



**HAL**  
open science

# Quelles sont les représentations des patients vis-à-vis des gestes techniques pratiqués par les médecins généralistes en cabinet ?

Angélique Lopez

## ► To cite this version:

Angélique Lopez. Quelles sont les représentations des patients vis-à-vis des gestes techniques pratiqués par les médecins généralistes en cabinet ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01905911

**HAL Id: dumas-01905911**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01905911>**

Submitted on 18 Mar 2019

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

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

**Quelles sont les représentations des patients vis-à-vis des gestes techniques pratiqués par les médecins généralistes en cabinet ?**

# **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE**

**Le 30 Octobre 2017**

**Par Madame Angélique LOPEZ**

**Née le 5 août 1989 à Avignon (84)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur VILLANI Patrick**

**Président**

**Monsieur le Professeur ROCH Antoine**

**Assesseur**

**Madame le Docteur (MCU-PH) DAUMAS Aurélie**

**Assesseur**

**Madame le Docteur DELALANDE Géraldine**

**Assesseur**

**Madame le Docteur ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle**

**Directeur**

# AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

**Président** : Yvon BERLAND

## FACULTE DE MEDECINE

**Doyen** : Georges LEONETTI

**Vice-Doyen aux Affaires Générales** : Patrick DESSI

**Vice-Doyen aux Professions Paramédicales** : Philippe BERBIS

**Assesseurs :**

- \* aux Etudes : Jean-Michel VITON
- \* à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- \* aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- \* aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- \* à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- \* pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- \* aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

**Chargés de mission :**

- \* 1<sup>er</sup> cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- \* 2<sup>ème</sup> cycle : Marie-Aleth RICHARD
- \* 3<sup>ème</sup> cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- \* Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- \* DU-DIU : Véronique VITTON
- \* Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- \* Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- \* Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- \* Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- \* Relations Internationales : Philippe PAROLA
- \* Etudiants : Arthur ESQUER

**Responsable administratif :**

- \* Déborah ROCCHICCIOLI

**Chefs de service :**

- \* Communication : Laetitia DELOUIS
- \* Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
- \* Intérieur : Joëlle FAVREGA
- \* Maintenance : Philippe KOCK
- \* Scolarité : Christine GAUTHIER

### DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND  
M. André ALI CHERIF  
M. Jean-François PELLISSIER

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	GALLAIS Hervé
	ALDIGHERI René		GAMERRE Marc
	ALLIEZ Bernard		GARCIN Michel
	AQUARON Robert		GARNIER Jean-Marc
	ARGEME Maxime		GAUTHIER André
	ASSADOURIAN Robert		GERARD Raymond
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BAILLE Yves		GIUDICELLI Roger
	BARDOT Jacques		GIUDICELLI Sébastien
	BARDOT André		GOUDARD Alain
	BERARD Pierre		GOUIN François
	BERGOIN Maurice		GRISOLI François
	BERNARD Dominique		GROULIER Pierre
	BERNARD Jean-Louis		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BERNARD Pierre-Marie		HASSOUN Jacques
	BERTRAND Edmond		HEIM Marc
	BISSET Jean-Pierre		HOUEL Jean
	BLANC Bernard		HUGUET Jean-François
	BLANC Jean-Louis		JAQUET Philippe
	BOLLINI Gérard		JAMMES Yves
	BONGRAND Pierre		JOUVE Paulette
	BONNEAU Henri		JUHAN Claude
	BONNOIT Jean		JUIN Pierre
	BORY Michel		KAPHAN Gérard
	BOURGEADE Augustin		KASBARIAN Michel
	BOUVENOT Gilles		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BOUYALA Jean-Marie		LACHARD Jean
	BREMOND Georges		LAFFARGUE Pierre
	BRICOT René		LEVY Samuel
	BRUNET Christian		LOUCHET Edmond
	BUREAU Henri		LOUIS René
	CAMBOULIVES Jean		LUCIANI Jean-Marie
	CANNONI Maurice		MAGALON Guy
	CARTOUZOU Guy		MAGNAN Jacques
	CAU Pierre		MALLAN- MANCINI Josette
	CHAMLIAN Albert		MALMEJAC Claude
	CHARREL Michel		MATTEI Jean François
	CHOUX Maurice		MERCIER Claude
	CIANFARANI François		METGE Paul
	CLEMENT Robert		MICHOTÉY Georges
	COMBALBERT André		MILLET Yves
	CONTE-DEVOLX Bernard		MIRANDA François
	CORRIOL Jacques		MONFORT Gérard
	COULANGE Christian		MONGES André
	DALMAS Henri		MONGIN Maurice
	DE MICO Philippe		MONTIES Jean-Raoul
	DEVIN Robert		NAZARIAN Serge
	DEVRED Philippe		NICOLI René
	DJIANE Pierre		NOIRCLERC Michel
	DONNET Vincent		OLMER Michel
	DUCASSOU Jacques		OREHEK Jean
	DUFOUR Michel		PAPY Jean-Jacques
	DUMON Henri		PAULIN Raymond
	FARNARIER Georges		PELOUX Yves
	FAVRE Roger		PENAUD Antony

	FIECHI Marius	PENE Pierre
	FIGARELLA Jacques	PIANA Lucien
	FONTES Michel	PICAUD Robert
	FRANCOIS Georges	PIGNOL Fernand
	FUENTES Pierre	POGGI Louis
	GABRIEL Bernard	POITOUT Dominique
	GALINIER Louis	PONCET Michel
MM	POYEN Danièle	
	PRIVAT Yvan	
	QUILICHINI Francis	
	RANQUE Jacques	
	RANQUE Philippe	
	RICHAUD Christian	
	ROCHAT Hervé	
	ROHNER Jean-Jacques	
	ROUX Hubert	
	ROUX Michel	
	RUFO Marcel	
	SAHEL José	
	SALAMON Georges	
	SALDUCCI Jacques	
	SAN MARCO Jean-Louis	
	SANKALE Marc	
	SARACCO Jacques	
	SARLES Jean-Claude	
	SCHIANO Alain	
	SCOTTO Jean-Claude	
	SEBAHOUN Gérard	
	SERMENT Gérard	
	SERRATRICE Georges	
	SOULAYROL René	
	STAHL André	
	TAMALET Jacques	
	TARANGER-CHARPIN Colette	
	THOMASSIN Jean-Marc	
	UNAL Daniel	
	VAGUE Philippe	
	VAGUE/JUHAN Irène	
	VANUXEM Paul	
	VERVLOET Daniel	
	VIALETES Bernard	
	VIGOUROUX Robert	
	WEILLER Pierre-Jean	

## PROFESSEURS HONORIS CAUSA

### 1967

MM. les  
Professeurs DADI (Italie)  
CID DOS SANTOS (Portugal)

### 1974

MM. les  
Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)  
T.A. LAMBO (Suisse)

### 1975

MM. les  
Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)  
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-  
Bretagne)

### 1976

MM. les  
Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)  
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

### 1977

MM. les  
Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)  
C.GIBBS (U.S.A.)  
J. DACIE (Grande-Bretagne)

### 1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

### 1980

MM. les  
Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)  
R.D. ADAMS (U.S.A.)

### 1981

MM. les  
Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)  
M. SCHOU (Danemark)  
M. AMENT (U.S.A.)  
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)  
S. REFSUM (Norvège)

### 1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

### 1985

MM. les  
Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)  
KLINSMANN (R.D.A.)

### 1986

MM. les  
Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)  
LIANA BOLIS (Suisse)  
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

**1987**

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

**1988**

MM. les  
Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)  
W.K. ENGEL (U.S.A.)  
V. ASKANAS (U.S.A.)  
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)  
A. DAVIGNON (Canada)  
A. BETTARELLO (Brésil)

**1989**

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

**1990**

MM. les  
Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)  
J. PORTER (U.S.A.)

**1991**

MM. les  
Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)  
W. BURGDORFER (U.S.A.)

**1992**

MM. les  
Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)  
D. CARSON (U.S.A.)  
T. YAMAMURO (Japon)

**1994**

MM. les  
Professeurs G. KARPATI (Canada)  
W.J. KOLFF (U.S.A.)

**1995**

MM. les  
Professeurs D. WALKER (U.S.A.)  
M. MULLER (Suisse)  
V. BONOMINI (Italie)

**1997**

MM. les  
Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)  
D. STULBERG (U.S.A.)  
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)  
P.I. BRANEMARK (Suède)

**1998**

MM. les  
Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

**1999**

MM. les  
Professeurs

J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)  
D. COLLEN (Belgique)  
S. DIMAURO (U. S. A.)

**2000**

MM. les  
Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)  
C. R. CONTI (U.S.A.)

**2001**

MM. les  
Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)  
G. HUGUES (Grande Bretagne)  
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

**2002**

MM. les  
Professeurs

M. ABEDI (Canada)  
K. DAI (Chine)

**2003**

M. le Professeur  
Sir

T. MARRIE (Canada)  
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

**2004**

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

**2005**

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

**2006**

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

**2007**

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

## EMERITAT

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

### 2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

### 2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHARPIN Denis Surnombre	GORINCOUR Guillaume
ALBANESE Jacques	CHAUMOITRE Kathia	GRANEL/REY Brigitte
ALESSANDRINI Pierre Surnombre	CHAUVEL Patrick Surnombre	GRILLO Jean-Marie Surnombre
ALIMI Yves	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
AMABILE Philippe	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel Surnombre	GUEDJ Eric
ARGENSON Jean-Noël	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ASTOUL Philippe	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ATTARIAN Shahram	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AUDOUIN Bertrand	COWEN Didier	GUYOT Laurent
AUFFRAY Jean-Pierre Surnombre	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
AUQUIER Pascal	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AVIERINOS Jean-François	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AZORIN Jean-Michel	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AZULAY Jean-Philippe	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOFFART Louis
BAILLY Daniel	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BARLESI Fabrice	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	JOLIVET/BADIER Monique
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTOLI Jean-Michel	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Michel	DELARQUE Alain	KARSENTY Gilles
BARTOLIN Robert Surnombre	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLOMEI Fabrice	DENIS Danièle	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DESSEIN Alain Surnombre	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DESSI Patrick	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DISDIER Patrick	LAUGIER René
BERDAH Stéphane	DODDOLI Christophe	LAUNAY Franck
BERLAND Yvon	DRANCOURT Michel	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERNARD Jean-Paul	DUBUS Jean-Christophe	LE CORROLLER Thomas
BEROUD Christophe	DUFFAUD Florence	LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
BERTUCCI François	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
BLIN Olivier	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie- Pascale
BLONDEL Benjamin	ENJALBERT Alain	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FAKHRY Nicolas	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Nicolas
BOTTA Alain Surnombre	FELICIAN Olivier	MACE Loïc
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FENOLLAR Florence	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUBLI Léon	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MARANINCHI Dominique Surnombre
BOYER Laurent	FLECHER Xavier	MARTIN Claude Surnombre
BREGEON Fabienne	FOURNIER Pierre-Edouard	MATONTI Frédéric
BRETELLE Florence	FRAISSE Alain Disponibilité	MEGE Jean-Louis
BROUQUI Philippe	FRANCES Yves Surnombre	MERROT Thierry
BRUDER Nicolas	FRANCESCHI Frédéric	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRUE Thierry	FUENTES Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUNET Philippe	GABERT Jean	MICCALEF/ROLL Joëlle
BURTEY Stéphane	GAINNIER Marc	MICHEL Fabrice

CARCOPINO-TUSOLI Xavier  
CASANOVA Dominique  
CASTINETTI Frédéric  
CECCALDI Mathieu  
CHABOT Jean-Michel  
CHAGNAUD Christophe  
CHAMBOST Hervé  
CHAMPSAUR Pierre  
CHANEZ Pascal  
CHARAFFE-JAUFFRET  
Emmanuelle  
CHARREL Rémi

CHIARONI Jacques  
NICOLLAS Richard  
OLIVE Daniel  
OUAFIK L'Houcine  
PAGANELLI Franck  
PANUEL Michel  
PAPAZIAN Laurent  
PAROLA Philippe  
PARRATTE Sébastien  
PAUT Olivier  
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure  
PELLETIER Jean  
PETIT Philippe  
PHAM Thao  
PIARROUX Renaud  
PIERCECCHI/MARTI Marie-  
Dominique  
PIQUET Philippe  
PIRRO Nicolas  
POINSO François  
POUGET Jean Surnombre  
RACCAH Denis  
RAOULT Didier  
REGIS Jean  
REYNAUD/GAUBERT Martine

GARCIA Stéphane  
GARIBOLDI Vlad  
GAUDART Jean  
GENTILE Stéphanie  
GERBEAUX Patrick  
GEROLAMI/SANTANDREA René  
GILBERT/ALESSI Marie-Christine  
GIORGI Roch  
GIOVANNI Antoine

GIRARD Nadine  
GIRAUD/CHABROL Brigitte

GONCALVES Anthony  
REYNAUD Rachel  
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth  
RIDINGS Bernard Surnombre  
ROCHE Pierre-Hugues  
ROCH Antoine  
ROCHWERGER Richard  
ROLL Patrice  
ROSSI Dominique  
ROSSI Pascal  
ROUDIER Jean  
SALAS Sébastien  
SAMBUC Roland  
SARLES Jacques  
SARLES/PHILIP Nicole

SASTRE Bernard Surnombre  
SCAVARDA Didier  
SCHLEINITZ Nicolas  
SEBAG Frédéric  
SEITZ Jean-François  
SERRATRICE Jacques  
SIELEZNEFF Igor  
SIMON Nicolas  
STEIN Andréas

MICHEL Gérard  
MICHELET Pierre  
MILH Mathieu  
MOAL Valérie  
MONCLA Anne  
MORANGE Pierre-Emmanuel  
MOULIN Guy  
MOUTARDIER Vincent  
MUNDLER Olivier

NAUDIN Jean  
NICCOLI/SIRE Patricia  
NICOLAS DE LAMBALLERIE  
Xavier  
TAIEB David  
THIRION Xavier  
THOMAS Pascal  
THUNY Franck  
TRIGLIA Jean-Michel  
TROPIANO Patrick  
TSIMARATOS Michel  
TURRINI Olivier  
VALERO René  
VEY Norbert  
VIDAL Vincent  
VIENS Patrice  
VILLANI Patrick  
VITON Jean-Michel

VITTON Véronique  
VIEHWEGER Heide Elke  
VIVIER Eric  
XERRI Luc

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal  
AGHABABIAN Valérie  
BELIN Pascal  
CHABANNON Christian  
CHABRIERE Eric  
FERON François  
LE COZ Pierre  
LEVASSEUR Anthony  
RANJEVA Jean-Philippe  
SOBOL Hagay

**PROFESSEUR CERTIFIE**

BRANDENBURGER Chantal

**PRAG**

TANTI-HARDOUIN Nicolas

**PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS**

FILIPPI Simon

**PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS  
PARTIEL**

ALTAVILLA Annagrazia  
BURKHART Gary

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITE - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent	FABRE Alexandre	MOTTOLA GHIGO Giovanna
ANDRE Nicolas	FOUILLOUX Virginie	NGUYEN PHONG Karine
ANGELAKIS Emmanouil	FRERE Corinne	NINOVE Laetitia
ATLAN Catherine	GABORIT Bénédicte	NOUGAIREDE Antoine
BACCINI Véronique	GASTALDI Marguerite	OUDIN Claire
BARTHELEMY Pierre	GAUDY/MARQUESTE Caroline	OVAERT Caroline
BARTOLI Christophe	GELSI/BOYER Véronique	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	GIUSIANO Bernard	PERRIN Jeanne
BELIARD Sophie	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	RANQUE Stéphane
BERBIS Julie	GOURIET Frédérique	REY Marc
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GRAILLON Thomas	ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
BEYER-BERJOT Laura	GREILLIER Laurent	ROBERT Philippe
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SABATIER Renaud
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BOULLU/CIOCCA Sandrine	HAUTIER/KRAHN Aurélie	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	SAVEANU Alexandru
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise	JOURDE CHICHE Noémie	SECQ Véronique
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	SOULA Gérard
CARRON Romain	KRAHN Martin	TOGA Caroline
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TOGA Isabelle
		TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	TROUSSE Delphine
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VALLI Marc
DADOUN Frédéric (disponibilité)	LAGIER Aude	VELLY Lionel
DALES Jean-Philippe	LAGIER Jean-Christophe	VELY Frédéric
DAUMAS Aurélie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VION-DURY Jean
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LEVY/MOZZICONACCI Annie	ZATTARA/CANNONI Hélène
DEL VOLGO/GORI Marie-José	LOOSVELD Marie	
DELLIAUX Stéphane	MANCINI Julien	
DESPLAT/JEGO Sophie	MARY Charles	
DEVEZE Arnaud Disponibilité	MASCAUX Céline	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André	
EBBO Mikaël	MILLION Matthieu	

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	STEINBERG Jean-Guillaume
BARBACARU/PERLES T. A.	LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BERAUD/JUVEN Evelyne (retraite octobre 2016)	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
BOYER Sylvie	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme	

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

ADNOT Sébastien  
BARGIER Jacques  
BONNET Pierre-André  
CALVET-MONTREDON Céline  
GUIDA Pierre  
JANCZEWSKI Aurélie

**MAITRE DE CONFERENCES  
ASSOCIE à MI-TEMPS**

REVIS Joana

**PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS****PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)****ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH)

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) Surnombre  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
KERBAUL François (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
MICHELET Pierre (PU-PH)  
PAUT Olivier (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)  
VELLY Lionel (MCU-PH)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)  
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)  
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoît (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
ENJALBERT Alain (PU-PH)  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)

KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)

MUNDLER Olivier (PU-PH)

TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)

RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

VION-DURY Jean (MCU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)

BONNET Jean-Louis (PU-PH)

CUISSSET Thomas (PU-PH)

DEHARO Jean-Claude (PU-PH)

FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité

FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)

HABIB Gilbert (PU-PH)

PAGANELLI Franck (PU-PH)

THUNY Franck (PU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**CHIRURGIE DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)

HARDWIGSEN Jean (PU-PH)

LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre

SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre

SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

GAUDART Jean (PU-PH)

GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)

DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

MANCINI Julien (MCU-PH)

SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)

BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**CHIRURGIE GENERALE 5302**

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)

MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)

TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
CURVALE Georges (PU-PH)  
FLECHER Xavier (PU PH)  
PARRATTE Sébastien (PU-PH)  
ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
TROPIANO Patrick (PU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
CHINOT Olivier (PU-PH)  
COWEN Didier (PU-PH)  
DUFFAUD Florence (PU-PH)  
GONCALVES Anthony PU-PH)  
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Sumombre  
SALAS Sébastien (PU-PH)  
VIENS Patrice (PU-PH)  
SABATIER Renaud (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
DODDOLI Christophe (PU-PH)  
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
MACE Loïc (PU-PH)  
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)  
GRISOLI Dominique (MCU-PH)  
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
AMABILE Philippe (PU-PH)  
BARTOLI Michel (PU-PH)  
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
PIQUET Philippe (PU-PH)  
  
SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Sumombre  
LEPIDI Hubert (PU-PH)  
ACHARD Vincent (MCU-PH)  
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Sumombre  
GUYS Jean-Michel (PU-PH)  
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
LAUNAY Franck (PU-PH)  
MERROT Thierry (PU-PH)  
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
GUYOT Laurent (PU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,  
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
LEGRE Régis (PU-PH)  
  
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)  
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)  
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)  
LAUGIER René (PU-PH)  
SEITZ Jean-François (PU-PH)  
VITTON Véronique (PU-PH)

**GENETIQUE 4704****DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)  
 MONCLA Anne (PU-PH)  
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)  
 NGYUEN Karine (MCU-PH)  
 TOGA Caroline (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;  
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)  
 NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403****EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 CHABOT Jean-Michel (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)  
 SAMBUC Roland (PU-PH)  
 THIRION Xavier (PU-PH)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
 BOUBLI Léon (PU-PH)  
 BRETELLE Florence (PU-PH)  
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
 COURBIERE Blandine (PU-PH)  
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)  
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)  
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

**IMMUNOLOGIE 4703**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
 OLIVE Daniel (PU-PH)  
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
 ROBERT Philippe (MCU-PH)  
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section) (retraite octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

**HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

BLAISE Didier (PU-PH)  
 COSTELLO Régis (PU-PH)  
 CHIARONI Jacques (PU-PH)  
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
 VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)  
 CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)  
 FRERE Corinne (MCU-PH)  
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
 POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

LEONETTI Georges (PU-PH)  
 PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
 PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
 PAROLA Philippe (PU-PH)  
 STEIN Andréas (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)  
 BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)  
 MILLION Matthieu (MCU-PH)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905****MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
 DISDIER Patrick (PU-PH)  
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
 FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)  
 SERRATRICE Jacques (PU-PH) disponibilité

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
 DELARQUE Alain (PU-PH)

VITON Jean-Michel (PU-PH)

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

EBBO Mikael (MCU-PH)

BOTTA Alain (PU-PH) Surnombre  
 LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)  
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

**NEPHROLOGIE 5203**

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BERLAND Yvon (PU-PH)  
 BRUNET Philippe (PU-PH)  
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)  
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)  
 MOAL Valérie (PU-PH)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
 BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)  
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

**NUTRITION 4404**

DARMON Patrice (PU-PH)  
 RACCAH Denis (PU-PH)  
 VALERO René (PU-PH)

**NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)  
 FUENTES Stéphane (PU-PH)  
 REGIS Jean (PU-PH)  
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)  
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH)  
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)  
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

<b>ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)</b>	<b>NEUROLOGIE 4901</b>
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)	ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
<b>OPHTALMOLOGIE 5502</b>	FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH) POUGET Jean (PU-PH) Surnombre
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) MATONTI Frédéric (PU-PH) RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre	<b>PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904</b>
<b>OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501</b>	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)  DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité  REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)  ROMAN Stéphane (Professeur associé des universités mi-temps)	<b>PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803</b>
<b>PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502</b>	BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH)
DESSEIN Alain (PU-PH) PIARROUX Renaud (PU-PH)  CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) RANQUE Stéphane (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	BOULAMERY Audrey (MCU-PH) VALLI Marc (MCU-PH)
<b>PEDIATRIE 5401</b>	<b>PHILOSOPHIE 17</b>
CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH)  ANDRE Nicolas (MCU-PH)	LE COZ Pierre (PR) (17ème section)  ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)          BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) CHAUVEL Patrick (PU-PH) Surnombre JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)  BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité) DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)  
FABRE Alexandre (MCU-PH)  
OUDIN Claire (MCU-PH)  
OVAERT Caroline (MCU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)  
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)  
REY Marc (MCU-PH)  
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)  
BAILLY Daniel (PU-PH)  
LANCON Christophe (PU-PH)  
NAUDIN Jean (PU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)  
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)  
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)  
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

ASTOUL Philippe (PU-PH)

**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)  
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)  
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)  
GIRARD Nadine (PU-PH)  
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)  
JACQUIER Alexis (PU-PH)  
MOULIN Guy (PU-PH)  
PANUEL Michel (PU-PH)  
PETIT Philippe (PU-PH)  
VIDAL Vincent (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)  
CHANEZ Pascal (PU-PH)  
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre  
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)  
MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)  
GERBEAUX Patrick (PU-PH)  
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)  
ROCH Antoine (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)  
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre  
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

**UROLOGIE 5204**

**RHUMATOLOGIE 5001**

GUIS Sandrine (PU-PH)  
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)  
PHAM Thao (PU-PH)  
ROUDIER Jean (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
KARSENTY Gilles (PU-PH)  
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
ROSSI Dominique (PU-PH)

# REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Patrick Villani, qui me fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Antoine Roch, qui me fait l'honneur de participer au jury de cette thèse. Veuillez recevoir la marque de mes remerciements, ainsi que de mon respect pour votre souci constant de la formation des internes de médecine générale.

