentaire et FMC

Notre étude n'a pas mis en évidence de différence de pratiques entre les médecins ayant validé une formation complémentaire et ceux n'en ayant pas. Cependant, l'analyse de notre échantillon a montré que les formations complémentaires les plus représentées étaient la médecine de sport et la gériatrie. Or, ces deux sur-spécialisations n'ont pas de gestes techniques particuliers dans leur pratique courante. Les formations validées complémentaires impliquant la réalisation fréquente de gestes techniques sont assez peu représentées dans notre cohorte : seuls 8 praticiens sur 119 (6,7%) ont validé un DU de gynécologie médicale et 4/119 (3,3%) une capacité de médecine d'urgence et de traumatologie.

Notre étude n'a pas mis en évidence de différence entre les médecins pratiquant une FMC et ceux n'en pratiquant pas. La pratique d'une FMC a été rendue obligatoire par l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 obligeant tout praticien à mettre à jour régulièrement ses connaissances. Cet encadrement légal a été renforcé par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002

(34) et la loi n°2004-806 du 9 août 2004 (35). Depuis ces textes, le praticien doit valider l'acquisition de "crédits formations" à hauteur de 150 crédits sur 5 ans. Ces formations étaient définies et organisées par 3 instances : le Centre National de la Formation Médicale Continue des médecins Libéraux (CNFMC-L), le Centre National de la Formation Médicale Continue des médecins Salariés (CNFMC-S) et le Centre National de la Formation Médicale Continue des médecins Hospitaliers (CNFMC-H) (28). Actuellement il n'existe pas de moyens permettant d'évaluer le taux national de FMC chez les praticiens. De plus, les travaux menés sur ce sujet n'ont jamais pu évaluer de manière fiable le taux de participation moyen des praticiens à une FMC. Dans notre étude, ce taux est de 107/119, soit 90% de l'échantillon. Ce taux important peut apparaître satisfaisant, néanmoins du fait de l'obligation légale de la pratique de la FMC il devait tendre vers les 100%. L'explication de ce taux peut résider dans la dissolution des organismes précédemment cités en septembre 2010, laissant l'évaluation du taux de formation et le suivi des médecins à des unités locales. La délégation de cette procédure d'évaluation à de petites structures ne communiquant pas ou peu entre elles a rendu celle-ci à la fois complexe et moins efficace (28). Dès lors, la crainte de sanctions aux médecins non-formés est apparue peu crédible. L'inspection générale des affaires de santé a d'ailleurs discuté, dans son rapport de 2008, la disparition de l'obligation de FMC pour les médecins (28). Cependant, cette procédure d'évaluation de la FMC reste encore en vigueur à l'heure actuelle.

c) L'accès aux spécialistes

Notre étude n'a pas mis en évidence de différence dans la réalisation de gestes techniques en fonction du délai d'accès à un spécialiste. Cependant, la grande majorité de notre échantillon a un délai d'accès à un spécialiste supérieur à 15 jours, quelle que soit la spécialité de ce dernier, exception faite des radiologues. Ainsi, dans notre étude, 117 praticiens ont un délai d'accès de plus de 15 jours à un ophtalmologue et seuls 2 médecins un délai inférieur à 15 jours. Cette forte disproportion entre les praticiens ayant un accès rapide à un avis spécialisé et ceux n'en ayant pas rend les groupes très difficilement comparables et ne permet pas de mettre en évidence de différence significative.

On peut cependant supposer que, par manque d'avis spécialisé rapide, certains praticiens de notre étude réalisent un plus grand nombre de gestes techniques médicaux tels que pansements d'ulcères et de brûlures (87%), frottis cervico-vaginaux (83%), poses d'implant contraceptif (46%) ou de stérilet (45%), ou encore soins oculaires (35%). Cette difficulté d'accès à un spécialiste en Haute-Normandie s'explique par la démographie médicale de notre région. Celle-ci présente depuis maintenant plusieurs années un déficit très important en médecins spécialistes mais aussi généralistes. A titre de comparaison, la densité nationale moyenne de médecins gynécologues obstétriciens en 2012 était de 5.3 pour 100 000 habitants contre de 3.5 pour 100 000 habitants en Haute-Normandie. De même, la densité nationale moyenne d'ophtalmologues pour la même année était de 8 pour 100 000 habitants, et seulement de 6.7 pour 100 000 habitants en Haute-Normandie. Le départ à la retraite de nombreux spécialistes dans les prochaines années et le parcours de soins qui incite le patient à consulter en premier son médecin traitant, augmenteront probablement le nombre de gestes techniques médicaux dans l'activité des médecins généralistes. Son taux actuel est évalué entre 6 et 7,5% de l'ensemble du volume des consultations des médecins généralistes (2,33).

4. Forces et limites de l'étude

a) Forces de l'étude

Notre étude est un des rares travaux s'intéressant à la pratique des gestes techniques en cabinet de médecine générale : cette dernière est la 4ème traitant de ce sujet précis. Celle-ci est originale dans la mesure où elle étudie cette pratique à l'échelle d'une région entière. De plus, elle est la première à s'intéresser au profil des praticiens réalisant des gestes techniques en cabinet contrairement aux autres travaux, qui n'avaient évalué comme facteurs que le sexe, l'âge et le milieu d'exercice des praticiens. En plus de ces critères, notre étude a aussi pris en compte des paramètres plus larges comme : le mode d'exercice, la validation d'une formation complémentaire, la participation à une FMC, le temps d'accès au SAU le plus proche ainsi que le délai moyen d'accès à un avis spécialisé.

Notre étude est aussi originale par rapport à sa méthode de recueil qui s'est appuyée sur un auto-questionnaire en ligne. Les précédentes études avaient choisi un recueil par voie postale (4,5) ou au cours de FMC (5). Ce mode de recueil a pu ainsi garantir une grande exhaustivité dans la collecte des données puisque chaque question devait obtenir une réponse pour être enregistrée : ainsi, un questionnaire ne pouvait être validé qu'une fois complètement rempli.

Contrairement aux autres thèses dont les réponses étaient binaires (pratiquez-vous cet acte ? oui ou non), les questions de notre étude portaient sur la fréquence de réalisation des actes techniques choisis sur les 15 derniers jours. Ce choix paraît pertinent pour mieux évaluer le profil de médecins généralistes réalisant les actes techniques. En effet, la réponse binaire ne permet pas de distinguer les médecins qui avaient pratiqué ces gestes mais ne les réalisaient plus de ceux qui ne les avaient jamais pratiqués parmi les réponses négatives, ni de distinguer

les médecins réalisant très fréquemment ces gestes de ceux ne les réalisant que très rarement parmi les réponses positives.

