UFR de Médecine
UNIVERSITÉ Grenoble Alpes
BIBLIOTHÈQUES UNIVERSITAIRES Grenoble Alpes
UNIVERSITÉ Grenoble Alpes
Grenoble INP

AVERTISSEMENT

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

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

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

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

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année:2017 N°

LES FREINS ET MOTIVATIONS DES MEDECINS GENERALISTES D'ISERE ET DE SAVOIE A LA REALISATION D'ACTES TECHNIQUES COTES PAR LA CCAM : SUTURES, PETITE CHIRURGIE, ET GESTES DE DERMATOLOGIE. ENQUETE QUALITATIVE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES INSTALLES.

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

LECLER ANNE-SOPHIE **DISERBO AMANDINE**

[Données à caractère personnel]

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le 07/06/2017

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : Pr LECCIA Marie-Thérèse.

Membres

Pr CARPENTIER Françoise

Dr KERN Jean-Baptiste

Dr GABOREAU Yoann

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Madame le Professeur LECCIA Marie-Thérèse,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Nous vous remercions pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Veuillez trouver, chère Professeur, l'expression de nos sincères remerciements et de notre plus grand respect.

Madame le Professeur CARPENTIER Françoise,

Vous nous faites l'honneur de siéger dans ce jury. Merci du temps que vous avez consacré à notre travail. Soyez assurée, chère Professeur, de notre reconnaissance et de notre profonde estime.

Monsieur le Docteur KERN Jean-Baptiste,

Merci d'avoir accepté de diriger notre travail et de nous avoir guidés à toutes les étapes. Nous te remercions de l'attention que tu as porté à notre sujet, de ton aide, de ton soutien et du temps que tu as consacré aux relectures. Nous espérons que tu trouveras ici l'expression de toute notre gratitude et notre reconnaissance.

Monsieur le Docteur GABOREAU Yoann,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter d'être membre du jury. Merci pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Recevez l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond respect.

Remerciements

A mes parents que j'affectionne particulièrement. Votre bienveillance et votre amour toutes ces années m'ont poussé à donner le meilleur de moi-même. Merci de me soutenir dans mes projets et d'avoir toujours été là pour moi. Ce soir c'est avec émotion que je vous convie à la fin d'une étape et c'est avec joie que je partagerai les prochaines avec vous.

A mon petit frère Vincent, je suis très fière de toi ! ! Je suis heureuse que tu sois là ce soir et dans les moments importants de ma vie. J'espère que nous continuerons à rire tous les deux, comme deux enfants qui ne vieilliront jamais.

A ma co-thésarde et amie Anne-Sophie avec qui j'ai pris plaisir à travailler. Je suis fière d'avoir mené ce travail avec toi. Ton soutien et ton enthousiasme m'ont énormément apporté. Je te souhaite beaucoup de bonheur pour la suite et j'ai hâte de te retrouver fin 2017 après de beaux voyages sur un continent ou un autre !

A ma Juju,

Merci d'avoir toujours été là au fil de ces années. Tu es comme une sœur pour moi ! Je suis fière que l'on soit amies et j'espère que nous partagerons encore de beaux moments toutes les deux ! Ni la distance, ni le temps ne parviendront à abîmer cette belle amitié.

A ma coloc' Mathilde,

Ma partenaire de voile avec qui j'ai passé tant de bons moments. Merci de m'avoir soutenue et supportée ces dernières semaines ! Ce n'a pas dû être tous les jours facile…! Merci d'être là pour moi ! Hâte de voir jusqu'où notre amitié nous emmènera !

A tous mes amis :

Jonas, Camille, Romain, Arnaud, Tony, Guillaume, JB, Mélina, Philou, Sylvain.

J'ai tellement de chance de vous avoir ! Merci pour tous ces éclats de rires, moments de joies que j'ai passés avec vous ! Je ne m'en lasserai jamais ! Vous êtes ma deuxième famille ! Vous allez me manquer mais je reviendrai vite !!!

A mes anciens co-internes,

Merci à tous pour votre bonne humeur et ces moments de rires ! C'est grâce à vous que j'ai survécu à l'hôpital ces trois dernières années. Vous avez égayé mes différents stages et je vous souhaite à tous le meilleur pour la suite !

A mes anciens maîtres de stage,

Merci pour votre bonne humeur, votre soutien et l'attention que vous m'avez portés ces dernières années. J'ai beaucoup apprécié travailler avec vous et c'est avec plaisir que je le ferai à nouveau.

Enfin, à toi Samuel,

Même si tu n'es pas là ce soir, je te remercie pour le soutien et l'amour que tu me portes. Je suis heureuse que tu fasses partie de ma vie et j'ai hâte de te rejoindre pour partager cette belle aventure ! Pour nous deux, le meilleur est à venir !

A tous ceux qui m'ont aidée dans la rédaction de cette thèse :

- Merci mon Alex pour tes conseils avisés dans le Shinkansen, de me faire découvrir tant de beaux pays, d'être là dans tous les moments.
- Merci Mum et ma Laurette chérie pour votre relecture attentive,

Tu vois ma Laurette, on peut faire une thèse en collant des bouts de papiers à genou !

- Merci Valou et Rom-Rom pour votre bilinguisme et votre aide à l'international !!

Merci à ma co thésarde-interne-amie d'avoir fait cette thèse avec moi. Je ne pensais pas autant rire en travaillant... C'est grâce à toi, ta bonne humeur et ta flexibilité. Merci d'avoir passé tant de temps à cette mise en page. Maintenant que ton vélo est prêt, tu as 6 mois de bonheur et de courbatures devant toi !

A tous mes soutiens :

- A mes parents pour votre soutien infaillible. Merci de m'avoir poussée tout au long de mes études, et pour votre dévouement en toutes circonstances. Vous êtes le pilier qui m'a permis d'aller si loin sans flancher. C'est grâce à vous si j'en suis là aujourd'hui.
- A mon frère chéri qui m'a fait découvrir la médecine et m'a aidée dans les moments les plus durs. Revenez vite profiter de la région, je vous attends de pied ferme avec Capu et Junior !
- A mon grand grand frère qui me pousse tous les jours à me dépasser et à m'ouvrir aux curiosités de la vie.
- A mes grand-parents adorés ! J'espère continuer à pouvoir vous aider et vous soigner longtemps !
- A ma tante qui m'a fait aimer cette si belle région et montré la voie de la médecine générale, merci de m'avoir prise sous ton aile pendant cet internat.

- A ma filleule et sa mère que j'espère guider du mieux que je pourrai dans le domaine médical.

Merci à mes anciens maîtres de stage, vous m'avez fait partager vos connaissances et aimer la médecine générale. J'espère pratiquer une aussi belle médecine plus tard !

Et enfin, merci à tous mes amis *:*

- Adri pour tes conseils rhétoriques et ta présence tout au long de cette thèse ! Merci pour toutes tes attentions, ton amour, et de n'avoir rien lâché.
- Gio et Mich pour votre écoute apaisée et vos rires dans mes moments de panique,
- Lara et Marine, à tous nos déjeuners cette dernière année qui me manquent tant.
- Arthur pour le soutien que tu as apporté à ma co-thésarde . Dommage que la thèse d'Amandine soit le même jour que moi, tu rates une sacrée thèse !
- Davy, je l'aurai passée avant toi finalement !
- VH intemporel et indélocalisable,
- A mon ex-coloc Chambérienne, la plus mignonne, pour tes attentions, ton soutien, et ta fidélité.
- Dysmas pour ton amitié, j'espère que tu t'épanouiras à Marseille,
- A mes petites Parisiennes et mes amis d'externat: Débo, Rachel, Aurélie, Julia, Pauline, Caro, Julien, Azir, Léa. Merci d'être là tout simplement.

COMPOSITION DU JURY

Président du jury : Madame le Professeur LECCIA Marie-Thérèse.

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur KERN Jean-Baptiste

Membres

Madame le Professeur CARPENTIER Françoise

Monsieur le Docteur GABOREAU Yoann

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE 2016-2017

UFR de Médecine
UNIVERSITÉ Grenoble Alpes

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Jean Paul ROMANET**

Année 2016-2017

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

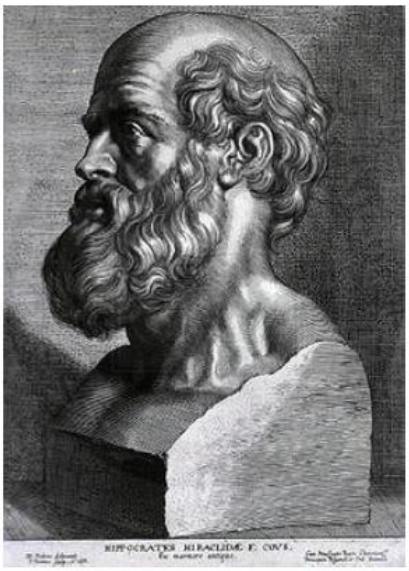
CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie

PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU - PH	LE GOUËLLEC Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie

PU-PH	**POLACK Benoît**	**Hématologie**
PU-PH	**POLOSAN Mircea**	**Psychiatrie d'adultes**
PU-PH	**PONS Jean-Claude**	**Gynécologie obstétrique**
PU-PH	**RAMBEAUD Jacques**	**Urologie**
PU-PH	**RAY Pierre**	**Biologie et médecine du développement et de la reproduction**
PU-PH	**REYT Émile**	**Oto-rhino-laryngologie**
PU-PH	**RIGHINI Christian**	**Oto-rhino-laryngologie**
PU-PH	**ROMANET Jean Paul**	**Ophtalmologie**
PU-PH	**ROSTAING Lionel**	**Néphrologie**
MCU-PH	**ROUSTIT Matthieu**	**Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie**
MCU-PH	**ROUX-BUISSON Nathalie**	**Biochimie, toxicologie et pharmacologie**
MCU-PH	**RUBIO Amandine**	**Pédiatrie**
PU-PH	**SARAGAGLIA Dominique**	**Chirurgie orthopédique et traumatologie**
MCU-PH	**SATRE Véronique**	**Génétique**
PU-PH	**SAUDOU Frédéric**	**Biologie Cellulaire**
PU-PH	**SCHMERBER Sébastien**	**Oto-rhino-laryngologie**
PU-PH	**SCHWEBEL-CANALI Carole**	**Réanimation médicale**
PU-PH	**SCOLAN Virginie**	**Médecine légale et droit de la santé**
MCU-PH	**SEIGNEURIN Arnaud**	**Epidémiologie, économie de la santé et prévention**
PU-PH	**STAHL Jean-Paul**	**Maladies infectieuses, maladies tropicales**
PU-PH	**STANKE Françoise**	**Pharmacologie fondamentale**
MCU-PH	**STASIA Marie-José**	**Biochimie et biologie moléculaire**
PU-PH	**STURM Nathalie**	**Anatomie et cytologie pathologiques**
PU-PH	**TAMISIER Renaud**	**Physiologie**
PU-PH	**TERZI Nicolas**	**Réanimation**
MCU-PH	**TOFFART Anne-Claire**	**Pneumologie**
PU-PH	**TONETTI Jérôme**	**Chirurgie orthopédique et traumatologie**
PU-PH	**TOUSSAINT Bertrand**	**Biochimie et biologie moléculaire**
PU-PH	**VANZETTO Gérald**	**Cardiologie**
PU-PH	**VUILLEZ Jean-Philippe**	**Biophysique et médecine nucléaire**
PU-PH	**WEIL Georges**	**Epidémiologie, économie de la santé et prévention**
PU-PH	**ZAOUI Philippe**	**Néphrologie**
PU-PH	**ZARSKI Jean-Pierre**	**Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie**

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS 2
COMPOSITION DU JURY 7
LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE 2016-2017 8
SERMENT D'HIPPOCRATE 12
SOMMAIRE 13
LISTE DES ABREVIATIONS 14
RESUME 15
ABSTRACT 17
INTRODUCTION 18
MATERIEL ET METHODE 21
RESULTATS 27
DISCUSSION 49
CONCLUSION 64
REFERENCES 67
ANNEXES 70

LISTE DES ABREVIATIONS :

MG : médecin généraliste

DES : Diplôme d'études supérieures

CCAM : classification commune des actes médicaux

NGAP : nomenclature générale des actes professionnels

CNEDIMTS : Commission Nationale d'Évaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé

HAS : Haute Autorité de santé

CEAP : Commission d'Évaluation des Actes Professionnels

ORL : Oto-rhino-laryngologiste

CBC : carcinome basocellulaire

SPC : carcinome spinocellulaire

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

RESUME

Une des principales missions du médecin généraliste est d'assurer un premier recours au patient. L'engorgement des urgences et les difficultés d'accès aux spécialistes tels que les dermatologues ont suggéré que les gestes de petite chirurgie et dermatologie pourraient prendre plus de place dans l'activité du médecin généraliste.

L'objectif principal était de déterminer les freins et motivations des médecins généralistes de Savoie et d'Isère à réaliser les gestes de suture, petite chirurgie et de dermatologie définis et cotés par la CCAM. L'objectif secondaire était de déterminer les facteurs pouvant faciliter leur réalisation.

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été menée auprès de médecins généralistes installés en Savoie et Isère. Un recrutement ciblé a permis d'obtenir une diversité maximale de l'échantillon jusqu'à saturation des données. L'analyse a été effectuée de manière indépendante avec approche inductivo-déductive et réalisation d'un codage ouvert, triangulation des données, codage axial et contextualisation.

Douze entretiens se sont déroulés du 19/11/2016 au 08/03/2017. La réalisation de ces gestes dépendait de la relation et communication entre un médecin généraliste et son patient. Le regard du médecin généraliste sur sa pratique en tant que premier recours et l'influence de ses conditions d'exercice intervenaient dans leurs réalisations. Les expériences personnelles et le parcours des médecins généralistes ont permis de déterminer des facteurs pouvant favoriser leur pratique.

Cette étude contribue à l'amélioration de la prise en charge des patients en explorant des modifications à apporter au système de soins ambulatoire actuel.

Mots-clés :

Médecine générale, actes techniques, freins, motivations, suture, petite chirurgie, dermatologie.

ABSTRACT

General Practitioners (GPs) take part as providers for primary care. Congestion of the emergency rooms and a difficult access to specialists such as dermatologists suggests that GPs should focus more on small surgery practices and dermatology. The main objective was to identify issues and interests for GPs of Savoie and Isère face in performing stitching, small surgeries and dermatology as defined and listed by the Common Classification of Medical Acts. The second objective was to identify factors permitting a GP to work in this area.