A Madame le Docteur Aurélie Daumas, vous avez accepté avec enthousiasme de participer au jury de cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de mes plus sincères remerciements.

A Madame le Docteur Géraldine Delalande, tu me fais l'honneur de participer au jury de cette thèse, et je t'en remercie du fond du coeur. Ton enseignement, ta gentillesse, ta façon de pratiquer la médecine ont été, durant les 6 mois passés ensemble, et seront pour toujours un exemple pour moi. Merci pour tout.

A Madame le Docteur Raphaëlle Rousseau Durand, vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail. Je ne saurai jamais assez vous remercier pour votre patience, votre disponibilité et vos conseils avisés. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude.

A mes parents, Muriel et Bruno, vous qui avez toujours cru en moi et m'avez toujours soutenue. Je ne serais rien sans vous. Vous avez été présents à chaque instant de ce long périple de 10 ans, vous m'avez fait relever la tête dans les moments les plus sombres. Vous avez déployé une énergie folle pour m'accompagner durant ces longues années, même jusque dans l'organisation de ce travail de thèse. Je suis fière d'être votre fille. C'est à vous que je dois tout ceci. Je vous aime du plus profond de mon cœur.

A ma belle-famille :

- A ma belle-mère Véronique, et à mon beau-père Daniel : merci pour votre implication dans mon travail, vous m'avez été d'une aide précieuse. Merci tout simplement d'être ce que vous êtes, j'ai de la chance de faire partie de votre famille.
- A mon beau-frère Eddy : merci pour ta patience, ton travail et tous tes conseils. Je crois que sans ton aide je serais encore en train d'essayer de faire des sauts de section dans Word à cette heure. Blagues à part, merci infiniment pour ton aide précieuse.

Je remercie également toute ma petite famille et belle-famille, qui a su écouter sans sourciller durant ces longues années mes péripéties d'étudiante et d'interne en médecine.

A tous mes amis et pour certains co-internes : Alice (ma sœur de médecine, je t'embrasse tendrement), Mathilde (1<sup>er</sup> stage, début des galères, mais toujours soudées !) et Claire (on se souvient toute sa vie de son premier co-interne !), Anthony (contente d'avoir croisé ta route mon pote ! Tu seras assurément un bon papa), Violaine (bientôt maman au moment où je rédige cette thèse !), Marianne (bisous à Louise !), Florent et Hélène (bientôt Madame !).

A Alexandra, nous rattraperons le temps perdu et je suis heureuse que tu sois présente aujourd'hui à mes côtés. Merci beaucoup à toi et à Marion également, d'avoir pris le temps de corriger mes fautes d'orthographe (en chaussons licorne !).

Je remercie tous les médecins, infirmiers et infirmières cadres ou non (bisous ma Chantou !!!), aides-soignants et aides-soignantes, secrétaires, assistantes sociales (et j'en oublie sûrement) qui ont participé à ma formation et ont eu le goût de me transmettre leur savoir.

Je remercie les participants de ces focus groups, qui ont pris le temps de répondre à mes questions et de donner leur avis : merci infiniment, vous êtes l'âme de ce travail.

Et pour finir en beauté, à mon mari, Lilian. Tu es l'amour de ma vie. Merci pour ta patience immense de tous les instants, ton investissement dans ce parcours professionnel qui n'est pas toujours facile à vivre pour le conjoint. Tu m'épaules chaque jour depuis le premier instant. Tu m'as été d'une grande aide et sans toi ce travail n'aurait jamais vu le jour, tu as assumé ton rôle à la perfection. Tu fais de ma vie un bonheur depuis bientôt 5 ans, je suis fière d'être ta femme. Nous ne faisons qu'un.

« Sauvegarde ma chérie, sauvegarde !!! »

Je t'aime.

# PLAN

<b><u>INTRODUCTION</u></b>	p.4
<b><u>MATERIELS ET METHODES</u></b>	p.7
<b>1. Méthode qualitative par focus groups</b>	p.7
<b>2. Choix de la population</b>	p.7
<b>3. Organisation et déroulement des focus groups</b>	p.8
<b>4. Ethique</b>	p.9
<b>5. Analyse du contenu des focus groups</b>	p.10
<b><u>RESULTATS</u></b>	p.11
<b>1. Population</b>	p.11
<b>2. La méconnaissance de la notion de gestes techniques</b>	p.12
a) <u>Le geste technique n'apparaît pas spontanément comme motif de consultation</u>	p.12
b) <u>La confusion entre examen clinique et geste technique</u>	p.15
c) <u>Le manque d'information du patient</u>	p.16
d) <u>La tarification</u>	p.18
<b>3. Les obstacles à la réalisation des gestes techniques</b>	p.20
a) <u>L'orientation précoce vers le spécialiste ou l'hôpital et le manque de proposition de la part médecin généraliste</u>	p.20
b) <u>Le manque d'initiative du patient</u>	p.21
c) <u>Les obstacles à la réalisation des gestes techniques perçus par le patient</u>	p.23
1) Le manque de communication du médecin généraliste	p.23
2) Le manque d'envie du médecin	p.24
3) La problématique du temps de consultation	p.24
4) La problématique des consultations sur rendez-vous	p.28
5) Un manque de médecins	p.28
6) La problématique du matériel	p.29
7) La formation et les compétences du médecin généraliste	p.30
8) Le risque médico-légal	p.33
9) Le manque de pratique	p.34
10) La concurrence avec le spécialiste	p.34
d) <u>Les solutions envisagées par les patients</u>	p.35
1) La communication directe et l'éducation des patients	p.35
2) La communication indirecte	p.35

3) Un rôle de la Sécurité Sociale	p.36
4) Davantage de médecins	p.37
5) Le regroupement des médecins	p.37
6) Le motif de consultation	p.38
<b>4. Opinions des patients concernant les gestes techniques pratiqués par les médecins généralistes en cabinet</b>	<b>p.38</b>
<i>a) Médecin généraliste d'hier, médecin généraliste d'aujourd'hui</i>	p.38
1) Le médecin généraliste « d'avant » pratiquait plus de gestes techniques : il était plus polyvalent et plus compétent	p.39
2) Le médecin « d'avant » était davantage disponible et dévoué à ses patients	p.40
3) Une médecine générale différente	p.40
4) Une nouvelle génération de médecins généralistes	p.40
<i>b) Médecine en zone urbaine et médecine en zone rurale</i>	p.41
1) Le médecin de campagne, un médecin plus compétent ?	p.42
2) Une question de localisation	p.42
3) Un autre état d'esprit	p.44
<i>c) Le choix entre le médecin traitant, le spécialiste ou l'hôpital</i>	p.44
1) Le médecin traitant avant tout	p.44
2) La préférence du spécialiste ou de l'hôpital	p.47
3) L'expérience des patients	p.49
<b><u>DISCUSSION</u></b>	<b>p.50</b>
<b>1. Les forces de l'étude</b>	<b>p.50</b>
<i>a) Un nouvel angle de vue</i>	p.50
<i>b) Les points forts de la méthode : l'analyse qualitative par focus groups</i>	p.50
<i>c) Les données</i>	p.51
<b>2. Les faiblesses de l'étude</b>	<b>p.52</b>
<i>a) L'animateur</i>	p.52
<i>b) Le questionnaire du focus group</i>	p.52
<i>c) Les limites du focus group</i>	p.53
1) La dynamique de groupe	p.53
2) L'échantillonnage	p.53
3) Une méthode exclusivement qualitative	p.53
<b>3. Confrontation aux données de la littérature</b>	<b>p.53</b>

a) <u>Confrontation des obstacles perçus</u>	p.53
b) <u>En marche vers l'hyperspécialisation ?</u>	p.56
c) <u>Le profil du médecin généraliste réalisant des gestes techniques</u>	p.57
d) <u>Les solutions envisagées par les patients : de bonnes idées ?</u>	p.60
e) <u>Quel avenir pour la pratique des gestes techniques ?</u>	p.65
<b><u>CONCLUSION</u></b>	p.68
<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b>	p.71
<b><u>ANNEXES</u></b>	p.75
ANNEXE 1 : Guide d'entretien des focus groups	p.75
ANNEXE 2 : Lettre de participation	p.77
ANNEXE 3 : Fiche de consentement	p.78

# INTRODUCTION

La médecine générale est une activité qui par sa complexité et sa polyvalence fait l'objet de nombreuses réflexions de la part de diverses organisations professionnelles compétentes dans ce domaine. Il existe à ce jour plusieurs définitions (6, 2), référentiels métiers de cette discipline (4, 5), descriptions des aptitudes requises (1, 3) et lois encadrant sa pratique.

Cette étude a pour but de se focaliser sur un aspect particulier de la médecine générale, souvent peu étudié, hormis dans les thèses de médecine : celui des gestes techniques pratiqués par les médecins généralistes en cabinet libéral.

Il est nécessaire pour cela de caractériser ce que nous définirons comme étant un geste technique qui peut être pratiqué par un médecin généraliste.

- L'article 70 du code de déontologie médicale et l'article R. 4127-70 du code de santé publique (21) stipulent que : « *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* ».
- L'article 71 du code de déontologie médicale et l'article R. 4127-71 du code de santé publique (22), stipulent 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* ».

Il n'existe donc pas de liste restrictive en France en termes de geste technique pour un praticien en médecine générale, d'autant plus qu'il n'existe pas de réglementation des cabinets médicaux représentant la médecine dite de « ville ou libérale »

*(25) : « cette « structure cabinet de ville » n'est pas définie réglementairement, et son niveau d'équipement est hétérogène et varie selon la spécialité exercée. Les cabinets dédiés à la « consultation simple » ont un équipement minimal alors que les « cabinets de spécialités plus techniques » peuvent être équipés pour pratiquer des actes de « petite chirurgie » ».*

Compte tenu de ces textes et en gardant en tête que le médecin généraliste est tenu d'exercer dans la limite de ses compétences : nous utiliserons la nomenclature pratique des actes en médecine générale (NGAP) (19) à laquelle a succédé la classification commune des actes médicaux (CCAM) (20), référentiels appliqués quotidiennement par les professionnels de santé.

Sur la base de ces recueils, seront considérés comme gestes techniques : les actes nécessitant une maîtrise particulière et / ou un matériel spécifique, faisant l'objet d'une cotation définie par la NGAP et / ou la CCAM.

Seront donc exclus de ce champ :

- Les actes ne nécessitant aucune habileté particulière : les tests d'évaluation psychiatrique, cognitive, de l'efficacité intellectuelle d'un enfant ou d'un adulte, ou encore les examens de dépistage et de diagnostic d'un déficit sensitif.
- Les actes qui ne bénéficient d'aucune cotation spécifique dans la NGAP et la CCAM, et qui seront donc considérés comme faisant partie de l'examen clinique : la mesure de la glycémie capillaire, l'oxymétrie de pouls, l'otoscopie, le toucher vaginal, le toucher rectal, l'utilisation d'une bandelette urinaire, la mesure de la tension artérielle, la mesure du poids ou de la taille...
- De façon raisonnable nous éliminerons également les gestes qui nécessitent des moyens techniques trop importants non disponibles et non adaptés à un cabinet de médecine générale et aux compétences techniques d'un médecin généraliste.

En corrélant la liste des compétences nécessaires à la pratique de la médecine générale avec celle des gestes techniques tels que nous les avons définis, il apparaît que ces derniers font partie intégrante des compétences fondamentales à cet exercice et ce pour plusieurs raisons :

- Le médecin généraliste est défini comme un acteur principal en soins primaires, il est à ce titre identifié comme la solution de « premier recours ». Il peut être de ce fait amené à intervenir dans le cadre de l'urgence, comme par exemple pour la suture d'une plaie, le tamponnement antérieur d'une épistaxis ou encore l'incision d'une thrombose hémorroïdaire, entre autres.
- Il est également un acteur de santé publique et dans ce cadre, un élément essentiel assurant le dépistage précoce et la prévention de certaines pathologies. Cette fonction passe également par la réalisation de plusieurs gestes techniques comme le frottis cervico-utérin dans le dépistage du cancer du col de l'utérus, ou la pose, par extrapolation, d'un dispositif intra utérin ou encore d'un implant contraceptif dans la prévention des grossesses non désirées.
- Dans le cadre de l'approche globale du patient, il peut être également amené à réaliser certains gestes curatifs non urgents (électrocoagulation de verrue, ablation d'un bouchon de cérumen...), d'autres à visée diagnostique (biopsies cutanées, ponction articulaire...) ou encore entrant dans le cadre de la prise en charge et du suivi d'une pathologie chronique (ECG, infiltration intra ou périarticulaire...).

Cependant, la pratique ou non de ces gestes techniques par les médecins généralistes installés en cabinet est soumise à de nombreux facteurs déterminants. Plusieurs travaux de thèse ont permis d'identifier certains de ces facteurs, et en particulier les obstacles freinant leur réalisation en soins primaires :

- Le manque de temps ou la durée trop longue de l'acte (8, 12, 13, 14),
- La faible rentabilité financière des actes (8, 13, 14, 15),
- Le manque d'intérêt du médecin pour les gestes (8),
- Le manque d'expérience (8, 11, 13, 15),

- Le manque de formation (9, 11, 12, 13, 14),
- Les risques médico-légaux et la crainte des complications (8, 9, 14),
- Les contraintes liées au matériel (8, 12, 15),
- La proximité des spécialistes ou d'une structure hospitalière (8, 9, 10, 14).

Dans ces différents travaux de thèse, l'observateur se situe toujours du côté du médecin, cherchant des solutions aux obstacles rencontrés par ce dernier dans sa pratique des gestes techniques. Mais qu'en pensent les patients ?

En effet, il semble exister d'après la plupart de ces études une autre difficulté rencontrée, qui ne se situe pas cette fois-ci du côté du médecin généraliste, mais du côté de sa patientèle : le manque de sollicitation de la part du patient (8, 9, 10, 11, 13). Ce constat contraste avec le fait que ces gestes (suture, pose de DIU, d'implant contraceptif, excision de thrombose hémorroïdaire, ablation de bouchon de cérumen, infiltrations...) n'ont pas disparu, bien au contraire. Il est bien rare par exemple, qu'aux urgences un médecin n'ait pas à suturer une plaie qui ne nécessite aucun avis chirurgical et dont la prise en charge aurait aisément pu être réalisée en cabinet de médecine générale, ou bien qu'un patient attende plusieurs semaines voire mois pour certaines zones géographiques, un rendez-vous chez un médecin spécialiste (16,17) qui n'est également pas toujours facile d'accès, pour un geste qui aurait pu être pris en charge par son médecin de famille. Pour exemple, selon une étude française de 2005 (24) il semblerait pourtant que 38% des patients interrogés souhaiteraient voir leur médecin généraliste pratiquer la petite chirurgie en cabinet.

Alors pour quelles raisons les patients ne sollicitent-ils donc pas leur médecin généraliste ?

Est-ce un problème de confiance du patient concernant les compétences techniques de son médecin de famille ? Est-ce un problème de manque d'information (23) voire d'éducation thérapeutique ? Les patients préfèrent-ils avoir recours au médecin spécialiste ? Ce sont toutes autant de questions auxquelles nous tenterons de répondre au travers de cette étude qui a pour but de comprendre quelles sont les représentations des patients vis-à-vis des gestes techniques pratiqués par le médecin généraliste en cabinet.

# MATERIELS ET METHODES

## 1. METHODE QUALITATIVE PAR FOCUS GROUP

La problématique étudiée dans cette enquête concerne principalement le ressenti des patients vis-à-vis des gestes techniques pratiqués par les médecins généralistes en cabinet de ville. Le choix de la méthodologie s'est donc orienté vers une étude qualitative, type d'étude adapté à l'analyse de la subjectivité. Les méthodes de recherche qualitative sont d'abord apparues dans le domaine des sciences sociales dans les années 1920 (28), puis dans le marketing dans les années 1950. Longtemps victimes d'une image négative et qualifiées d'« insuffisamment scientifiques », elles n'intéressent les chercheurs en santé qu'à partir des années 1990. Finalement, le terme MESH (*MEdical Subject Headings*, thésaurus international servant de base d'interrogation dans Medline) de recherche qualitative est apparu dans Medline-Pubmed en 2003.

Nous avons choisi la technique des focus groups. C'est une méthode qualitative favorisant l'émergence d'opinions. Elle n'a pas vocation à créer un consensus. L'observation des interactions directes et ouvertes entre les participants permet la production et l'analyse de données descriptives.

La méthode du focus group consiste en la réalisation de groupes de parole de 6 à 8 participants en moyenne, dont les débats sont organisés autour d'une grille d'entretien définissant les grands thèmes de l'étude. Chaque idée émergeant du groupe est retranscrite, classée et organisée. D'autres réunions sont ensuite programmées tant que de nouvelles idées émergent sur le même thème (saturation des données).

## 2. CHOIX DE LA POPULATION

Tout patient adulte âgé de plus de 18 ans pouvait participer au focus group : la contribution à l'étude se faisait sur la base du volontariat, par sollicitation directe et

indirecte de l'investigateur principal de l'étude accompagnée d'un courrier explicatif, avec effet « boule de neige », ceci en tentant de réunir des patients venant de paysages variés, et pouvant avoir un point de vue différent en fonction de leur âge, de leur sexe, ou bien encore de leur profession ou leur statut social. Les patients ne se connaissaient pas personnellement entre eux, ne connaissaient pas en détail le thème abordé pour éviter la documentation préalable et n'étaient pas des experts professionnels du sujet. La confirmation de la participation s'est faite directement, ou bien par e-mail, contact téléphonique quelques jours avant le focus group.

### 3. ORGANISATION ET DÉROULEMENT DES FOCUS GROUPS

- Le guide d'entretien :

La base de ces discussions semi- dirigées reposait sur un questionnaire élaboré dans un guide d'entretien : il était composé de 8 questions ouvertes constituées en amont par l'auteur de la thèse, dans une optique d'approfondissement progressif du sujet. Les premières questions, très généralistes et concernant la prise en charge globale par le médecin généraliste, faisaient office de « brise-glace » et permettaient de mettre en confiance les participants tout en instaurant la dynamique de groupe et la libre circulation de la parole. Les questions suivantes se focalisaient sur la vision des gestes techniques qu'ont les patients dans le cadre de la médecine générale, en balayant un champ d'exploration le plus large possible. Ces questions ont été élaborées en recoupant les résultats apportés par différents travaux de thèse sur les gestes techniques pratiqués par les médecins généralistes en cabinet.

- L'animateur :

L'animateur, qui n'était pas un professionnel de santé, était chargé de développer les échanges entre les participants et de diriger les débats autour des questions du guide d'entretien, tout en conservant un discours neutre.

- L'observateur :

L'observateur et également auteur de cette thèse, relevait les expressions non verbales ainsi que les lignes directrices des discussions des participants sans intervenir dans les débats. Il se chargeait également de l'accueil des participants et d'une présentation orale expliquant les modalités du focus group en préambule de chaque entretien.

- Déroulement des focus groups :

Les différents focus groups se sont déroulés entre les mois d'avril et juin 2017. Le premier a été réalisé à Entraigues-sur-la-Sorgue (84), le deuxième à La Fare-les-Oliviers (13), le troisième à Saint-Chamas (13), le quatrième de nouveau à Entraigues-sur-la-Sorgue (84). La durée totale d'entretien était de 6 heures et 18 minutes : le focus group le plus long ayant duré 1 heure et 50 minutes et le plus court 1 heure et 8 minutes.

- Recueil des données :

Les données ont été recueillies sous format audio via des dictaphones, complétées par les notes écrites de l'observateur concernant les comportements non verbaux des participants. La retranscription a été faite sous format verbatim, mot pour mot, après chaque focus group, en préservant l'anonymat de chacun.

#### 4. ÉTHIQUE

Nous n'avons pas soumis de demande au comité d'éthique pour cette étude. Néanmoins les participants du focus group ont reçu une information claire et loyale concernant les tenants et aboutissants de leur participation, et ont signé une feuille individuelle de consentement. Le caractère anonyme de leurs propos a été assuré.

## 5. ANALYSE DU CONTENU DES FOCUS GROUPS

Chaque retranscription a été analysée séparément et après chaque focus group, ceci afin de permettre l'évolutivité de la réflexion sur le sujet. Chaque nouvelle idée apportée lors du focus group précédent permettait de faire évoluer plus loin la réflexion pour le focus group suivant, et d'apporter des modifications en conséquence du guide d'entretien.

Chaque retranscription a été analysée à l'aide d'un système de codage par l'auteur de cette thèse : toutes les idées, opinions, représentations énoncées par chaque participant ont été découpées puis classées, comparées, confrontées et enfin regroupées sous forme de thématiques en fonction de l'idée qui les résumait. Enfin, ces thèmes ont été déclinés en plusieurs sous-parties permettant une analyse plus fine des thèmes avancés. Afin d'augmenter la validité de l'étude, une triangulation des résultats a été effectuée : un autre chercheur indépendant a également codé les données recueillies. Ces résultats ont été ensuite recoupés avec les codes obtenus par l'auteur de cette thèse. Les codages ont été ensuite comparés et analysés : les divergences étaient très peu nombreuses, et ont abouti à un consensus entre les deux codeurs.

# RESULTATS

## 1. POPULATION

32 personnes ont participé aux 4 focus groups répartis en deux groupes de 7, un groupe de 8 et un de 10 personnes. Au total 19 femmes et 13 hommes ont été interrogés. L'âge moyen des participants était de 47,8 ans.