Le taux de réponse dans notre étude est de 5% des praticiens de notre région. Au vu des données épidémiologiques, il semble que cet échantillon soit représentatif de la démographie médicale de la région de Haute-Normandie (15) :

- La distribution hommes/femmes dans notre étude est de 67%/33% et de 72%/28% dans la région.
- L'âge moyen de notre échantillon est de 54 ans tandis que celui de la région est de 51 ans.
- La répartition géographique de notre échantillon est de 2 médecins exerçant en Seine-Maritime pour 1 exerçant dans l'Eure, taux semblable à la démographie médicale de la région.

b) Limites de l'étude

Notre étude comporte plusieurs biais :

- Un biais de recrutement du fait du mode de recueil informatique de notre questionnaire. En effet tous les praticiens ne bénéficient pas d'une adresse mail ou même d'un matériel informatique adapté. Un rapport de 2006 évaluait que moins de 50% des médecins bénéficiaient d'un matériel informatique de moins de 5 ans et que 20% d'entre eux seulement avaient un accès à internet à haut débit (29).
- Un biais de volontariat, la réponse au questionnaire de notre étude dépendant de la bonne volonté des médecins interrogés. Notre étude sélectionne les médecins les plus motivés et on peut noter qu'il existe une sur-représentativité des praticiens impliqués dans la prise en charge d'un externe ou d'un interne de médecine générale (55%). Du fait de cette activité de

formation, on peut supposer que ces médecins ont tendance à effectuer plus de gestes techniques que la moyenne, ce qui peut influencer certains résultats.

- Un biais de mémorisation : les praticiens ont été interrogés sur leur pratique sur les 15 derniers jours, ce qui peut induire un oubli d'éventuels actes réalisés au début de cette période. Les médecins informatisés peuvent néanmoins consulter les actes pratiqués sur le site ameli.fr. Il faut cependant que ces actes soient cotés lors de la consultation. Or le code CCAM est assez complexe d'utilisation car les différents actes cotables sont répertoriés de manière peu instinctive, ce qui peut rendre la recherche et la validation d'un code laborieuses. Cette complexité a tendance à diminuer le nombre de cotation d'actes, rendant le rapport d'activité du praticien sur ameli.fr peu fiable.

- Un biais saisonnier : notre étude, menée de février à avril 2013, s'est déroulée lors d'une période où les pathologies saisonnières sont fréquentes. Du fait de la forte pression épidémique de cette période de l'année, les praticiens interrogés ont pu avoir tendance à moins pratiquer de gestes techniques qu'à l'accoutumée (exemple : exérèse de molluscum) ou à en pratiquer certains en plus grand nombre (exemple : peak flow pour des crises d'asthme, plus fréquentes à cette période de l'année).

Pour rendre cette étude plus exhaustive, d'autres paramètres auraient pu être évalués :

- le profil des patients du médecin interrogé. Le recrutement de certains profil de patients peut influencer le nombre de gestes techniques : il semble logique qu'un praticien ayant une patientèle majoritairement féminine réalise plus de gestes gynécologiques (par exemple pose de stérilet ou frottis cervico-vaginal) ou qu'un médecin traitant beaucoup d'enfants réalise plus de gestes courants en pédiatrie (par exemple : exérèse de molluscum contagiosum).

- les motifs de non réalisation des gestes, comme cela avait déjà été réalisé dans la thèse publiée en 2009 : manque de temps, non apprentissage de la technique, coût, proximité d'un spécialiste, responsabilité du geste.
- les motivations des médecins effectuant les gestes pour les réaliser. Ces motivations pourraient être d'ordre financier (gain financier plus important après étude de la balance gain/investissement d'un acte), d'ordre extérieur (demande plus importante des patients vis à vis d'un geste particulier) ou d'ordre personnel (attrait du médecin pour le geste).
- le plateau technique dont disposent les praticiens interrogés. En effet, certains gestes peuvent ne pas être réalisés tout simplement car le médecin ne dispose pas du matériel nécessaire (ex : électrocardiographe pour l'ECG).

Cependant, un nombre trop important de questions et un choix trop large de réponses peuvent avoir un impact négatif sur le taux de participation, les praticiens jugeant les questionnaires trop complexes ou trop longs à remplir. Notre questionnaire a donc été élaboré en sélectionnant les questions qui nous semblaient les plus pertinentes pour répondre à notre objectif principal, en essayant de le rendre facile et rapide à remplir.

V - CONCLUSION

Les gestes techniques font partie intégrante de la pratique de la médecine générale, mais leur réalisation est variable d'un praticien à l'autre, que ce soit en nombre ou en type de gestes. Après revue de la littérature, notre étude confirme que les médecins qui pratiquent significativement plus de gestes techniques sont les hommes et les médecins plus âgés. Elle met également en évidence que l'exercice en cabinet de groupe, l'installation en zone rurale, l'éloignement vis à vis du SAU ou encore le statut de maître de stage sont des facteurs associés à une plus grande pratique de gestes techniques.

Il est difficile de prédire quelle sera l'évolution de la pratique des gestes techniques par les médecins généralistes dans les années futures. D'un côté, on peut penser que le nombre de gestes techniques augmentera du fait du regroupement de plus en plus fréquent des praticiens en SCM, du départ en retraite de nombreux spécialistes et du parcours de soins orienté vers le médecin traitant. D'un autre côté, on peut supposer que certains gestes techniques (plus complexes et/ou onéreux et/ou chronophages) seront moins réalisés voire progressivement abandonnés, du fait de la disparité de leur enseignement théorique et pratique au sein des facultés, de la féminisation de la profession, de la désertification médicale, de l'augmentation des primes d'assurances et de la peur croissante des plaintes procédurières des patients.

VI - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Journal Officiel, décret n°2004-67 du 14 janvier 2004 relatif à l'organisation du 3eme cycle des études médicales; articles 13, 14 et 23.
2. Jammet I. Etude sur une typologie des consultations en médecine générale; Thèse de médecine. Poitiers, 2004.
3. Gallais JL. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales; SFMG, 1997.
4. Olivier Ch. Etude de la pratique de gestes techniques au cabinet de médecine générale dans le département de la somme. Thèse de médecine. Amiens 2009.
5. Dubois Jacque V. Les gestes techniques en médecine générale, états des lieux en Loire Atlantique et Vendée. Thèse de médecine. Nantes 2012.
6. IFOP. Observatoire de l'accès aux soins: Enquête auprès des français et des professionnels de santé; Octobre 2011.
7. Gay B et al. 80 gestes techniques en médecine générale: guide des bonnes pratiques; Masson, 2011.
8. Tableau récapitulatif des actes nomenclaturés. Caisse Centrale de l'Assurance Maladie; site Amélie.fr, révision 2012.
9. Romestaing P, Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France : Situation au 1er janvier 2012; Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2012.