A qualitative study was conducted through semi-structured individual interviews with GPs settled in Savoie and Isère. A targeted recruitment resulted in a diverse sample and achieved data saturation. The analysis was carried out independently with an inductivo-deductive approach and an open coding with data triangulation, axial coding and contextualization.

Twelve interviews took place between November 19th,2016 and March 8th ,2017. Results suggested that applying this practice depends on the relationship and the communication between the GP and his patient. GPs opinion on their role as primary care providers and their work conditions were also influencing factors. GPs personal experiences and career paths help determined which considerations could encourage them to perform such acts.

This study helps understand how patients can be better treated by GPs for stitching, small surgeries and dermatology and how the current ambulatory care system can be improved.

Keywords: General Practitioners, Technical acts, issues, interests, performing stitching, small surgeries, dermatology

INTRODUCTION

Certains gestes techniques de suture, petite chirurgie et dermatologie sont théoriquement réalisables par le MG installé en cabinet libéral. Le système de soin actuel connaît depuis plusieurs années un phénomène de saturation. Il existe un engorgement des urgences ainsi qu'un allongement des délais d'obtention de rendez-vous chez certains spécialistes tels que les dermatologues. La prise en charge de nouveaux patients non connus des cabinets semble devenir de plus en plus difficile selon certains MG.

Le statut du généraliste pivot du système de santé et l'évolution démographique médicale ont suggéré que la pratique de la dermatologie et de certains gestes de petite chirurgie risquait de prendre de plus en plus de place dans son activité.

En tant qu'acteur de soins premiers, une des principales compétences du MG est d'assurer au patient la possibilité d'un premier recours, de savoir gérer l'urgence aussi bien diagnostique que thérapeutique.

Tout futur MG est censé avoir été formé durant ses études à la pratique de certains gestes. La compétence décisionnelle spécifique *« exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en soins de premier recours »* est requise dans le bilan de compétence permettant de valider le DES de médecine générale[1].

En 2015 est paru un guide pédagogique sur la sécurité des patients avec pour objectif de *« préparer les étudiants en santé à une pratique sûre sur le lieu de travail »*[2].

Deux catégories de gestes, peu étudiées en Savoie et Isère, ont été retenues pour cette étude :

- Les actes de petite chirurgie : sutures, thrombose hémorroïdaire, panaris, ongles incarnés, corps étranger, kyste et abcès.
- Les actes de dermatologie (biopsie, exérèse cutanée)

Ces deux départements sont connus pour un nombre important de plaies liées aux multiples activités sportives offertes par la région.

Ces gestes ont été choisis pour leur caractère urgent en petite chirurgie et l'utilisation d'un matériel quasi commun (fil de suture, scalpel, anesthésique local).

Le MG utilise le codage selon la CCAM pour évaluer son acte professionnel et percevoir ses honoraires[3]. Ces « actes techniques » sont référencés et soumis à tarification.

– Sutures et petite chirurgie (+M [26,88€] si urgence):
Suture plaie superficielle de la face < 3cm (QAJA013+M) 58,23€
Suture plaie superficielle de la face de 3 à 10 cm (QAJA005+M) 101,33€
Suture plaie superficielle de la face > 10cm (QAJA002+M) 109,83€
Suture plaie superficielle < 3cm (QZJA002+M) 52,4€
Suture plaie superficielle de 3 à 10 cm (QZJA017+M) 78,64€
Parage-Suture plaie superficielle >10cm (QZJA015+M) 88,56€
Incision ou excision d'un panaris superficiel (MJPA010) 38,29€
Excision d'une thrombose hémorroïdaire (EGFA007) 62,7€

– Dermatologie :
Exérèse d'un naevus ou tumeur maligne < 5 cm² (QZFA036 + FSD) 68,80€
Ablation d'un corps étranger superficiel de la peau visage ou mains (QAGA003) 47,5€
Biopsie dermoépidermique, par abord direct (CS+QZHA001/2) 33,28€
Biopsie tissus sous cutanés susfasciaux par abord direct (CS+QZHA005/2) 35,76€

L'engorgement des urgences et l'accès de plus en plus difficile à certains spécialistes ont motivé ce travail de recherche sur les raisons de la réalisation ou non de ces gestes par le MG. Le but était l'amélioration du système de soin ambulatoire sur l'organisation de ces actes en secteur libéral.

Peu de travaux ont été menés de manière qualitative pour identifier les freins ou motivations sur les actes de suture-petite chirurgie et dermatologie. Aucun n'a été mené en Isère ni Savoie.
Cette approche a permis d'appréhender les facteurs objectifs et subjectifs de la réalisation de ces gestes en allant à la découverte des MG de ces deux départements.

L'objectif principal de l'étude était de déterminer les freins et motivations des MG de Savoie et d'Isère à réaliser les actes techniques de suture, petite chirurgie et de dermatologie tels que définis et cotés par la CCAM.

Un objectif secondaire était de déterminer les facteurs qui pourraient faciliter la réalisation de ces actes.

MATERIEL ET METHODE

JUSTIFICATION CHOIX DES ACTES TECHNIQUES

Dermatologie et petite chirurgie :

Au 1er janvier 2016, le tableau de l'Ordre recensait une diminution de 8,4% des effectifs de MG en activité régulière depuis 2007. A contrario pour les autres spécialités une augmentation de 7%.

Toutefois quelques spécialités seraient en souffrance :

- La dermatologie avec une baisse significative de leurs effectifs sur la période 2007-2016(-9% en moyenne et atteignant -16.9% en Isère et -11.8% en Savoie, cf. annexe 7).
- La chirurgie générale et l'ORL.

Pour la dermatologie le mode d'exercice est lui aussi en évolution. Au 1er janvier 2016 l'ordre recensait une activité libérale à 62% des dermatologues de France. En revanche les nouveaux dermatologues inscrits à l'ordre ont une activité salariée pour 67% d'entre eux contre seulement 14% des effectifs inscrits en libéral.

La région Auvergne Rhône-Alpes connaît une baisse de 9.8% des effectifs libéraux entre 2007-2016. L'âge moyen des dermatologues était de 52.1 ans.

La tendance prédictive d'ici 2025 serait à la raréfaction de certaines spécialités telles que la dermatologie et la médecine générale avec une estimation de perte d'un MG sur quatre[4].

Ce constat questionne le MG sur ses besoins d'adaptation futurs pour l'organisation de ces gestes.

Actes de suture :

Le site de la CCAM permet de retrouver la cotation d'un acte mais aussi de retrouver les actes les plus fréquemment cotés par spécialité. La CCAM a donc établi une liste des 50 actes les plus fréquents en médecine générale.

Le paradoxe entre les actes de sutures retrouvés parmi cette liste et un recours grandissant aux urgences des patients pour la prise en charge de suture était soulevé [3].

24eme position : QZJA002 : Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de moins de 3 cm de grand axe, en dehors de la face
28eme position : QZJA017 : Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de 3 cm à 10 cm de grand axe, en dehors de la face
30eme position : QAJA013 : Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de la face de moins de 3 cm de grand axe
31eme position : QCJA001 : Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la main

43eme position : QZJA012 : Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de 3 cm à 10 cm de grand axe, en dehors de la face et de la main

CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE ET ECHANTILLONNAGE:

Une étude qualitative a été menée du 19/11/2016 au 08/03/2017 auprès de MG installés de Savoie et d'Isère âgés de 33 ans à 60 ans.
Les sujets ont été inclus dans cette étude sur la base du volontariat. Ont été exclus les médecins non thésés ou ayant une activité de remplacement.

Un échantillonnage ciblé non probabiliste a été effectué dans le but d'obtenir une diversité maximale de cet échantillon :

- Mode d'exercice différent : exercice seul ou en groupe
- Milieu d'exercice différent : urbain, rural
- Caractéristiques sociales différentes : sexe et âge

Le mode d'accès à ces informations s'est effectué de deux façons :

- Accès direct : contact téléphonique via annuaire ou connaissances personnelles. Recueil des caractéristiques des différents praticiens pour s'assurer de la diversification des inclusions de l'étude.
- Accès indirect par un « effet boule de neige » pour inclure les sujets aux caractéristiques socio-démographiques manquantes.

RECUEIL DES INFORMATIONS ET RETRANSCRIPTIONS :

Un guide d'entretien a été élaboré d'après les données issues de la littérature. Il comprenait :

- Une présentation des investigateurs et de l'étude
- Le recueil des caractéristiques des sujets inclus
- Des questions explorant la pratique de ces gestes, leurs réticences, leurs motivations. La place de ces gestes dans leur pratique courante et les facteurs favorisant leur réalisation ont été également explorés.

Des entretiens individuels semi dirigés ont été menés par l'une ou l'autre des deux enquêtrices. Les enregistrements vocaux du verbatim ont été effectués par smartphone ou dictaphone. Une stratégie d'écoute et d'intervention avec reformulations et relances a permis d'obtenir l'information la plus riche possible.

Le guide d'entretien a d'abord été testé puis enrichi et modifié au cours de l'enquête et des différents entretiens.
Une fiche d'information a été remise à chaque participant ainsi qu'un contact mail pour pouvoir intervenir sur leurs déclarations.
Les feuilles de consentement ont été conservées sous format manuscrit au domicile des investigateurs.

Les enregistrements vocaux des entretiens et données socio-épidémiologiques ont été conservés sur un disque dur externe dans un bureau fermé à clef, jusqu'à

retranscription écrite et destruction secondaire. L'anonymat des volontaires de l'étude était garanti.

Une déclaration simplifiée à la commission nationale d'information et des libertés (CNIL) a été effectuée le 14/11/2016 auprès du correspondant CNIL de l'université Grenoble Alpes.

ANALYSE ET CODAGE DES DONNEES

Pour ce travail a été utilisée une méthode d'analyse qualitative. Cette méthode issue des sciences humaines a accru la capacité des chercheurs à appréhender la complexité des comportements et phénomènes sociaux dans leur milieu naturel. Les approches qualitatives et quantitatives ne sont pas en concurrence mais répondent à des problématiques différentes. Une approche qualitative recherche une hypothèse ou aboutit à une classification qui pourra ensuite être explorée de manière quantitative.

Il s'agit d'une technique d'analyse par une approche inductivo-déductive et théorisation ancrée.

Les verbatims ont été analysés manuellement par les deux enquêtrices de manière indépendante avec réalisation d'un codage ouvert et d'une triangulation des données. Une prolongation secondaire de l'analyse par un codage axial et contextualisation ont été réalisées.

RESULTATS

DEROULE DE L'ETUDE ET CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

Douze entretiens semi dirigés se sont déroulés entre le 19/11/2016 et 08/03/2017.

Les âges extrêmes des médecins généralistes interrogés étaient de 33 ans à 60 ans.

La durée des entretiens était comprise entre 17 min et 37min.

La saturation a été atteinte au 11ème entretien. Un 12ème entretien a été réalisé pour la confirmer.

N° ESD	SUTURE	PETITE CHIRURGIE					DERMATOLOGIE	MODE D EXERCICE (rural, semi rural, urbain) /département	SEXE (H =homme / F=femme) AGE	ORGANISATION CABINET (seul, groupe, maison de santé)
		panaris	Ongle incarné	Thrombose hémorroïdaire	Abcès, kyste	Corps étranger				
1	Oui	oui	Oui, puis arrêt	oui	oui	non	non	Urbain Isère	H 60a	seul
2	Oui +/- au steristrip	non	Non	non	non	non	non	Urbain Isère	F 55a	seule
3	oui	oui	Oui aux urgences	Oui aux urgences	Oui abcès, non kyste	Oui si superficiel	non	semi-rural Isère	H 40a	groupe
4	oui	oui	Oui	oui	oui	oui	non	Rural Savoie	F 55a	seule
5	oui	oui	Superficiellement	Oui, puis arrêt	oui	?	oui	Rural Isère	H 40a	groupe
6	Oui +/- sans demande	non	Non	non	non	non	non	Urbain Isère	F 34a	groupe
7	Oui +/- pas de demande	non	Non	non	non	non	non	Rural Savoie	H 33a	seul
8	Oui	oui	Oui	?	oui	?	oui	Urbain Isère	H 44a	groupe
9	oui	?	Non ne fait plus	oui	?	?	oui	Semi-rural Isère	H 52a	groupe
10	oui	oui	Non	oui	oui	?	non	Montagne Isère	F 40a	groupe
11	oui	oui	Non	?	oui	?	oui	Rural Isère	H 52a	Maison de santé
12	oui	oui	Oui	oui	oui	?	Non, stop	Urbain Savoie	F 59a	groupe

ANALYSES DES RESULTATS

Douze MG ont été interrogés à propos de leurs freins et motivations à réaliser les actes de suture, petite chirurgie et dermatologie en cabinet. Ils sont abordés de la manière suivante (cf annexe 3) :

- Impact de la relation et communication médecin/ malade
- Le regard du médecin généraliste sur la pratique de ces gestes (1er recours et accès au réseau secondaire)
- L'influence des conditions d'exercice
- Approche plus globale du MG avec analyse de leurs comportements, apprentissages et réponses aux événements vécus.
- Facteurs pouvant favoriser la réalisation de ces actes

1. Impact de la relation et communication médecin/malade

1.1. Primum non nocere

1.1.1. Ne pas mettre son patient en danger

Ne pas nuire au patient, ni l'exposer à un risque en réalisant le geste.

1.1.2. Ne pas faire mal

La peur de faire mal au patient ou la mauvaise gestion de la douleur étaient évoquées. D'autre part la vision de la douleur par le patient a changé. Devenue moins tolérable elle a entraîné une certaine réticence du geste.

(« Mais maintenant tout est compliqué, tout ![…] Aujourd'hui les gens sont plus… faut pas avoir mal […] Je trouve que l'approche n'est plus la même !» MG12 ; L113-116).

Un cas particulier concernait l'enfant. Sa prise en charge face à la douleur et l'anesthésie par les MG prenait beaucoup de temps. Différents comportements ont été observés :

- Pas de prise en charge de certains gestes chez l'enfant par crainte de lui faire mal.
- Réticence face à l'opposition et au temps consacré à calmer l'enfant.
- Accepter le geste pour rassurer l'enfant, diminuer le côté anxiogène du geste et des urgences.

(« *Si le gamin il est inexaminable, qu'il se met à bouger dans tous les sens. Qu'on n'arrive à rien en faire, là j'ai pas trop le choix*. » MG3 ; L34-35).

(« *Et je vois pour les enfants […] ils sont super rassurés que ça soit nous qui le fassions, plutôt que d'aller aux urgences, y'a un côté dramatique »* MG9; L42-44).