	<b>Participant</b>	<b>Age</b>	<b>Sexe</b>
<b><u>FOCUS GROUP 1</u></b>	Luc	53 ans	H
	Claude	51 ans	H
	Jean	51 ans	H
	Mireille	71 ans	F
	Sophie	56 ans	F
	Alice	44 ans	F
	Mélanie	54 ans	F
	Eugène	72 ans	H

	<b>Participant</b>	<b>Age</b>	<b>Sexe</b>
<b><u>FOCUS GROUP 2</u></b>	Marie	49 ans	F
	Claire	24 ans	F
	Hélène	48 ans	F
	Eva	43 ans	F
	Catherine	49 ans	F
	Bruno	51 ans	H
	Kévin	23 ans	H
	Rachel	29 ans	F
	Pierre	58 ans	H
	Véronique	62 ans	F

	<b>Participant</b>	<b>Age</b>	<b>Sexe</b>
<b><u>FOCUS GROUP 3</u></b>	Amandine	32 ans	F
	Nathalie	53 ans	F
	Pascal	53 ans	H
	Adeline	47 ans	F
	Axel	38 ans	H
	Stéphanie	36 ans	F
	Armelle	59 ans	F

	<b>Participant</b>	<b>Age</b>	<b>Sexe</b>
<b><u>FOCUS GROUP 4</u></b>	David	33 ans	H
	Clément	49 ans	H
	Audrey	47 ans	F
	Séverine	36 ans	F
	Fabien	54 ans	H
	Laetitia	48 ans	F
	Brice	57 ans	H

## 2. LA MÉCONNAISSANCE DE LA NOTION DE GESTES TECHNIQUES

### a) Le geste technique n'apparaît pas spontanément comme motif de consultation

Au commencement de chaque entretien, nous avons demandé aux participants du focus group pour quels motifs consultaient-ils leur médecin généraliste. Cette question, très généraliste, permettait d'une part d'avoir un effet « brise-glace » afin d'engager les discussions, mais en dit long concernant la représentation des patients vis-à-vis de la médecine générale.

Les patients évoquent spontanément la consultation pour le renouvellement des traitements, certains même comme un passage obligatoire auquel on aimerait surseoir, parfois au détriment d'une pathologie chronique sous-jacente nécessitant une surveillance régulière.

« Eugène : (...) j'y vais surtout pour renouveler mes médicaments de façon régulière puisque c'est tous les 3 mois.  
Mireille : Alors moi je suis comme Eugène, je vais chez le médecin parce qu'il faut renouveler mes médicaments. Autrement je n'y vais pas de l'année ! Je touche du bois, je suis pas malade ! »

Certains consultent dans l'optique de demander au médecin traitant une prescription particulière.

« Sophie : Moi je consulte une fois par an aussi, pour avoir une prescription pour le kiné, et aussi j'y vais pour une prise de sang annuelle. (...)  
Animateur : Certains d'entre vous consultent pour avoir des ordonnances particulières comme Sophie pour la kinésithérapie ? D'autres personnes le font ?  
Mélanie : Oui systématiquement.  
Luc : Oui, moi je fais rien sans mon médecin traitant.

*Alice : Moi aussi je l'ai fait.*

*Jean : On est pratiquement obligé maintenant. Je pense que c'est le cheminement. »*

Est évoquée également la demande de certificats médicaux, souvent requis par les fédérations pour pratique d'un sport. Ensuite viennent les consultations ponctuelles pour certains problèmes aigus de santé, dont la prise en charge ne nécessite souvent pas de geste technique.

*« Véronique : Je n'y vais que si vraiment je suis à l'agonie. C'est à dire le gros rhume qui s'est transformé en sinusite, ou alors euh... Enfin... Ou alors suite à un accident par exemple, pour voir si tout va bien. Sinon... Voilà. Je vais pas le voir régulièrement. Donc le gros rhume, le mal de gorge qui passe pas...*

*Animateur : Pour un problème aigu de santé c'est ça ? Ponctuel ?*

*Véronique : Oui c'est ça, ponctuel.*

*(...)*

*Claire : Moi j'y vais pas non plus énormément. J'y vais vraiment aussi pour le sport pour les certificats, et vraiment quand j'arrive pas à me dépatouiller d'une maladie »*

D'autres patients consultent en ayant, par avance, l'intention d'être adressé chez un spécialiste : le médecin généraliste, c'est le passage « obligé » vers le spécialiste.

*« Séverine : Moi j'y vais si je suis malade ou si j'ai besoin d'aller voir un spécialiste, d'avoir une ordonnance pour y aller. »*

D'autres encore sollicitent leur médecin traitant pour des conseils, pour obtenir des informations en lien avec leur pathologie.

*« Sophie : (...) Et puis aussi après, lorsque j'ai eu un problème un petit peu plus grave pour avoir des infos que ne m'avait pas données le spécialiste. Le médecin généraliste justement m'a bien renseignée dans un domaine où j'ai eu un souci. »*

Certains patients perçoivent de façon très nette le rôle de coordinateur des soins du médecin traitant : on le consulte pour être orienté, il fait le lien entre les différents spécialistes que le patient est amené à rencontrer dans son parcours de soins.

« Luc: (...) Et donc tout ce que je fais, enfin, toutes les personnes que je peux voir pour ma santé, c'est orienté par mon médecin traitant. C'est à dire que je ne fais rien sans lui en parler, et tous les spécialistes... Je ne fais rien sans que ce soit lui qui m'indique où aller. J'ai une relation de confiance... assez importante avec mon médecin traitant. »

Une seule participante a évoqué spontanément la réalisation de gestes techniques.

« Stéphanie: (...) Donc quand y'a une maladie qui passe pas, que les petits médicaments de la petite pharmacie de la maison ne suffisent pas... Ben on... On va chez le médecin. (...) Et que mon médecin généraliste est capable d'à-peu-près tout : plâtres, points de suture, et autres interventions qui pourraient nécessiter d'aller aux urgences, mais qu'il peut traiter au cabinet. Pour mon plus grand plaisir et ce qui nous évite d'avoir à attendre 4 ou 5 heures aux urgences. »

Il apparaît donc que sur 32 personnes qui ont participé aux focus groups, une participante seulement cite dans ses motifs de consultation certains gestes techniques. Concernant les gestes cités, ils pourraient être classés dans une catégorie de gestes relevant de l'urgence traumatologique, alors que nous savons qu'il en existe des dizaines d'autres. Il apparaît donc dès cette première question que la réalisation d'un geste technique n'apparaît pas spontanément comme motif de consultation. A première vue, les patients de façon générale, hormis quelques exceptions, ne vont pas chez leur médecin généraliste dans l'idée de bénéficier d'un geste.

Cependant cette constatation est à nuancer. En effet, si le patient peut repérer aisément certaines situations nécessitant la pratique d'un geste technique, comme une suture par exemple, ou bien la réalisation d'un frottis cervico-utérin, il n'est pas à même de savoir lorsqu'une pathologie rhumatologique relève d'une infiltration intra-articulaire ou bien lorsque le motif de consultation et l'examen clinique amènent le praticien à étayer son diagnostic par la réalisation d'un électrocardiogramme. Il serait donc

étonnant que les patients, n'ayant pas les connaissances médicales suffisantes, citent spontanément ces gestes comme motifs de consultation.

## b) La confusion entre examen clinique et geste technique

Lorsque nous avons demandé aux participants ce qu'était, pour eux, un geste technique en médecine générale, il est apparu qu'il existait une grande confusion entre geste technique et examen clinique. En effet la plupart des participants confondent les gestes qui constituent l'examen physique d'un patient avec les gestes techniques qui nécessitent un matériel particulier et/ou une compétence particulière.

« Mélanie : Gestes techniques ? Ben ça va être euh, peut être euh... En médecine générale euh... Prise de tension ? Euh... Contrôle du poids, voilà c'est... Gestes « techniques » ? »

« Claude : (...) Ben moi ce qui me vient à l'esprit c'est quand ils font la palpation là tu sais... qu'ils te palpent sur le ventre tout ça ! On se demande ce qu'ils peuvent entendre ou sentir ! (rires francs). Ça je trouve que c'est très technique ! »

« Véronique : Euh... Ausculter, prendre la tension... Je le définis comme ça. Non c'est pas... ? Euh... Le poids... Geste, geste... Geste technique... (silence). Qu'est-ce qu'il peut y avoir d'autre... En général hein... Je vois que comme ça... »

« Pascal : Moi ils me font pas grand-chose, à part prise de la tension... Battements du cœur... Voilà euh... Auscultation, une vue d'ensemble... Non, pour un généraliste... »

« Clément : (Long silence) Gestes techniques ? Je sais pas euh... Mmh... La prise de la tension ? Les battements du cœur ? Les oreilles ? Enfin vérifier... Des petits gestes ? On va dire de base quoi... Ouais, voilà.

Animateur : Rien d'autre ne vous vient en tête ?

Clément : Non, non. »

La dynamique de groupe aidant et même si l'idée reste parfois confuse, certains participants ont évoqué quelques gestes techniques tels que nous les avons définis. Ils restent cependant minoritaires.

« Eugène : Je pense qu'on a fait déjà le tour ? Moi je ne vois pas d'autre... Je pense que prendre une tension c'est technique.

Luc : Je sais pas si c'est un geste technique ça, pour moi c'est pas un geste technique.

Alice : (en réponse à Eugène) Oui pour moi c'est faire essayer de faire un diagnostic.

Luc : Pour moi, c'est absolument pas un geste technique ça ! Un geste technique c'est qui va nécessiter du matériel, qui va nécessiter par exemple euh... Enlever un bouchon dans l'oreille, enlever une écharde assez importante, enlever une petite verrue ... »

« Adeline : Et bien à... Faire des points, à peut-être euh... Faire des attelles plâtrées ? »

« Audrey : (...) Je n'aurai plus d'enfant donc je n'ai pas besoin d'un gynécologue si ce n'est de faire un frottis une fois tous les un an ou deux ans, bref je sais plus, deux ans je crois ? Donc c'est sympa que mon médecin traitant me le fasse. J'ai pas besoin d'aller sur Avignon ou ailleurs et payer. Après idem que tout le monde, la prise de tension, les gestes euh... Voilà ! Et j'aime bien aussi le truc sur les genoux là ! (rires de Audrey et du groupe) »

### c) Le manque d'information du patient

Il apparaît très rapidement lors des entretiens que les patients manquent d'informations et ne savent pas quels gestes peut, de façon générale, réaliser un médecin généraliste dans son cabinet, ni quels gestes pratique effectivement leur propre médecin traitant. La formation des médecins généralistes, et leurs compétences apparaissent obscures aux participants lorsqu'on aborde le sujet du geste technique.

« Laetitia : (...) Mais en fait je m'aperçois en écoutant, qu'on ne sait pas vraiment ce que le généraliste doit savoir faire, peut faire, ou ce qu'on peut lui demander, et jusqu'où on peut lui demander. En fait je m'aperçois de ça en écoutant vos questions. On sait pas du tout. Alors c'est général.

Animateur : C'est une impression que les autres partagent ?

Oui généralisé du groupe.

Laetitia : Je m'aperçois qu'on sait pas et qu'on connaît pas ses limites.

(...)

Fabien : On sait pas ce qu'il sait faire réellement.

(...)

Clément : Non mais on connaît pas leur cursus, on sait pas si ils l'ont appris ou pas.

Laetitia : Est-ce qu'ils ont appris à faire des points ? Un massage cardiaque ? Encore faut-il faire une crise cardiaque chez le médecin sinon je n'en vois pas l'utilité.

Fabien : Médecin généraliste, c'est quand même dans le terme non ?

(...)

Clément : Moi pareil, je pense qu'ils sont compétents pour beaucoup de choses, mais on sait pas... On sait pas. (...) On sait pas leur limite de savoir ou de compétence. »

« Eva : En fait moi je suis en train de me rendre compte qu'un médecin généraliste est capable de faire plein de choses, et en fait on est complètement désinformé de ce genre de choses-là.

Animateur : Les autres est-ce que c'est ce que vous ressentez aussi ?

Oui généralisé. »

D'une part, on constate également que le patient qui cite certains « réels » gestes techniques en a connaissance tout simplement parce qu'il en a bénéficié pour son propre compte ou son entourage, et que cette liste est de fait très restreinte.

« Armelle : Moi j'ai jamais eu tout ça, alors je peux pas savoir si elle le fait ou pas ! Peut-être qu'elle le fait !

(...)

Stéphanie : C'est pas affiché ! Moi je sais comme j'y vais depuis 30 ans, comme j'ai des verrues il m'en a enlevées, j'ai des ongles incarnés, il en a enlevés, enfin voilà ! Je le connais, donc je sais à peu près ce qu'il fait et ce qu'il fait pas. »

« Alice : (...) Après j'ai pensé : les points de suture ? Parce que j'ai une amie qui était tombée et c'est vrai qu'il est intervenu plutôt que d'aller ... »

D'autre part, lorsque nous énumérons au cours du focus group une série non exhaustive de gestes techniques que le médecin généraliste peut réaliser dans son cabinet, l'étonnement est souvent généralisé : certains en viennent même à douter de la véracité de nos dires.

« Animateur : Effectivement le médecin généraliste peut par exemple faire : l'incision d'une thrombose hémorroïdaire, des sutures, poser des stérilets, les enlever, poser des implants contraceptifs, retirer des verrues, faire des biopsies cutanées, réduire certaines luxations, ... Et ce n'est pas exhaustif. Ça fait partie des gestes techniques qu'un médecin généraliste peut faire en cabinet.

Mireille : Aaahh d'accord...

Philippe : Mais est-ce qu'ils le font ?

(Rumeur du groupe)

Mireille : Voilà, mais est-ce qu'ils le font ?

Animateur : Vous êtes étonnés par ce que je vous dis là ?

Oui généralisé sauf Luc. »

« Sophie : J'avais pas pensé que le médecin pouvait faire autant de pratiques techniques, je pensais pas du tout à ça. Non, je ne pensais pas qu'il pouvait faire tout ça.

Claude : On n'a pas l'information en fait. »

Peu de participants savent, en amont, quels actes techniques pratique leur médecin généraliste, exceptés quelques participants, par l'intermédiaire de l'affichage de tarifs en salle d'attente le plus fréquemment pour les gestes gynécologiques.

« Armelle : Moi outre mon médecin traitant, je sais qu'elle fait les actes gynécologiques, mais en dehors je sais pas du tout si elle fait autre chose. L'examen de base, après je sais pas.

Animateur : Comment savez-vous qu'elle pratique des actes gynécologiques ? Avez-vous bénéficié de ces actes pour vous-même ?

Armelle : Non, non parce que moi j'ai une gynéco. Parce que j'ai d'autres soucis. Parce que dans son cabinet il y a : adultes 25 euros, enfant... et actes et frottis voilà.

Animateur : Un affichage de tarifs ?

Armelle : Oui voilà. »

Le bouche à oreille quant à lui, paraît d'une efficacité inconstante.

« Stéphanie : Moi quand je dis que mon généraliste a fait des points de suture à mon fils y'a pas très longtemps, on me dit « ah bon !!! ». »

« Alice : (...) J'ai jamais trop entendu qu'il l'ait fait. »

Il apparaît donc de façon flagrante qu'il existe un manque d'information concernant les compétences des médecins généralistes de façon globale : si le patient est bien au fait de certains rôles du médecin généraliste, en particulier celui de médecin de premier recours et coordinateur des soins, il l'est beaucoup moins quant à ses compétences techniques.

« Catherine : Les frottis je peux le dire parce que je l'ai fait chez deux médecins différents, mon ancien qui est parti et maintenant ma nouvelle. (...) Moi mes médecins me le font, je porte au labo, j'ai pas d'attente et voilà.

Véronique : Ben c'est bien mais... Je sais pas si c'est général.

Catherine : Il est en mesure de le faire.

Eva : Il est en mesure de le faire. Moi je sais qu'il ... Mon généraliste m'a posé un stérilet. Et y'a un suivi même derrière par rapport à un spécialiste, un gynéco, ou derrière des fois y'a un petit truc qui va pas, ben d'y aller et pareil qu'un gynéco quoi.

Catherine : Je pense que c'est parce que les gens y pensent pas ! Croient qu'ils le font pas ! Mais ils le font ! »

« Pierre : Je sais pas. Je sais pas ce qu'elle fait exactement. Je sais que j'y vais rarement pour des ... Comme j'ai dit une extinction de voix, ou une tendinite... autrement j'ai pas eu de... De possibilités d'avoir autre chose quoi. Je pense qu'elle pourrait faire les gestes parce qu'elle est bien équipée ouais. Mais maintenant est-ce qu'elle le fait ou pas, je sais pas.

Hélène : Comme c'est un nouveau médecin je sais pas du tout ce qu'elle pratique. »

#### d) La tarification

Il nous est apparu clairement lors des entretiens que les participants, à quelques exceptions près (ceux qui ont bénéficié du geste ou qui ont eu l'occasion de consulter une affiche tarifaire en salle d'attente), n'étaient pas au fait non plus de la tarification différente d'une consultation comportant un geste technique.

« Animateur : Qu'est-ce que vous savez concernant la tarification des gestes techniques ?

Laetitia : Aucune connaissance. Personnellement aucune.

Audrey : Pfff. Rien !

Fabien : Rien du tout !

Brice : Rien du tout. »

« Luc : Oui c'est vrai, tu paies pas la consultation, tu paies plus. Moi quand on m'a fait des choses, tu paies beaucoup plus. »

« Animateur : Savez-vous qu'il existe une nomenclature tarifaire de ces actes ?

Amandine : Je ne savais pas !

Adeline : Ah non non.

Armelle : Je me suis jamais posé la question.

Nathalie : On va chez le boulanger, on sait le tarif de la baguette ! »

Ce constat de fait établi, nous les avons informés sur l'existence de la nomenclature générale des actes professionnels et de la classification commune des actes médicaux. Nous leur avons ensuite demandé si payer plus cher une consultation parce qu'elle comporte un acte technique était un obstacle. La réponse est très souvent non : les patients trouvent justifiée la tarification spécifique du geste technique, différente de celle de la consultation.

« Animateur : Est-ce que vous accepteriez de payer plus cher la consultation pour que le généraliste pratique un geste ?

Pierre : Oui y'a pas de soucis !!!

(...)

Véronique : Oui je paierai plus cher oui ! Puisque pour un électro, un médecin traitant qui fait un électro automatiquement c'est plus cher. Donc si il y a un geste technique il est normal qu'il soit dédommagé ! Qu'on paie plus cher ! Amortir le matériel ! Là y'a pas de soucis, alors là !!! Pas de soucis.

Hélène : Oui sans problème ! Tout à fait.

Claire : Pareil. Non mais c'est vrai ! Oui oui si il faut aller voir le médecin généraliste pour faire une intervention et que j'ai pas le choix, oui je serais prête à payer plus cher. Y'a pas de soucis.

Kévin : Oui, oui. Même si c'est justifié par le fait que, comme tu dis, il y a du matériel ou des choses comme ça qui sont en jeu.

Rachel : Aussi, oui.

Catherine : Ben on paie déjà plus cher quand on va voir un spécialiste, donc automatiquement il n'y aurait pas de raison qu'on ne le paie pas à lui si c'est lui qui pratique, quoi.

Claire : Ouais !!!

Marie : Je suis d'accord aussi pour payer tout acte supplémentaire.

Bruno : Tout à fait, y'a pas de raison de payer moins cher le même acte. »

« Animateur : Vous trouvez normal qu'un geste technique soit facturé autrement qu'une consultation ?

Stéphanie : Mais complètement !

Adeline : Tout à fait !

(Le groupe entier acquiesce franchement)

Nathalie : C'est logique !

Stéphanie : C'est à la hauteur de son travail qu'il fait ! C'est normal ! »

Cette constatation est à nuancer : si le fait de payer plus cher la consultation ne dérange pas, la surprise de la facture, elle, peut décontenancer. Payer plus cher la consultation oui, mais pas sans en avoir connaissance à l'avance : certains patients exigent plus de transparence avec une justification du tarif.

« Brice : Ça me coûterait pas, enfin... ça me gênerait pas de payer plus cher, sauf que si vous allez vous faire un geste technique aujourd'hui, vous ne savez pas que vous devez payer plus cher ! Donc ça me gênerait qu'il me facture plus cher ne le sachant pas. Face à l'information actuelle, présente. Voilà. Comme on n'a pas l'information, si on va chez notre généraliste et qu'il nous dit ça vous œu te tant de plus, alors là, mais attendez j'aurais mieux fait d'aller chez le spécialiste ! Sauf qu'on ne sait pas, qu'en fait... Et je suis sûr qu'une partie des gens dirait « mon généraliste me fait payer plus cher mais attendez ! ».

Audrey : *Moi non ! Franchement non !*

Brice : *Mais ça me gênerait pas de payer plus cher si je savais le contexte !*

Clément : *Oui, si c'est justifié , si c'est dit c'est transparent quoi !*

Brice : *Voilà ! »*

### 3. LES OBSTACLES À LA RÉALISATION DES GESTES TECHNIQUES

#### a) L'orientation précoce vers le spécialiste ou l'hôpital et le manque de proposition de la part du médecin généraliste

Après que nous ayons énoncé les possibilités de ce qui peut être réalisé en cabinet en termes d'actes techniques, les participants ont pu s'exprimer sur leur expérience personnelle, auprès des médecins généralistes et spécialistes, hospitaliers ou non.

Certains patients ont le sentiment d'être systématiquement dirigés vers un spécialiste ou vers une structure hospitalière (service d'accueil des urgences par exemple) lorsque leur prise en charge relève d'un geste technique, et ce de façon très précoce. Il existerait un manque réel de proposition de la part du médecin, et au-delà d'un manque d'initiative, parfois un refus de la part de leur médecin traitant pour des motifs que nous développerons plus loin dans notre analyse.

« Véronique : *Tout ce qui a été dit, effectivement il peut le pratiquer, mais tous les médecins ne le font pas. Ils ne le proposent pas et ils ne le font pas. Ils vous aiguillent directement chez un spécialiste.*

Animateur : *Certains sont d'accord avec ce que dit Véronique ?*

Hélène : *Oui, pour ma part assez. »*

« Luc : *Y'a tous ces petits actes là, qu'ils faisaient directement au cabinet, donc tu y allais, c'était vraiment de la médecine générale. Aujourd'hui par exemple, pour enlever un bouchon, eh bien souvent...*

Mireille : *(répond avant qu'Luc ne termine sa phrase) On t'envoie chez un spécialiste !*

Luc : *Souvent il t'envoie chez ...*

Jean et Eugène : *L'ORL !*

Luc : *Voilà il t'envoie chez l'ORL. »*

« Claude : *Par contre ça m'est arrivé de la consulter pour une verrue, beh elle m'a orienté chez le dermato quoi. »*

« Véronique : *(...) Je suis allée à l'époque chez le médecin généraliste, il m'a mis les points et un point c'est tout ! Voilà, voilà. Maintenant, vous avez besoin de points, eh ben on vous dit « non il faut aller aux urgences ». Faut aller à la clinique, il faut aller à la polyclinique, pour des simples points ! »*

« Véronique : (...) ça s'est proposé pour mon mari, il a eu besoin d'une infiltration pour une tendinite, eh bien au lieu de lui faire l'infiltration de suite, il l'a envoyé chez un spécialiste ! »

« David : (...) Parce que j'ai ma fille de deux ans qui s'était fait... Elle avait 4 points à l'arcade (...) Je l'ai amenée aux urgences, et pour les faire enlever les urgences m'ont dit vous irez chez votre médecin il le fera. Mais quand je l'ai amenée chez le médecin lui il m'a dit « mais c'est pas à moi de le faire normalement, vous devez retourner aux urgences ! ». »

Certains relatent également que, lorsqu'ils tentent de joindre leur médecin et que celui-ci n'est pas disponible, sa boîte vocale conseille de consulter aux urgences ou de composer le 15. Par le biais de ce message ils comprennent donc que si leur médecin n'est pas disponible (hors horaires d'ouverture du cabinet, périodes de congés) l'étape suivante consiste à consulter aux urgences quel que soit le problème.