10. Demichel F, Penaud P. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales; Journal Officiel, octobre 2001.
11. Définition de la Commission de terminologie et de néologie pour le domaine de la santé, séance du 14 juin 2001.
12. Classification Commune des Actes Médicaux; www.ameli.fr
13. Attal-Toubert K, Fréchou F, Guillaumat-Tailliet F. Le revenu global d'activité des médecins ayant une activité libérale; Dossier : Le revenu d'activité des indépendants, INSEE; 61-76.
14. Saurer A. Toubib or not Toubib: l'état de santé de la population et le système de soins en Suisse; L'édition d'en bas, 1989; 150-151.
15. Romestaing P, Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en région Haute Normandie: Situation au 1er janvier 2012; Conseil National de l'Ordre des Médecins.
16. Ferley J-P, Da Silva E, Beauvais C. Trois études sur la féminisation de la profession médicale; CAREPS, janvier 2005; 1-44.
17. Dias S. Etat des lieux de la pratique gynéco-obstétrique par le médecin généraliste en île de France; Thèse de médecine; Paris, 2010.
18. Items de l'examen national classant, item n°10: Responsabilités médicale pénale, civile, administrative et disciplinaire; www.remede.org, 2004.
19. Amalberti R, Bons-Letouzey C, Sicot C. Trois ans de sinistralité en médecine générale: le rôle clé des « compétences non techniques » et des « tempos » dans le contrôle du risque; Responsabilité, 2009; 33,9 : 5-11.

20. Plu I, Dodet P, Bertaut S, Pursell-François I, Blettery B, Moutel G. Le médecin et la peur du procès : Enquête auprès de 139 généralistes en Côte d'Or; La Revue du Praticien de Médecine Générale, 2007; 21:295-7.
21. Baudier f, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009; Questions d'économie de la santé IRDES, septembre 2010; 157:1-6.
22. Audric S. L'exercice en groupe des médecins libéraux; Études et résultats, juin 2004; 314:1-12.
23. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières; Études et résultats, février 2008; 625:1-8.
24. Hilal M. Temps d'accès aux équipements au sein des bassins de vie des bourgs et petites villes; Économie et Statistiques, 2007; 402:41-56.
25. Charte des Maîtres de Stage des Universités. Version du 14 juin 2011. Coordination du DES de médecine générale d'Ile-de-France; 2011.
26. Marie P. L'assurance du médecin libéral; Formation médicale continue université Paris-sud, 2007.
27. Révilla A, Taboulet P, Raffort N, Plaisance P. La satisfaction globale des patients aux urgences est-elle comparable à celles des soignants; Urgence Pratique, 2008; 90:5-8.
28. Bras PL, Duhamel Gilles. Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins; Inspection générale des affaires sociales, rapport n°RM2008-124P.
29. Jegou JJ. Rapport n°62 sur l'informatisation du secteur de la santé; Publication du sénat, 2006.
30. Peyre E. Gestes techniques en médecine générale : enquête auprès des maîtres de stage d'Aquitaine et de l'Ile de la Réunion. Thèse de Médecine Générale, Bordeaux 2, 1993.

31. Cowaar P. Prise en charge de la petite traumatologie en Médecine Générale. Thèse de Médecine Générale, Rouen, 2011.
32. Beckius Y. Actes et techniques réalisés en cabinet de médecine générale. Thèse de Médecine Générale, Strasbourg, 2009.
33. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes : un essai de typologie. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (Drees). 2004, 315:1-12.
34. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé; Journal Officiel du 4 mars 2002.
35. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique; Journal Officiel du 9 août 2004.

VII - TABLEAUX

Tableau 1 Classement des gestes techniques par ordre décroissant

Gestes techniques	Taux de réalisation (en %)
Retrait de points de suture/agrafes	95
Intradermoréaction à la tuberculine	93
Ablation de bouchon de cérumen	88
Pansements de brûlures/ulcères	87
Peak flow (débit expiratoire de pointe)	86
Frottis cervico-vaginal	83
Test diagnostique rapide de l'angine	79
Exérèse de molluscum contagiosum/pendulum	77
Réalisation de point de sutures	75
Désensibilisation par injection d'allergènes en sous cutanée	69
Ablation d'un corps étranger sous cutané	66
Ablation de corps étranger intra nasal/auriculaire	61
Ponction/Incision/Méchage d'un abcès	60
Immobilisation d'entorses	56
Utilisation d'aérosol doseur en cabinet	54
Ponction articulaire	54
Pose d'implant contraceptif	46
Pose de stérilet	45
Tamponnement épistaxis	41
Ponction d'un hématome des tissus mous	39
ECG	38
Soins oculaires	35

Tableau 2 Gestes techniques réalisés en fonction du sexe

Spécialités médico-chirurgicales	Gestes techniques	Hommes (n=89) (en %)	Femmes (n=30) (en %)	Valeur de p
Oto-rhino-laryngologie	Tamponnement épistaxis	49	16	p<0.01
	Ablation de corps étranger	66	43	p=0.03
	Ablation de bouchon de cérumen	88	86	p=0.74
	Test diagnostique rapide de l'angine	77	83	p=0.61
Ophtalmologie	Soins oculaires	35	33	p=0.83
Cardiologie	ECG	44	16	p<0.01
Pneumologie	Peak flow (débit expiratoire de pointe)	85	90	p=0.76
	Intradermoréaction à la tuberculine	92	96	p=0.68
	Utilisation d'aérosol doseur en cabinet	57	43	p=0.21
	Désensibilisation par injection d'allergènes en sous cutanée	67	73	p=0.65
Gynécologie	Frottis cervico-vaginal	79	93	p=0.06
	Pose de stérilet	44	43	p=0.9
	Pose d'implant contraceptif	46	43	p=0.83
Rhumatologie	Ponction articulaire	65	20	p<0.01
Dermatologie	Exérèse de molluscum contagiosum/pendulum	83	60	p=0.012
	Pansements de brûlures/ulcères	86	90	p=0.76
	Ponction/Incision/Méchage d'un abcès	65	43	p=0.9
Traumatologie	Réalisation de point de sutures	78	66	p=0.22
	Retrait de points de suture/agrafes	94	96	p=0.9
	Immobilisation d'entorses	59	46	p=0.29
	Ponction d'un hématome des tissus mous	48	10	p<0.01
	Ablation d'un corps étranger sous cutané	69	56	p=0.26