1.1.3. Peur des complications

Il y avait une gêne par rapport au saignement ou une crainte de la surinfection.

(« moi je fais pas ça, d'abord ça fout du sang partout » MG2 ; L231)

(« *dans les résections d'ongle incarné, quand je coupais, des fois il restait un morceau d'ongle et y'avait une infection derrière [...] Oui ça m'a un peu freiné »* MG1 ; L244-245).

A l'inverse, ceux pratiquant régulièrement ces gestes rapportaient la faible survenue de surinfection en cabinet, avec poursuite de la réalisation du geste.

(« *Alors la surinfection, des fois sur le plan de l'asepsie on n'est pas bon. Et paradoxalement on n'a jamais eu de souci. C'est lié à notre environnement. On n'est pas un couloir d'hôpital ici. Je pense qu'il y a beaucoup moins de possibilité de sepsis. J'ai jamais eu de surinfection sur*

une suture, même dégueulasse. Je dis pas que ça m'arrivera pas un jour, mais ça m'est jamais arrivé. » MG11 ; L170-173).

1.1.4. Crainte de l'erreur diagnostique en dermatologie

La peur de nuire suite à une erreur diagnostique était évoquée. Cette crainte était en lien avec une méconnaissance des modalités de prélèvement histologique et des difficultés à interpréter les résultats anatomopathologiques. Il y avait le risque de poser une mauvaise indication avec atteinte au corps du patient inutile.

(« Parce que je suis pas... Je connais pas toutes les formes anapath, les marges qui correspondent avec. Si t'es en zone saine, pas en zone saine, en fonction de l'histo. […] Je peux pas être partout » MG3 ;L227-229).

La crainte d'une dérive financière avec indication par excès était soulevée.

(« *Et après faire attention aussi que ce ne soit pas les généralistes qui deviennent des dermatos. Parce que après il y en a surtout qui vont faire de l'acte dermato pour faire des actes mieux revalorisés que la consultation […] il peut toujours y avoir des dérives et moi c'est surtout ça qui me fait peur […] j'en ai vu en tout cas ! »* MG4 ; L194-199)

1.1.5. Peur du préjudice esthétique et fonctionnel

Ceux pratiquant peu les gestes de sutures craignaient d'induire un préjudice esthétique ou fonctionnel (risque induit par la prise en charge des plaies de la main chez des patients très manuels).

(« *Je me dis, si je rate le truc, ça fait une cicatrice moche [rires], enfin tu vois... »* MG10 ; L134)

(« *Parce que c'est très technique, et risqué, un tendon qui pète, un doigt qui marche plus, ici ils bossent tous avec leur main tu sais. » MG4 ; L151-152)*

Au contraire ceux réalisant les gestes avec une plus grande fréquence

considéraient leur travail aussi satisfaisant que celui de leurs autres confrères spécialistes.

(« y'avait un jeune qui s'était fait une plaie énorme, profonde. Donc j'avais fait des points. Plusieurs types de points, des sous cutanés, des blair donati parce que c'était des grosses plaies. Et le truc il est, franchement, parfait. C'était génial. Donc voilà, t'as fait un travail niquel. » MG 10 ; L214-217)

La profondeur, la taille et la localisation de la lésion pouvaient freiner la réalisation du geste.

(« Ba c'est.... [Hésite] Après ça dépend desquelles. Moi typiquement, sur le menton, une arcade sourcilière, le cuir chevelu, voilà, on est plutôt là-dessus. C'est sûr que si j'ai un doute sur une lésion du canal lacrymal, sur une lésion de la paupière, sur des choses comme ça... Là je vais être plus embêté, là je vais relayer la main. Voilà quoi. Ça dépend si y'a un gros lambeau ou quoi. » MG3 ; L22-25).

1.2. Satisfaire son patient

Être satisfait de sa pratique en quittant son travail et satisfaire son patient était essentiel.

(« Une thrombose hémorroïdaire, le mec il sort il est content, il va mieux » MG1 ; L128).

1.2.1 Rendre service

Être présent pour le patient était important pour le MG. Rendre service, permettre une prise en charge rapide de la douleur, primaient sur la mise en difficulté, le retard et la gestion du stress.

1.2.2 Peur du mécontentement de son patient

A l'inverse, le mécontentement du patient freinait la pratique.

(« *C'est sûr que si on se prend une volée de bois vert par un patient sur des conséquences esthétiques ou une surinfection de plaie, ou je sais pas comme autre conséquence qu'on n'avait pas imaginé, pas souhaité. Je pense que ça peut refroidir beaucoup la pratique future sur ces actes-là* » MG5 ; L222-224)

1.3. Une relation de confiance médecin/malade *?*

1.3.1. Le risque médico-légal

La réalisation de l'acte dépendait du ressenti avec le patient et de son aptitude à pouvoir se fier à lui. Le geste était proposé à des patients en qui le MG avait confiance.

(« et puis de manière très peu déontologique, quand j'ai des patients où je sais qu'ils sont compliqués, je botte en touche. Mais c'est une activité que je propose qu'à des patients que je connais. C'est pas à des patients de passage. Je pense qu'il faut un lien de confiance pour… » MG11 ; L83-85)

L'acte était moins proposé à des patients de passage, jugés à haut risque procédurier, sans suivi du geste possible. Il ne l'était pas non plus si le patient était jugé compliqué à gérer pour les suites.

(« *Tiens, une fois, y 'en a une qui se plante en luge. Elle s'ouvre la lèvre. Quand j'arrive au poste de secours, elle me dit « je vous préviens si j'ai une cicatrice je porte plainte ». Qu'est-ce que tu veux faire avec ça ! Ok moi je fais pas ! Vous allez aller aux urgences ! »* MG4 ; L134-136)

1.3.2 Informer son patient

La communication et l'information sur les complications du geste diminuaient le risque de plainte.

2. Regard du MG sur la pratique de ces gestes

2.1. Une mission du MG : 1er recours

Le MG étant au cœur du système de soin actuel, ceux qui réalisaient les gestes se considéraient légitimes en tant que premier recours.

(« C'est notre rôle de médecin généraliste ces gestes-là ! […] On apprend ça à la faculté !» MG8 ; L20)

(« même si on fait des gestes techniques, […] si on a un doute […] on demande au [dermatologue], médecin de second recours […], on est bien dans une organisation normale de la médecine générale.» MG8 ; L131-133).

2.2. Éviter un recours aux urgences

2.2.1. Désengorger les urgences et diminuer les coûts

La prise en charge au cabinet évitait ce recours aux urgences. Elle supprimait des frais de transport inutiles aux patients et à la société.

*(« Aux urgences, je pense qu'ils ont d'autres choses à faire que... Moi je râlais assez sur les médecins qui faisaient pas ces points alors que c'est simple. »*MG3 ; L33-34)

(« Ça *coûte beaucoup plus cher à la société aussi. […] tu payes le transport […] Après t'arrives en bas c'est prise en charge hospitalière, ça coûte plus cher qu'un point de suture ici. »* MG10 ; L219-223)

2.2.2. Éviter un long trajet

Les patients n'avaient pas à se déplacer aux urgences ni à effectuer un long trajet ni attendre plusieurs heures avant la prise en charge.

2.3. Dermatologie et actes de petite chirurgie : le rôle des autres spécialistes *?*

2.3.1. La dermatologie : pas le rôle du MG ?

Les MG sont libres de leur pratique. Pour certains cela ne devrait pas faire partie de l'activité d'un MG, considérant que vouloir tout faire n'est pas possible. Pour autant les MG qui se sentant compétents en gestes dermatologiques n'évoquaient pas de manque de légitimité à les pratiquer.

(« A partir du moment où on considère avoir un niveau de compétence suffisant pour poser un diagnostic, ou une indication de faire une exérèse, une biopsie, on peut poser cette indication. Et après techniquement, si on se sent de le faire […] y a pas de problème déontologique à ce qu'on le fasse. » MG 8 ; L104-109)

2.3.2. Déléguer tout ce qui n'est pas urgent, ne relevant pas d'un premier recours

S'il ne s'agissait pas d'une prise en charge urgente et immédiate, le geste était délégué.

(« *Moi je fais pas ça parce que c'est pas de l'urgence. La suture je fais parce que ça dépanne, c'est de l'urgence, ça décharge. Maintenant je trouve chacun son travail, les spino, baso, c'est pas urgent, c'est au spécialiste de le faire. »* MG10 ; L72-74)

2.3.3. Pourquoi le faire si les autres spécialistes ne le font plus ?

La conduite des MG était influencée par leurs confrères dermatologues ne pratiquant plus non plus certains de ces actes.

(« Ça *a tellement évolué […] Mais aujourd'hui, ils le font plus les dermato. C'est rare quand ils le font ! […] Mais le reste, ils envoient direct chez le chirurgien maintenant »* MG12 ; L97-99)

2.3.4. Mise en garde des autres spécialistes

Des MG ont été mis en garde par leurs confrères. Le risque d'erreur en dermatologie ou en chirurgie de la main freinait leur réalisation.

(« Ils me disaient, t'amuses pas à ça, c'est tellement casse gueule, le nombre de fois où nous on est faussement rassurant» MG3 ; L373-374) (« *Donc ils nous ont conseillé surtout d'éviter de faire la main le plus possible* » MG10 ; L163)

2.3.5. Nécessité d'avoir un bon réseau !

Si les MG avaient un réseau de correspondants accessible et réactif, ils ne réalisaient pas les gestes. Ils n'en ressentaient pas le besoin ni pour eux ni pour leur patient. Avoir un réseau secondaire trop disponible n'incitait pas à faire le geste.

(« Je ne sais pas ce que je gagne comme temps. Pour le patient. Parce que en fait voilà, ma question c'est est ce que c'est un plus que j'apporte ? Là je suis pas sûr. Parce que vu que j'ai un accès aux dermato relativement facilement » MG3 ; L199-201)

La possibilité de se former et de faire le geste était évoquée si l'accès aux spécialistes devenait plus complexe.

(« *Là sur XXX, vous avez deux dermatos. Une qui est injoignable, l'autre qui ne prend pas de nouveau patient, qui part à la retraite dans 6 mois. Si vous appelez autour, il y a 4-5 mois d'attente* .» MG7 ; L124-126)

(« *Si ça devenait bien plus compliqué à cause des départs en retraite, si j'arrivais plus à avoir quoi que ce soit, peut être que là je me remettrais un peu dans les bouquins, je m'y replongerais, et je le ferais.* »MG3 ; L230-232)

Pouvoir prendre en charge plus rapidement le patient motivait les MG pour répondre au manque de dermatologues. Il y avait la volonté de décharger les agendas des confrères pour des indications jugées de leur compétence.

(« Je leur dis, il faut faire une exérèse et une analyse. Je peux vous le faire, ou vous pouvez voir le dermato. 9 fois sur 10, ils me disent, ah ba tiens, puisque vous le faites, y'a pas de souci. Et donc c'est bénéfique parce que c'est plus vite géré » MG9 ; L49-150).

3. Influence des conditions d'exercice

3.1. Une organisation initiale

3.1.1. Importance du lieu d'installation

L'installation dans des zones moins isolées avec un réseau secondaire facilement accessible permettait d'éviter la réalisation du geste.

(« J*e ne cherche pas plus à en faire que ça. J'en fais, j'en fais pas, c'est pareil quoi. Je serais en semi rural, j'en ferais peut-être* » MG6 ; L38-39 / *« C'est toujours pareil, on a des spécialistes à côté [rires], les gens traversent la rue, ils y vont à pied quoi* »MG6 ; L230-232) *(« Bah c'est à dire que moi je suis arrivée ici il y a 13 ans […] On est en zone isolée. Ça fait partie de la pratique ici. On se pose même pas la question »* MG10 ; L56)

3.1.2 Influence du tourisme

L'Isère et la Savoie sont des départements soumis à une activité particulière rythmée par les saisons et les activités plein air. En saison touristique certains cabinets de montagne sont obligés de modifier leur activité devant une forte demande en traumatologie. Ils déléguaient les gestes de dermatologie par manque de temps.

3.1.3 La pratique du prédécesseur

La poursuite de la réalisation des gestes était motivée par la pratique du médecin anciennement installé.

(« *Et puis finalement je me suis installé ici et pas dans la grande campagne. Mais quand même les médecins généralistes faisaient à l'époque les actes. Ça m'a paru très intéressant de continuer à faire ça. Et très utile* » MG9 ; L165-167)

3.1.4 Les gestes : seul ou en groupe ?

Être seul en cabinet freinait la réalisation du geste mais ne l'empêchait pas complètement.

(« A*près, le fait que je sois seule en cabinet ça peut être un frein. C'est surtout ça parce que quand on se débrouille avec tout et tout seul, ça peut être vite compliqué s'il arrive un problème […] et pour autant ça ne l'est pas en effet. Je peux toujours appeler quelqu'un dans la salle d'attente, il m'aide !* » MG4 ; L68-72).

3.2. La gestion du matériel

L'organisation du cabinet et la gestion du matériel avaient un retentissement sur la réalisation des gestes.

3.2.1 Un cabinet non adapté

Le cabinet de certains MG n'était pas un endroit considéré comme adapté pour pratiquer des gestes.

(« Il faut l'anticiper, prévoir le matériel, prévoir la salle, prévoir l'asepsie, le nettoyage après, jeter» MG2 ; L204-205)

3.2.2 Problème de l'achat du matériel

Gérer son matériel apparaissait difficile. Le temps passé à s'en procurer était trop important avec une gêne vis-à-vis du manque d'utilisation et la date de péremption précoce.

(« Il faut acheter les plateaux de sutures, le matériel de suture. Rien que ça, de faire les courses, pour avoir un cabinet équipé, et de vérifier que tout est à jour, tout ça... Je ne prends plus, je n'ai plus le temps » MG2 ; L32-34)

3.2.3 Un investissement !

Le coût du matériel était considéré trop cher par rapport à la rémunération de l'acte lui-même.

3.2.4 Frein lié au matériel d'anesthésie

Pour la pratique de l'anesthésie locale il était question de l'investissement et de la mise à disposition de matériel de réanimation au cabinet.

Certains ont pris le parti de ne pas réaliser d'anesthésie locale donc de ne pas réaliser certains actes.

Ceux ayant investi reconnaissaient que la faible fréquence de réalisation de l'acte pouvait constituer un frein.

La peur de ne pas savoir réanimer freinait la pratique.