« Marie : Parce que quand on appelle ils sont pas là, y'a un disque, et sur le disque ils disent « allez aux urgences » !\_  
Hélène : Ben oui c'est ça ouais !  
Marie : Ou appelez le 15 !  
Hélène : Appelez le 15. »

Il semble que les participants restent tout de même conscients que chaque médecin a ses propres compétences, et ne peut pas pratiquer tous les gestes techniques qui sont théoriquement réalisables en cabinet.

« Eugène : Moi je suis allé voir mon médecin il y a quelques jours, je lui ai fait part d'un cas, et si il m'avait dit « ben on va le traiter », moi je lui faisais entièrement confiance. Mais il m'a dit « il faut prendre rendez-vous au dermatologue ».  
Animateur : ça faisait peut-être partie de compétences qu'il n'avait pas ?  
Eugène : Oui, la preuve c'est que je lui en ai parlé et il m'a dit « si ça vous dérange pas il vaut mieux que vous preniez rendez-vous au dermatologue ». J'ai dit « il n'y a pas de problème ».  
Mireille : C'est pareil. Donc si j'avais un problème j'irais chez mon médecin. Donc quand j'ai eu l'histoire du baso, il m'a envoyé chez un dermatologue (...) Après il me dit « je peux pas le faire » ça c'est normal hein, après tout dépend voilà... »

## **b) Le manque d'initiative du patient**

D'autres ont pris l'habitude d'être directement orientés vers le spécialiste et consultent dans cette optique. On sait par avance que l'on va être redirigé vers un confrère : ils se sont accoutumés au schéma selon lequel le médecin généraliste aiguille vers le bon spécialiste qui lui, agit.

« Alice : On sait le cheminement qu'il va nous faire ! Moi je me suis fait enlever un grain de beauté,

*je savais déjà à l'avance. Parce qu'il m'a dit « le jour où vous avez décidé de l'enlever, vous revenez me voir et... », donc je savais déjà qu'il fallait que j'aille voir mon médecin traitant, qu'il me fasse l'ordonnance pour aller voir mon dermato. »*

Il y a donc, même si cela semble moins évident pour les patients, un manque d'initiative de leur part. Quelques patients sont même convaincus que le médecin ne leur proposera pas lui-même de réaliser l'acte technique, alors que la plupart le pensent compétent pour le pratiquer : ils ne lui ont d'ailleurs jamais posé la question à ce sujet.

Il semble exister, en plus de la méconnaissance des compétences des médecins généralistes, un autre problème qui relèverait à la fois d'une possible mauvaise évaluation du concept d'urgence mais aussi d'éducation de la population, que les patients eux-mêmes reconnaissent. Prenons l'exemple d'une plaie nécessitant une suture : ils admettent avoir recours facilement aux services d'urgences hospitaliers d'une part parce qu'ils ne savent pas qu'un médecin généraliste peut peut-être les traiter, mais d'autre part parce qu'ils avouent en avoir pris « l'habitude », c'est devenu un réflexe, à tort parfois.

*« Marie : Je pense que c'est plus un phénomène actuel. Parce que je pense qu'avant le médecin faisait tout, et maintenant c'est devenu presque un automatisme. C'est à dire qu'on a une plaie, on va aux urgences. »*

*« Claude : Moi je pense que déjà pour une plaie, moi le réflexe c'est de filer aux urgences direct quoi.*

*Animateur : Vous préféreriez que ce soit fait aux urgences ?*

*Claude : C'est pas une préférence, c'est un réflexe. »*

*« Brice : Oui mais pour le recours aux urgences par exemple, c'est une éducation de la population. (...) On va aux urgences dès qu'il y a un problème quoi. C'est une éducation de la population. »*

On ira même, au cours d'un focus group, jusqu'à parler de la consultation aux urgences pour des motifs qui n'en justifient pas le recours comme d'un phénomène de « mode ».

*« Bruno : (...) et puis je vois dans mon entourage souvent les personnes ont le réflexe, maintenant pour le moindre petit bobo, c'est la grande mode on va aux urgences. (...) Les gens ont mal au ventre, mal à la tête ils vont aux urgences quoi. Pour le moindre des trucs ils vont aux urgences. C'est la grande mode. »*

Certains, que l'on peut comprendre, se disent que de toute façon, si le médecin généraliste ne peut pas les prendre en charge pour une raison ou une autre, ils auront fait tout ça pour rien : une salle d'attente vaut mieux que deux, et donc consultent directement aux urgences.

« Axel : Comme de prendre le risque d'aller chez le généraliste et qu'au bout de deux heures d'attente on finisse par vous dire « allez aux urgences ! ». »

### c) Les obstacles à la réalisation des gestes techniques perçus par le patient

Lorsque nous avons expliqué aux participants que le médecin généraliste peut pratiquer des gestes techniques dans son cabinet et que nous avons énuméré lesquels (du moins une petite partie), la première réaction était parfois l'incompréhension.

« Brice : Pourquoi on nous envoie ailleurs les faire alors ? »

« Fabien : (...) Un grain de beauté à enlever il nous envoie chez le dermato ! Pourquoi il nous l'enlève pas lui ? Moi je suis chez lui, il me l'enlève ça me gêne pas ! Pourquoi il envoie chez le dermato ?

Audrey : C'est vrai ça. Pourquoi ?

Séverine : Oui pourquoi ? »

« Véronique : (...) Pour des simples points pourquoi aller courir aux urgences alors qu'un médecin pourrait le faire ? »

Alors pour quelles raisons ne les pratique-t-il pas ? Si dans la théorie ces gestes sont censés faire partie de ses compétences, qu'est-ce qui, dans la pratique, vient faire obstacle à leur pratique ?

#### 1. Le manque de communication du médecin généraliste

L'une des raisons les plus simples et pourtant les plus évidentes freinant les médecins généralistes dans leur réalisation des gestes techniques serait un manque de communication avec le patient. En partie responsable de l'ignorance du patient, le manque de communication du médecin sur ses propres compétences entraîne de fait un manque de sollicitation. S'il est vrai que le patient ne pose pas toujours la question

à son médecin traitant quant à la possibilité de réalisation d'un geste, le médecin n'informe pas toujours spontanément sur ses compétences non plus.

« Catherine : Je pense que la plupart des médecins n'en parlent pas, donc les patients savent même pas qu'ils savent faire, déjà y'a ça ! »

« Alice : Je pense aussi que les gens ne savent pas forcément que le médecin sait faire, et qu'est-ce qu'ils font dans l'urgence ? Ils vont à l'hôpital ! »

## 2. Le manque d'envie du médecin

Autre obstacle aussi évident que le premier sus-cité : et si, bien au-delà des multiples contraintes auxquelles il peut faire face dans sa pratique des gestes techniques le médecin n'avait simplement pas envie les exécuter ? Et si ce côté technique et instrumental de la médecine ne l'intéressait pas ? Un des obstacles à la pratique des gestes ne serait-elle pas tout simplement un manque d'engouement du médecin pour la pratique d'actes techniques ?

« Adeline : (...) Après est-ce qu'ils ont envie ? Après les compétences ils les ont mais est-ce qu'ils ont envie de le faire ? C'est encore autre chose. »

« Brice : Peut-être que lui-même n'y tient pas ? J'en sais rien ? (...) Donc c'est peut-être aussi le généraliste qui n'y tient pas plus que ça. »

« Véronique : (...) Peut-être que c'est pas intéressant pour lui, je sais pas ! »

## 3. La problématique du temps de consultation

Les patients citent volontiers le temps de consultation trop court avec le médecin généraliste le freinant dans la réalisation de gestes techniques qui nécessiteraient plus de temps que celui dévoué à une consultation classique.

Les patients se sont questionnés en profondeur sur la durée classique d'une consultation avec le médecin généraliste :

- Pour certains, le médecin veut « enchaîner » les rendez-vous : le rendement financier entre en cause. Il « faut faire » le plus de patients possible dans la journée : c'est l'usine.

« Véronique : Parce qu'il faut... Parce qu'il faut avoir le plus de patients possible dans la journée.  
Animateur : Vous pensez qu'ils sont dans une contrainte de rendement ?  
Véronique : Oui ! Ils ont moins le temps... »

- Sans connaître la tarification des gestes, d'autres mettent en évidence rapidement la rentabilité de la consultation : à tarif équivalent, le médecin préférera ne pas s'impliquer et s'en tenir à une « simple » consultation.

« Pascal : Il préfère aussi peut-être faire une petite consultation qui dure 10 minutes, un quart d'heure, que de faire une grosse intervention qui dure une heure et qui va lui coûter... Qui va lui rapporter exactement le même tarif. »

- Après que les patients aient pris connaissance de la tarification des gestes techniques certains se demandent s'il ne serait pas au moins autant rentable financièrement de pratiquer des gestes techniques qui nécessitent plus de temps mais avec un tarif plus élevé qu'une consultation simple.

« Fabien : On en revient toujours à la même chose. Si il prend moins de gens, mais qu'il fait plus d'interventions spécialisées, il prend plus d'argent, donc il a pas besoin de prendre plus de gens. »

- D'autres pensent qu'il s'agit d'une trop grande affluence des patients : la demande est forte, la salle d'attente pleine, le médecin fait face en assurant le plus de consultations possibles mais n'a pas le temps de s'impliquer dans la réalisation de gestes techniques avec parfois le risque de s'attirer les foudres des patients parce qu'il n'est pas « à l'heure ».

« Jean : (...) C'est à dire que médecin généraliste, à l'heure d'aujourd'hui, il faudrait quand même se poser la question « est-ce qu'il a le temps ? »...

Alice : C'est ça !

Jean : ...De prendre un patient et de se dire « je vais prendre cette dame et jouer le rôle d'un gynécologue », tout en ayant une 20aine de personnes dans la salle d'attente. A l'heure d'aujourd'hui, les cabinets, je sais pas si vous c'est pareil... »

« Véronique : Si ils prennent plus de temps, y'aura plus de retard et... Ils pourront pas assumer la clientèle ! »

« Séverine : Ils ont pas le temps ! Ils ont tellement de patients, que toutes les dix minutes c'est un rendez-vous ! Ils ont pas le temps en fait, la salle elle est bondée de monde, ils vont avoir ce truc... (...) »

Animateur : Vous pensez que c'est un problème de temps ?

Séverine : Oui ! Y'a trop de patients, y'a trop de gens malades. »

« Jean : Mais il faut voir ! En général, quand on va chez un médecin, on se retrouve une vingtaine dans la salle d'attente. Moi je perds patience hein ! Quand-est ce qu'il va me prendre quoi ? »

« Alice : Je pense oui. Mais je pense qu'il n'a pas la possibilité de les faire étant donné le nombre de personnes . »

- Au-delà de la salle d'attente bondée, la faute est parfois rejetée sur le médecin : il n'a certes pas le temps mais il ne le prend pas non plus.

« Armelle : Moi je vois des fois y'a des médecins euh... Qui gardent leurs patients 10 minutes ! On fait rien en 10 minutes quoi ! Le médecin ne prend pas le temps. »

« Véronique : Ils prennent pas le temps, parce qu'il faut qu'en 10 minutes la consultation soit finie, (...) »

Non loin de ces commentaires, plusieurs patients se plaignent du manque de disponibilité de leur médecin traitant, et en particulier de plages horaires de consultation trop restreintes. Si les plages étaient plus étendues, n'aurait-il pas plus le temps pour pratiquer des gestes, plutôt que de condenser les consultations ? Pour cette patiente il s'agit avant tout d'un choix : quand on veut, on peut. Si le médecin veut pratiquer des gestes, il doit s'en donner les moyens et donc trouver le temps nécessaire. La médecine doit être un dévouement de tous les instants, certains patients iront jusqu'à dire un sacerdoce.

« Stéphanie : ça dépend du temps qu'il veut consacrer à sa profession tout simplement ! (...) Si il veut rester ouvert jusqu'à 9 heures du soir y'a rien qui l'en empêche ! Si il veut ! Après c'est un choix !

Pascal : L'abnégation à notre époque devient rare !

Stéphanie : Non mais c'est un choix ! (...) Ça dépend de ce qu'il veut faire. Sans préjugé quelconque hein, mais des horaires de bureau...

Nathalie : Il en aura pour les horaires de bureau !

Stéphanie : Il en aura pour les horaires de bureau, puis il fera pas...

Nathalie : Puis nous aussi !

Stéphanie : Il fera pas des actes euh... Un peu plus techniques et voilà. (...) Après médecin je pense que c'est une profession d'oubli de soi. Un petit peu.

Pascal : Y'a 100 ans en arrière peut-être, mais ça se fait plus !

Stéphanie : Le médecin je pense que si il est là c'est pour les autres quoi ! Moi je serais pas capable hein.

Nathalie : C'est un sacerdoce. »

Certains patients modèrent plus leur propos, et comprennent que le médecin est un être humain tout comme eux : il a aussi besoin de repos. Les patients ont conscience que l'épuisement de leur médecin peut être pourvoyeur d'erreurs.

« Pierre : Même si ils sont là pour nous soigner ils sont comme nous, ils ont besoin de repos. On peut pas faire du 24h/24 quoi non plus hein ! »

« Eva : (...) Mais à un moment donné t'es bien obligé de mettre un quota, de dire non ben je veux plus de gens ! Je vais peut-être plus pouvoir m'en occuper, les suivre comme il faut, ou vraiment je risque de passer à côté de quelque-chose ! »

- D'autres patients comprennent que le temps de consultation est un sujet plus complexe et fonction de la situation clinique : si certains motifs de consultation peuvent être pris en charge rapidement, d'autres nécessitent plus de temps.

« Luc : (...) Moi y'a un truc qui me dérange dans la conversation qu'on a, c'est depuis tout à l'heure quand on parle de temps (insiste sur le mot « temps »). Quand tu dis « mon docteur c'est un rendez-vous tous les quarts d'heures », moi quand j'entends ça, je sais pas, on dirait qu'on va chez Renault se faire réparer ! »

« Axel : Je fais plutôt partie des gens qui restent 10 minutes chez le médecin. Je peux comprendre qu'il y ait des gens qui aient besoin de rester un peu plus longtemps parce que y'a aussi une confiance ou des choses qui ... »

- Quelques patients se sentiraient même gênés de « monopoliser » le médecin pour un geste qui nécessiterait plus de temps qu'une consultation classique.

« Jean : Moi ça ne me dérangera pas qu'il passe autant de temps sur moi, mais il y a des gens derrière qui attendent quoi. »

- Enfin d'autres patients évoquent une tendance à la consultation systématique qui monopolise le médecin pour des motifs qui n'en justifient pas forcément le recours : une perte de temps pour les « vrais » malades.

« Bruno : Y'a un truc aussi c'est que y'a quelques années en arrière, on n'allait pas au médecin pour un oui pour un non ! Aujourd'hui vous éternuez, vous avez des gens qui sont de longue au médecin !

Véronique : ça c'est vrai ! »

« Pascal : Y'a aussi des gens qui vont trop voir leur médecin pour des pacotilles, donc ça sature ... ça sature leur emploi du temps pour les gens qui en ont vraiment besoin. »

#### 4. La problématique des consultations sur rendez-vous

La problématique du temps de consultation amène une autre problématique voisine : celle des consultations sur rendez-vous.

Les consultations sur rendez-vous de façon exclusive seraient un obstacle à la pratique des gestes techniques de part, tout d'abord, le temps imparti lors d'un rendez-vous (trop court), mais également dans le cadre de l'urgence : il paraît impossible aux patients que le médecin pratique des gestes urgents (comme la suture par exemple) en ne consultant que sur rendez-vous.

« Stéphanie : Si on fait le choix de ce métier là c'est parce qu'on veut sauver des gens, et pour sauver des gens on prend pas rendez-vous. (...) Y'a des horaires, je l'entends. Mais qu'on doive prendre rendez-vous pour consulter pour une bronchite, pour une rhino ou... Je ne comprends pas. Y'a des gestes techniques, les sutures, ça s'appelle une urgence, on le prévoit pas. »

Par ailleurs, certains expliquent qu'ils comprendraient tout à fait la nécessité de céder leur place sur rendez-vous face à une urgence qui se présenterait au cabinet.

« Amandine : Qu'on puisse attendre en salle d'attente parce qu'en effet il y a eu une urgence, franchement je lui en voudrais jamais de m'avoir fait attendre une demi-heure parce que y'a un gamin qui s'est... Oui oui, non ça y'a aucun problème. Et j'allais dire les gens qui râlent en général... Il faut leur demander de prendre la place. Attendre c'est pas un souci. »

#### 5. Un manque de médecins

Le manque de médecins serait en partie responsable d'un afflux massif de patients, responsable à son tour d'un manque de temps pour pratiquer les gestes techniques.

« Pierre : Le fait qu'il y ait plus beaucoup de médecins... Donc ils ont pas trop le temps de s'occuper de ces choses-là je pense déjà aussi. (...) Donc je pense que c'est pas adapté pour faire ce genre de choses. »

« Animateur : Vous avez le ressenti qu'il y a suffisamment de médecins ?  
Non généralisé du groupe.

Bruno : Non justement parce qu'il y a, on en parle régulièrement à la radio, c'est d'actualité, y'a des médecins dans les communes qui ont 70 ans qui arrivent pas à trouver de repreneur. Donc est-ce qu'il y a beaucoup de monde ? Est-ce qu'il y a beaucoup moins de monde qui s'intéresse aujourd'hui aux études de médecine ?

Claire : Ah non je pense pas !!! C'est le numéris clausus qui est trop bas je pense même.

Marie : C'est très, très fermé. »

D'autres patients ont une vision moins catégorique de la chose : il manque de médecins certes, mais ce constat n'est pas général, il serait plutôt applicable à certaines localisations, en particulier en zones rurales. Les patients semblent plutôt en désaccord sur ce sujet.

« Véronique : Oui effectivement, bon on manque de médecins, mais il manque de médecins dans certaines régions. Nous ici par exemple des médecins il y en a à tous les coins de rue !

Marie : Ah non !!!

Le groupe entier désapprouve fortement.

Bruno : Vous prenez Berre, il manque de médecins à Berre !

Rumeur de groupe.

Véronique : Je parle des villes, Aix, Marseille...

Marie : Aix, Marseille peut être mais dans tous les villages environnants y'en a pas.

Hélène : Non y'en a plus. Et après on va pas si loin pour un généraliste ! »

« Pierre : C'est encore un sujet d'actualité ces derniers temps, y'a plus de médecin de campagne, c'est tout le monde ou à la ville ou au soleil. »

« Clément : Le problème c'est le nombre de médecins dans certaines régions. Les généralistes...

Animateur : Vous pensez qu'il en manque ?

Clément : Je pense qu'il en manque !

Animateur : Vous partagez tous cet avis ?

Le groupe acquiesce franchement.

Brice : Ben y'a des endroits où y'en a suffisamment et des endroits où y'en a pas assez.

Clément : Dans les petites villes ! »

## 6. La problématique du matériel

Plusieurs patients pensent que leur médecin n'est pas équipé pour la pratique de gestes techniques.

« Hélène : (...) Peut-être qu'il peut faire un frottis mais après tout le reste ils peuvent pas. La plupart du temps ils sont pas équipés. »

« Eugène : Je rejoins Alice : pour dire qu'effectivement matériellement, je pense que y'a des choses qu'ils ne peuvent pas faire. »

Ils imaginent volontiers que le matériel médical est coûteux, et qu'il est difficile pour un médecin de pratiquer des gestes techniques parce qu'il est dispendieux de s'équiper pour.

« Pascal : Des fois tu te demandes : est-ce qu'ils ont tout le matériel adéquat pour faire tous ces examens qu'on a dit ? Vu le tarif de toutes les machines qu'il faut, ça coûte des dizaines de milliers d'euros ou des centaines ! Il faut des machines particulières pour faire ci ou là. On dit toujours que le matériel médical ça coûte une fortune. »

« Brice : Est-ce que c'est pas aussi un problème technique, financier ?

Laetitia : C'est ce que je pensais aussi ?

Brice : Un électrocardiogramme c'est une machine !

*Laetitia* : C'est ce que je pensais aussi. »

« *Fabien* : Je pense que c'est un problème d'investissement.

*Brice* : Voilà !

*Fabien* : Je crois que pour s'installer il faut énormément d'argent et qu'ils sont pas plus aidés que ça non plus. (...) Donc ça doit coûter très cher de monter un cabinet et de le mettre vraiment au top ! Ça doit coûter une fortune. Ils veulent peut-être pas s'engager là-dedans, faire des prêts à long terme... »

Certains pensent au contraire qu'aujourd'hui avec le matériel à usage unique, la facture est plus légère pour certains gestes techniques.

« *Catherine* : De nos jours avec tous les appareillages stériles jetables je pense qu'ils ont la possibilité de faire les gestes. »

## 7. La formation et les compétences du médecin généraliste

Les médecins généralistes sont-ils formés à la pratique des gestes techniques ? Ont-ils les compétences nécessaires ? Les patients s'interrogent et les avis divergent sur cette question.

*Clément* : Oui mais est-ce qu'il est compétent dans la réalisation ? On sait pas ça.

*Fabien* : Oui non mais c'est comme un mécano hein, tu sais pas tant qu'il a pas réparé si il sait réparer ou pas ! Je veux dire, mais bon.

*Clément* : Non mais on connaît pas leur cursus, on sait pas si ils l'ont appris ou pas.

*Laetitia* : Est-ce qu'ils ont appris à faire des points ? Un massage cardiaque ? Encore faut-il faire une crise cardiaque chez le médecin sinon je n'en vois pas l'utilité.

*Fabien* : Médecin généraliste, c'est quand même dans le terme non ?

(...)

*Clément* : Moi pareil, je pense qu'ils sont compétents pour beaucoup de choses, mais on sait pas... On sait pas jusqu'où ils sont capables d'aller, si ils le font bien ou si c'est juste superficiel. On sait pas leur limite de savoir ou de compétence.

Concernant la formation, comme en témoignent ces extraits, elle est souvent obscure pour les patients. Ils ne sont pas sans savoir que les études de médecine sont longues : il y a bien un moment au cours de ces nombreuses années où le médecin a dû apprendre à faire des gestes techniques. Certains le pensent donc tout à fait formé et compétent pour la pratique des gestes techniques, ou du moins le supposent.