Tableau 3 Gestes techniques réalisés en fonction de l'âge

Spécialités médico-chirurgicales	Gestes techniques	Age<54 ans (n=59) (en %)	Age>54 ans (n=60) (en %)	Valeur de p
Oto-rhino-laryngologie	Tamponnement épistaxis	22	60	p<0.01
	Ablation de corps étranger	55	65	p=0.35
	Ablation de bouchon de cérumen	83	93	p=0.09
	Test diagnostique rapide de l'angine	81	76	p=0.65
Ophthalmologie	Soins oculaires	33	36	p=0.84
Cardiologie	ECG	37	38	p=0.9
Pneumologie	Peak flow (débit expiratoire de pointe)	86	86	p=0.9
	Intradermoréaction à la tuberculine	94	91	p=0.71
	Utilisation d'aérosol doseur en cabinet	57	50	p=0.46
	Désensibilisation par injection d'allergènes en sous cutanée	74	63	p=0.23
Gynécologie	Frottis cervico-vaginal	79	86	p=0.34
	Pose de stérilet	33	55	p=0.02
	Pose d'implant contraceptif	42	48	p=0.58
Rhumatologie	Ponction articulaire	45	61	p=0.1
Dermatologie	Exérèse de molluscum contagiosum/pendulum	76	78	p=0.83
	Pansements de brûlures/ulcères	81	93	p=0.06
	Ponction/Incision/Méchage d'un abcès	50	68	p=0.06
Traumatologie	Réalisation de point de sutures	74	76	p=0.83
	Retrait de points de suture/agrafes	94	95	p=0.9
	Immobilisation d'entorses	49	63	p=0.14
	Ponction d'un hématome des tissus mous	22	55	p<0.01
	Ablation d'un corps étranger sous cutané	62	70	p=0.44

Tableau 4 Gestes techniques réalisés en fonction du département d'exercice

Spécialités médico-chirurgicales	Gestes techniques	Seine Maritime (n=81) (en %)	Eure (n=38) (en %)	Valeur de p
Oto-rhino-laryngologie	Tamponnement épistaxis	46,91	28,94	p=0.07
	Ablation de corps étranger	60,49	60,52	p=0.9
	Ablation de bouchon de cérumen	87,65	89,47	p=0.9
	Test diagnostique rapide de l'angine	80,24	76,31	p=0.63
Ophthalmologie	Soins oculaires	34,56	36,81	p=0.84
Cardiologie	ECG	29,62	55,26	p<0.01
Pneumologie	Peak flow (débit expiratoire de pointe)	85,18	89,47	p=0.77
	Intradermoréaction à la tuberculine	93,82	92,10	p=0.71
	Utilisation d'aérosol doseur en cabinet	55,55	50	p=0.69
	Désensibilisation par injection d'allergènes en sous cutanée	75,30	55,26	p=0.03
Gynécologie	Frottis cervico-vaginal	82,71	84,21	p=0.9
	Pose de stérilet	45,67	42,10	p=0.84
	Pose d'implant contraceptif	40,74	55,26	p=0.17
Rhumatologie	Ponction articulaire	54,32	52,63	p=0.9
Dermatologie	Exérèse de molluscum contagiosum/pendulum	81,48	68,42	p=0.15
	Pansements de brûlures/ulcères	90,12	81,57	p=0.28
	Ponction/Incision/Méchage d'un abcès	62,96	52,63	p=0.32
Traumatologie	Réalisation de point de sutures	77,77	71,05	p=0.49
	Retrait de points de suture/agrafes	96,29	92,10	p=0.38
	Immobilisation d'entorses	56,79	55,26	p=0.9
	Ponction d'un hématome des tissus mous	40,74	34,21	p=0.55
	Ablation d'un corps étranger sous cutané	66,66	65,78	p=0.9

Tableau 5 Gestes techniques réalisés en fonction du mode d'exercice

Spécialités médico-chirurgicales	Gestes techniques	Seul en cabinet (n=29) (en %)	En association (n=90) (en %)	Valeur de p
Oto-rhino-laryngologie	Tamponnement épistaxis	37	42	p=0.83
	Ablation de corps étranger	48	64	p=0.13
	Ablation de bouchon de cérumen	82	90	p=0.32
	Test diagnostique rapide de l'angine	62	84	p=0.01
Ophthalmologie	Soins oculaires	34	35	p=0.9
Cardiologie	ECG	34	38	p=0.82
Pneumologie	Peak flow (débit expiratoire de pointe)	72	91	p=0.02
	Intradermoréaction à la tuberculine	93	93	p=0.9
	Utilisation d'aérosol doseur en cabinet	37	58	p=0.06
	Désensibilisation par injection d'allergènes en sous cutanée	62	71	p=0.37
Gynécologie	Frottis cervico-vaginal	68	87	p=0.04
	Pose de stérilet	34	47	p=0.28
	Pose d'implant contraceptif	17	54	p<0.01
Rhumatologie	Ponction articulaire	37	58	p=0.06
Dermatologie	Exérèse de molluscum contagiosum/pendulum	55	84	p<0.01
	Pansements de brûlures/ulcères	89	86	p=0.9
	Ponction/Incision/Méchage d'un abcès	51	62	p=0.38
Traumatologie	Réalisation de point de sutures	58	81	p=0.02
	Retrait de points de suture/agafes	93	95	p=0.63
	Immobilisation d'entorses	51	57	p=0.67
	Ponction d'un hématome des tissus mous	34	40	p=0.66
	Ablation d'un corps étranger sous cutané	51	71	p=0.07