(« *Alors certains fantasment sur l'obligation d'avoir de l'oxygène, un défibrillateur etc. Euh faut remettre les choses à leur place, il suffit juste de faire une exérèse sous anesthésie locale et y a des milliers de dentistes qui font des petites chirurgies avec anesthésie locale, et voilà. Je suis pas sûr qu'en terme de réanimation d'un patient, un dermatologue soit plus compétent qu'un médecin généraliste…»* MG8 ; L109-113).

3.2.5 Problème du prélèvement dermatologique

Ceux ne réalisant pas de biopsie-exérèse exprimaient une méconnaissance voire des difficultés organisationnelles sur les modalités de prélèvement et d'envoi du matériel histologique. Ils manquaient d'information à ce sujet.

(« Ben voilà exactement, à qui envoyer ? Comment ? […] On n'est pas du tout interpellé pour ça » MG2 ; L142-144).

3.3. Organisation du temps de travail

3.3.1. Gérer l'imprévu

La gestion de l'imprévu, le retard induit par la réalisation du geste et le manque de temps représentaient des difficultés. Il y avait un retentissement sur la vie privée mal accepté avec des sorties tardives du cabinet.

3.3.2. Les consultations sur RDV

Le fonctionnement sur rendez-vous était un obstacle pour les actes urgents. Les patients ayant pris rendez-vous étaient mécontents du retard.

(« Tu vois mon planning il n'est pas plein du matin au soir. J'ai des tranches horaires pour les urgences […] Quand j'ai remplacé à l'époque en cabinet de médecine générale. Mais c'est pas possible. Ou alors ça te met dans le jus et tu finis 2h plus tard […] plus rendre mécontents les gens qui avaient pris rendez-vous. Enfin, tu vois, c'est compliqué à gérer après. [imite la voix d'une patiente] Mais moi j'avais rendez-vous ! Comment ça se fait que... ?!» MG10 ; L237-245).

3.4. Et l'aspect financier ?

L'absence de rentabilité du geste et la complexité de la cotation par rapport au temps passé n'étaient pas motivantes. Mais ce frein restait secondaire face au risque de complications.

(« Et le deuxième frein c'est quand même la complexité de la cotation. Si on passe 10-15 minutes à suturer la personne et qu'on passe 5-10 minutes à essayer de trouver la cotation, c'est pas très cool. » MG9 ; L64-66)

(« Donc, euh, un geste comme ça, je sais pas combien c'est coté ? Allez, 70-80 euros. Mais bon, c'est pas ça qui va changer, d'un point de vue financier, qui va changer grand-chose pour le médecin du coup. Je pense que y en a beaucoup qui craignent un peu les complications » MG7 ; L158-161)

4. Approche globale du MG : vécu du geste

4.1. Plaisir du geste

Les MG insistaient sur la notion de plaisir du métier et l'importance d'une activité riche, plaisante, et variée.

(« *Un petit acte de chirurgie […] c'est un côté pratique, technique qui vraiment me change du côté cérébral pur »* MG5 ; L79-80).

4.1.1 Diversifier son activité et lutter contre l'épuisement professionnel

Varier son activité avec la pratique de ces gestes permettait de lutter contre la routine et le risque d'épuisement professionnel.

(« *Et puis moi je trouve ça sympa de faire une belle suture […] L'intérêt de la médecine générale c'est quand même sa diversité. Si tu passes à côté... Si c'est pour pleurer et geindre sans arrêt parce que la consult est à 23€, ça n'a pas d'intérêt. Et ça va durer un moment ! »* MG11 ; L282-285)

4.1.2 Transmettre son savoir et maintenir ses acquis

La pratique de ces gestes permettait d'entretenir ce qui avait été appris. La transmission des connaissances était motivante.

(« *Et je reconvoque le patient un jour donné. Le plus souvent j'essaie de le mettre sur la présence de l'interne pour qu'on soit à 4 mains et que l'interne voit les actes de petite chirurgie dans le cadre de la formation* » MG5 ; L20-22).

4.2. Confiance en soi, confiance en sa pratique

De l'avis des médecins pratiquant les gestes, il était important d'avoir confiance en soi. Dans le cas contraire, sortir de sa zone de confort et se lancer était difficile.

Bien connaître ses limites, savoir dire non au patient, ne pas avoir eu de mauvaise expérience, ni de mauvais retour : ces notions intervenaient également dans la réalisation et la poursuite des gestes.

(*« Heureusement ça saignait pas trop et le patient était pas doudouille donc ça m'a aidé à poursuivre. Mais plusieurs fois je me suis dit ouuuh. Ouais globalement faut pas être trop pétochard. Faut avoir confiance en soi et pas se poser 10000 questions. Faut y aller. Après c'est là que le côté positif des actes de petites chirurgies passées qui se sont bien passées, ça te renforce dans la capacité de te dire allez je continue, de toute façon je sais faire »* MG5 ; L243-248)

(« Non, jamais eu de gros soucis. Les choses quand je ne les sens pas, je ne les fais pas. Même si le patient insiste ! Je vais lui dire non je ne fais pas quoi. » MG4 ; L110-111)

Enfin, les médecins ne réalisant par les gestes soulevaient parfois un doute sur leur confiance en eux.

(« En fait je pense que je suis un petit peu frileux quand même à la base » MG3 ; L259)

(« Ce sera mieux fait qu'avec moi [rires] » MG6 ; L71)

4.3. Choix de sa pratique

4.3.1. Les goûts et les couleurs ça ne se discute pas !

La formation et la pratique du geste variaient selon les goûts et le parcours personnel. Certains exprimaient un réel manque d'intérêt, voire un dégoût du geste.

4.3.2 Un manque de formation initiale ?

Certains MG n'avaient jamais vu réaliser les gestes en question et s'estimaient insuffisamment formés et peu compétents.

(« ça dépend un peu où on tombe en stage de médecine générale […] j'ai pas le sentiment d'avoir eu de formation petite chirurgie en cabinet » MG6 ; L87-89) *(« Après oui tout ce qui est exérèse de naevus et biopsie cutanée je ne fais pas parce que tout simplement je ne sais pas faire ; j'ai pas la formation pour. »* MG4 ; L50-51)

4.3.3 Se former ultérieurement ?

Se former pour le geste chez un confrère spécialiste semblait difficile suite à la perte financière estimée par certains MG par la fermeture du cabinet. Trouver un remplaçant pour ne pas laisser seuls les patients était difficile.

4.3.4 Pourquoi déléguer ?

Les mauvaises expériences personnelles freinaient la poursuite des gestes. D'autres trouvaient plus facile d'adresser au confrère : écrire un courrier étant plus rapide que faire l'acte.

(«*Tu sais, j'ouvre mon parapluie ! J'ai eu deux plaintes sans faire aucune erreur. Donc maintenant, c'est vrai que j'ai la trouille. Je fais gaffe*. » MG12 ; L101-102)

5. Facteurs pouvant favoriser la réalisation des actes

5.1. Une meilleure formation initiale orientée

Les MG trouvaient que l'apprentissage des gestes pendant la formation initiale était peu encadré. La formation initiale pourrait être améliorée en insistant sur la confiance en sa pratique.

Les MG pensaient qu'il y avait plus d'intérêt à être formé à la dermatologie plutôt qu'à la petite chirurgie. Un avis en dermatologie était plus long à avoir que pour la petite chirurgie.

(« Parce que finalement à l'hôpital t'apprends pas vraiment. On te dit vas y, tu vas faire la suture, et puis après tu te démerdes quoi [rires]. Tu fais comme tu peux. Et Dr X [son collègue] m'a vraiment donné les techniques.» MG10 ; L.201-202)

(« Parce que je pense c'est plus facile de voir le chirurgien, même si vous passez aux urgences, pour un problème d'ongle incarné ou hémorroïdaire. La prise en charge elle est rapide, et on va pas vous envoyer en consultation dans 4 mois. Alors que les dermatos, ben, il en manque, et y a beaucoup d'attente » MG7 ; L186-190 »)

5.2. Aspect matériel et financier

5.2.1 Revaloriser l'acte et simplifier la cotation

Certains médecins pensaient qu'une revalorisation de la cotation serait motivante. Alors qu'il n'y aurait pas d'effet incitatif sur un MG ne voulant pas pratiquer de geste.

(« De toute façon faut pas se leurrer, le libéral, quand tu mets la carotte au bout du bâton, les gens se forment et se disent, tiens, ça vaut le coup. » MG5 ; L164-166 […] *« Ça peut être une bonne chose pour que les gens qui le font déjà le fassent plus, mais ça ne fera pas démarrer des gens qui ne le faisaient pas »* MG5 ; L314-316).

Une demande d'évolution de la législation sur l'approvisionnement par les patients était suggérée.

(« Le matériel à la limite, il faudrait savoir si on peut se faire ramener le matériel ? […] ça il faudrait peut être que ça évolue quand même.» MG4 ; L177-180)

5.2.2 Faciliter l'accès au matériel

Les MG réalisaient plus volontiers certains gestes en garde ou à l'hôpital avec du matériel plus facilement accessible.

Avoir une aide humaine (secrétaire, infirmière...) facilitait le réapprovisionnement des stocks.

5.3. Conditions d'exercice

5.3.1. Travailler seul ou en groupe

Être seul était un frein reconnu par les médecins. En revanche, définir l'impact de l'exercice en groupe était difficile.

Il y avait plusieurs situations :

- Celle où l'association permettait un investissement commun de matériel.
- Celle où l'exercice en commun n'avait pas été facilitant pour réaliser ces gestes.
- Celle où la non-réalisation du geste par ses associés influençait sa propre pratique.

5.3.2 Accepter de faire l'acte s'il est peu fréquent ou que c'est rapide

(« Voilà j'ai pas une activité qui déborde à cause de ça. Donc j'accepte » MG3 ; L43)

Les gestes dermatologiques ne prenaient pas beaucoup de temps s'ils étaient

programmés. Il y avait l'avantage d'un seul motif de consultation contre 2 ou 3 par consultation classique.

(« Après au niveau du temps, bah j'organise. Après une biopsie ou une exérèse cutanée, le patient il vient que pour ça. Alors qu'autrement, les consultations de médecine générale elles ont en moyenne 2 ou 3 sujets. Finalement le patient il sait pourquoi il vient. Il arrive, on se dit bonjour, il se défait, je sors le matériel, je lui fais son truc, j'envoie à l'anapath. Ça prend 20-25 minutes, comme une consultation normale pour moi.» MG9 ; L73-77)

5.3.3 Embaucher du personnel

(« Donc mon assistante peut préparer le patient, préparer le plateau de suture. Tout préparer par exemple quand y a une suture qui n'est pas prévue, qui arrive en urgence par exemple. Et résultat, j'ai plus qu'à faire le geste technique et elle s'occupe de faire les papiers de sortie, de reconvoquer… Donc tout ça, ça fait gagner du temps. Ce qui fait que le geste même de la suture n'est plus chronophage » MG8; L83-87)

5.4. Revaloriser le rôle du MG

5.4.1. Favoriser le recours au MG

Au regret des MG, certains patients iraient directement aux Urgences sans les consulter. Devant ce manque de demande certains médecins ont décidé de ne plus avoir de matériel à disposition au cabinet.

(« J'ai discuté parfois avec les patients. Ils n'ont pas du tout le réflexe en fait. Ils vont directement aux urgences. Voilà depuis 2 ans, j'ai une dizaine de kit de suture, la xylocaïne, enfin tout ce qu'il faut, mais jamais utilisé. » MG7; L26-28).

(*« Par contre je trouve ça dommage que des patients des fois passent aux urgences pour des choses que j'aurais pu voir au cabinet […] Y'a un secteur court qui est le cabinet quoi. »* MG5 ; L298-300)

Il y avait plusieurs raisons à ce recours aux Urgences en première intention :

- La proximité géographique d'un centre d'Urgences
- Pas de refus de prise en charge des patients aux Urgences

(« Ils se sont jamais fait jeter non plus parce qu'ils sont allés aux urgences pour une suture » MG6 ; L235-236)

- Pas d'avance des frais aux Urgences
- Un manque de disponibilité du MG

(« S'ils sont là, c'est éventuellement, un, parce que c'est gratuit, et puis deux parce qu'ils n'ont pas d'interlocuteur autre que les urgences. Quand on sait qu'à 17h un vendredi à Ville X il est impossible de trouver un médecin, ça veut tout dire.» MG11 ; L201-203)

5.4.2. Une meilleure information des patients sur les capacités du MG

Face au manque de communication sur la capacité des MG à faire ces actes, le recours aux Urgences était plus important.

À l'inverse, la demande des patients était plus grande chez les MG qui communiquaient sur leurs aptitudes.

5.4.3. Une meilleure reconnaissance !

Le regard du patient sur les capacités du MG a évolué. Il a réduit son champ d'activité et a participé à la non réalisation de ces gestes.

(« *Mais tu sais, ils sont partis du principe, et y en a beaucoup maintenant, que le MG il fait plus rien !* » MG12 ; L68-69).*(« C'était pas dans la pratique du médecin. C'est ce que je te dis, les touristes qui passent ici, ils sont surpris de nous voir faire des sutures. Pour eux c'est pas imaginable qu'un médecin généraliste fasse des sutures. Même parfois quand on est de garde en permanence des soins en PDSA et qu'on tombe sur un mauvais régulateur au SAMU, il arrive que ce soit les patients qui disent au régulateur, mais ils font des sutures. C'est un peu le*

monde à l'envers. Parce que ce serait plutôt au médecin régulateur de savoir. » MG11 ; L.230-233)

5.4.4. Un soutien des autres spécialistes

Certains médecins ont été directement encouragés par des confrères dermatologues à pratiquer ces actes.

A contrario il y avait l'exemple d'une mauvaise expérience dans le relationnel avec un confrère spécialiste lors d'un refus d'aide en prise en charge secondaire.

(« Dr X me disait que c'était pas toujours évident quand t'as une anapath un peu bizarre, un truc que tu connais pas trop, un peu une rareté, un truc un peu bizarre. Or c'est toi qui as fait le prélèvement, on lui dit, « Bah attends c'est toi qui as fait le prélèvement, c'est toi qui vas jusqu'au bout. C'est un peu gentil de m'appeler maintenant, maintenant on n'y voit plus rien, t'as fait ton truc, on sait pas s'il faut y revenir ou pas, t'as pas mis les marges, j'aurais préféré le voir plus tôt » ! » MG3 ; L346-349)

DISCUSSION

Les déterminants de la réalisation ou non des gestes de petite chirurgie (abcès, thrombose hémorroïdaire, panaris, ongle incarné, corps étranger), suture et dermatologie (biopsie, exérèse naevus, spinocellulaire, basocellulaire) ont de multiples origines. Ils dépendent :

- De la relation de confiance entre MG et patient.
- Des craintes du MG par rapport aux gestes.
- De la volonté de ne pas nuire au patient.
- Du regard du MG sur l'intérêt de ces gestes en tant que premier recours et des raisons qui le poussent à déléguer.
- De l'influence des conditions d'exercice (matérielle, organisation du temps de travail, et financière).
- Du vécu du geste à travers son propre intérêt, la confiance en sa pratique, ses compétences et les expériences personnelles.