« *Véronique* : Je pense qu'ils sont formés, parce que bon les études sont très longues, c'est long ces études ! Je pense que rien ne passe à la trappe, ils sont formés pour ça. (...)

*Marie* : Et puis je pense que si il y en a un qui l'a pratiqué, c'est que quelque part ils sont tous habilités à le faire sinon... (...) Je pense pas qu'ils prendraient le risque, donc pour moi ils sont formés tous pour faire ce genre de gestes.

(...)

*Hélène* : Moi je pense aussi ouais. Ils sont formés, ils ont fait des études hein ! C'est vrai que pour ça... Donc qu'ils le pratiquent pas tous les jours c'est une chose, mais bon je pense qu'ils

sont formés aussi sur ça.

Claire : Pareil. »

« Rachel : Je pense qu'ils sont assez formés.

Catherine : Oui je pense aussi.

Marie : Oui.

Bruno : Oui sans aucune doute.

Eva acquiesce par un hochement de tête. »

« Fabien (...) Je sais pas quoi ! À aujourd'hui je le sais pas ! Par contre je suppose qu'elle l'a appris, du moins de l'espère ! C'est ce que j'espère... D'où le « généraliste » quoi ! »

Comme on peut le voir dans ce dernier extrait, cette constatation est fortement reliée à la vision qu'ont ces patients de la médecine générale. Médecin généraliste, tout est dans le nom : il est censé toucher à tout et savoir tout faire.

« Eva : (...) Donc un docteur il est capable... Pour moi c'est pas Dieu, mais il est capable de faire plein de choses. »

« Rachel : Dans la formation oui ils sont capables de réaliser ces gestes. Après dans la mesure du possible, où ils ont le matériel pour le faire, mais je pense qu'ils sont quand même capables de les faire. »

« Axel : C'est plutôt logique quand on sait que c'est quand même des études conséquentes médecine. Même pour être généraliste y'a quand même...

Amandine : C'est un spécialiste en tout.

Stéphanie : Pour moi ça doit être un spécialiste en tout. »

« Fabien : Je crois que c'est dans la dénomination hein ! Généraliste il est général ! »

Les participants restent tout de même conscients que même s'il peut pratiquer des gestes techniques, chaque médecin a ses propres compétences. On ne lui demande pas de tout faire en réalité, mais au minimum de proposer au patient ce en quoi il est compétent.

« Stéphanie : (...) C'est un généraliste ! Pour moi c'est un généraliste, il est spécialiste en tout ! Pour moi il doit savoir... Pas tout sur tout, parce que forcément après y'a des spécialités, y'a besoin d'aller plus loin dans la recherche, dans les analyses, dans le diagnostic, etc etc. (...) »

« Fabien : (...) Après on ne demande pas de tout faire ! Mais on lui demande de faire ce qu'il sait faire. Mais de nous le proposer ! »

Certains des patients jugent leur médecin généraliste apte à pratiquer des gestes techniques alors qu'ils n'en ont jamais bénéficié : ce participant semble simplement avoir confiance en son médecin généraliste et confiance en ses compétences.

« Fabien : Il faudrait pas qu'elle entende hein parce que... Je sais pas ce qu'elle peut réaliser en fait ! Je pense qu'elle doit tout pouvoir faire hein euh ... J'en suis même peut-être convaincu ! »

« Fabien : Mais au fond de nous-même on est sûr qu'il peut le faire, puisqu'on va chez lui. »

D'autres patients ont une toute autre vision, tout comme ils ont une toute autre vision de la médecine générale. Le médecin généraliste, pour reprendre l'expression, « c'est le premier niveau de la médecine » : il manque de précision, d'exhaustivité et de part là même, de compétences. Le généraliste pratique un travail de « superficie ». Cette pratique est comparée à celle des spécialistes, jugée plus « en profondeur », nous y reviendrons.

Nathalie : Ils ont pas assez de connaissances.

Pascal : C'est le premier niveau de la médecine, (...) Ils sont un peu légers, moi je trouve. C'est dégrossi mais ça fait pas la...

Claire : (...) Un médecin généraliste pour moi il connaît tout, mais peut-être pas assez en profondeur. Ça c'est mon ressenti.

Kévin : (...) Parce qu'on va dire qu'un médecin généraliste va faire des choses de surface, qu'un spécialiste va peut-être plus creuser en profondeur vu que c'est la définition même d'un spécialiste dans un domaine.

Certains patients pensent que la compétence du médecin généraliste est fonction du geste. Cette patiente le pense être compétent pour un geste qu'elle trouve « simple », comme la suture, et moins pour certains gestes qu'elle estime plus complexes.

Claire : Après ça dépend le geste technique, si c'est pour faire deux petits points bon, on va chez le généraliste, mais voilà. Je reprends par exemple l'idée... L'ostéo. Je vais pas aller chez mon médecin généraliste pour me remettre en place le bassin par exemple.

Ce patient en particulier a un regard plus critique sur la chose : de longues études ne sont pas synonyme de compétence. Ne connaissant pas la teneur du programme de médecine ni la formation des médecins généralistes, le patient se sent incapable de certifier qu'un médecin généraliste sait pratiquer des gestes techniques. Il rattache ce phénomène à sa propre expérience : ce n'est pas parce que le médecin généraliste fait de longues études qu'il est compétent dans la pratique. Il semble formé sur la théorie, mais qu'en est-il de la formation pratique ?

« Kévin : J'ai pas une connaissance particulière du programme de médecine. Mais faire de longues études n'est pas synonyme de compétence en soi. Moi je vois mon parcours je me sens

*pas prêt à être psychologue alors que je vais bientôt finir mon année. Donc une formation, peut-être, mais il faudrait que j'ai une connaissance...*

*Animateur : Une formation pratique ?*

*Kévin : Oui oui. Mais vu que je sais pas comment ça se passe, je saurais pas dire. J'espère oui, dans la théorie, mais dans la réalité je sais pas si le fait d'avoir fait de longues études suffit à justifier d'une compétence en soi. »*

## 8. Le risque médico-légal

Certains patients comprennent en échangeant entre eux qu'un geste technique peut ne pas être anodin et entraîner des conséquences, des effets indésirables ou des complications, et engage donc la responsabilité du médecin qui le pratique. Selon eux, la peur de la responsabilité légale et des poursuites judiciaires freinerait les médecins généralistes dans leur pratique.

*« Brice : Après est-ce qu'il y a une contrainte aussi d'assurance, de sécurité ? C'est plus facile de... Enfin c'est plus facile... »*

*Animateur : C'est pour une question de responsabilité qu'ils préfèrent déléguer vous pensez ?*

*Brice : Bon ben si c'est un geste un peu sensible, et qu'il se sent pas forcément au top du top, il préfère l'envoyer chez un spécialiste je sais pas ? J'essaie de... »*

*« Axel : Y'a peut-être la question de la responsabilité qui a peut-être pris un coup aussi. Aujourd'hui peut-être... Est-ce qu'il y en a pas qui attaquent leurs médecins parce qu'ils ont pris une décision qu'ils auraient pas dû prendre. On rentre dans un processus où on attaque son médecin... Du coup le médecin est frileux. »*

Ce patient semble comprendre ce comportement et critique, d'après lui, une tendance actuelle à la plainte « facile » :

*« Pascal : On va devenir comme aux Etats Unis en fait ! On fait un procès pour n'importe quoi en fait ! Y'a peut-être de l'argent à gagner alors on va attaquer le médecin ! Le médecin est obligé de se couvrir, d'avoir des assurances, il va faire plein d'examens... Il a un peu peur peut-être. »*

En allant plus loin, d'autres pensent que la crainte de l'erreur et de l'éventuelle poursuite judiciaire exerce une telle pression sur le praticien qu'il ne veut plus s'investir ou bien simplement partiellement : il prend de fait beaucoup trop de précautions. Le ton de cet extrait montre une certaine exaspération contre le praticien lui-même et le système qui le pousse à se couvrir légalement parlant.

*« Pascal : Ils prennent trop de précautions. C'est l'époque où tout le monde prend des précautions.*

*Stéphanie : On ouvre les parapluies !*

*Pascal : Ils veulent pas être responsables. Donc chacun envoie à l'étape suivante.*

*Animateur : Vous pensez que les médecins généralistes ne font pas certains gestes techniques par précaution ?*

*Pascal : Ils ont tendance à moins se mouiller et à moins prendre de responsabilité qu'à une*

certaine époque. Il y a peut-être 30 ou 40 ans.

(...)

Pascal : Ils cherchent une précaution. Ils veulent pas être seuls à faire le diagnostic. Ils veulent un diagnostic partagé. »

## 9. Le manque de pratique

Constatation qui peut s'avérer paradoxale mais qui semble pourtant expliquer un désengagement des médecins généralistes à pratiquer les gestes techniques d'après les patients : pratiquer rarement un geste aurait pour conséquence la perte de l'habileté à le pratiquer, qui aurait elle-même pour conséquence un arrêt de pratique.

« Claire : (...) Parce qu'un généraliste sait tout faire, mais comme on a dit, le généraliste c'est un humain, il le fait pas tous les jours, et il a peut-être plus... Il y a des trucs qu'on oublie parce qu'on est humain quoi ! A un moment donné, si on pratique pas... »

« Audrey : Après c'est vrai qu'on peut se dire, le généraliste, euh... Ne pratique pas tous les jours ce qu'il a appris quoi, donc il va passer des années à ne pas faire ce geste ou à ne pas faire cette... ce geste technique, et on peut se dire : « est-ce que... ? », voilà.

Animateur : Est-ce qu'il ne perdrait pas la main ?

Audrey : Oui voilà. »

## 10. La concurrence avec le spécialiste

Il semble ancré dans l'imaginaire de certains patients que le geste technique « appartient » au spécialiste. Dans cette idée, pratiquer des gestes ne reviendrait-il pas à « voler » le travail du médecin spécialiste ? Selon certains patients, les médecins pourraient s'abstenir de pratiquer des actes techniques dans un but confraternel, afin de ne pas « faire de l'ombre » au spécialiste. Nous pouvons supposer qu'il s'agirait à la fois d'une concurrence sur le plan financier, le spécialiste pratiquant parfois des dépassements d'honoraires, mais aussi sur le plan pratique.

Catherine : (...) Par contre à l'époque où je mettais justement le stérilet, il m'avait dit : « ça j'ai pas le droit de le faire ». Alors est-ce qu'il m'a dit ça parce qu'il voulait pas le faire ? (...) Après je m'étais dit peut-être c'est parce qu'il y a des gynécos et c'est pour pas faire de l'ombre aux gynécos ça je sais pas.

Eva : Je pense que comme tout, dans tous les corps de métier si le généraliste faisait la promotion qu'il peut faire plein de choses, les spécialistes râleraient parce qu'ils pourraient plus faire... Ils diraient : « ben y'a de la concurrence ! ».

## d) Les solutions envisagées par les patients

### 1. La communication directe et l'éducation des patients

Il a été dit plus haut que le médecin n'évoquait pas spontanément ses propres compétences. Une des solutions pourrait être tout simplement que le médecin généraliste informe en amont le patient directement sur ce qu'il est capable de proposer en termes de gestes techniques dans son cabinet.

« Catherine : Je pense que la plupart des médecins n'en parlent pas, donc les patients savent même pas qu'ils savent faire, déjà y'a ça ! »

Certains patients pensent que le médecin a un rôle important à jouer en ce qui concerne la bonne circulation de l'information, mais également en termes d'éducation.

Brice : Oui mais pour le recours aux urgences par exemple, c'est une éducation de la population. Votre médecin généraliste, c'est une information permanente qu'il doit donner. Les urgences c'est comme ça. On va aux urgences dès qu'il y a un problème quoi. C'est une éducation de la population.

Pour aller plus loin, le participant suivant pense que cette tâche n'est pas seulement du ressort du médecin généraliste : chaque médecin devrait s'impliquer dans l'information et l'éducation de la population et en particulier sur ce qui doit amener un patient à choisir entre consulter son médecin généraliste ou un service d'urgences.

Kévin : C'est peut-être aux urgences du coup de renvoyer les gens vers leur généraliste et de leur dire ne venez plus ici pour ça et ...

Véronique : Mais oui mais c'est pas possible !

Eva : Ils ont peut-être pas le droit !

Kévin : Non mais tu renvoies pas quelqu'un mais tu dis : « la prochaine fois vous savez pour ce type de choses vous avez un médecin, et ce sera plus près de chez vous ». En trouvant certains arguments convaincants...

### 2. La communication indirecte

- L'affichage en salle d'attente

L'affichage en salle d'attente a été l'idée la plus évoquée par les participants. D'après eux, un affichage informatif (associé ou non aux tarifs) des gestes pratiqués

par le médecin généraliste, sinon exhaustif du moins dans les grandes lignes, serait efficace pour informer la patientèle.

« Animateur : Vous pensez qu'il ne peut pas communiquer sur ce qu'il peut pratiquer ?  
Marie : Dans la salle d'attente comme chez les vétérinaires ! (rires) »

« Animateur : Est-ce que vous avez des idées à suggérer pour que les médecins pratiquent plus de gestes dans leur cabinet ?

Stéphanie : Les afficher !

Amandine : Ouais !

Nathalie : L'affichage ouais ! La communication. »

« Animateur : Que voyez-vous comme solutions pour que les médecins pratiquent plus ce genre de gestes ?

Amandine : Moi je pense simplement l'affichage des actes courants.

(acquiescement généralisé du groupe)

Nathalie : Ouais !

Adeline : D'avoir les grandes lignes vraiment de ce qu'il fait ! »

« Séverine : Ben je sais pas il faut que ce soit affiché dans le cabinet, dans la salle d'attente euh...

Clément : Par exemple, ce serait marqué « le médecin vous propose telle ou telle prestation » !

(...) Ben au moins y'aurait des tarifs.

(...)

Brice : Chaque médecin généraliste pourrait mettre ses spécialités !

Animateur : Donc une des solutions serait de faire passer l'information dans la salle d'attente ?

Brice : Ben oui parce qu'on attend toujours de toute manière. (rires) Voilà. »

- D'autres formes de communication

Pour cette patiente, la circulation de cette information pourrait être l'affaire des médias par l'intermédiaire de spots télévisés par exemple. Inciter et favoriser le bouche-à-oreille pourrait également être une solution : il faudrait en parler autour de soi.

« Véronique : (...) Il faudrait que ça se sache, il faudrait que les gens en parlent, à la télé, enfin ! Qu'on sache qu'on peut demander à notre médecin traitant de faire un frottis, de faire des points, de faire une infiltration... »

### 3. Un rôle de la Sécurité Sociale

- Un rôle d'information

Certains patients pensent qu'il serait du ressort de la Sécurité Sociale d'informer les patients sur les possibilités qui s'offrent à eux lorsqu'il s'agit de bénéficier d'un geste technique.

« Laetitia : Est-ce que ce serait pas le rôle de la Sécurité Sociale aussi de nous informer ?

Audrey : Ouais ! J'étais en train d'y penser ! »

- Le contrôle par la Sécurité Sociale

L'extrait suivant traite d'une méthode plus radicale et plus économique pour la société d'après les participants, qui aurait pour finalité de favoriser la pratique des gestes techniques par le médecin généraliste. Plus que favoriser, cette mesure aurait même pour effet indirect de contraindre le médecin généraliste à pratiquer des gestes techniques. Il s'agirait de dérembourser complètement une consultation avec un spécialiste qui aurait pour but la réalisation d'un geste technique qui pourrait être réalisé par un médecin généraliste.

« *Laetitia* : Puisque ils nous paient pas les dépassements d'honoraires, enfin, certains frais etc. Y'a des médecins généralistes qui sont à 35, 36 euros, d'autres qui sont à 24, 25 euros. C'est aussi son rôle à la sécu, de dire je ne rembourse pas chez le spécialiste parce que le généraliste doit le faire. C'est pas qu'il peut le faire c'est qu'il doit le faire. »

« *Clément* : Ouais mais si ça se trouve, au sein de la collectivité, le fait d'aller moins chez le spécialiste, la sécu ferait peut-être des économies ! Si y'a moins de consultations chez le spécialiste et plus de soins chez le généraliste, peut-être qu'au niveau collectif on s'y retrouve ? On gagne peut-être même ! Y'a peut-être un gain d'argent aussi à faire dans ce domaine ! »

#### 4. Davantage de médecins

Corollaire du manque de médecins, en former davantage pourrait être une solution pour éviter des emplois du temps surchargés et favoriser la pratique de gestes techniques.

« *Animateur* : D'après vous quelles seraient les solutions pour que les médecins généralistes pratiquent plus souvent ces gestes en cabinet ?

*Pierre* : Le fait qu'il y ait plus beaucoup de médecins... Donc ils ont pas trop le temps de s'occuper de ces choses-là je pense déjà aussi. »

#### 5. Le regroupement des médecins

Certains patients pensent que le regroupement des médecins, en maisons médicales par exemple, leur permettrait de mieux appréhender le flux des patients et d'organiser leur emploi du temps afin de pouvoir pratiquer des actes techniques.

« *Pascal* : A la limite il pourrait y avoir un cabinet avec plusieurs généralistes ! Si il est saturé il peut passer le relais à un de ses collègues. Au même endroit, qu'il y ait pas besoin de se déplacer.  
*Adeline* : Ça, ce serait pas mal ! »

Cette proposition est cependant une illusion pour cette participante : le regroupement ne change rien au nombre de patients, il le multiplie simplement et le problème reste le même que le médecin soit seul ou non.

« *Amandine* : Les maisons médicales pour gagner du temps, je suis pas sûre que ce soit la solution parce que vous allez juste multiplier le nombre de patients. (...) A mon avis c'est juste un coefficient multiplicateur. »

#### 6. Le motif de consultation

Demander au patient le motif de consultation au préalable pour les gestes techniques non urgents permettrait au praticien d'organiser son emploi en amont. Il ne serait pas pris au dépourvu et prévoirait le temps nécessaire à la pratique de l'acte.

« *Laetitia* : (...) Après je sais pas si il a le temps, parce que quand on appelle il... Rarement il demande pour quoi on vient le généraliste. Donc si on y va pour une infiltration ou juste pour un mal de gorge, c'est sûr que le temps n'est pas le même. »

## 4. OPINIONS DES PATIENTS CONCERNANT LES GESTES TECHNIQUES PRATIQUÉS PAR LES MEDECINS GENERALISTES EN CABINET

### a) Médecin généraliste d'hier et médecin généraliste d'aujourd'hui

Les patients ont le sentiment que la médecine générale et les pratiques de leur médecin généraliste ont évolué : elles ont subi une profonde mutation et ils font une distinction entre le médecin généraliste « d'aujourd'hui » et le médecin généraliste « d'hier ». Par « hier » ils désignent souvent le médecin généraliste de leur enfance ou de leur jeunesse. Pour la plupart, ces participants pensent que les médecins généralistes actuellement installés en cabinet libéral pratiquent moins de gestes techniques que leurs confrères autrefois. Le sentiment de régression est très présent dans leurs propos.

1. Le médecin généraliste « d'avant » pratiquait davantage de gestes techniques : il était plus polyvalent et plus compétent

Les patients utilisent des termes comme « avant », « à l'époque », « ancien médecin », « si on revenait en arrière » avec une consonance nostalgique : ils semblent pour la plupart regretter cette époque. Auparavant les médecins semblaient plus polyvalents, ils pratiquaient davantage de gestes techniques : ils ne déléguaient pas ce travail aux spécialistes par exemple, ni à l'hôpital.

« Catherine : Moi j'ai eu le cas d'un médecin qui faisait les points, qui enlevait les points, qui faisait tout hein. Après bon, c'est un ancien médecin donc après je sais pas l'évolution maintenant euh... Voilà. »

« Véronique : (...) A l'époque, bon moi y'a des années de ça, effectivement une fois j'ai eu besoin de points. Je suis allée à l'époque chez le médecin généraliste, il m'a mis les points et un point c'est tout ! Voilà, voilà. Maintenant, vous avez besoin de points, eh bien on vous dit « non il faut aller aux urgences ». »

« Marie : Il faisait naître les enfants !

Eva : Eh oui ! On régresse ! »

« Pascal : (...) La plupart sont tellement installés dans leur petit confort, depuis tant d'années, ils ont perdu les compétences qu'ils avaient peut-être à une certaine époque. Quand il fallait faire des points de suture, recoudre, des plâtres, ou des choses comme ça...»

Les médecins, petit à petit, auraient perdu de leurs compétences et de leur polyvalence, ou utilisaient leurs compétences de façon plus optimale que de nos jours. Ils pratiquaient donc plus de gestes techniques, et de ce fait en assumaient les conséquences légales.

« Pascal : Ils ont tendance à moins se mouiller et à moins prendre de responsabilités qu'à une certaine époque. Il y a peut-être 30 ou 40 ans. »

« Pascal : (...) Ils avaient moins de compétences à l'époque que maintenant. Mais peut-être qu'ils les exploitaient plus à fond à l'époque que maintenant. Ils ont peut-être maintenant plus de compétences mais ils vont pas au bout de... »

Ce patient pense qu'il s'agit d'une question de confort : déléguer le travail est plus simple que de le faire soi-même. D'autres patients ne sont pas de cet avis, nous y viendrons.

## 2. Le médecin « d'avant » était davantage disponible et dévoué à ses patients

D'après les participants les médecins d'autrefois étaient davantage disponibles : ils ne comptaient pas leurs heures, se déplaçaient à domicile jour et nuit et ne prenaient jamais leur retraite. Ils étaient dévoués corps et âme à leurs patients. Ils subvenaient donc en toutes circonstances aux demandes des patients, y compris en termes de gestes techniques.

« Eva : Moi j'ai grandi dans un petit village, et le docteur on pouvait l'appeler n'importe quand et il était capable de tout faire (...) on l'appelait à n'importe quelle heure et il venait pour te soigner ! Mais c'est vrai ! »

« Bruno : (...) Il se déplaçait dans les campagnes, il venait il se déplaçait ! Vous l'appeliez, il venait ! Bon il venait un peu tard le soir, mais il venait !

Eva : On laissait la porte ouverte et il venait te soigner quoi ! A n'importe quelle heure du jour ou de la nuit !

(...)

Marie : Il prenait pas la retraite, ça existait pas ! »

« Pascal : Ils avaient des plages horaires plus longues. »

« Stéphanie (...) après médecin je pense que c'est une profession d'oubli de soi. Un petit peu.

Pascal : Y'a 100 ans en arrière peut-être, mais ça se fait plus ! »

« Pascal : L'abnégation à notre époque devient rare ! »

## 3. Une médecine générale différente

Selon certains patients, la relation même était différente : même l'appellation a muté pour devenir plus impersonnelle. La place du médecin généraliste semble avoir changé pour cette participante.