Tableau 6 Gestes techniques réalisés en fonction du milieu d'exercice

Spécialités médico-chirurgicales	Gestes techniques	Milieu urbain (n=62) (en %)	Milieu rural (n=57) (en %)	Valeur de p
Oto-rhino-laryngologie	Tamponnement épistaxis	40	42	p=0.86
	Ablation de corps étranger	53	68	p=0.09
	Ablation de bouchon de cérumen	85	91	p=0.24
	Test diagnostique rapide de l'angine	77	80	p=0.82
Ophtalmologie	Soins oculaires	25	45	p=0.03
Cardiologie	ECG	41	33	p=0.35
Pneumologie	Peak flow (débit expiratoire de pointe)	85	87	p=0.79
	Intradermoréaction à la tuberculine	91	94	p=0.72
	Utilisation d'aérosol doseur en cabinet	46	61	p=0.14
	Désensibilisation par injection d'allergènes en sous cutanée	58	80	p<0.01
Gynécologie	Frottis cervico-vaginal	87	78	p=0.33
	Pose de stérilet	54	33	p=0.02
	Pose d'implant contraceptif	43	47	p=0.71
Rhumatologie	Ponction articulaire	50	57	p=0.86
Dermatologie	Exérèse de molluscum contagiosum/pendulum	72	82	p=0.27
	Pansements de brûlures/ulcères	83	91	p=0.28
	Ponction/Incision/Méchage d'un abcès	56	63	p=0.57
Traumatologie	Réalisation de point de sutures	67	84	p=0.06
	Retrait de points de suture/agraves	93	96	p=0.68
	Immobilisation d'entorses	48	64	p=0.09
	Ponction d'un hématome des tissus mous	37	40	p=0.85
	Ablation d'un corps étranger sous cutané	56	77	p=0.02

Tableau 7 Gestes techniques réalisés en fonction de l'année de soutenance de la thèse d'exercice

Spécialités médico-chirurgicales	Gestes techniques	Thèse avant 1988 (n=59) (en %)	Thèse après 1988 (n=60) (en %)	Valeur de p
Oto-rhino-laryngologie	Tamponnement épistaxis	55	26	p<0.01
	Ablation de corps étranger	61	60	p=0.9
	Ablation de bouchon de cérumen	88	88	p=0.9
	Test diagnostique rapide de l'angine	74	83	p=0.27
Ophthalmologie	Soins oculaires	25	45	p=0.03
Cardiologie	ECG	37	38	p=0.9
Pneumologie	Peak flow (débit expiratoire de pointe)	84	88	p=0.6
	Intradermoréaction à la tuberculine	94	91	p=0.72
	Utilisation d'aérosol doseur en cabinet	50	56	p=0.36
	Désensibilisation par injection d'allergènes en sous cutanée	57	80	p<0.01
Gynécologie	Frottis cervico-vaginal	79	86	p=0.34
	Pose de stérilet	55	33	p<0.01
	Pose d'implant contraceptif	45	45	p=0.9
Rhumatologie	Ponction articulaire	57	50	p=0.46
Dermatologie	Exérèse de molluscum contagiosum/pendulum	77	76	p=0.9
	Pansements de brûlures/ulcères	91	83	p=0.27
	Ponction/Incision/Méchage d'un abcès	61	58	p=0.85
Traumatologie	Réalisation de point de sutures	71	80	p=0.29
	Retrait de points de suture/agrafes	94	95	p=0.9
	Immobilisation d'entorses	55	56	p=0.9
	Ponction d'un hématome des tissus mous	49	28	p=0.02
	Ablation d'un corps étranger sous cutané	64	68	p=0.70

Tableau 8 Gestes techniques réalisés en fonction de la faculté de formation

Spécialités médico-chirurgicales	Gestes techniques	Formation Rouen (n=98) (en %)	Autres (n=21) (en %)	Valeur de p
Oto-rhino-laryngologie	Tamponnement épistaxis	40	42	p=0.9
	Ablation de corps étranger	59	66	p=0.62
	Ablation de bouchon de cérumen	89	80	p=0.27
	Test diagnostique rapide de l'angine	78	80	p=0.9
Ophthalmologie	Soins oculaires	37	23	p=0.31
Cardiologie	ECG	33	57	p=0.06
Pneumologie	Peak flow (débit expiratoire de pointe)	86	85	p=0.9
	Intradermoréaction à la tuberculine	95	80	p=0.03
	Utilisation d'aérosol doseur en cabinet	56	42	p=0.34
	Désensibilisation par injection d'allergènes en sous cutanée	73	47	p=0.03
Gynécologie	Frottis cervico-vaginal	81	90	p=0.52
	Pose de stérilet	42	52	p=0.47
	Pose d'implant contraceptif	44	47	p=0.9
Rhumatologie	Ponction articulaire	54	52	p=0.9
Dermatologie	Exérèse de molluscum contagiosum/pendulum	78	71	p=0.57
	Pansements de brûlures/ulcères	87	85	p=0.72
	Ponction/Incision/Méchage d'un abcès	59	61	p=0.9
Traumatologie	Réalisation de point de sutures	75	76	p=0.9
	Retrait de points de suture/agrafes	95	90	p=0.28
	Immobilisation d'entorses	56	57	p=0.9
	Ponction d'un hématome des tissus mous	41	23	p=0.14
	Ablation d'un corps étranger sous cutané	66	66	p=0.9

Tableau 9 Gestes techniques réalisés en fonction de la pratique d'une formation validée complémentaire

Spécialités médico-chirurgicales	Gestes techniques	Pratique d'une formation validée complémentaire (n=61) (en %)	Pas de formation validée complémentaire (n=58) (en %)	Valeur de p
Oto-rhino-laryngologie	Tamponnement épistaxis	47.54	34.48	p=0.19
	Ablation de corps étranger	62.30	58.62	p=0.71
	Ablation de bouchon de cérumen	85.25	91.38	p=0.39
	Test diagnostic rapide de l'angine	73.77	84.48	p=0.18
Ophthalmologie	Soins oculaires	29.51	41.38	p=0.18
Cardiologie	ECG	45.90	29.31	p=0.08
Pneumologie	Peak flow (débit expiratoire de pointe)	85.25	87.93	p=0.79
	Intradermoréaction à la tuberculine	93.44	93.10	p=1
	Utilisation d'aérosol doseur en cabinet	55.74	51.72	p=0.71
	Désensibilisation par injection d'allergènes en sous cutanée	59.02	79.31	p=0.054
Gynécologie	Frottis cervico-vaginal	86.89	79.31	p=0.33
	Pose de stérilet	50.82	37.93	p=0.19
	Pose d'implant contraceptif	49.18	41.38	p=0.46
Rhumatologie	Ponction articulaire	62.30	44.83	p=0.06
Dermatologie	Exérèse de molluscum contagiosum/pendulum	81.97	72.41	p=0.27
	Pansements de brûlures/ulcères	88.52	86.21	p=0.78
	Ponction/Incision/Méchage d'un abcès	62.30	56.90	p=0.57
Traumatologie	Réalisation de point de sutures	83.61	67.24	p=0.053
	Retrait de points de suture/agrafes	95.08	94.83	p=1
	Immobilisation d'entorses	55.74	56.90	p=1
	Ponction d'un hématome des tissus mous	47.54	29.31	p=0.059
	Ablation d'un corps étranger sous cutané	70.49	62.07	p=0.34