Plusieurs facteurs favorisants ont été mis en évidence :

- Améliorer la formation initiale en insistant sur la confiance en sa pratique.
- Revaloriser la vision du MG par les patients avec une meilleure information sur ses capacités.
- Lutter contre le non recours au MG en première intention.
- Avoir un soutien des autres spécialistes.
- Avoir de meilleures conditions d'exercice avec revalorisation financière des actes, cotations simplifiées, aide humaine, et matériel facilement accessible.
- Réorganiser son temps de travail pour permettre la réalisation de ces gestes.

Les forces de l'étude :

Cette étude met en évidence de nouveaux facteurs subjectifs à la réalisation de ces gestes. Les résultats ne sont pas exhaustifs. Il s'agit d'une avancée fondée sur les expériences personnelles des MG. L'analyse des pratiques actuelles a permis d'obtenir des solutions pour faciliter la pratique de ces gestes.

Cette analyse a été réalisée en binôme en suivant 3 étapes. Être en binôme a permis d'éviter une interprétation trop personnelle des données et résultats.

Les 3 étapes étaient les suivantes :

- Etiqueter les données en collant au plus près du texte.
- Regrouper les données entre elles
- Faire émerger des thématiques et des conclusions.

Ce travail s'est effectué de manière indépendante avec secondairement mise en commun des résultats et relecture des entretiens en cas de désaccord. Cette triangulation des données a permis de diminuer le risque d'erreur lié à une exploitation insuffisante ou défectueuse des données.

Plusieurs relectures ont permis de retourner aux données initiales pour en apprécier leur pertinence et rectifier d'éventuelles erreurs. Par ce travail en aller-retour, des données manquantes ont pu être détectées et des précisions sur certains points peu clairs obtenues. C'est ce travail qui a permis de confirmer l'atteinte de la saturation des données.

Une quinzaine de volontaires était initialement prévu pour cette étude. La saturation des données a été atteinte au bout de 12 entretiens. Deux personnes n'ont pas

participé à l'étude. Une par manque de disponibilité, l'autre n'ayant pas rendu réponse après sollicitation.

La grille d'entretien a été ajustée au fur et à mesure des entretiens afin d'extraire le maximum de données possible.

Cette étude a permis d'interroger des MG avec des activités les plus variées possibles afin d'obtenir une diversité maximale notamment des médecins de montagne ayant peu de temps à consacrer aux entretiens étant donné la haute activité saisonnière.

Les Limites de l'étude :

Cette étude comporte certaines limites comme des oublis ou une mauvaise compréhension des questions. Certains participants étaient connus avant le commencement de l'étude par les investigateurs. Cela a pu induire une gêne à répondre, ou une connaissance antérieure des réponses entraînant des non-dits lors de l'entretien. Un biais de désirabilité a pu également apparaitre.

Il y avait des difficultés à savoir quels types de gestes étaient intégrés dans la case petite chirurgie. Certains entretiens ne mentionnaient pas les exérèses de corps étranger. La masse de données à analyser étant très importante, explorer tous ces items à chaque entretien aurait nécessité plus de temps. Une trop longue durée des entretiens aurait freiné les MG peu disponibles.

Il a pu y avoir une influence non intentionnelle de l'investigateur suite à certaines de ses réactions. Son apparence, son ton de voix, son attitude, ses reformulations ou commentaires effectués.

Malgré la possibilité rappelée à chaque participant de pouvoir modifier sa déclaration, aucun ne s'est manifesté, ni n'a voulu relire son entretien après retranscription.

Nouvelle grille de cotation depuis le 1er mai 2017 :

La grille de cotation a évolué depuis le 1er mai 2017 avec l'apparition du G(S) 25€ remplaçant le CS 23€.

En effet la CCAM a succédé à la nomenclature NGAP (nomenclature générale des actes professionnels). Le choix des actes de cette nomenclature a été établi par l'actuelle CNEDIMTS (ancienne CEAP de la HAS) et est régulièrement mis à jour.

– Sutures et petite chirurgie (+M [26,88€] si urgence): pas de modification tarifaire

– Dermatologie : pas de modification tarifaire pour le reste
Biopsie dermoépidermique, par abord direct (G(S)+QZHA001/2) 35,28€
Biopsie tissus sous cutanés susfasciaux par abord direct (G(S)+QZHA005/2) 37,76€

Dans un entretien, un MG évoquait peut-être une évolution dans la majoration FSD 40€. Ce majorateur est toujours d'actualité, il n'a pas été modifié[5].

Critique des thématiques :

Déterminants des gestes :

Cette étude rejoint plusieurs autres études quantitatives ou qualitatives.

Une étude de la petite chirurgie en cabinet de médecine générale dans le département du Loir-et-Cher en 2014 rapportait un taux de non réalisation de suture à 31,25%. De même il existait un taux de non réalisation de petite chirurgie (abcès, panaris, ongle incarnés) variant de 35.94% à 65.63% et de dermatologie (exérèse naevus) à 89.06%.

Des freins communs à l'étude ont été retrouvés :

– cotation insuffisante (29,09%),

- manque de confiance dans la technique (25,45%).
- frein des médecins ruraux par la faible cotation
- aspect inadéquat de leur cabinet (p=0.015) pour les MG urbains.

Les facteurs moteurs étaient :

- une revalorisation de l'acte pour les MG des zones rurales (34,61%)
- l'accès à des formations complémentaires spécifiques (32,69%).

Le risque de complication du geste était jugé comme facteur limitant principal par 12.73% des médecins interrogés et secondaire par 23.53% d'entre eux[6].

Risques médicaux légaux :

Judiciarisation en médecine générale

Le risque médico-légal était abordé comme un frein à la réalisation des gestes.

Selon un rapport de commission de 2001 du Conseil de l'ordre national des médecins, *« la judiciarisation se développe en médecine comme ailleurs, favorisée par la possibilité d'indemnisation lors d'une condamnation, non plus fondée seulement sur la faute, mais parfois sur le risque* ». Cette judiciarisation retentirait sur la relation médecin malade avec « *une certaine démotivation du MG […] voire une réserve défensive face aux risques et à la judiciarisation possible* »[7].

En 2010, le journal Prescrire publiait un article sur une « Judiciarisation de la médecine, une crainte souvent exagérée », rapportant que la peur des médecins « dépasse l'augmentation réelle des actions en justice »[8]. Cet article s'appuyait sur des rapports d'activités de la Commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI) et de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM).

Le dernier rapport d'activité des risques médicaux de l'ONIAM de 2015, rapporte un nombre de dossiers indemnisés globalement en diminution depuis 2009. Un taux d'actes techniques fautifs relativement stable, avec une baisse en 2011[9].

Réglementation autour de l'anesthésie locale :

Pour la crainte des risques liés à l'anesthésie locale évoquée, la Société Française de Réanimation et d'Anesthésie rapporte que *« L'anesthésie locale (AL) et l'anesthésie locorégionale (ALR) sont associées à des risques. Tout médecin pratiquant une AL ou une ALR doit respecter des règles afin de prévenir et de traiter les complications associées à ces risques. Ces règles doivent être connues et maîtrisées par l'équipe prenant en charge le patient et doivent être adaptées au contexte de l'urgence »*.

Le traitement doit être rapide : arrêt de l'injection, oxygénation et contrôle des voies aériennes, voire administration d'un traitement médical intraveineux adapté en fonction de l'effet indésirable constaté (adrénaline ou anticonvulsivants)[10].

Face au manque de réglementation existante en cabinet libéral sur le sujet, l'HAS a publié en 2010 un rapport « Quels niveaux d'environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire ? »

Ce rapport a rappelé que la composition ou l'organisation des cabinets médicaux ou de consultations externes n'avaient pas de réglementations définies[11].

Le Code de santé publique (article R. 4127-71) et le Code de déontologie du médecin (article 71) précisent que :

« Le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou

de la population qu'il prend en charge. Il doit notamment veiller à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise et à l'élimination des déchets médicaux selon les procédures réglementaires. Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées. Il doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours »[12]

Pour les anesthésiques locaux utilisés pour l'anesthésie de surface aucune indication particulière quant à l'équipement nécessaire à leur utilisation n'est fournie. Cependant, en cas de surdosages il apparaît nécessaire lors de l'utilisation de ces produits de « *disposer de moyens permettant la prise en charge de convulsions, et le maintien de l'hémodynamique et la ventilation du patient si nécessaire* »[11].

Désengorger les urgences

La saturation des urgences et le recours primaire des patients à ces structures pour des gestes de suture étaient déplorés par les MG.

En 2015 L'ARS Rhône Alpes rapportait une *« augmentation constante du recours aux structures des urgences de la population depuis plus de 10 ans […] avec un taux de recours +23% »*. Précisant que *« les trois quarts de ces passages ont lieu en journée entre 8h et 20h quand les cabinets de médecine générale sont ouverts* ». Ils relèvent a priori *« d'une activité de consultations et actes techniques peu sévères »*

Selon ce rapport cette évolution pourrait s'expliquer en partie par *« un manque de lisibilité pour les usagers et/ou une absence d'une organisation territoriale des acteurs de la médecine de premier recours (y compris centres de santé) pour un accueil des soins non programmés en journée »*[13]

Méconnaissance des capacités d'un MG

Pour les MG interrogés il existait un réel manque de connaissance des patients sur leurs capacités.

En 2003 une enquête sur un échantillon de 10000 patients a été réalisée par la DREES (Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des statistiques) sur les motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Celle-ci appuie le ressenti des médecins sur ce manque de sollicitation des patients.

L'étude montrait qu'à peine plus d'un quart des patients qui ont un médecin traitant disaient avoir essayé de le joindre. Expliquant le plus souvent qu'ils n'y avaient pas pensé (33 % d'entre eux).

Cette étude a pu définir 6 profils d'usagers des Urgences. Parmi eux, 38% « *concerne des victimes d'accidents qui décident seules ou avec leur entourage d'aller aux urgences »*. L'étude rapportait que « *73 % d'entre eux s'étaient présentés entre 7 et 19h*. », heure à laquelle les cabinets de ville sont ouverts. *« Moins de 1 % sont venus suite à un avis médical, 6 % à cause d'un traitement en cours sans amélioration et 15 % parce que leur médecin était absent ».* Dans cette catégorie, 40% n'avaient pas pensé à appeler leur médecin traitant[14].

Une nouvelle enquête nationale menée par la DREES sur la description des caractéristiques médicales des patients pris en charge aux urgences s'est effectuée en 2013. Cette étude retrouvait des résultats similaires avec seulement environ ¼ des 52018 patients adressés par un médecin. 60 % de patients venaient pour une raison d'accessibilité plus grande [15].

En 2011 un travail sur les obstacles à la suture de plaies en cabinet de médecine générale dans le Cantal rapportait l'influence du manque de temps, le fait d'être seul

pour réaliser l'acte et la proximité des urgences. L'enquête auprès de 66 patients montrait que la majorité d'entre eux (94%) n'avait pas consulté un MG avant de se rendre aux Urgences.

Les principales motivations étaient que les patients pensaient être mieux pris en charge aux Urgences (63%) et qu'ils ne savaient pas qu'un médecin généraliste pouvait suturer une plaie (31%).

Des solutions étaient proposées : une meilleure information du patient, le regroupement des médecins dans des maisons de santé pour rompre l'isolement du praticien et l'usage de matériel à usage unique stérile. La simplification de la cotation CCAM était également un point important à considérer[16].

Pour éviter ce recours primaire et désengorger les urgences il apparaît essentiel de revaloriser le rôle du MG sur ses capacités et compétences aux yeux des patients.

Distance par rapport aux urgences

En 2013 une enquête quantitative menée auprès de 594 MG sur la réalisation des gestes techniques en cabinet libéral en Haute Normandie montrait que la distance par rapport aux urgences influençait la réalisation des gestes.

Les médecins situés à plus de 15 minutes d'un centre d'urgence réalisaient une plus grande variété de gestes[17].

L'absence de structure hospitalière à proximité favorisait également la réalisation du geste selon les MG interrogés.

Confiance en son médecin généraliste

Une étude qualitative réalisée en 2015 interrogeant des patients sur les actes de petite chirurgie au cabinet confirmait ces résultats. Les patients étaient rassurés par cette prise en charge. Cela permettait un accès aux soins facilité et l'obligation de moyens était respectée. Les patients étaient favorables au développement de cette pratique. Ils avaient une confiance supérieure dans leur médecin généraliste mais avaient une méconnaissance de l'étendue de ses compétences[18].

Repenser l'organisation du cabinet

Un autre frein évoqué était le fonctionnement sur rendez-vous du cabinet. Une réorganisation de l'agenda est nécessaire pour insérer les urgences du jour. De nombreux médecins se réservent déjà des créneaux d'urgences. Il faudrait étendre cette pratique à tous les MG désireux de réaliser des gestes de suture ou de petite chirurgie. Pour les gestes de dermatologie, il semble possible de programmer le geste quand le planning est moins chargé.

Il est cependant difficile d'envisager une communication à grande échelle sur les capacités du MG à réaliser ces gestes. Les MG sont depuis plusieurs années affectés par la diminution de leurs effectifs. Leurs cabinets sont saturés.

Il faudrait savoir qui sont les MG intéressés par la pratique de ces gestes. La réalisation d'une campagne d'information portée par la communauté médicale permettrait une réorganisation autour de ces gestes.

La dermatologie :

Pour les actes de dermatologie les avis sont partagés au sein des MG.

Ceux réalisant ces gestes soulignaient une volonté de prise en charge rapide du patient devant la tendance à la raréfaction des dermatologues.

Entre 2007 et 2016 l'atlas de démographie médicale rapporte une diminution de 16.9% des effectifs de dermatologues en Isère et de 11.8% en Savoie[4].

Un travail de thèse mené par A. Ludenni a évalué la qualité de l'exérèse de lésions dermatologiques en cabinet de médecine générale avec observation du taux de récidive à 5 ans de CBC traités chirurgicalement en cabinet médical grâce à une étude prospective.