« Eva : Déjà dans l'appellation, avant on disait un docteur de famille, aujourd'hui on dit un médecin traitant. Tu viens parce qu'il va traiter quelque-chose que tu as, alors que le médecin de famille il t'a vu naître (...) »

Le jeune participant suivant, qui n'a probablement pas connu l'époque qu'évoquent les autres participants plus âgés, tente d'analyser ce phénomène. Ce n'est pas seulement la médecine générale qui a évolué, mais la médecine de façon générale. On ne peut comparer que ce qui est comparable : l'évolution des connaissances et de la technicité, l'émergence de nouvelles spécialités pourraient être responsables du manque de pratique technique des médecins généralistes de notre

époque. Auparavant il n'existait peut-être simplement pas de spécialiste à qui déléguer ces actes.

« Kévin : (...) Mais aussi ce qui a changé par rapport à avant c'est qu'il y a beaucoup de spécialités et que les médecins ont beaucoup plus de chances de déléguer les choses à des personnes qui sont plus compétentes qu'eux dans le domaine.

Animateur : Il y a plus d'accès au spécialiste c'est ce que vous voulez dire ?

Kévin : C'est ça. Même pas accès, même création de spécialistes par exemple. Des spécialités qui n'existaient pas avant, et qui se sont peu à peu formées, et auxquelles le médecin peut déléguer des choses.

Animateur : Vous pensez en fait que les médecins n'avaient pas le choix auparavant ?

Kévin : Peut-être... Ben oui, il y avait un manque de personnes à qui déléguer certaines choses. Alors que maintenant il a plus de chances de déléguer des choses à des spécialistes.

Eva : Mais peut-être aussi parce qu'on a découvert de nouvelles maladies, de nouveaux trucs, de nouveaux symptômes ! Donc il y a de nouveaux spécialistes au fur et à mesure. »

#### 4. Une nouvelle génération de médecins généralistes

Si certains semblent désolés de l'évolution de la médecine générale de nos jours, tous ne sont pas de cet avis.

Cette patiente ressent une volonté nouvelle chez la jeune génération de médecins généralistes : celle de revenir à une pratique plus polyvalente et technique. Ils ont peut-être l'envie qu'ont perdu leurs aînés.

« Adeline : (...) Je trouve que les nouveaux médecins qui arrivent maintenant depuis quelques années ont envie, ont envie d'apprendre et ont envie de faire. Ont envie de faire des soins un peu plus techniques, style je reviens sur les sutures... C'est un ressenti. »

#### **b) Médecine en zone urbaine et médecine en zone rurale**

Plusieurs participants évoquent les divergences de pratique entre le médecin « de ville » et le médecin « de campagne » : il s'agit pour eux quasiment d'une médecine différente. D'après eux le médecin généraliste en zone rurale pratiquerait davantage de gestes techniques, et ce pour plusieurs raisons.

## 1) Le médecin de campagne, un médecin plus compétent ?

Certains patients pensent le médecin de campagne plus compétent pour réaliser des gestes techniques que le médecin de ville. On peut tout lui demander, il sait tout faire !

« Eva : Moi j'ai grandi dans un petit village, et le docteur on pouvait l'appeler n'importe quand et il était capable de tout faire. »

« Laetitia : Moi le médecin, de campagne, tout ce qu'on lui a toujours demandé, mes parents ma famille, le village, il a jamais refusé quoique ce soit ! Il a toujours fait au mieux ! »

« Laetitia : (...) Pour moi le médecin de campagne c'est euh... il est polyvalent il fait tout ! »

Ils le pensent également plus « habitué » à pratiquer des gestes techniques : sa pratique quotidienne demanderait plus d'habileté technique, chose que les médecins de ville n'auraient pas ou auraient perdu.

« Pascal : Les médecins de campagne sont plus habitués à les faire !

Axel : C'est quelque chose qui se perd un peu !

Pascal : Ils seraient peut-être capables de faire un accouchement alors qu'un médecin généraliste euh... Il te vire vite ! »

## 2) Une question de localisation

Le médecin de campagne semble pratiquer davantage d'actes techniques selon les participants. Mais est-ce réellement une question aussi simple qu'une différence de compétence ? Non bien évidemment, et certains patients le comprennent rapidement.

Sans le savoir cette patiente donne un indice sur les raisons qui pourraient conditionner ce phénomène. Est-ce que réellement cette patiente n'a jamais eu besoin d'aller voir un ORL ou bien n'y en avait-il tout simplement pas à proximité ?

« Laetitia : Nous à la campagne on n'a jamais eu besoin de voir un ORL ! D'aller voir... Il nous disait ça et ça, il nous regardait les oreilles, voilà ! C'était aller à l'essentiel. »

- La proximité des hôpitaux et des spécialistes conditionnerait peut-être ce phénomène.

« Animateur : Vous pensez que c'est la proximité des hôpitaux qui conditionne ce phénomène ?  
Audrey : Oui ! »

En effet, si le métier semble différent, pour les participants cette différence s'explique d'abord de façon évidente par la localisation. Quand on vit dans un petit village, on n'a pas forcément accès rapidement et/ou facilement à une structure hospitalière ou un spécialiste : on se tourne plus facilement vers son médecin généraliste. Le médecin conscient de cette contrainte démographique pratiquerait donc plus de gestes techniques, afin d'éviter aux patients de parcourir de longues distances pour réaliser un geste qu'il est apte à pratiquer dans son cabinet.

« Laetitia : Ben ma famille, moi en corse j'étais dans un village complètement paumé, le premier médecin qu'il y avait, c'est celui que j'avais pendant 20 ans et qui était parfait. On pouvait pas descendre faire une heure de route pour aller sur l'hôpital, sur Bastia ou autre. Donc on prenait. Et nous le médecin c'est toujours lui qui nous a fait des points quand il fallait faire des points, euh... Les gestes de premiers secours quoi ! C'est ce que je qualifierais de technique.

Clément : Oui parce que le métier est pas le même si c'est un médecin de campagne ou si c'est un médecin de ville. Enfin c'est mon opinion personnelle. »

« Eva : (...) Mais c'est vrai ! C'est pour ça que dans cet état d'esprit là, moi j'ai quelque-chose je vais voir le docteur ! Je vais pas aux urgences ! Y'avait pas d'hôpital ! C'était un petit village, il fallait aller à Aix, et j'habitais dans le haut Var ! »

- Il s'agit d'un choix à faire pour le médecin généraliste.

Conscients de ce phénomène, d'autres médecins généralistes choisiraient au contraire de s'installer en ville pour ne pas rencontrer le problème du défaut de plateau technique de proximité. Mais au-delà de ce constat, certains identifient ce choix comme une convenance personnelle : plus que la nécessité, sont plutôt évoqués le confort d'être dans une grande ville pour pouvoir déléguer aux confrères spécialistes ou à l'hôpital, et celui lié aux conditions de vie et d'exercice. Ils imaginent aisément que les conditions d'exercice à la campagne sont différentes et plus difficiles : nécessité de parcourir de grandes distances en visite et de surcharger son emploi du temps afin pallier au manque de confrères à proximité par exemple.

« Pascal : Ils sont plus habitués à leur confort je pense les médecins de ville. »

« Pascal : Mais moi je pense qu'ils ont plutôt envie d'être dans les grandes villes pour avoir tout le confort qu'il y a autour et moins se casser la tête en ayant tous les spécialistes autour, plutôt que d'aller... Se perdre au fin fond de la Creuse là-bas ! »

« Pierre : (...) C'est encore un sujet d'actualité ces derniers temps, y'a plus de médecin de campagne, c'est tout le monde ou à la ville ou au soleil. »

« Brice : Le problème des campagnes c'est comme les infirmières. (...) Elles perdent énormément de temps en déplacement, parce qu'elles tournent, les médecins généralistes tournent aussi beaucoup en déplacement. En ville ils sont dans leur cabinet, ils bougent pas de leur cabinet. C'est pas le même... On est pas dans le même rapport euh... Patient... Et pourtant le médecin de campagne c'est celui qui en fera le plus de gestes techniques par rapport au médecin de ville, à aujourd'hui c'est mon sentiment. »

### 3) Un autre état d'esprit

Ce participant pense que le médecin généraliste de campagne, qui vit dans un petit village, fait partie d'une « communauté » : selon lui il serait proche de tous ses patients, les connaîtrait mieux voire personnellement. Le contact serait différent : cela le pousserait-il à s'investir plus sur le plan technique et à vouloir à tout prix rendre service ?

« Brice : (...) Quand vous êtes dans un village c'est sûr que vous faites partie d'une communauté. Vous êtes dans une ville, vous êtes dans une agglomération, pas dans une communauté. C'est plus anonyme. »

## c) **Le choix entre le médecin traitant, le spécialiste, ou l'hôpital**

Si le choix appartenait seulement au participant : que préférerait-il ?

### 1) Le médecin traitant avant tout

Tout d'abord ceux qui voudraient avant tout que ce soit le médecin généraliste qui réalise les gestes techniques. Et ils sont nombreux.

« Animateur : S'il vous proposait de faire le geste lui-même, vous accepteriez ?  
Claude : Oui. Parce que je pense que si il me le propose, c'est qu'il a les compétences pour le faire ! Oui oui, sans problème. »

« Alice : Si j'avais la possibilité d'avoir le choix, effectivement pour tout ça, je préférerais que mon médecin généraliste... Je préférerais qu'il le fasse. »

« Adeline : Ah non moi mon médecin généraliste ce serait très bien !  
Armelle : D'ailleurs moi je demanderai à mon docteur « est-ce que vous faites ça ? Dans votre cabinet est-ce que vous faites ça ? ». Ben je vais lui demander c'est vrai quoi ! (...) Je préférerais que ce soit réalisé par elle ! »

« Amandine : Pour moi le généraliste... »

« Stéphanie : Pour moi aux horaires d'ouverture de mon généraliste, c'est mon généraliste et quand il y est pas c'est les urgences ! »

« Bruno : Moi généraliste, parce que dans tous les cas, hôpital non ! Urgences c'est trop long, et pour aller chez le spécialiste il faut passer chez le généraliste. Donc pour les cas cités des gestes techniques, oui le généraliste.

Marie : Moi aussi le généraliste. Moi aussi. »

Ceux qui préfèrent avoir affaire à leur médecin généraliste justifient ce choix par plusieurs raisons.

- Concernant la consultation avec le spécialiste.

Le médecin généraliste est le médecin qui les connaît le mieux, qui de mieux pourrait agir ? Le contact avec le spécialiste est différent, dépersonnalisé : le spécialiste ne connaît pas le patient aussi bien que son médecin traitant. De plus, c'est au médecin généraliste qu'il incombe le rôle de coordination des soins : il a donc le dossier le plus complet sur le patient.

« Adeline : (...) Parce que déjà il te connaît, il te suit. Alors à la rigueur pourquoi aller voir ailleurs ? »

« Audrey : (...) Je préférerais que ce soit mon médecin généraliste. Déjà elle me fait quelques examens déjà, mais c'est vrai que ce serait plus sympa déjà, et puis moins de perte de temps, et puis on se sent mieux avec son médecin qu'on connaît que aux urgences ou... »

« David : Ben à choisir j'irai plutôt chez mon médecin traitant ! Au moins déjà on sait qui c'est, c'est peut-être plus facile. »

« Catherine : Moi je vais rajouter, si il fait tous les gestes techniques je reste chez lui, dans la mesure aussi où ce fameux dossier médical... Si lui fait tous ces gestes techniques, pour les prochains soucis que je peux avoir je pense que c'est bien qu'il ait quand même tout mon dossier médical. Parce que sinon il faut trimballer le dossier, répéter, et souvent on oublie. Ça condenserait... Voilà. Ça serait beaucoup plus complémentaire en fait qu'il ait tout de manière à ce que chaque fois que j'y vais, il sait les antécédents et ça peut aider des fois, l'antécédent, pour soigner ça... Enfin voilà. »

Le temps d'attente pour un rendez-vous avec un spécialiste est beaucoup trop long. On perd moins de temps avec le médecin généraliste.

« Stéphanie : (...) Moi les délais d'attente de 4 mois, 5 mois pour voir un ophtalmo ça a tendance à me hérissier les cheveux sur la tête ! »

« Fabien : Moi personnellement je préfère, on perd pas de temps. Moi je vais chez lui, il me fait la visite, il me dit : « il faut une infiltration, bouge pas », il me la fait, bim je repars travailler, moi pour moi, c'est même pas une histoire de prix hein ! Je m'en fous hein ! Mais ça serait beaucoup mieux, bien sûr. »

« Séverine : (...) Je pense aux mois d'attente pour le rendez-vous, c'est vrai que pour prendre le rendez-vous chez un gynéco ou chez le spécialiste, c'est minimum 15 jours d'attente quoi hein ! »

« Catherine : Moi avec l'expérience du fameux frottis, je reviens sur ça, je n'ai pas de temps, le gynéco il faut trois mois à l'avance. »

Le spécialiste n'est pas à proximité contrairement au médecin généraliste.

« Pascal : J'avoue que je préférerais que ce soit fait par mon généraliste. Si y'en a besoin bien sûr. Qu'il se trouve à côté de chez moi pas trop loin, que je connaîtrais un peu plus... »

La consultation est plus chère chez le spécialiste.

« Amandine : Le spécialiste lui rallonge un petit peu ! »

« Audrey : (...) Je n'aurai plus d'enfant donc je n'ai pas besoin d'un gynécologue si ce n'est de faire un frottis une fois tous les un an ou deux ans, bref je sais plus, deux ans je crois ? Donc c'est sympa que mon médecin traitant me le fasse. J'ai pas besoin d'aller sur Avignon ou ailleurs et payer. »

- Concernant l'hôpital

Le temps d'attente aux urgences peut être long, peut-être plus long que chez le médecin généraliste.

« Pascal : (...) Que les urgences où c'est anonyme et où finalement tu attends ... Souvent très longtemps. »

« David : Moi pareil. Tout sauf les urgences ! Le spécialiste ou le médecin ça me gêne pas, mais pas les urgences. (...) je suis resté pendant deux heures, c'est bon hein ! »

À l'hôpital, et en particulier aux urgences, on ne choisit pas et on ne tombe pas forcément sur le spécialiste que l'on aimerait avoir : parfois on tombe sur l'interne ! Outre ce fait, le médecin généraliste assurerait de toute manière un meilleur suivi.

« Axel : C'est la grande institution, on y va mais finalement des fois on attend, on a pas forcément... La personne d'expérience qu'on aurait pu avoir. J'aurais tendance à dire aussi le généraliste est là, on le connaît et puis on va peut-être le revoir dans deux semaines il va nous demander. Alors que l'interne que l'on a vu dans les hôpitaux d'Aix on va pas le recroiser. Y'a un côté impersonnel qui fait que... Y'a peut-être un peu plus de confiance avec le généraliste. »

L'aspect impersonnel de l'hôpital, de la même manière qu'une consultation avec le spécialiste, a été également évoqué. Même si le patient ne se sent pas forcément proche de son médecin traitant, ce ne peut être pire qu'à l'hôpital !

« Pierre : (...) Ah moi si je pouvais me passer de l'hôpital je ferais tout chez le généraliste !!!  
Véronique : Moi je suis un peu comme Pierre. Si je peux me passer de l'hôpital je ferais tout chez le généraliste.  
Pierre : Déjà il fait trop chaud, ça sent l'éther c'est pas bon ! (rires).

Véronique : Parce que bon à l'hôpital déjà alors c'est pire que le généraliste, on est même pas un numéro on est... Donc je préférerais avoir affaire à un généraliste. Même si j'ai pas d'affinité avec mon généraliste, je préférerais que... que ce soit fait euh... Bon après ça dépend du geste technique aussi hein... »

## 2) La préférence du spécialiste ou de l'hôpital

Certains patients aimeraient volontiers que leur médecin généraliste pratique des actes techniques et le cas échéant iraient le consulter en priorité pour cela. Cependant cette constatation est à nuancer, en particulier pour les actes qui génèrent une gêne psychologique, tels que les actes gynécologiques ou de proctologie par exemple. C'est souvent une question de pudeur : il connaît peut-être paradoxalement trop personnellement le patient pour que celui-ci ne soit pas gêné dans son intimité.

« Alice : Mis à part tout ce qui est un peu... Intime. Parce que... Voilà hein (on sent Alice gênée dans son attitude). »

En effet, l'aspect impersonnel de la consultation avec le médecin spécialiste dénigré parfois par les patients peut finalement être apprécié lorsqu'il s'agit une pathologie touchant une partie intime du corps : il ne connaît pas personnellement le patient et il en voit toute la journée ! Dans cette configuration il est plus supportable psychologiquement pour le patient d'être quasiment « anonyme ».

« Mireille : (...) Mais je me vois pas dire à mon médecin « bon excusez-moi, j'ai des hémorroïdes, je vais me mettre à 4 pattes » et il va me regarder, ça je pourrais pas le faire ! Parce que c'est mon médecin !

Animateur : Parce qu'il y a une partie de votre corps que vous ne souhaitez pas lui montrer c'est ça ?

Mireille : Voilà ! Je serais pas bien pour le regarder ! (rires gênés) Non mais voilà ! Ce serait un petit bobo, un truc comme ça, c'est pas pareil ! Mais là c'est...

Animateur : Y'a une contrainte de pudeur c'est ça ?

Mireille : Vooooiilà.

(...)

Mireille : Tandis que quand tu vas chez un spécialiste justement que pour ça, toute la journée il doit voir ça, donc automatiquement ça doit moins...

Claude : Oui ! Tu le vois qu'une fois ! (rires)\_

Alice : C'est ça en fait on le connaît pas !! (rires) »

Entre en compte également une question de genre. Peut-être certaines patientes accepterait-elles de leur médecin traitant qu'il réalise des actes gynécologiques si elle était une femme ?

« Alice : (...) Après moi je vais voir UNE (insiste sur le « une ») gynécologue, et MON médecin traitant. Parce que c'est une femme et... voilà. »

« Alice : Parce que c'est une femme. Peut-être que si mon médecin traitant était une femme, peut-être que ... »

« Rachel : Voilà. Déjà mon médecin traitant c'est un homme, et ma gynécologue par exemple c'est une femme donc il y a plus de facilité aussi. Même si je le sais, j'irai pas c'est sûr ! (air gêné, rires de Rachel et du groupe). Y'a pas moyen !!! »

Outre le principe du geste concernant une partie intime du corps, il semble que pour le cas particulier de la gynécologie, ce soit une question d'habitude fortement ancrée dans l'imaginaire collectif. Pour un problème gynécologique on va chez le gynécologue, point.

« Mélanie : Parce qu'il y a un spécialiste ! (baisse la tête et rire gêné) Peut-être par habitude ? Ça s'est toujours fait comme ça, je me suis même jamais posé la question en fait.

Mireille : Beh moi non plus...

Eugène : Plus par habitude je pense !

(...)

Eugène : C'est le cas de mon épouse, quand elle a un problème gynécologique, elle va voir une gynécologue quoi. »

Une autre partie de nos participants préfère clairement consulter le spécialiste : ils ont plus confiance en ces compétences. Nous avons remarqué que dans la globalité de nos interrogatoires collectifs, il s'agissait parfois des participants les plus jeunes qui avaient une tendance à préférer le spécialiste. S'il existe des spécialités, ce n'est pas pour rien, par définition le spécialiste a des connaissances plus approfondies que le médecin généraliste et il a peut-être un équipement que ce dernier n'a pas : il faut donc s'adresser à lui.

« Hélène : Pour moi, selon la gravité et selon mon besoin j'irais chez un spécialiste en fait. Chez la gynéco ben j'irai parce que déjà les échographies ils le font systématiquement alors que le généraliste il l'a pas. Peut-être qu'il peut faire un frottis mais après tout le reste ils peuvent pas. La plupart du temps ils sont pas équipés. Chacun son rôle. Chacun est formé... Je pense plus de performances sur un truc que sur d'autres... Je pense qu'ils ont fait des études et puis... De toute façon il y a des spécialistes donc il faut les... Aussi ! (rires) »

« Kévin : Moi j'irais plutôt voir un spécialiste. Parce qu'on va dire qu'un médecin généraliste va faire des choses de surface, qu'un spécialiste va peut-être creuser en profondeur vu que c'est la définition même d'un spécialiste dans un domaine. (...) Question de compétences. »

« Rachel : Moi pour mon point de vue, j'irais chez le spécialiste pour des raisons qui me sont propres en tout cas. Je pense que j'irais directement chez le spécialiste. »

« Nathalie : (...) C'est la compétence. Sur ce sujet-là, ouais c'est la compétence. »

« Laetitia : Par contre après, à un moment donné, généraliste je sais pas le nombre d'étude qu'il faut etc, mais un spécialiste il va bifurquer sur une spécialisation. Donc est-ce que sera plus

précis que le généraliste ? Le spécialiste à un moment donné il s'est spécialisé dans quelque chose de précis. Donc jusqu'où on peut aller dans la confiance ? Euh...  
Animateur : Donc vous préféreriez vous adresser au spécialiste ?  
Laetitia : Moi personnellement, pour mon cas, spécialiste. »

Un patient évoque l'aspect rassurant de l'hôpital et des moyens techniques disponibles sur place.

« Axel : (...) Alors y'a l'aspect rassurant de l'hôpital, peut-être qui fait que... C'est la grande institution (...) »

### 3) L'expérience des patients

Concernant les participants ayant bénéficié d'un geste technique : pour la plupart ils semblent plutôt satisfaits du résultat, même si parfois le médecin n'a pas su répondre à leur demande et a dû les réorienter.

« Luc : Moi les bouchons dans les oreilles, il m'a recousu là (montre un endroit sur son corps), il m'a enlevé des échardes, il m'a incisé un espèce de petit lipome, il m'a plâtré la main, et je dois en oublier quelques-unes...  
(Etonnement généralisé du groupe)

Animateur : Et ça s'est bien passé ?

Luc : A chaque fois « au revoir, merci et à la prochaine ! ». (rires) »

« Catherine : Moi j'ai jamais eu de souci avec les gestes techniques chez un médecin. Quand il m'a fait le frottis il a pas regardé sur un livre ! (rires) (...) Il avait la même gestuelle, tout s'est passé pareil qu'en gynécologie hein !

Marie : Moi j'ai eu une infiltration dans une cheville, et le matin je me suis levée je pouvais pas poser le pied à terre et une heure après être passée chez lui je pouvais courir comme un lapin donc euh... (...) Et j'en ai été très contente d'ailleurs ! D'être soulagée !

Bruno : Oui pour la pose de points, oui pour enlever les agrafes, et oui aussi ... J'avais un bouchon à l'oreille et c'est lui qui me l'a enlevé.

Eva : Oui ça s'est bien passé ! Rien à dire ! En gros pour un stérilet, pour des tas de choses, des points, des bobos, des panaris, des trucs comme ça, les ongles incarnés, oui rien à dire ! Nickel ! »

« Audrey : Très bien passé pour moi, très bien ! Ouais ! Parfaitement.