Tableau 10 Gestes techniques réalisés en fonction de la participation à une FMC

Spécialités médico-chirurgicales	Gestes techniques	FMC oui (n=107) (en %)	FMC non (n=12) (en %)	Valeur de p
Oto-rhino-laryngologie	Tamponnement épistaxis	41	41	p=0.9
	Ablation de corps étranger	62	41	p=0.21
	Ablation de bouchon de cérumen	90	66	p=0.03
	Test diagnostique rapide de l'angine	79	75	p=0.71
Ophthalmologie	Soins oculaires	35	33	p=0.9
Cardiologie	ECG	38	33	p=0.9
Pneumologie	Peak flow (débit expiratoire de pointe)	88	66	p=0.06
	Intradermoréaction à la tuberculine	94	83	p=0.09
	Utilisation d'aérosol doseur en cabinet	54	50	p=0.9
	Désensibilisation par injection d'allergènes en sous cutanée	70	58	p=0.51
Gynécologie	Frottis cervico-vaginal	85	66	p=0.12
	Pose de stérilet	45	33	p=0.54
	Pose d'implant contraceptif	47	25	p=0.22
Rhumatologie	Ponction articulaire	52	66	p=0.38
Dermatologie	Exérèse de molluscum contagiosum/pendulum	77	75	p=0.9
	Pansements de brûlures/ulcères	87	83	p=0.65
	Ponction/Incision/Méchage d'un abcès	58	66	p=0.76
Traumatologie	Réalisation de point de sutures	75	75	p=0.9
	Retrait de points de suture/agrafes	95	91	p=0.48
	Immobilisation d'entorses	57	50	p=0.76
	Ponction d'un hématome des tissus mous	38	41	p=0.9
	Ablation d'un corps étranger sous cutané	65	75	p=0.75

Tableau 11 Gestes techniques réalisés en fonction du statut de maître de stage universitaire

Spécialités médico-chirurgicales	Gestes techniques	Maître de stage oui (n=65) (en %)	Maître de stage non (n=54) (en %)	Valeur de p
Oto-rhino-laryngologie	Tamponnement épistaxis	44	37	p=0.46
	Ablation de corps étranger	67	51	p=0.09
	Ablation de bouchon de cérumen	87	88	p=0.9
	Test diagnostique rapide de l'angine	89	66	p<0.01
Ophtalmologie	Soins oculaires	38	31	p=0.45
Cardiologie	ECG	43	31	p=0.25
Pneumologie	Peak flow (débit expiratoire de pointe)	90	81	p=0.18
	Intradermoréaction à la tuberculine	93	92	p=0.9
	Utilisation d'aérosol doseur en cabinet	70	33	p<0.01
	Désensibilisation par injection d'allergènes en sous cutanée	73	62	p=0.23
Gynécologie	Frottis cervico-vaginal	89	75	p=0.08
	Pose de stérilet	52	35	p=0.07
	Pose d'implant contraceptif	66	20	p<0.01
Rhumatologie	Ponction articulaire	66	38	p<0.01
Dermatologie	Exérèse de molluscum contagiosum/pendulum	83	70	p=0.12
	Pansements de brûlures/ulcères	86	88	p=0.78
	Ponction/Incision/Méchage d'un abcès	61	57	p=0.71
Traumatologie	Réalisation de point de sutures	80	70	p=0.28
	Retrait de points de suture/agrafes	93	96	p=0.69
	Immobilisation d'entorses	61	50	p=0.26
	Ponction d'un hématome des tissus mous	46	29	p=0.09
	Ablation d'un corps étranger sous cutané	76	53	p=0.01

Tableau 12 Gestes techniques pratiqués en fonction de la distance par rapport au SAU le plus proche

Spécialités médico-chirurgicales	Gestes techniques	Distance Urgences <15 min (n=59) (en %)	15min< Distance Urgences <30 min (n=48) (en %)	Distance Urgences >30 min (n=12) (en %)	Valeur de p
Oto-rhino-laryngologie	Tamponnement épistaxis	30,51	45,83	97,50	p=0.01
	Ablation de corps étranger	49,15	66,67	91,67	p=0.01
	Ablation de bouchon de cérumen	84,75	91,67	91,67	p=0.51
	Test diagnostique rapide de l'angine	77,97	83,33	66,67	p=0.43
Ophthalmologie	Soins oculaires	25,42	45,83	41,67	p=0.07
Cardiologie	ECG	33,90	45,83	25,00	p=0.28
Pneumologie	Peak flow (débit expiratoire de pointe)	84,75	89,58	83,33	p=0.72
	Intradermoréaction à la tuberculine	89,83	95,83	100,00	p=0.28
	Utilisation d'aérosol doseur en cabinet	44,07	64,58	58,33	p=0.10
	Désensibilisation par injection d'allergènes en sous cutanée	55,93	81,25	83,33	p<0.01
Gynécologie	Frottis cervico-vaginal	81,36	87,50	75,00	p=0.50
	Pose de stérilet	52,54	39,58	25,00	p=0.14
	Pose d'implant contraceptif	37,29	54,17	50,00	p=0.21
Rhumatologie	Ponction articulaire	42,37	66,67	58,33	p=0.04
Dermatologie	Exérèse de molluscum contagiosum/pendulum	69,49	87,50	75,00	p=0.08
	Pansements de brûlures/ulcères	83,05	91,67	91,67	p=0.36
	Ponction/Incision/Méchage d'un abcès	50,85	64,58	83,33	p=0.07
Traumatologie	Réalisation de point de sutures	64,41	85,42	91,67	p=0.01
	Retrait de points de suture/agrafes	91,53	97,92	100,00	p=0.22
	Immobilisation d'entorses	42,37	68,75	75,00	p<0.01
	Ponction d'un hématome des tissus mous	28,81	52,08	33,33	p=0.04
	Ablation d'un corps étranger sous cutané	54,24	77,08	83,33	p=0.01

VIII - ANNEXES

Etude sur la réalisation de gestes techniques en cabinet de médecine générale lors des quinze derniers jours