Parmi les 51 lésions étudiées : 3,9% de récidive, acceptable comparativement aux données de la littérature. L'étude proposait de privilégier une formation axée sur des stages ambulatoires en dermatologie et chirurgie plastique[19].

Une étude rétrospective réalisée en 2005 a évalué la qualité de l'excision des spinocellulaires par les MG ou les praticiens hospitaliers. Les MG prenaient plus rapidement en charge les biopsies-exérèses et il n'y avait pas de différence significative entre les qualités d'exérèse[20].

Mais en 2010 une étude néozélandaise rapportait un plus grand taux de lésions cutanées bénignes enlevées et d'excision incomplète de tumeur cutanée chez les MG que chez les dermatologues[21].

Une autre étude publiée dans le British Journal of General Practice en 2014 expliquait que les marges d'exérèse étaient plus faibles chez les MG que chez les autres spécialistes (dermatologie et chirurgie plastique) avec de graves conséquences pour la santé concernant les tumeurs cutanées[22].

Les MG interrogés ne réalisant pas les gestes de dermatologie rapportaient des difficultés de réalisation du geste et des modalités de prélèvements.
Le livre « 80 gestes techniques en médecine générale » explique les modalités de prélèvement et d'anesthésie théoriques[23].
En cabinet libéral il faut d'abord biopsier les lésions suspectes de CBC et SPC. La reprise chirurgicale est effectuée secondairement si besoin. Pour les tumeurs mélaniques, il faut réaliser une exérèse complète de la lésion pour être en zone macroscopiquement saine, 1-2mm suffisent.
Les marges d'exérèse des carcinomes cutanés sont de quelques millimètres (3-5mm pour les basocellulaires et 5mm pour les spinocellulaires), avec une reprise chirurgicale secondaire systématique des mélanomes proportionnelle à l'indice de Breslow[24].

Une étude descriptive réalisée par C. Deregnaucourt auprès de 835 médecins du Nord-Pas-de-Calais montrait que 48% des médecins réalisaient des actes de dermatologie. C'était essentiellement des hommes et ils étaient souvent restreints par le manque de matériel. Le manque de compétence et/ou de formation ressentis était le plus souvent rapporté toutes spécialités confondues devant le manque de temps, de matériel, et la crainte du risque médico-légal[25].

Une formation sur les risques anesthésiques locaux, le matériel nécessaire au cabinet et les bases de la réanimation pourrait être intéressante.

Une meilleure communication entre les laboratoires d'analyse, les anatomo-pathologistes et les MG serait souhaitable.

Pour les gestes qui peuvent être différés, il faudrait permettre au patient d'acheter le matériel nécessaire à sa prise en charge. Un remboursement de ce matériel serait souhaitable afin de ne pas engendrer de surcoût pour le patient. Pour l'instant la majorité du matériel reste à la charge du patient.

Les MG insistaient sur le fait de bien connaître leurs limites de compétences dans les gestes réalisés, notamment ceux de dermatologie.

« *Tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose. »* rappelle le Code de Santé Publique[26]

Compétences en MG :

Rendre service à son patient et ne pas nuire, à cause d'une complication du geste ou d'un risque de mise en danger, incombe au MG respectant les compétences fondamentales du MG telles que définies par la WONCA :

« *Savoir intervenir dans l'urgence en cas de nécessité, faire un usage efficace et efficient des interventions diagnostiques et thérapeutiques et être conscient de ses propres capacités et valeurs »*[27].

En 2013 la revue Exercer publiait un article sur les définitions et descriptions des compétences en médecine générale. « *Six compétences générales transversales recouvrant l'ensemble des missions des MG* » ont pu être décrites. Les MG interrogés de l'étude mettaient en avant certaines de ces compétences :

- Savoir gérer le premier recours, urgences avec la notion d'*« exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en soins de premier recours »*.
- La volonté de suivi du geste effectué « *assurer la continuité des soins […] dans une relation de suivi et d'accompagnement* »
- L'importance de la relation médecin/malade en respectant « *les différentes législations et le code déontologique concernant […] les devoirs du médecin* »
- Etre professionnel et engagé pour son patient avec une volonté *« de favoriser l'accès aux soins pour tous »* et *« d'améliorer ses compétences professionnelles par l'identification de ses besoins de formation et intégrant ses acquis à sa pratique »*[28].

Perspectives :

Le recours à la télémédecine et la télé-expertise non évoqué par les MG lors des entretiens est à envisager pour la réorganisation du système de soins.

Pour aider le MG à la décision d'exérèse ou non d'une lésion, le développement de la télémédecine apparait crucial. Cela permettrait, malgré la raréfaction des dermatologues, une prise en charge rapide et d'éviter des exérèses par excès de lésions cutanées bénignes.

Pour favoriser ce développement, il faudrait mettre en place une reconnaissance de cet acte avec une rémunération adaptée des praticiens. Il faudra également travailler sur la confidentialité des données à transmettre.

Pour la formation initiale, le passage obligatoire en consultation de dermatologie afin de se familiariser avec les lésions élémentaires et leur prise en charge devrait être étudié.

CONCLUSION

Ce travail met en avant les freins et motivations des médecins généralistes d'Isère et de Savoie sur la réalisation des gestes de petite chirurgie, dermatologie et suture.

Les médecins généralistes interrogés ont une pratique hétérogène de ces gestes.

Ces freins et motivations apparaissaient autour de quatre grands thèmes :

- La communication et confiance réciproque médecin-malade
- Le regard des MG sur leurs pratiques en tant que premier recours
- L'impact des conditions d'exercice sur ces gestes
- L'influence de la formation initiale, du vécu et des expériences personnelles de ces gestes.

Cette étude a mis en évidence de nouveaux facteurs aboutissant à une amélioration de la prise en charge de ces actes en cabinet libéral.

Elle a montré comment favoriser cette prise en charge en donnant des pistes pour promouvoir et aider les médecins généralistes réalisant déjà ces gestes.

Les médecins généralistes ne pratiquant pas ces gestes pourront s'inspirer de l'expérience de leurs confrères les réalisant.

Cette recherche originale est la première à s'intéresser à ces gestes par les médecins généralistes d'Isère et Savoie, avec la participation de médecins généralistes de montagne, propre à ces départements.

Il faudra s'intéresser ultérieurement au regard des patients sur ces gestes pour en déterminer leurs attentes et la place du médecin généraliste dans leur réalisation.

POUR LA CONCLUSION DE VOTRE THESE,

THESE SOUTENUE PAR : LECLER Anne-Sophie et DISERBO Amandine

TITRE : « **Les freins et motivations des médecins généralistes d'Isère et Savoie à la réalisation d'actes techniques cotés par la CCAM: sutures, petite chirurgie, et gestes de dermatologie. Enquête qualitative auprès de médecins généralistes installés.** »

CONCLUSION

Ce travail met en avant les freins et motivations des médecins généralistes d'Isère et de Savoie sur la réalisation des gestes de petite chirurgie, dermatologie et suture.

Les médecins généralistes interrogés ont une pratique hétérogène de ces gestes.

Ces freins et motivations apparaissaient autour de quatre grands thèmes :

-La communication et confiance réciproque médecin-malade

-Le regard des MG sur leurs pratiques en tant que premier recours

-L'impact des conditions d'exercice sur ces gestes

-L'influence de la formation initiale, du vécu et des expériences personnelles de ces gestes.

Cette étude a mis en évidence de nouveaux facteurs aboutissant à une amélioration de la prise en charge de ces actes en cabinet libéral.

Elle a montré comment favoriser cette prise en charge en donnant des pistes pour promouvoir et aider les médecins généralistes réalisant déjà ces gestes.

Les médecins généralistes ne pratiquant pas ces gestes pourront s'inspirer de l'expérience de leurs confrères les réalisant.

Cette recherche originale est la première à s'intéresser à ces gestes par les médecins généralistes d'Isère et Savoie, avec la participation de médecins généralistes de montagne, propre à ces départements.
Il faudra s'intéresser ultérieurement au regard des patients sur ces gestes pour en déterminer leurs attentes et la place du médecin généraliste dans leur réalisation.

(*) VU ET PERMIS D'IMPRIMER
(*) Grenoble, le 22/05/17

(*) LE DOYEN

(*) J.P. ROMANET

Pour la Présidente
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Jean-Paul ROMANET

(*) LE PRESIDENT DE LA THESE

(*) PROFESSEUR LECCIA

REFERENCES

1. Attali C, Bail P, Magnier A, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. Rev Prat Médecine Générale. 2006;20(730/731):525.

2. OMS | Guide pédagogique pour la sécurité des patients - édition multi-professionnelle [Internet]. WHO. [cité 15 mai 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/tools-download/fr/

3. CCAM en ligne - CCAM [Internet]. [cité 14 mai 2017]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php

4. Bouet P, Rault JF, Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en France situation au 1er janvier 2016. Conseil national de l'ordre des médecins. 2016 ;28-37 [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476

5. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation - Notice_financement_2012_ATIH_1.pdf [Internet]. [cité 15 mai 2017]. Disponible sur: http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1861/Notice_financement_2012_ATIH_1.pdf

6. Cetier J. Etude de la petite chirurgie en cabinet de médecine générale dans le département du Loir-et-Cher [Thèse d'exercice]. [France]: Université François-Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2014.

7. Evolution du métier de médecin | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/article/evolution-du-metier-de-medecin-673

8. Gribeauval JP. Judiciarisation de la médecine: réalité ou idée reçue ? Rev Prescrire. 2010;30(321):536-41.

9. Rapport d'activité 2015 de l'observatoire des risques médicaux - Oniam. [Internet]. Disponible sur: http://www.oniam.fr/indemnisation-accidents-medicaux/observatoire-des-risques-medicaux

10. Pratique des anesthésies locales et locorégionales par des médecins non spécialisés en anesthésie–réanimation, dans le cadre des urgences [Internet]. SFAR - Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 2016. Disponible sur: http://sfar.org/pratique-des-anesthesies-locales-et-locoregionales-par-des-medecins-non-specialises-en-anesthesie-reanimation/

11. Haute Autorité de Santé - Quels niveaux d'environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels ? [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1024762/fr/quels-niveaux-d-environnements-techniques-pour-la-realisation-d-actes-interventionnels

12. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. 2004-802. Sect. Article R.4127-71 du code de la santé publique juill 29, 2004.

13. Rhône-Alpes PRS. Schéma régional d'organisation des soins (SROS) [Internet]. Site Internet du PRS Rhône-Alpes. Disponible sur: http://www.prs-rhonealpes.fr/3-schemas-regionaux/schema-regional-dorganisation-des-soins-sros.html

14. Carrasco V, Dominique Baubeau D. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Études Résultats DREES. 2003;(215).

15. Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières - Dossiers solidarité et santé - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 15 mai 2017]. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/dossiers-solidarite-et-sante/article/resultats-de-l-enquete-nationale-aupres-des-structures-des-urgences

16. Ceysson C. Les obstacles à la suture de plaies en cabinet de médecine générale: enquête quantitative auprès de l'offre et de la demande dans le département du Cantal [Thèse d'exercice]. [Clermont-Ferrand, France]: Université de Clermont I; 2011.

17. Boulard B, Sévrin Y. Réalisation des gestes techniques en cabinet libéral: Étude des pratiques des médecins généralistes en Haute-Normandie. France; 2014.

18. Joubert S, Ladet A. La chirurgie programmée au cabinet de médecine générale: étude qualitative auprès de patients opérés dans un cabinet de médecine générale semi-rural. Lieu de publication inconnu, France; 2015.

19. Luddeni A. Place de la petite chirurgie dermatologique en cabinet de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2009.

20. Delaney EK, Duckworth L, Thompson WD, Lee AJ, Murchie P. Excising squamous cell carcinomas: comparing the performance of GPs, hospital skin specialists and other hospital specialists. Fam Pract. 2012;29(5):541–546.

21. Salmon P, Mortimer N, Rademaker M, Adams L, Stanway A, Hill S. Surgical excision of skin cancer: the importance of training. Br J Dermatol. 2010;162(1):117–122.

22. Haw WY, Rakvit P, Fraser SJ, Affleck AG, Holme SA. Skin cancer excision performance in Scottish primary and secondary care: a retrospective analysis. Br J Gen Pr. 2014;64(625):e465–e470.

23. Gay B, Saccone P, Valverde-Carrillo A. 80 gestes techniques en médecine générale: Guide des bonnes pratiques. Masson. 2006.

24. Collège des enseignants de dermatologie de France. 6eme éditions. Elsevier Masson.

25. Deregnaucourt C. Etat des lieux et analyse de la réalisation des actes techniques en cabinet médical de ville par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.

26. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. 2004-802. Sect. Article R.4127-70 du code de la santé publique juill 29, 2004.

27. Europe W. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Coord Rédactionnelle Trad En Fr Prof Pestaiux Cent Univ Médecine Générale UCL Brux Belg [Internet]. 2002; Disponible sur: http://files.mspuveron.fr/200000643-c9a2ecb94b/wonca.pdf

28. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;108:148–55.

ANNEXES

ANNEXE 1 : GRILLE ENTRETIEN FINALE

Présentation des intervenants; fiche info et consentement pré requis

1/ Pourriez-vous me parler de votre pratique médicale au cabinet concernant les gestes de suture, petite chirurgie (panaris, thrombose hémorroïdaire, ongle incarné, exérèse abcès, kyste, corps étranger), dermatologie (biopsie, exérèse tumorale) ?

2/ Qu'est-ce qui vous a donné envie de réaliser ces gestes une fois installé ?

Ou qu'est-ce qui vous motive à poursuivre cette activité ?

=> Reformuler ce qui a été dit précédemment et en faire émerger les raisons

=>Mettre en avant les motivations mais faire émerger en parallèle les obstacles rencontrés ?

-technique (matériel ; locaux..)

-humain, conséquences morales, apport personnel, expériences gratifiantes ?

-informatique : cotation ? financier ?

-juridique : problèmes médico-légaux ?

-organisationnel : intérêt du partenariat ?

Autres ?

3/ Pour ceux qui ne réalisent pas ces gestes : **Pourquoi ?**

Qu'est-ce qui vous fait peur dans la réalisation de ce geste ?

Et si arrêt du geste : qu'est-ce qui vous a bloqué pour ne plus réaliser ce geste ?

=>même relance ; définir les freins

=>Reformuler les obstacles évoqués mais faire émerger en parallèle les motivations éventuelles ?

-technique (matériel ; locaux..)

-humain, stress

-informatique : cotation ?

-juridique : problèmes médico-légaux

-organisationnel : envie d'y consacrer du temps? Formations ?

(Saignements, retour esthétique, surinfection cutanée, douleur)

Autres ?