David : Moi aussi, nickel. »

Un seul participant a eu une expérience malheureuse avec son médecin généraliste. On perçoit une rancœur très présente dans le propos de ce patient : s'il ne savait pas faire il aurait dû s'abstenir au lieu d'aggraver la situation.

Pascal : (...) J'y suis allé hier pour un problème d'épaule, ils m'ont diagnostiqué une luxation... Et finalement après il m'a envoyé aux urgences, et c'était pas une luxation. En effet j'ai pas fait une affaire !

(...)

Pascal : Mon généraliste, pour son diagnostic, a appelé son collègue aussi de cabinet. Et ils se sont mis à deux pour donner ce diagnostic. Et ils m'ont manipulé et ils m'ont détruit deux fois plus.

*(Rires de Amandine)*

*Pascal : J'en ai pas un très bon souvenir ! Je vais pas y retourner de sitôt voilà !*

*Animateur : Quel est votre ressenti ? Vous en voulez un médecin que vous avez vu pour ce problème ?*

*Pascal : Ah oui je pense qu'ils auraient pu... À deux généralistes je pense qu'ils auraient pu faire un meilleur diagnostic que celui-là. Peut-être demander une radio, avant de me manipuler sûrement.*

Un autre participant, malgré une expérience qu'il a trouvée un peu étrange, prend plutôt avec humour le manque d'habileté de son médecin généraliste, probablement parce qu'il ne s'agissait pas d'un geste très douloureux contrairement au participant précédent.

*Kévin : Points de suture et vaccins, et un des vaccins, euh... Le médecin s'est raté. Du coup il a dû le refaire et c'était assez... ça faisait pas très mal le tuber-test.*

*Animateur : Lui en avez-vous tenu rigueur ?*

*Kévin : Pas du tout ! Mais elle s'est trompée, du coup elle est allée voir son livre, donc ça fait un peu bizarre quand même ! (rires généralisés). Et après ça a marché !*

# DISCUSSION

## 1. LES FORCES DE L'ÉTUDE

### a) Un nouvel angle de vue

L'étude des gestes techniques pratiqués par les médecins généralistes en cabinet a fait l'objet de nombreuses thèses.

Celles-ci se penchent plus particulièrement sur les obstacles rencontrés par les médecins généralistes lors de leur pratique quotidienne. À notre connaissance, aucune thèse de médecine générale n'a jamais traité le sujet du point de vue du patient. Il paraissait intéressant de le connaître.

Ce sujet est né d'une constatation mise en évidence lors de la lecture des thèses sus-citées : l'un des obstacles serait un manque de sollicitation de la part du patient.

Il nous paraissait intéressant d'étudier ce phénomène, afin de trouver des solutions à ce manque de sollicitation évoqué par les médecins généralistes.

### b) Les points forts de la méthode : l'analyse qualitative par focus groups

La méthode du focus group nous a paru la plus appropriée pour répondre à notre problématique. Cette technique d'échange de groupe favorise l'émergence d'opinions, d'expérience et d'idées dans une dynamique provoquant des réactions en chaînes des participants échangeant entre eux.

Il est intéressant de rappeler dans ce contexte que la technique du focus group a, avant que l'on s'aperçoive de son intérêt dans le domaine scientifique, été largement utilisée dans les années 50-60 comme une technique marketing qui permettait de recueillir les attentes des consommateurs afin de rendre un produit plus attractif (26).

Il ne s'agit pas ici bien évidemment de « vendre » des gestes techniques, mais de comprendre, puisqu'il semble exister un manque de sollicitation de la part du patient, quelles sont leurs attentes en la matière, afin d'apporter des solutions en vue de proposer la meilleure offre de soins possible.

La construction de notre questionnaire d'entretien « en entonnoir » a permis la focalisation progressive et l'approfondissement du sujet.

La présence d'un animateur différent de l'investigateur de cette thèse et qui ne fait pas partie du corps médical a permis une neutralité et une libre circulation de la parole. Les participants se sentaient à l'aise pour exprimer leurs idées, même en présence d'un observateur interne de médecine générale. De plus, les personnes ayant accepté de participer à ces focus groups ont apprécié de donner leur opinion et de partager leur expérience avec les autres participants : ils ne l'ont pas vécu comme une corvée. Les patients aiment aussi qu'on leur demande leur avis et leur ressenti en fin de focus group était très positif, chacun avait le sentiment de mieux comprendre un « monde médical » qui leur paraît souvent obscur.

### **c) Les données**

La méthode pour mener ces focus groups a été la plus rigoureuse possible.

Chaque parole, chaque idée, chaque avis, chaque intervention des participants aussi brève soit-elle a été enregistrée et retranscrite sous forme de langage verbatim. Les participants se sont beaucoup exprimés et nos données étaient très fournies.

Les focus groups ont été poursuivis jusqu'à saturation des données : plus d'idée nouvelle n'émergeait des échanges.

Leur analyse a été réalisée par l'auteur de la thèse et conjointement par une deuxième personne, non experte du sujet, mais compétente dans l'analyse des données qualitatives. Les différences d'analyses étaient mineures, et ont abouti à un consensus.

## 2. LES FAIBLESSES DE L'ÉTUDE

### a) L'animateur

L'animateur, choisi car compétent pour s'exprimer en public, n'avait jamais eu pour mission de mener un focus group. On constate que les focus groups sont de moins en moins longs : le temps pour l'animateur d'être plus à l'aise et de comprendre comment fonctionne la dynamique de groupe afin de l'appivoiser. L'animateur a donc gagné en efficacité au fur et à mesure des différents entretiens de groupe.

### b) Le questionnaire du focus group

Le questionnaire du focus group comporte plusieurs questions générales sur la relation médecin-patient, et la vision qu'ont les patients de la médecine générale. Elles peuvent paraître trop nombreuses et pour certaines superflues : dès le premier focus group nous avons remarqué qu'elles prenaient trop de place dans le temps de discussion. Nous les avons tout de même conservées pour la suite, car elles étaient simples et permettaient réellement aux participants de se sentir à l'aise et de parler librement, en plus d'approfondir progressivement le sujet. Dans les focus groups suivants nous avons travaillé à maîtriser la longueur des réponses des participants à ces questions. Nous avons par la suite introduit petit à petit de nouvelles questions à chaque nouvel entretien en tenant compte des informations recueillies dans le précédent. C'est ainsi que nous avons pu faire évoluer le sujet, et obtenir une grande quantité d'idées, d'avis et d'opinions.

### **c) Les limites du focus group**

#### **1) La dynamique de groupe**

Les principales limites résultent de l'aspect négatif de la dynamique de groupe. Chaque patient s'exprime, exprime ses idées, mais il ne peut faire abstraction de ce qui a été dit avant ou de ce qui sera dit après par d'autres : les participants s'influencent inexorablement les uns les autres.

#### **2) L'échantillonnage**

Notre échantillon n'était pas représentatif de la population étudiée et n'était pas voué à l'être initialement : les résultats ne peuvent donc pas être généralisés. Nos focus groups étaient hétérogènes en termes d'âge, de genre, de situation sociale : les groupes n'ont pas été constitués dans un but de représentativité de la population source, mais dans un but de diversité, afin de recueillir le plus d'avis, d'expériences et d'opinions possible, ce qui est la fonction première du focus group.

#### **3) Une méthode exclusivement qualitative**

Le focus group est une méthode purement qualitative, l'opinion la plus isolée a autant de valeur que les autres : il n'apporte donc aucune information quantitative statistique sur la fréquence, la distribution d'un comportement, d'une idée ou d'une croyance.

## **3. CONFRONTATION AUX DONNÉES DE LA LITTÉRATURE**

### **a) Confrontation des obstacles perçus**

Il paraît intéressant de faire un parallèle entre les obstacles à la réalisation des gestes techniques perçus par le patient, et ceux perçus par les médecins généralistes et retrouvés dans les différentes thèses sur le sujet.

<b>Obstacles perçus par le médecin généraliste</b>		<b>Obstacles perçus par les patients</b>
Le manque d'intérêt pour le geste	✓	Le manque d'envie du médecin
Le manque de temps ou la durée trop longue de l'acte	✓	La problématique du temps de consultation – La problématique des consultations sur RDV
Le manque d'expérience	✓	Le manque de pratique
Le risque médico-légal et la crainte des complications	✓	Le risque médico-légal
Le manque de formation	✓	La formation et les compétences du médecin généraliste
Les contraintes liées au matériel	✓	La problématique du matériel
La proximité des spécialistes ou d'une structure hospitalière	≈	La concurrence avec le spécialiste
	✗	Le manque de médecins
La faible rentabilité financière des actes	✗	
	✗	Le manque de communication des médecins généralistes
Le manque de sollicitation des patients	✗	

Le symbole ✓ désigne une concordance entre les obstacles.

Le symbole ✗ désigne un obstacle perçu de façon unilatérale.

Le symbole ≈ désigne une concordance partielle entre les obstacles.

Il apparaît que les patients semblent conscients de plusieurs difficultés auxquelles sont confrontés les médecins généralistes dans leur pratique des gestes techniques.

Nous pouvons émettre des hypothèses pour expliquer le défaut de concordance des autres obstacles :

- **La faible rentabilité financière de l'acte** pour le médecin n'est pas au cœur des préoccupations des patients. D'ailleurs les participants interrogés ne connaissaient pas l'existence d'une classification regroupant les tarifs des actes techniques. Lorsque nous les avons informés de son existence, quelques participants ont imaginé qu'il pouvait être plus rentable de passer plus de temps sur une consultation comportant un geste technique qui serait tarifée davantage qu'une simple consultation. Cependant :
  - Certains gestes sont cotés (19) à un tarif moindre que celui d'une consultation (ablation d'un bouchon de cérumen CAGD001 = 19,25 euros, ablation d'un corps étranger superficiel de la cornée BDGP002 = 20,90 euros, sondage vésical à demeure JDLD001 = 18,43 euros).
  - Le tarif des gestes (19) n'est pas en corrélation avec le coût du matériel utilisé (suture d'une plaie du sourcil BACA008 = 29,07 euros nécessitant un kit de suture, du fil de suture, une paire de gants stériles, une aiguille pour injection sous cutanée, une seringue, un produit anesthésiant local, plusieurs solutions antiseptiques cutanées, des compresses stériles voire un champ stérile supplémentaires...) ce que les patients ignorent même s'ils conçoivent volontiers que le matériel médical coûte cher.
- **Le manque de médecins** perçu par les patients, est souvent évoqué en corrélation avec le manque de temps du praticien : il est en partie responsable de l'emploi du temps surchargé du médecin généraliste. Nous pourrions donc plutôt l'apparenter à l'obstacle du manque de temps ou de la durée trop longue de l'acte technique perçu par le médecin.
- **Le rapport avec le spécialiste** est envisagé de façon différente : la proximité des spécialistes et des structures hospitalières favorise le fait de déléguer les actes techniques et de fait défavorise la pratique du geste par le médecin généraliste. Cela est perçu aussi bien par nos participants que par les médecins. On y voit au premier abord la solution de « facilité » pour le médecin

généraliste. Mais serait-ce aussi un problème de crainte d'entrer en concurrence avec les spécialistes ? Ou est-ce le terme de concurrence qui est mal choisi ? On comprendra par exemple qu'un médecin généraliste ne pratique pas une infiltration chez un patient déjà suivi par un spécialiste rhumatologue : il s'agit de confraternité, plutôt que de concurrence. Il serait intéressant pour éclaircir ces propos de connaître les opinions des spécialistes vis-à-vis de la pratique des gestes techniques concernant leur spécialité par les médecins généralistes.

- Enfin nous pouvons confronter les deux obstacles suivants qui semblent unilatéraux et qui, d'après notre étude, sont pourtant fortement liés : **le manque de sollicitation** ressenti par le médecin et **le manque d'information** ressenti par le patient. Le patient sollicitera de façon moindre le médecin s'il ne sait pas que celui-ci pratique le geste, et le médecin n'en parlera probablement que sous l'impulsion de la demande du patient. Au total, aucun des deux n'en parle à l'autre, et rien ne se passe !

## b) En marche vers l'hyperspécialisation ?

Un de nos participants a fait une remarque à la fois judicieuse et originale pour expliquer une tendance à la baisse de la pratique des gestes techniques par les médecins généralistes de nos jours : il pense que les gestes sont plus facilement délégués aux spécialistes car ces derniers seraient tout simplement de plus en plus nombreux. Il avance une hypothèse selon laquelle il n'en existait probablement pas autant quelques dizaines d'années en arrière, et que les progrès de la médecine moderne ont entraîné la création de nouvelles spécialités.

En effet, comme le dit très précisément le médecin et sociologue Patrice Pinell (29) « *Le haut niveau de spécialisation qui caractérise la médecine contemporaine apparaît comme la résultante d'un processus de différenciation des activités médicales qui est engagé depuis plusieurs siècles et ne cesse de se développer. Le nombre de spécialités augmente régulièrement et les plus anciennes ont à leur tour tendance à se diviser en sous-spécialités, circonscrivant des objets de plus en plus étroits et faisant appel à des compétences de plus en plus spécifiques* ».

La médecine moderne est donc caractérisée par l'accroissement de nouvelles spécialités, voire l'hyperspécialisation et le cursus des médecins a également été fortement impacté en ce sens.

La spécialisation médicale a dans un sens toujours existé, mais il faudra attendre 1949 pour que les conditions de pratique des spécialistes soient fixées officiellement avec le Certificat d'études spécialisées (CES). À l'origine il s'agissait pour les omnipraticiens d'une possibilité de perfectionner leurs connaissances dans un domaine particulier (30). Les médecins qui désiraient se spécialiser après 7 années d'études conclues par une thèse, poursuivaient leurs études soit par un CES (non sélectif) soit un internat des hôpitaux de 4 ans (sélectif) (31).

En 1982, les CES sont supprimés, remplacés par le diplôme d'études spécialisés (DES). Ces DES que nous connaissons aujourd'hui deviennent alors des diplômes restrictifs : chaque DES se cantonne à une spécialité bien distincte, avec l'ascension même de la médecine généraliste au rang de spécialité avec la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale (32).

Le mouvement de spécialisation de la médecine se poursuit actuellement avec la réforme du 3<sup>e</sup> cycle (33) qui transforme les diplômes d'études spécialisés complémentaires ou DESC (accessibles aux médecins généralistes) de médecine d'urgence, gériatrie, nutrition, maladies infectieuses et tropicales, allergologie, médecine vasculaire et médecine légale en DES (spécialités à part entière).

Au regard de ces informations, nous pouvons dire qu'effectivement la médecine subit depuis la période après-guerre de nombreuses mutations et un clivage de plus en plus marqué entre des spécialités de plus en plus nombreuses. Cela pourrait être l'une des raisons pour lesquelles les médecins pratiquent moins de gestes techniques en les déléguant davantage aux spécialistes.

### **c) Le profil du médecin réalisant les gestes techniques**

Plusieurs études ont contribué à définir « un profil » de médecin généraliste pratiquant des gestes techniques. La vision des participants de notre étude est-elle

juste ? Par exemple : les médecins « de campagne » pratiquent-ils plus de gestes ?  
Les nouveaux médecins pratiquent-ils moins de gestes que leurs aînés ?

La thèse d'Antoine Chiron de 2016 (34) étudiant les pratiques d'infiltrations de corticoïdes auprès des nouveaux médecins généralistes de Loire Atlantique montre que :

- Les médecins inclus dans cette étude « *qui réalisent des infiltrations exercent essentiellement en milieu rural ou semi rural pour 86% d'entre eux* ».
- « *L'évolution des pratiques d'infiltration des nouveaux médecins généralistes installée est orientée à la baisse dans des proportions importantes et significatives par rapport à la population générale des médecins généralistes. Dans l'exemple de la Loire-Atlantique, on retrouve un écart de près de 40 points entre le taux de réalisation d'infiltrations de corticoïdes par les médecins installés depuis 2008 (16%) et celui de l'ensemble de la population de médecins généralistes du département en 2008 (54%)* ».

La thèse de Boris Boulard en 2013 (35) portant sur l'étude des pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie en termes de gestes techniques démontre de façon significative que les facteurs favorisant la pratique des gestes sont :

- L'âge : les médecins âgés de plus de 54 ans pratiquent une plus grande variété de gestes techniques et ceux-ci sont plus complexes
- L'étude ne montre pas de différence significative concernant le nombre de gestes effectués entre praticiens en zone urbaine et praticiens en zone rurale mais montre une forte disparité pour les gestes de petite chirurgie ou de traumatologie. Les praticiens exerçant en zone rurale réalisaient plus fréquemment des gestes techniques de petite chirurgie ou de traumatologie.

La thèse de Véronique Dubois Jacque de 2012 (36) portant sur l'étude des gestes techniques en médecine générale en Loire et Vendée montrait que les médecins qui pratiquent plus de gestes techniques sont des hommes, les praticiens de milieu rural et les plus de 50 ans.

La thèse de Benjamin Latour en 2014 (37) dresse également un profil de médecin généraliste pratiquant des gestes techniques dans la région Languedoc-Roussillon : c'est un homme exerçant en milieu rural en groupe a fortiori en maison de santé pluridisciplinaire, réalisant au moins 6 visites à domicile par semaine.

La thèse de Stéphane Daviau de 2008 (13) sur la pratique des sutures non programmées en médecine générale en milieu urbain montre que les médecins plus âgés (après 45 ans) pratiquent davantage les sutures (plus de 40 % d'entre eux) et sont majoritairement des hommes.

Certains participants semblaient penser que les médecins généralistes « de nos jours » pratiquent moins de gestes techniques que ceux d' « avant » : la pratique des gestes techniques se perdrait avec les nouvelles générations de médecins généralistes. Il est difficile d'évaluer les pratiques des médecins généralistes 50 ans en arrière, mais nous pouvons évaluer les différences de pratiques entre des médecins généralistes plus jeunes et plus âgés. Ces études montrent effectivement que les médecins plus âgés pratiquent davantage de gestes, tout comme le médecin exerçant en milieu rural, comme suggéré également par nos participants. La question du genre n'a pas été soulevée par nos participants, alors que ces études montrent que ce sont majoritairement les hommes qui pratiquent les gestes techniques.

Nous pouvons soulever un grand nombre d'hypothèses concernant la responsabilité de l'âge du médecin généraliste dans sa pratique des gestes techniques. Tout d'abord, nous avons vu, plus haut, que tous les médecins généralistes pratiquant actuellement n'ont pas reçu la même formation universitaire. Nous avons mis en évidence le développement constant des spécialités. Il est également possible que les jeunes médecins puissent avoir été habitués à se référer plus facilement au spécialiste, et ce depuis le début de leur cursus universitaire, puisque de nos jours ils font leur internat ensemble. Ensuite, le médecin plus âgé a peut-être acquis plus d'expérience durant ces nombreuses années de pratique, en comparaison du jeune médecin qui vient de s'installer. Sur le plan financier, le jeune médecin n'a peut-être pas les mêmes ressources que le médecin plus âgé qui a eu le temps d'épargner pour s'équiper du matériel nécessaire à la pratique des gestes. La crainte des responsabilités est possiblement plus présente chez la jeune génération : de nos jours l'interne travaille et apprend avec le poids constant du risque médico-

légal. Enfin, il existe peut-être simplement une désaffection progressive pour les gestes techniques.

D'autres participants semblaient penser également que les médecins en zone rurale pratiquent davantage de gestes techniques que ceux installés en zone urbaine. Nous pouvons, comme les participants, formuler plusieurs hypothèses à ce sujet. Nous pouvons supposer que le médecin en milieu rural pratique davantage car il ne dispose pas de spécialistes et/ou par défaut de plateau technique à proximité, et qu'il veut rendre service au patient en lui évitant des déplacements. Il s'agit également peut-être d'un choix délibéré d'exercer en milieu urbain pour pouvoir déléguer ces gestes, et d'exercer en milieu rural parce que l'on affectionne au contraire leur pratique.

Ce sont toutes autant de questions qui méritent d'être posées, afin d'encourager la pratique de ces gestes et d'apporter des solutions aux difficultés que rencontrent les médecins généralistes dans leur pratique. En effet, la très grande majorité des travaux concernant les gestes techniques en médecine générale sont des thèses. Nous n'avons trouvé à ce jour que très peu de travaux étudiant les pratiques des médecins généralistes français en termes de gestes techniques : la plus récente que nous ayons retrouvée date de 2004 (46) et s'intéresse à l'activité d'une vingtaine de généralistes français sur 10 jours, et l'autre, d'échelle nationale mais plus ancienne, date de 1997 (47). Il en existe peut-être d'autres mais force est de constater que la littérature n'abonde pas sur ce sujet.

#### **d) Les solutions envisagées par les patients : de bonnes idées ?**

Nous avons vu plus haut que les patients que nous avons interrogés réclamaient largement un affichage tarifaire des actes techniques pratiqués par le médecin généraliste, à la fois pour connaître les gestes que pratique effectivement leur médecin traitant, mais également pour avoir connaissance du tarif desdits gestes.

L'affichage des tarifs existe, il est même devenu obligatoire. En effet, depuis le 13 février 2009 l'article R1111-21 du code de la santé publique (38) stipule que les médecins « *qui reçoivent des patients affichent, de manière visible et lisible, dans leur salle d'attente ou, à défaut, dans leur lieu d'exercice, les tarifs des honoraires ou*

*fourchettes des tarifs des honoraires qu'ils pratiquent ainsi que le tarif de remboursement par l'assurance maladie en vigueur correspondant aux prestations suivantes dès lors qu'elles sont effectivement proposées. Pour les médecins : consultation, visite à domicile et majoration de nuit, majoration de dimanche, majorations pratiquées dans le cadre de la permanence des soins et au moins cinq des prestations les plus couramment pratiquées ».* Le médecin généraliste est donc tenu d'afficher certains tarifs de façon obligatoire, et « au moins » cinq prestations couramment proposées : cette liste n'est donc pas limitative. Le praticien peut donc afficher une liste tarifaire de la longueur qui lui plaît des gestes techniques qu'il est en mesure de pratiquer. Ne pas procéder à cette obligation légale expose le praticien, après avertissement, à une amende de 3000 euros.

En accord avec ce que certains patients semblaient penser, il lui est impossible de faire de la « publicité » comme le stipule l'article 19 du code de déontologie et l'article R 4127-19 du code de la santé publique (39) : « *la médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale* ».

L'efficacité de l'affichage en salle d'attente des médecins a été étudié à travers plusieurs articles et thèses, en particulier pour diffuser des informations de prévention et autres conseils médicaux (nutrition, tabac, maladies sexuellement transmissibles, vaccinations, dépistages divers...).

- Un article datant de 2012 (40) traitant du point de vue du médecin concernant sa propre salle d'attente nous montre que sur un total de 60 médecins interrogés, une grande majorité était d'accord sur le rôle de vecteur d'informations que pouvait avoir la salle d'attente, seulement 6 étaient sceptiques quant à cet effet. Les médecins semblent donc juger que la salle d'attente a un rôle important à jouer dans l'information au patient.