Cher confrère, Actuellement médecin généraliste remplaçant, je souhaite effectuer ma thèse intitulée "Etude des gestes techniques réalisés en cabinet de médecine générale en Haute Normandie" supervisée par le Dr Yveline Sevrin. Nous sommes en effet confrontés quotidiennement à la réalisation de ces actes dans un but diagnostic, thérapeutique ou pronostic comme le prouve les études réalisées à l'échelle nationale (environ 5.5 à 7% de nos consultations). Cependant, les thèses réalisées précédemment ne s'intéressaient pas au profil de praticien réalisant ces gestes techniques. Notre travail actuel a donc deux objectifs principaux: 1- Etablir un profil de médecin généraliste réalisant ces gestes techniques en cabinet 2- Rechercher les actes les plus fréquemment réalisés Pour cela, cette étude repose sur un auto-questionnaire à remplir en ligne (lien ci joint) qui sera traité de manière anonyme. Ce dernier propose des réponses essentiellement de type QCM, porte sur les gestes que vous avez pu réaliser au cours des 15 derniers jours et prendra moins de cinq minutes de votre temps. Si vous souhaitez avoir les résultats, laissez moi votre adresse mail Je vous remercie d'avance de l'attention que vous pourrez porter à mon travail ainsi que de votre aide précieuse.

***Obligatoire**

Quel est votre âge? *

Êtes vous un homme ou une femme? *

- Homme
- Femme

Quelle a été votre faculté de formation? *

Quelle a été votre année de validation de thèse? *

Quel est votre mode d'exercice? *

- Seul en cabinet
- En association avec d'autres médecins généralistes
- Autre :

Pratiquez vous votre activité en milieu: *On définit comme urbain un milieu contenant plus de 10000 habitants dans une ville ou une continuité de communes

- Urbain
- Rural

Quel est le code postal de votre lieu d'exercice? *

Êtes-vous titulaire d'une formation validée complémentaire? *Exemple: DU de gynécologie/obstétrique, DU d'échographie, etc.....

- Oui
- Non

Si oui, quelle est cette formation complémentaire? Plusieurs réponses possibles.

A quelle distance se situe votre lieu d'exercice du service d'urgences le plus proche? *

- A moins de 15 minutes de trajet
- Entre 15 et 30 minutes de trajet
- A plus de 30 minutes de trajet
- Autre :

Quel est le délai moyen pour vos patients afin d'obtenir un avis spécialisé? *

	Moins de 15 jours	Plus de 15 jours
Dermatologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gynécologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ORL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rhumatologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ophtalmologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Participez vous à une Formation Médicale Obligatoire? *

- Oui
- Non

Si oui quelle est elle? Plusieurs réponses possibles

- Groupe de pairs
- Lecture de revue médicales
- Stages de formation
- Congrès médicaux
- Autre :

Êtes-vous actuellement maître de stage universitaire dans le cadre de la formation d'un interne et/ou externe de médecine générale? *

- Oui
- Non

Combien d'actes effectuez-vous par semaine? *

Gestes techniques réalisés *

	Non	Oui: moins de 2 fois tous les quinze jours	Oui: entre 2 et 5 fois tous les 15 jours	Oui: plus de 5 fois tous les 15 jours
ORL: Tamponnement d'épistaxis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ORL: Ablation de corps étranger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ORL: Ablation de bouchon de cérumen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ORL: Test Diagnostic Rapide de l'angine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ophtalmologie: Soins oculaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cardiologie: ECG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pneumologie: Peak flow (débit expiratoire de pointe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pneumologie: Intradermoréaction à la tuberculine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pneumologie: Utilisation d'aérosol doseur en cabinet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pneumologie: Désensibilisation par injection d'allergènes en sous cutané	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gynécologie: Frottis cervico-vaginal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gynécologie: Pose de stérilet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gynécologie: Pose d'implant contraceptif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Non	Oui: moins de 2 fois tous les quinze jours	Oui: entre 2 et 5 fois tous les 15 jours	Oui: plus de 5 fois tous les 15 jours
Rhumatologie: Ponction articulaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dermatologie: Exérèse de molluscum contagiosum/pendulum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dermatologie: Pansements de brulures/ulcères	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dermatologie: Ponction/Incision/Méchage d'abcès	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traumatologie: Réalisation de points de suture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traumatologie: Retrait de fils de suture/agraffes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traumatologie: Immobilisation d'entorses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traumatologie: Ponction d'un hématome des tissus mous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traumatologie: Extraction d'un corps étranger sous cutané	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dans un souci de gestion des réponses et afin de ne pas vous envoyer à nouveau ce questionnaire sans raison, pouvez-vous indiquer les trois premières lettres de votre nom et prénom? *Merci d'afficher la réponse sous le format:

ABC/ABC

N'envoyez jamais de mots de passe via l'outil Formulaires Google.

Fourni par [Google Documents](#) [Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

La CCAM pour les médecins généralistes

Exemples d'actes techniques

Code	Libellé	Code activité	Tarifs en euros
CARDIOLOGIE			
DEQP003 [F, P, S, U]	Electrocardiographie sur au moins 12 dérivations (YYYY490)	1	13,07
YYYY490	Supplément pour électrocardiographie réalisée au domicile du patient <i>Facturation : en dehors de tout établissement de soins</i>	1	9,60
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE			
JKHD001	Prélèvement cervicovaginal <i>Prélèvement cervicovaginal pour frottis cytologique</i>	1	7,97
JKLD001	Pose d'un dispositif intra-utérin (ZZLP025)	1	38,40
JKKD001	Changement d'un dispositif intra-utérin (ZZLP025)	1	38,40
ORL			
CAGD001 [F, P, S, U]	Ablation unilatérale ou bilatérale de bouchon de cérumen ou de corps étranger du méat acoustique externe (ZZLP025)	1	16,00
GABD002 [F, U]	Tamponnement nasal antérieur	1	22,01
GAGD002 [F, U]	Ablation de corps étranger de la cavité nasale <i>Avec ou sans : endoscopie</i> (ZZLP025)	1	18,12
PANSEMENTS DE BRULURE			
QZJA020 [F, U]	Pansement chirurgical initial de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur moins de 1% de la surface corporelle (ZZLP025)	1	25,47
QZJA003 [F, U]	Pansement chirurgical secondaire de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur moins de 1% de la surface corporelle (ZZLP025)	1	34,34