4/**Que pensez-vous de la légitimité du médecin généraliste par rapport au dermatologue ou au chirurgien ou aux urgentistes pour réaliser ces gestes ?**

=>pourquoi ? Dites-m'en plus.

=> le regard des autres professionnels dermatologues ? Chirurgiens plastiques ? Urgences ?

=>avez-vous des retours des spécialistes sur ces actes faits par un MG ?

=> impact sur votre conduite ?

=> Et des retours des patients ?

5/ Pouvez-vous me raconter si vous avez déjà eu des expériences difficiles ? Comment cela a joué pour la suite de votre pratique ?

6/ Donc finalement, qu'est-ce que vous adressez aux urgences ou au spécialiste ?

7/ Comment faire pour que ces gestes soient réalisés par les médecins généralistes ? Comment les valoriser ?

8/ Dernières remarques éventuelles ?

Terminer l'entretien par le recueil des caractéristiques du sujet :

-âge /sexe / mode d'exercice / lieu d'installation / date de l'installation

ANNEXE 2 : GRILLE ENTRETIEN INITIALE

Présentation des intervenants; fiche info et consentement pré requis

1/ **En premier j'aimerais que l'on parle de votre pratique médicale au cabinet; c'est-à-dire des gestes pratiques que vous réalisez éventuellement dans votre cabinet?**

=> Relance sur les actes manuels; lesquels?
=>Tout type dans un 1er temps : on les note.
=>Relancer le praticien sur la description des différents gestes.

2/ **Pour vous quelle importance peuvent avoir ces gestes dans votre pratique quotidienne**?

=> Relance : qu'est ce que cela vous apporte?

Rajout :=> les avez- vous toujours réalisés ou sont-ils apparus secondairement dans votre pratique ?

3/**Si vous permettez, j'aimerais savoir plus précisément ce que vous pensez des gestes suivants** :
-sutures (corps et visage)
- petites Xie (ongle incarné, panaris)
-dermatologie (exérèse naevus? Biopsie cutanée)

=> Les réalisez vous ? (si réalisé et exposé dans les 1ères questions : que rajouter? Remarques en plus ?)
=> Les cotez- vous ? Est-ce difficile ?

Essayez de répondre par oui ou par non pour chaque geste. Les reprendre un par un

Si le praticien les réalise :

4/ ***Qu'est ce qui vous pousse à le faire? Et pourquoi ? Ou qu'est ce qui vous motive à le faire encore aujourd'hui?***
=> Reformuler ce qui a été dit précédemment et en faire émerger les raisons.

Si le praticien ne les a jamais réalisés ou a arrêté de le faire :

5/ **Pourquoi ? Qu'est ce qui vous a poussé à ne plus réaliser ces gestes?**
=>Même relance; définir les freins?

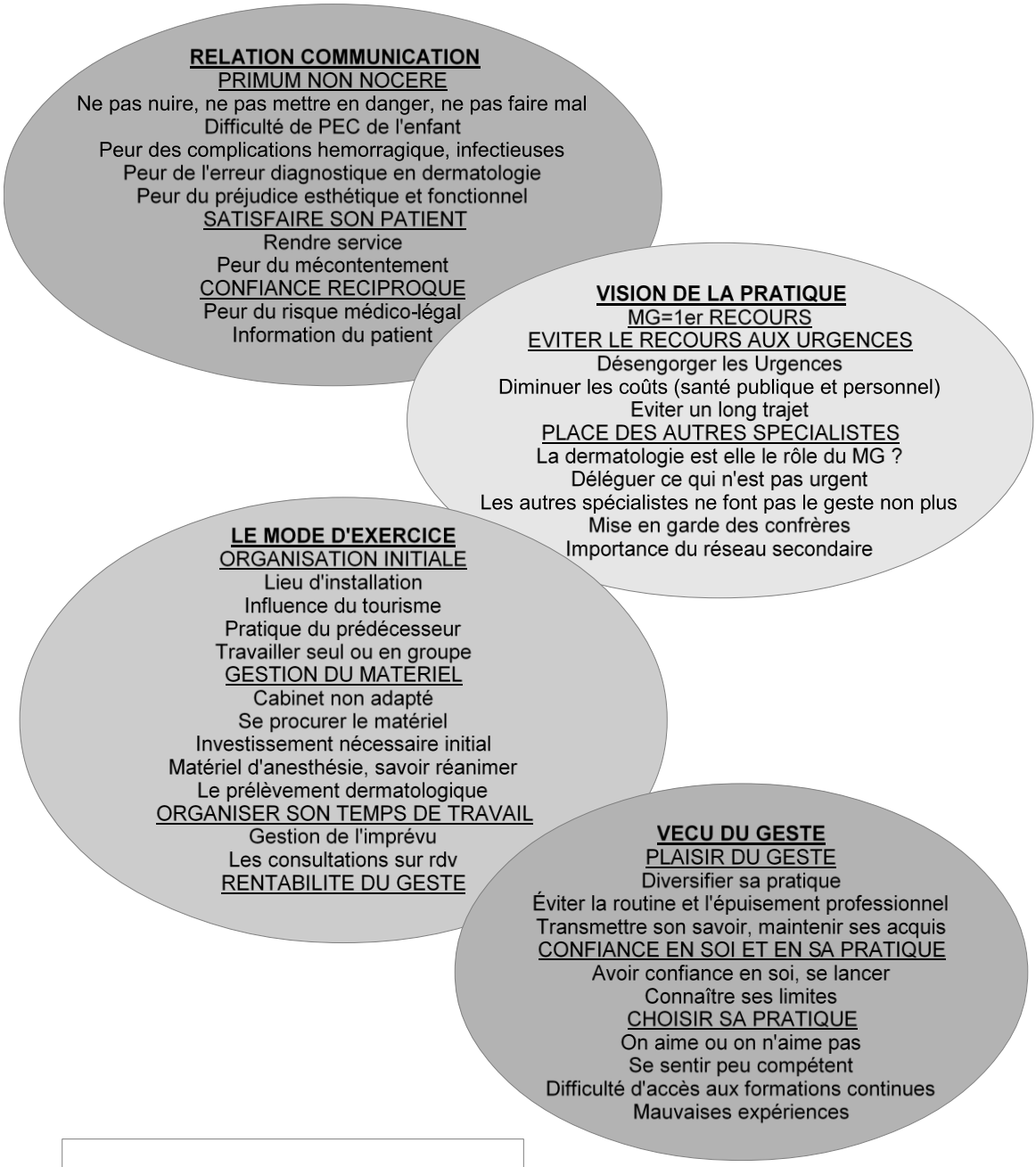
Relancer sur freins et motivations pour ces gestes ; plus précisément en se servant de ce qui a été dit précédemment; reformuler++

6/ **En conclusion et si on reprend tout ce que vous nous avez dit avant, auriez vous souhaité avoir une pratique différente?**

=>Pourquoi? Dites-m'en plus.
Que vous a t-il manqué pour? Qu'est ce qui vous aurait aidé ?

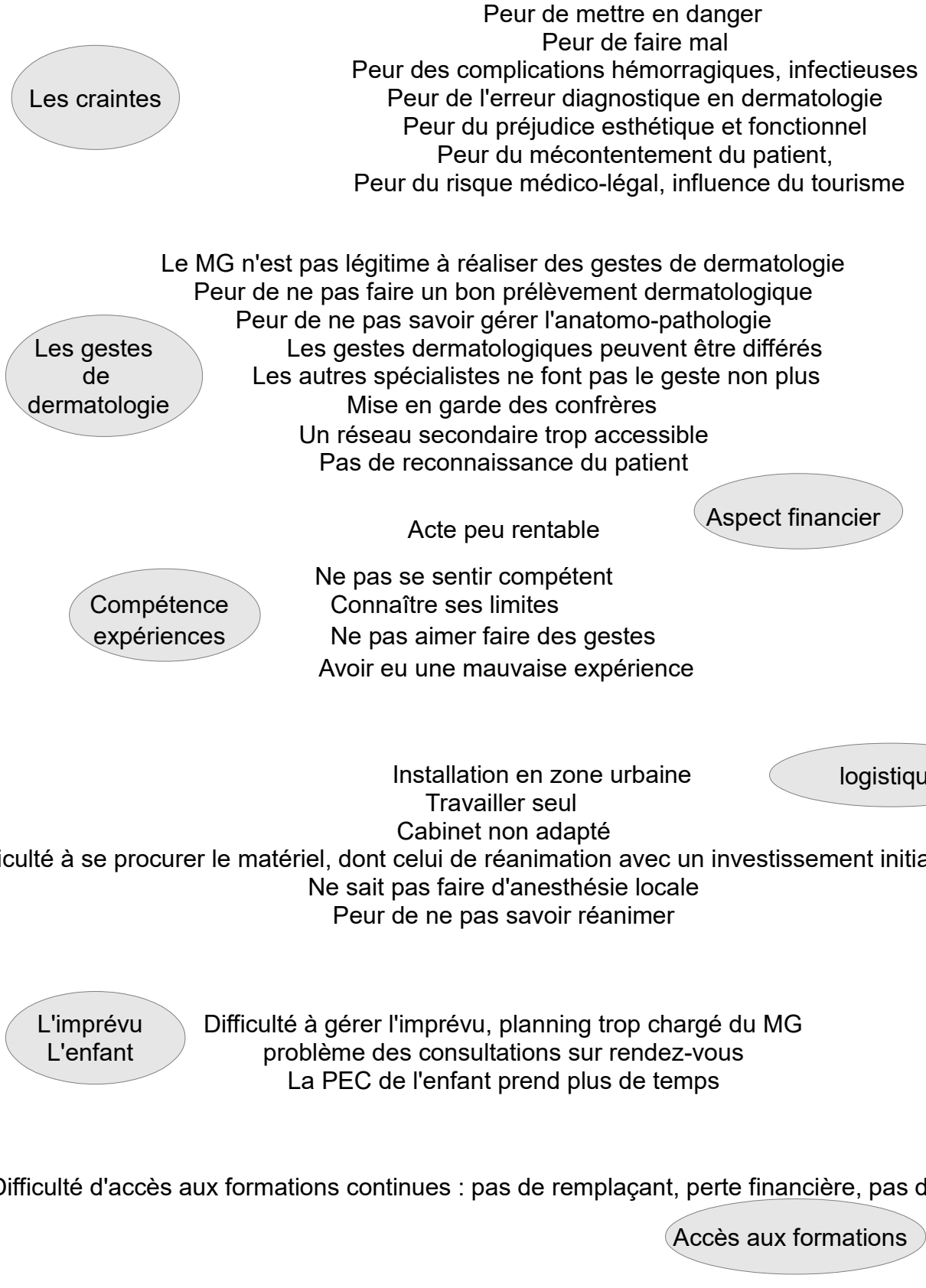
Laisser un temps pour les dernières remarques éventuelles ?

Terminer entretien par recueil des caractéristiques du sujet:
-âge/sexe/ mode d'exercice/ lieu d'installation.
-répondre par oui ou non sur réalisation des gestes suivants:
exérèse naevi; biopsie cutanée; ablation CE; sutures plaie face ; corps; panaris ; ongle incarné?

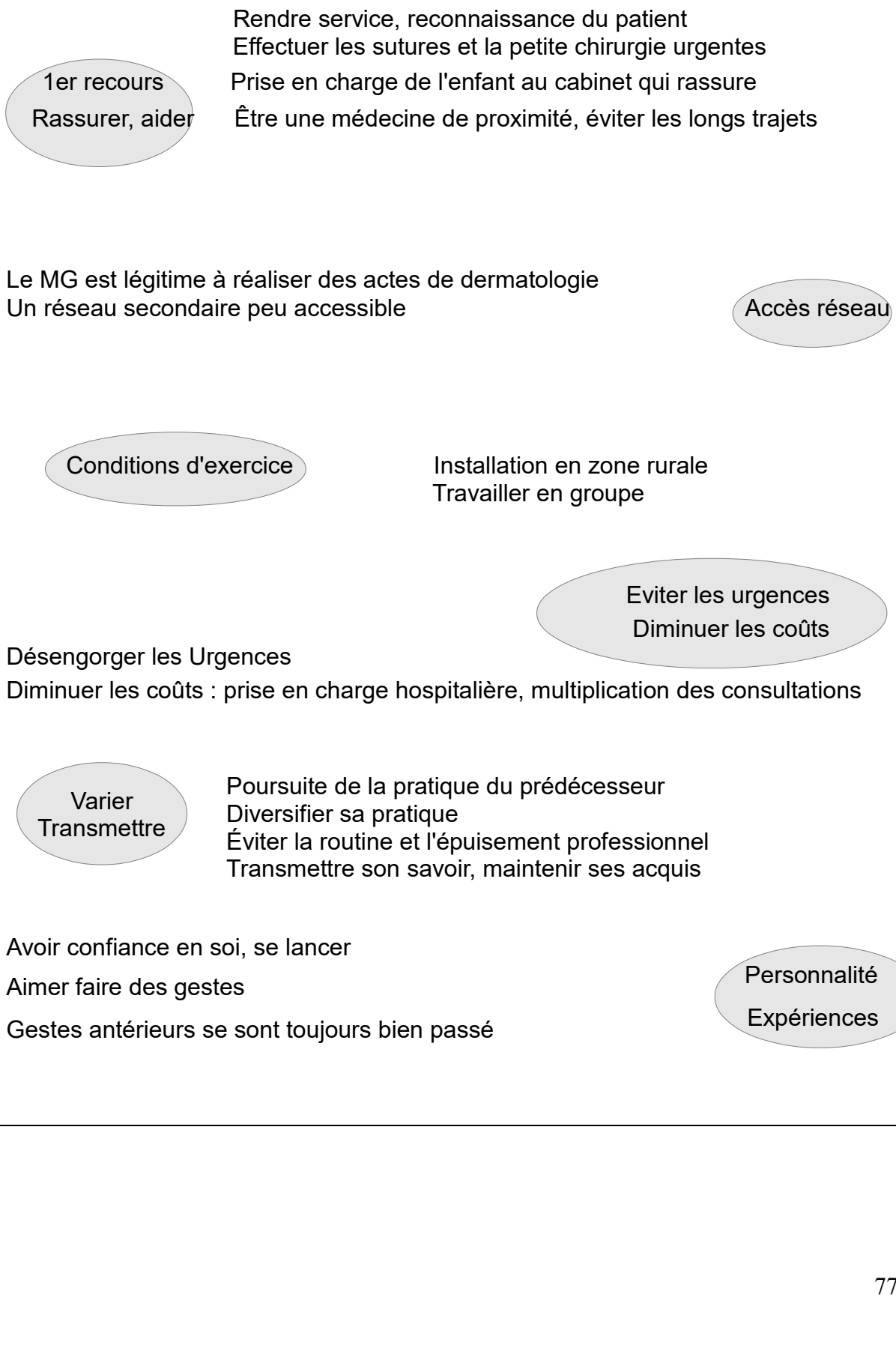


ANNEXE 3 : IMAGE RESULTATS

ANNEXE 4 : IMAGE FREINS



ANNEXE 5 IMAGE MOTIVATIONS



ANNEXE 6 : LISTE DES 10 PREMIERS ACTES DE LA LISTE CCAM DES ACTES FREQUENTS D'UN MG ;

1. QZRB001 : Séance d'acupuncture

Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale

2. DEQP003 : Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations

Note : Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)

3. EJQM004 : Échographie-doppler des veines des membres inférieurs et des veines iliaques, sans marquage cutané

Notes : Avec ou sans : échographie-doppler de la veine cave inférieure

À l'exclusion de : échographie-doppler des veines des membres inférieurs et des veines iliaques, pour recherche de thrombose veineuse profonde (EJQM003)

Facturation : ne peut pas être facturé avec échodoppler des artères des membres inférieurs

4. EJQM003 : Échographie-doppler des veines des membres inférieurs et des veines iliaques, pour recherche de thrombose veineuse profonde

Notes : Avec ou sans : échographie-doppler de la veine cave inférieure

Facturation : ne peut pas être facturé avec échodoppler des artères des membres inférieurs

5. FGRB003 : Test allergologique par piqûre épidermique avec des substances administrées à concentration fixe

Notes : Prick test pour recherche d'allergie au latex, d'allergie médicamenteuse

Prick test avec nombre de substances testées supérieur ou égal à 10, témoins inclus, pour rhinite allergique

À l'exclusion de : test allergologique par piqûre épidermique avec des aliments natifs (FGRB004)

Environnement : permettant rapidement la reconnaissance et le traitement d'un choc anaphylactique

6. EJNF002 : Séance de sclérose de varice du membre inférieur, par injection intraveineuse transcutanée sans guidage

Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés

7. YYYY172 : Échographie et/ou échographie doppler de contrôle ou surveillance de pathologie d'un ou deux organes intra-abdominaux et/ou intrapelviens, ou de vaisseaux périphériques

Note : A l'exclusion de : échographie de contrôle ou surveillance de pathologie gravidique

8. EBQM001 : Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, sans mesure de l'épaisseur de l'intima-média

Notes : Avec ou sans :

- exploration des artères ophtalmiques
- épreuves dynamiques

À l'exclusion de : échographie-doppler unilatérale ou bilatérale de l'oeil et/ou de l'orbite (BZQM003)

9. EBQM002 : Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, avec échographie-doppler des artères des membres inférieurs

10. EDQM001 : Échographie-doppler des artères iliaques et des artères des membres inférieurs

Notes : Avec ou sans : échographie-doppler de l'aorte abdominale

Facturation : ne peut pas être facturé avec échodoppler des veines des membres inférieurs

ANNEXE 7 : TABLEAUX EFFECTIFS DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE ATLAS DEMOGRAPHIE 2016

Tableau n°88 : Effectifs, Densité, Variation 2007-2016, proportion des modes d'exercice

Départements Régions	Hommes Eff.	Femmes Eff.	Total Eff.	Densité	Var. Eff.	Lib.Mixte %	Sal. %
Ardennes	2	4	6	2,1	-14,3%	100%	0%
Aube	2	6	8	2,5	-33,3%	87,5%	12,5%
Bas Rhin	27	44	71	6,3	0%	90,1%	9,9%
Haut Rhin	20	16	36	4,6	-7,7%	80,6%	19,4%
Haute-Marne	2	3	5	2,7	25%	100%	0%
Marne	9	24	33	5,7	-5,7%	84,8%	15,2%
Meurthe et Moselle	13	37	50	6,7	13,6%	78%	22%
Meuse	3	2	5	2,5	25%	100%	0%
Moselle	20	21	41	3,8	-8,9%	85,3%	14,6%
Vosges	2	7	9	2,3	-25%	88,9%	11,1%
Total	100	164	264	4,6	-3,3%	85,6%	14,4%
Charente	4	8	12	3,3	0%	100%	0%
Charente Maritime	11	11	22	3,4	-18,5%	90,9%	9,1%
Corrèze	5	2	7	2,8	-12,5%	100%	0%
Creuse	0	1	1	0,8	-50%	100%	0%
Deux-Sèvres	3	5	8	2,1	-27,3%	87,5%	12,5%
Dordogne	6	9	15	3,5	-11,8%	86,7%	13,3%
Gironde	26	100	126	8,2	7,7%	77,8%	22,2%
Haute Vienne	4	18	22	5,7	4,8%	68,2%	31,8%
Landes	5	10	15	3,6	0%	86,7%	13,3%
Lot et Garonne	2	6	8	2,3	-38,5%	100%	0%
Pyrénées Atlantiques	12	32	44	6,4	-6,4%	88,7%	11,4%
Vienne	8	18	26	5,9	-16,1%	88,4%	11,5%
Total	86	220	306	5,1	-4,7%	83,6%	16,3%
Ain	4	9	13	2	-7,1%	100%	0%
Allier	7	4	11	3,1	-15,4%	72,7%	27,3%
Ardèche	2	6	8	2,4	-20%	100%	0%
Cantal	2	4	6	3,9	0%	66,7%	33,3%
Drôme	5	13	18	3,5	-18,2%	88,9%	11,1%
Haute Loire	3	1	4	1,7	-20%	100%	0%
Haute Savoie	7	28	35	4,4	25%	94,3%	5,7%
Isère	13	51	64	5,1	-16,9%	89,1%	10,9%
Loire	13	21	34	4,4	-15%	82,4%	17,6%
Puy-de-Dôme	12	25	37	5,6	15,6%	81,1%	18,9%
Rhône	31	93	124	6,8	-6,8%	72,6%	27,4%
Savoie	4	11	15	3,4	-11,8%	86,7%	13,3%
Total	103	266	369	4,6	-7,1%	82,4%	17,6%
Côte d'Or	7	31	38	7	-2,6%	78,9%	21,1%
Doubs	15	29	44	8	7,3%	70,5%	29,5%
Haute-Saône	4	3	7	2,8	-22,2%	85,7%	14,3%
Jura	1	2	3	1,1	-57,1%	100%	0%
Nièvre	2	2	4	1,8	-42,9%	100%	0%
Saône et Loire	6	10	16	2,8	-11,1%	75%	25%
Territoire de Belfort	2	1	3	2	-40%	100%	0%
Yonne	2	4	6	1,7	-50%	100%	0%
Total	39	82	121	4,2	-12,3%	78,5%	21,5%
Côtes d'Armor	5	11	16	2,6	-23,8%	87,5%	12,5%
Finistère	13	35	48	5,1	-4%	85,4%	14,6%
Ille et Vilaine	9	47	56	5,3	3,7%	83,9%	16,1%
Morbihan	14	12	26	3,4	-10,3%	96,1%	3,8%
Total	41	105	146	4,3	-5,2%	87%	13%
Cher	3	1	4	1,3	-42,9%	100%	0%
Eure et Loir	4	8	12	2,7	-7,7%	83,4%	16,7%
Indre	3	1	4	1,7	-20%	100%	0%
Indre et Loire	6	42	48	7,8	-7,7%	73,0%	27,1%
Loir et Cher	4	4	8	2,3	-27,3%	100%	0%
Loiret	8	17	25	3,7	-13,8%	72%	28%
Total	28	73	101	3,8	-13,7%	78,2%	21,8%
Corse du Sud	4	4	8	5,3	33,3%	100%	0%
Haute Corse	1	3	4	2,3	-20%	100%	0%
Total	5	7	12	3,7	9,1%	100%	0%
Essonne	17	38	55	4,3	-19,1%	92,8%	7,3%
Hauts de Seine	24	96	120	7,4	-19,5%	82,5%	17,5%
Seine et Marne	16	23	39	2,8	-30,4%	87,2%	12,8%
Seine Saint Denis	19	35	54	3,4	-19,4%	55,6%	44,4%
Val d'Oise	18	39	57	4,7	-13,6%	77,2%	22,8%
Val de Marne	25	67	92	6,7	-10,7%	65,3%	34,8%
Ville de Paris	122	277	399	17,7	-12,3%	65,9%	34,1%
Yvelines	24	51	75	5,2	-24,2%	89,4%	10,7%
Total	265	626	891	7,4	-16,2%	72,8%	27,3%

Départements Régions	Hommes Eff.	Femmes Eff.	Total Eff.	Densité	Var. Eff.	Lib.Mixte %	Sal. %
Ariège	1	1	2	1,3	-33,3%	100%	0%
Aude	3	11	14	3,7	-12,5%	78,6%	21,4%
Aveyron	3	3	6	2,1	-40%	83,3%	16,7%
Gard	11	29	40	5,3	17,6%	82,5%	17,5%
Gers	4	1	5	2,5	0%	100%	0%
Haute Garonne	23	95	118	8,9	1,7%	81,3%	18,6%
Hautes Pyrénées	4	6	10	4,2	11,1%	90%	10%
Hérault	30	55	85	7,6	-6,6%	77,7%	22,4%
Lot	2	1	3	1,7	-40%	100%	0%
Lozère	0	1	1	1,2	0%	100%	0%
Pyrénées Orientales	3	12	15	3,2	-11,8%	86,7%	13,3%
Tarn	7	11	18	4,6	-30,8%	77,8%	22,2%
Tarn et Garonne	2	2	4	1,6	-20%	100%	0%
Total	93	228	321	5,5	-5%	81,7%	18,4%
Aisne	7	8	15	2,7	-6,3%	93,3%	6,7%
Nord	35	89	124	4,7	-10,1%	75,8%	24,2%
Oise	5	11	16	1,9	-33,3%	87,5%	12,5%
Pas-de-Calais	13	29	42	2,8	-4,5%	76,2%	23,8%
Somme	6	17	23	3,9	9,5%	69,5%	30,4%
Total	66	154	220	3,6	-9,5%	77,3%	22,7%
Calvados	7	28	35	5	-7,9%	77,2%	22,9%
Eure	5	10	15	2,4	-21,1%	86,6%	13,3%
Manche	9	7	16	3,1	-15,8%	100,1%	0%
Orne	3	5	8	2,7	0%	62,5%	37,5%
Seine Maritime	16	39	55	4,3	-15,4%	76,3%	23,6%
Total	40	89	129	3,8	-13,4%	79,9%	20,2%
Loire Atlantique	16	55	71	5,2	14,5%	81,7%	18,3%
Maine et Loire	7	31	38	4,6	5,6%	86,9%	13,2%
Mayenne	3	5	8	2,5	-11,1%	87,5%	12,5%
Sarthe	7	9	16	2,7	-5,9%	81,3%	18,8%
Vendée	5	11	16	2,4	6,7%	81,3%	18,8%
Total	38	111	149	4	7,2%	83,2%	16,8%
Alpes Maritimes	34	67	101	9,2	-14,4%	80,2%	19,8%
Alpes-Hte-Provence	2	4	6	3,6	0%	100%	0%
Bouches du Rhône	34	145	179	8,8	-5,8%	82,1%	17,9%
Hautes-Alpes	3	5	8	5,5	33,3%	100%	0%
Var	21	35	56	5,4	-11,1%	94,7%	5,4%
Vaucluse	6	15	21	3,7	-27,6%	95,2%	4,8%
Total	100	271	371	7,4	-10,0%	84,9%	15,1%
Métropole	1004	2396	3400	5,2	-9,5%	80%	20%
Guadeloupe	3	10	13	3,2	18,2%	84,6%	15,4%
Guyane	3	8	11	4,5	22,2%	27,3%	72,7%
Martinique	5	12	17	4,3	30,8%	58,9%	41,2%
Mayotte	0	0	0	0	N/A	0%	0%
Réunion	9	13	22	2,6	-4,3%	77,2%	22,7%
DOM	20	43	63	3	12,5%	65,1%	34,9%
Pacifique Sud	3	5	8	2,5	33,3%	87,5%	12,5%
Polynésie Française	3	3	6	2,2	50%	100%	0%
Saint-Pierre-et-Miquelon	0	0	0	0	N/A	0%	0%
Wallis-et-Futuna	0	0	0	0	N/A	0%	0%
COM	6	8	14	2,3	40%	92,9%	7,1%
DOM/COM	26	51	77	2,8	16,7%	70,1%	29,9%
Métropole+Dom+Com	1030	2447	3477	5,1	-9%	79,8%	20,2%
Liste Spéciale	3	5	8		100%	50%	50%
France entière	1033	2452	3485	5,1	-8,9%	79,7%	20,3%

TABLE DES MATIERES :

REMERCIEMENTS 2
COMPOSITION DU JURY 7
LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE 2016-2017 8
SERMENT D'HIPPOCRATE 12
SOMMAIRE 13
LISTE DES ABREVIATIONS 14
RESUME 15
ABSTRACT 17
INTRODUCTION 18
MATERIEL ET METHODE 21
JUSTIFICATION CHOIX DES ACTES TECHNIQUES 21
CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE ET ECHANTILLONNAGE 23
RECUEIL DES INFORMATIONS ET RETRANSCRIPTIONS 24
ANALYSE ET CODAGE DES DONNEES 26
RESULTATS 27
DEROULE DE L'ETUDE ET CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION 27
ANALYSES DES RESULTATS 29
1. Impact de la relation et communication médecin/malade 29
2. Regard du MG sur la pratique de ces gestes 34
3. Influence des conditions d'exercice 37
4. Approche globale du MG : vécu du geste 41
5. Facteurs pouvant favoriser la réalisation des actes 44
DISCUSSION 49
CONCLUSION 64
REFERENCES 67
ANNEXES 70
ANNEXE 1 : GRILLE ENTRETIEN FINALE 70
ANNEXE 2 : GRILLE ENTRETIEN INITIALE 73
ANNEXE 3 : IMAGE RESULTATS 75
ANNEXE 4 : IMAGE FREINS 76
ANNEXE 5 IMAGE MOTIVATIONS 77
ANNEXE 6 : LISTE DES 10 PREMIERS ACTES DE LA LISTE CCAM DES ACTES FREQUENTS D'UN MG ; 78
ANNEXE 7 : TABLEAUX EFFECTIFS DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE ATLAS DEMOGRAPHIE 2016 80