	RHUMATOLOGIE	Code activité	Tarifs en euros
MZLB001	Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage <i>À l'exclusion de : synoviorthèse - chimique d'un membre (PBLB002) - isotopique d'un membre (PBL001)</i>	1	15,05
NZHB002 [T]	Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage <i>Avec ou sans : examen du liquide synovial au microscope</i>	1	15,94
NZLB001	Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage <i>À l'exclusion de : synoviorthèse - chimique d'un membre (PBLB002) - isotopique d'un membre (PBL001)</i>	1	26,89
	SUTURES ET PLAIES		
BACA008 [F, T, U]	Suture de plaie du sourcil (ZZLP025)	1	23,60
GAJA002 [F, U]	Parage et/ou suture de plaie du nez (ZZLP025)	1	28,28
HAJA003 [F, P, S, U]	Parage et/ou suture de plaie cutanée non transfixiante de lèvre (ZZLP025)	1	21,73
QAJA013 [F, U]	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de la face de moins de 3 cm de grand axe (ZZLP025)	1	31,35
QZJA017 [F, U]	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de 3 cm à 10 cm de grand axe, en dehors de la face (ZZLP025)	1	31,08
	TRAUMATOLOGIE		
MGMP002 [F, T, U]	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation du poignet et/ou de la main <i>À l'exclusion de : confection d'un appareil rigide d'immobilisation des doigts (MHMP005) Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturé (ZZLP025)</i>	1	23,36

	TRAUMATOLOGIE (suite)	Code activité	Tarifs en euros
MZMP001 [F, T, U]	Confection d'une contention souple d'une articulation du membre supérieur <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturé</i>	1	28,80
NGMP002 [F, T, U]	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation de la cheville <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturé</i>	1	27,49
ZDMP014 [F, T, U]	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation antébrachiopalmaire <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturé (ZZLP025)</i>	1	25,23
	AUTRES ACTES		
JDJD001 [F, U]	Evacuation de la vessie par cathétérisme transitoire [Sondage vésical évacuateur]	1	13,69
JDKD002 [F, U]	Changement d'une sonde urétrovésicale	1	12,52
PCLB001	Infiltration de zone déclic [point gachette] par voie transcutanée, pour syndrome myofascial	1	13,73
QZJA009 [F, U]	Evacuation de collection superficielle de la peau, par abord direct <i>(ZZLP025)</i>	1	19,64
QZJB002 [F, U]	Evacuation de collection superficielle et/ou profonde de la peau et des tissus mous, par voie transcutanée sans guidage <i>(ZZLP025)</i>	1	22,43
YYYY010	Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes : ¶ - détresse respiratoire ; ¶ - détresse cardiaque ; ¶ - détresse d'origine allergique ; ¶ - état aigu d'agitation ; ¶ - état de mal comitial ; ¶ - détresse d'origine traumatique. <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec des actes techniques des chapitres 1 à 17</i>	1	48,00
YYYY011	Prise en charge diagnostique et thérapeutique dans le même temps d'une lésion ostéo-articulaire, musculo-tendineuse ou des parties molles d'origine traumatique	1	20,16

Commentaires

↓ Sous le code de l'acte à 7 caractères apparaissent les modificateurs autorisés.

Exemples :

- F** = acte réalisé en urgence un dimanche ou jour férié (19,06 €),
- U** = acte réalisé en urgence par les médecins autres que les omnipraticiens et les pédiatres la nuit entre 20h et 18h,
- P** = acte réalisé en urgence par les pédiatres et omnipraticiens de 20h à 00h ou de 06h à 08h (35 €),
- S** = acte réalisé en urgence par les pédiatres et omnipraticiens de 00h à 06h (40 €),
- T** = acte bilatéral à l'exclusion d'acte bilatéral de chirurgie sur les membres (+ 50 %)

↓ Sous les libellés, apparaissent quelquefois des notes, par exemple, de facturation en caractères italiques, et les codes des actes associés autorisés (ex : ZZLP025 correspond à une anesthésie générale ou locorégionale complémentaire de niveau 1 éventuelle réalisée par un médecin autre que celui pratiquant l'acte).

↓ Le code activité est indispensable pour la facturation. Pour les actes faits par un médecin généraliste, un seul intervenant étant nécessaire, ce code est toujours égal à 1.

↓ En pratique, vous devez donc saisir sur la feuille de soins dans les colonnes ad hoc :

- 1) le code à 7 caractères de l'acte,
- 2) le code activité,
- 3) les modificateurs habituels,
- 4) le montant des honoraires facturés.

Exemple : Parage et/ou suture de plaie du nez (GAJA002 : 28,28 €), un jour férié (+19,06 €)

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)										
dates des actes	codes des actes	ACTIVITE	C.CS ENPSY	NVS WPSY	autres actes (K, CoC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	devis	frai de déplacement		
								ID	IK	
								M.D.	titre	reception
3 1 03 2005	GAJA 002 1				F	47,34				
U, J, M, W, A, A, A, A										
U, J, M, W, A, A, A, A										
U, J, M, W, A, A, A, A										
U, J, M, W, A, A, A, A										
U, J, M, W, A, A, A, A										
REGLEMENT (à remplir par le médecin)										
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)							47,34			

Résumé

Introduction : Peu d'études traitent de la réalisation des actes techniques par les médecins généralistes, alors qu'ils représentent 6 à 13% de leurs consultations.

Objectif : Déterminer le profil des médecins généralistes en soins primaires de Haute-Normandie réalisant des actes techniques.

Méthodologie : Enquête descriptive transversale évaluant la pratique de 22 gestes techniques par auto-questionnaire en ligne, réalisée du 08/02/2013 au 30/03/2013.

Résultats : 119 médecins ont répondu (soit 5% des médecins de Haute Normandie). Les praticiens effectuaient en moyenne 14.2 ± 4.7 gestes techniques sur l'ensemble de la liste proposée. Les trois gestes techniques les plus fréquemment réalisés étaient le retrait de fils de suture ou d'agrafes (95%), l'intradermoréaction à la tuberculine (93%) et l'ablation de bouchon de cérumen (88%). Les facteurs significativement associés à une réalisation plus fréquente d'actes étaient le sexe masculin ($p < 0.001$), l'âge > 54 ans ($p = 0.03$), l'exercice en cabinet de groupes ($p < 0.005$), le statut de maître de stage universitaire ($p < 0.005$) et la distance > 15 minutes par rapport au SAU ($p < 0.005$). Les praticiens exerçant en zone rurale réalisaient plus fréquemment des gestes techniques de petite chirurgie ou de traumatologie ($p < 0.05$). Les groupes n'étaient pas comparables pour la faculté d'origine et l'accès à un spécialiste.

Conclusion : Ces résultats confirment que les gestes techniques font partie intégrante de la pratique de la médecine générale et montrent que leur réalisation est variable d'un praticien à l'autre, en nombre et en type de gestes.

Mots clés : Médecine générale – Gestes techniques – Haute Normandie