Quelle est la portée de cet affichage en salle d'attente ?

Rappelons dans ce cadre que certains patients de notre étude ont émis l'idée que le manque de sollicitation pour la réalisation d'un geste technique par le médecin

traitant pourrait, en plus d'être un problème d'information, être également un problème d'éducation des patients.

- Une étude française de 2004 (41) évaluant l'impact des messages d'éducation pour la santé présents dans la salle d'attente des pédiatres montre que la mémorisation de ces messages par les parents était très variable. Elle semblait cependant plus importante lorsque les parents étaient déjà venus dans le cabinet, et 14% (148 patients sur 947 ayant répondu à la question) de ces derniers ont parlé spontanément à leur pédiatre des messages d'éducation pour la santé affichés en salle d'attente.
- La thèse d'Émilie Boulard en 2013 (42) sur l'affichage en salle d'attente et l'influence sur le motif de consultation montre qu'un lien a été effectivement trouvé pour certains thèmes, mais que l'impact est limité et qu'il mériterait d'être développé dans ses différents aspects (informations générales, accueil, pédagogie...).

L'efficacité de l'affichage en salle d'attente, d'après les études déjà réalisées et le plus souvent dans le cadre de l'affichage de messages à visée préventive, d'information ou d'éducation semble limitée, mais elle est cependant non nulle. L'impact d'un affichage informatif et/ou à visée éducative concernant les actes pratiqués par les médecins généralistes en cabinet sur les motifs de consultations mériterait à ce titre d'être étudié. Un affichage clair et complet permettrait peut-être au patient d'être mieux informé et de solliciter plus souvent le médecin généraliste pour la pratique de ces gestes, en plus de valoriser l'activité du praticien.

Une participante a également suggéré l'intervention des médias dans cette entreprise d'information des patients sur les gestes techniques, en particulier par l'intermédiaire de la télévision.

La thèse de Fabien Delforge en 2016 (43) étudie la place des médias dans la relation médecin-malade en médecine générale. Il en ressort que « *253 médecins répondants ont observé des changements de comportement (97%) chez leurs patients, principalement sur l'observance suite à une médiatisation de santé. Ils pensaient que cela avait modifié le rapport médecin-malade (81%) de manière nuisible (61%). 194 patients répondants avaient peu modifié leur comportement dans ce cas*

(35%). Ils pensaient que la médiatisation de la santé allait modifier la confiance entre eux et le médecin (71%) d'une manière bénéfique (63%) ». Il apparaît donc que les médecins restent très prudents et sceptiques sur la médiatisation de la santé, alors que les patients eux en sont plutôt friands.

La médiatisation apparaît donc comme une solution à double tranchant : probablement utile mais risquée.

À ce propos, aucun patient ne nous a suggéré l'utilisation d'internet comme moyen d'information. Nous connaissons tous les dangers des informations à caractère médical véhiculées aux patients par l'intermédiaire du net... Mais il existe cependant des possibilités pour les praticiens d'utiliser ce moyen de communication afin de mettre en valeur leur pratique et leur activité. Certains médecins généralistes ont fait en sorte que les patients puissent prendre leur rendez-vous par le web, et voici un exemple de « fiche médecin » que l'on peut aisément trouver (44) :



**Docteur Généraliste**  
Généraliste  
25€  
Vitalo  
CONV1  
Voir le détail > | Prendre RDV

Le Docteur [nom] a le plaisir de vous accueillir au sein de son cabinet médical qu'elle partage avec les Drs [nom] et [nom]. Le cabinet est situé en plein centre [nom] dans le [nom].

Diplômée d'un Doctorat de Médecine Générale de la Faculté de Médecine [nom], le Docteur [nom] propose des consultations de médecine générale classique ainsi que des consultations de suivi en pédiatrie du nouveau né à l'adolescent. Elle pratique aussi des actes de gynécologie médicale (consultation de gynécologie classique, suivi de contraception, pose et retrait d'implant, pose de stérilet) ainsi que le suivi médical de la grossesse.

## Détail des honoraires

Actes et soins les plus fréquents chez ce praticien	
Consultation	25,00 €
Consultation nourrisson et enfant	30,00 €
Consultation gynécologique avec Frottis	37,46 €
ECG	38,37 €
Retrait d'un implant contraceptif	41,80 €
Pose de stérilet	38,40 €
Pose d'implant contraceptif	25,00 €

Ces honoraires nous ont été communiqués par le cabinet à titre indicatif. Toute intervention constituée d'actes avec dépassement fera l'objet d'un devis personnalisé du praticien.

Le médecin généraliste peut donc par cet intermédiaire proposer au patient de façon claire et simple les gestes techniques qu'il est capable de pratiquer ainsi que leur tarif. A ce sujet il serait intéressant d'étudier les différences de pratiques entre les médecins offrant une prise de rendez-vous classique par standard téléphonique et ceux utilisant internet de façon exclusive ou concomitante.

De plus, par l'intermédiaire de ce site sécurisé, il est possible de choisir un motif de consultation : une patiente ne pourra donc pas venir à l'improviste pour la pose d'un dispositif intra-utérin. Cette option très intéressante rejoint l'une des solutions envisagées par quelques participants : que le médecin connaisse à l'avance le motif de consultation. Elle permet aussi le respect du secret médical et préserve l'intimité du patient : seul le médecin est au fait du motif de consultation puisqu'il a sauté la case « secrétariat téléphonique ».

## e) Quel avenir pour la pratique des gestes techniques ?

- Les futures générations de médecins généralistes ont-elles envie de pratiquer des gestes techniques ?

Dans sa thèse de 2016 Thomas Tamisier (12) identifie les obstacles à la pratique des sutures du point de vue des futurs médecins généralistes. Son étude « *a mis en évidence que les internes qui pensaient réaliser des sutures dans leur future pratique étaient majoritairement ceux qui pensaient avoir une activité en milieu non urbain. Cependant, les analyses en sous-groupes ont également montré que les internes s'orientant vers une activité de médecine générale ne pensaient pas réaliser de points de suture dans leur future pratique d'une manière générale, malgré la volonté d'en réaliser* ».

La thèse de Marie de Castelbajac de la Croix en 2014 (45) étudie la formation des internes de médecine générale de Nantes à la pose des dispositifs intra-utérins. Il apparaît que 96% des internes interrogés considèrent la pose d'un dispositif intra-utérin comme un geste de médecine générale et 72,3% désirent poser des dispositifs intra-utérins dans leur pratique ultérieure. Cependant 66,4% des internes interrogés ne se sentent pas compétents pour ce geste.

Ces études semblent corroborer le fait qu'il existe une réelle motivation des générations futures de médecins généralistes à pratiquer des gestes techniques. Cependant le désir et la réalité sont deux choses bien distinctes et entre ces deux se dresse la grande série d'obstacles que nous avons étudiés. Il paraît donc urgent d'y remédier, et nos participants ont contribué à apporter de nouvelles pistes à ce sujet.

- L'évolution de la démographie médicale dans les années à venir.

Certains de nos participants ont le sentiment qu'il manque de médecins généralistes, d'autres pensent que la question est plus complexe et qu'il s'agit plutôt d'une question de localisation géographique. En effet la question est complexe, et l'Atlas de la démographie médicale en France (18) peut nous éclairer sur quelques points :

- « Au 1er janvier 2016, le tableau de l'Ordre recense 285 840 médecins ; soit +1,7% comparativement à l'année précédente (cumul médecins retraités, activité totale ou cumul emploi-retraite). »
- « Ces dix dernières années, les médecins **retraités** enregistrent un accroissement de 87,7% de leurs effectifs tandis que le nombre d'**actifs** n'a augmenté, sur la même période, que de 1,2%. »
- « Le tableau de l'Ordre recense 88 886 médecins généralistes en activité régulière ; soit une **diminution** de 8,4% des effectifs depuis 2007. **La tendance à la baisse** a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 81 455 médecins généralistes en activité régulière. »
- « La ventilation de la variation des effectifs à l'échelle des régions met en évidence **de fortes disparités territoriales**. Ainsi la région Ile-de-France enregistre la plus forte diminution (-18,7%) du nombre de médecins généralistes sur la période 2007/2016. La région Centre occupe le 2ème rang des régions qui recensent une baisse significative du nombre de médecins généralistes (-13,1%). La région Provence-Alpes-Côte d'Azur occupe à quasi-égalité avec le Nord-Pas-de-Calais / Picardie la troisième place des régions en forte diminution du nombre de médecins généralistes inscrits à l'Ordre en activité régulière. »
- « Actuellement, le tableau de l'Ordre recense 85 064 médecins spécialistes médicaux en activité régulière ; soit une **augmentation** de 7% des effectifs depuis 2007. **La tendance à la hausse** a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 91 012 médecins spécialistes médicaux en activité régulière. »
- « Cette augmentation des effectifs des spécialistes médicaux hors médecine générale **ne concerne pas toutes les spécialités**. Les spécialistes de dermatologie et de rhumatologie enregistrent une baisse significative (moyenne -9%) de leurs effectifs sur la période 2007/2016. »

Au regard de ces informations nous pouvons dire qu'effectivement la situation globale ne va pas s'arranger en ce qui concerne les emplois du temps surchargés des médecins généralistes, et nous savons qu'il s'agit d'un obstacle majeur dans la pratique des gestes techniques. Le nombre de spécialistes augmente de façon globale, mais cela ne concerne pas toutes les spécialités, ni toutes les régions. Nous

pouvons émettre l'hypothèse que la réalisation de certains gestes techniques comme les infiltrations de corticoïdes par exemple risque de se voir fortement impactée s'il y a à la fois moins de généralistes et moins de rhumatologues pour les réaliser. L'autre conséquence de la diminution du nombre de médecins généralistes dans les années à venir pourrait être l'abandon progressif de gestes techniques aux spécialités qui voient leurs effectifs de médecins augmenter, au risque d'accroître encore les délais d'attente pour les patients.

Il paraît donc indispensable pour l'avenir d'encourager la pratique des gestes techniques par les médecins généralistes en agissant sur les différents obstacles rencontrés : augmenter les effectifs des praticiens, favoriser leur formation, apporter des solutions organisationnelles, améliorer la communication avec les patients, revaloriser financièrement leur pratique, entre autres.

Ce travail de thèse aura eu pour but d'apporter sa pierre à l'édifice des solutions visant à améliorer la pratique des médecins généralistes et l'accès aux soins pour les patients.

# CONCLUSION

Les gestes techniques font partie intégrante de la fonction du médecin généraliste. Au travers de cette étude nous avons essayé de comprendre quelles étaient les représentations des patients vis-à-vis de ces gestes techniques, afin de définir l'origine du manque de sollicitation de leur part, constaté par les médecins généralistes.

Il nous est apparu qu'il existait plusieurs raisons pouvant expliquer ce manque de sollicitation :

- Les patients sont en général peu ou mal informés et ne savent pas ce qu'est un geste technique.
- Les patients ne pensent pas que leur médecin généraliste peut pratiquer certains d'entre eux.
- Il existe également une part d'habitude ou tout simplement une préférence pour certains patients à consulter le médecin spécialiste.
- Un défaut d'éducation amènerait les patients à consulter des services d'urgences pour des motifs qui pourraient être pris en charge par le médecin généraliste.

A l'inverse, les patients évoquent volontiers de la part de leur médecin généraliste :

- Une orientation trop précoce vers le spécialiste.
- Un manque de proposition de geste technique.

Nous avons également compris que les patients étaient conscients des difficultés rencontrées par les médecins généralistes à pratiquer des gestes techniques.

Ils évoquent :

- Le manque de temps,
- Le manque d'expérience,
- Le risque médico-légal,
- Le manque d'intérêt pour le geste,
- La contrainte du matériel,

- La proximité avec les spécialités et/ou une structure hospitalière.

Le prix de l'acte n'est pas au cœur de la préoccupation des patients : ils ne voient pas la tarification du geste différente de la consultation comme un obstacle, mais exigent plus de transparence avec justification du tarif.

Les participants ont le sentiment que la pratique des gestes techniques par les médecins généralistes se perd de génération en génération, et que les médecins des zones rurales en pratiquent davantage que ceux installés en zone urbaine.

Les solutions envisagées par les patients sont :

- Favoriser la communication vis-à-vis des gestes techniques (communication directe du médecin généraliste, affichage en salle d'attente, interventions des médias),
- Eduquer la population,
- Former davantage de médecins généralistes,
- Encourager le regroupement des médecins (cabinet de groupe),
- Programmer à l'avance des rendez-vous pour les gestes non urgents.

Certains pensent également qu'il serait du ressort de la Sécurité Sociale d'intervenir, par la suggestion ou par la contrainte, afin de favoriser la pratique des gestes techniques par les médecins généralistes.

La plupart des patients souhaiteraient voir leur médecin généraliste pratiquer davantage de gestes techniques et lui font entièrement confiance à ce sujet. Ceux qui en ont bénéficié ont généralement été satisfaits de l'intervention de leur médecin.

Au regard de la démographie médicale actuelle et probablement à venir, il semble indispensable d'apporter des solutions aux médecins généralistes et de favoriser leur pratique des gestes techniques.

La revalorisation des actes techniques, la promotion des gestes pratiqués au cabinet, l'éducation des patients, l'information des médecins de toutes les possibilités organisationnelles à leur disposition afin de valoriser leur pratique et gérer au mieux leur emploi du temps pourraient être des solutions leur permettant de pratiquer davantage de gestes techniques.

Il est difficile de prédire l'évolution de la pratique des gestes techniques, mais la tendance actuelle est au regroupement des médecins généralistes entre eux ou en cabinets pluridisciplinaires. Il semble que les médecins généralistes travaillant en groupe pratiquent davantage de gestes techniques. Il serait intéressant dans les suites de ce travail d'étudier le lien qui existe entre l'exercice de groupe et la pratique des gestes techniques.

# BIBLIOGRAPHIE

- 1- Groupe Certification. CNGE. Les compétences du médecin généraliste. *Exercer* 2005;74:94-5.
- 2- Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrmann J, Svab I, Ram P. The European Definitions of the Key Features of the Discipline of General Practice: the role of the GP and core competencies. *Br J Gen Pract* 2002; 52(479):526.
- 3- Attali C, Bail P, Magnier AM, Beis JN, Ghasarossian C, Gomes J, Chevallier P, Lainé X, Le Mauff P, Zerbib Y, Gay B. Compétences pour le DES de médecine générale. *Exercer* 2006 ; 76 : 31-2.
- 4- Samuelson M, Goriaux JL, Maulme JM, Née E, Vandebossche S. Référentiel Métier du Médecin Généraliste - Rénover l'Enseignement de la Médecine Générale. Documents de recherches en médecine générale - Société française de médecine générale. 1998; 51 : 3-87
- 5- Frappé P, Attali C, Matillon Y. Socle historique des référentiels métier et compétences en médecine générale. *Exercer* 2010;91:41-6.
- 6- Wonca Europe. Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste – médecin de famille. 2002.
- 7- Gay B et al 80 gestes techniques en médecine générale : guide de bonnes pratiques ; Masson 2011.
- 8- Khar S. Exploration des obstacles à la pratique de gestes techniques au cabinet de médecine générale : étude qualitative réalisée auprès de 11 médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. [Thèse de Doctorat en Médecine] Lille : Université de Lille 2 ; 2013.
- 9- Luz X. Les gestes techniques en médecine générale : enquête auprès des médecins généralistes du Tarn. [Thèse de Doctorat en Médecine] Toulouse : Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2014.
- 10- De La Tour B. Les gestes techniques pratiqués par les médecins généralistes : enquête déclarative auprès de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon. [Thèse de Doctorat en Médecine] Montpellier : Université Montpellier 1 ; 2014.
- 11- Bidet P. Pratique des gestes techniques de gynécologie par les jeunes médecins généralistes issus du DES de médecine générale de Créteil. [Thèse de Doctorat en Médecine] Créteil : Université Paris Est Créteil ; 2013.

- 12- Tamisier T. Les futurs médecins généralistes pratiqueront-ils les sutures en cabinet de ville ? [Thèse de Doctorat en Médecine]. Paris : Université Paris Descartes ; 2015.
- 13- Daviau S. La pratique des sutures non programmées au cabinet du médecin généraliste en milieu urbain : identification des obstacles et détermination de leur importance respective au moyen de deux enquêtes connexes. [Thèse de Doctorat en Médecine] Créteil : Université Paris Val-De-Marne ; 2008.
- 14- Cornaz J. Des gestes techniques en médecine générale. Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés : pratiques et réticences. [Thèse de Doctorat en Médecine] Paris : Université Paris Descartes ; 2010.
- 15- Cetier J. Etude de la petite chirurgie en cabinet de médecine générale dans le département du Loir-et-Cher. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Tours : Université François-Rabelais ; 2014.
- 16- Ortiz JP, Raynaud J. Le temps d'attente en cabinet et les délais d'obtention d'un rendez-vous sont les principaux obstacles de l'accès aux consultations en Languedoc-Roussillon. URPSML Languedoc-Roussillon. 2011 Nov 2.
- 17- Observatoire Jalma de l'accès au soin. Edition 2014.
- 18-G. Le Breton-Lerouillois. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2016. Conseil national de l'Ordre des Médecins.
- 19- Classification commune des actes médicaux. Version 48 applicable au 08 Aout 2017. (page consultée le 02 septembre 2017) [en ligne]  
[https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/CCAM\\_V48\\_v2.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CCAM_V48_v2.pdf)
- 20- Nomenclature générale des actes professionnels. Version 28 juin 2017. (page consultée le 02 septembre 2017) [en ligne]  
[https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3926/document/ngap\\_assurance-maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3926/document/ngap_assurance-maladie.pdf)
- 21- Code de la santé publique. Article R. 4127-70
- 22- Code de la santé publique. Article R. 4127-71
- 23- 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 de Doctorat en Médecine] Clermont-Ferrand : Université de Clermont I ; 2011.
- 24- Olaya E. Etude des mutations de la médecine générale. Etude sur les attentes et les représentations de la population vis-à-vis de la médecine générale : enquête auprès de la patientèle des médecins généralistes de Rhône-Alpes - URMLRA / CRAES-CRIPS ; 2005 juil.

- 25- Haute autorité de Santé. Quels niveaux d'environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire ? HAS, décembre 2010. (page consultée le 3 août 2017) [en ligne]  
[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-02/rapport\\_definition environnements techniques.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-02/rapport_definition environnements techniques.pdf)
- 26- Moreau A, Dediane MC, Letrillart L, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL S'approprier la méthode du focus group. La revue du praticien – Médecine générale 2004 mar 15;18(645):382-4
- 27- Kitzinger J, Markova I, Kalampalikis N. Qu'est-ce que les focus groups ? Bulletin de psychologie 2004;57-3(471):237-43
- 28- Aubin Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrillart. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84 :142-5
- 29- Pinnel P. Champ médical et processus de spécialisation. Actes de la recherche en sciences sociales. 2005;1(156-157):4-36
- 30- Salvatore O. Histoire et évolution de la médecine générale en France : focus sur le XXe siècle. Médecine. 2016 fev;12(2):91-6
- 31- Segouin C. La formation continue des médecins dans les hôpitaux publics. Adsp. 2000 Sept ;(32) :26-30
- 32- LOI n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.
- 33- Décret n°2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. Version consolidée au 31 août 2017.
- 34- Chiron A. Etude des pratiques d'infiltrations de corticoïdes auprès des nouveaux médecins généralistes de Loire-Atlantique. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Nantes : Université de Nantes ; 2016.
- 35- Boulard B. Réalisation des gestes techniques en cabinet libéral : Etude des pratiques des médecins généralistes en Haute-Normandie. [Thèse de Doctorat en Médecine] Rouen : Faculté de médecine et de Pharmacie de Rouen ; 2013.
- 36- Dubois Jacques V. Les gestes techniques en médecine générale, état des lieux en Loire-Atlantique et Vendée. [Thèse de Doctorat en Médecine] Nantes : Université de Nantes ; 2012.
- 37- Latour B. Les gestes techniques pratiqués par les médecins généralistes : enquête déclarative auprès de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon. [Thèse de Doctorat en Médecine] Montpellier : Université de Montpellier I, Faculté de médecine ; 2014.
- 38- Code de la santé publique. Article R1111-21.

- 39- Code de la santé publique. Article R 4127-19.
- 40- Gignon M, Idris H, Manaouil C, Ganry O. The waiting room: vector for health education? The general practitioner's point of view. BMC Research Notes. 2012 sept 18;5:511.
- 41- Assathiany R, Kemeny J, Sznajder M, Hummel M, Egroo LDV, Chevallier B, et al. La salle d'attente du pédiatre : lieu d'éducation pour la santé ? [Internet]. 2010 oct 11 [consulté le 1 sept 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/268317>
- 42- Boulard E. L'affichage en salle d'attente influence-t-il les motifs de consultation ? [Thèse de Doctorat en Médecine] Saint-Etienne : Université de Saint-Etienne ; 2013.
- 43- Delforge F. Place des médias dans la relation médecin-malade en médecine générale : impact de la médiatisation d'une question de santé publique. [Thèse de Doctorat en Médecine] Amiens : Université Amiens Jules Vernes ; 2016.
- 44- Mon docteur. Le médecin connecté (page consultée le 29 août 2017) [en ligne] <https://www.mondocteur.fr/>
- 45- De Castelbajac de la Croix M. Evaluation de la formation des internes de médecine générale de Nantes à la pose des dispositifs intra-utérins. [Thèse de Doctorat en Médecine] Nantes : Université de Nantes ; 2014.
- 46- Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson JF, Boisnault P. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? La revue du praticien – Médecine générale 2004 juin 7;18(656/657)781-4.
- 47- Gallais JL. Actes en fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. Documents de recherche en médecine générale. SFMG. 1997 juin. (45)

# **GUIDE D'ENTRETIEN FOCUS GROUP**

## **INTRODUCTION**

« Bonjour à tous.

Je m'appelle Angélique Cavalli, je suis interne en médecine générale en dernière année et je prépare actuellement ma thèse pour l'obtention du doctorat en médecine.

Je vous ai réunis aujourd'hui pour discuter avec vous de certains aspects de la médecine générale, en particulier votre point de vue de patient.

Le but de cette expérience est de recueillir votre point de vue et vos opinions sur les sujets que nous allons aborder : il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse et chaque avis compte. La séance durera environ 1 heure 30 minutes.

Mon associé va vous poser une série de 8 questions vous invitant à faire évoluer le sujet. Quant à moi je vais prendre des notes sur le déroulement de la séance sans intervenir dans les débats. Certaines personnes vont avoir tendance à s'exprimer plus que d'autres. Nous aimerions entendre toutes les personnes car chacun de vous a une expérience particulière. Il est donc possible mon associé interrompe certaines discussions et qu'il en invite d'autres à s'exprimer davantage.

Pour faciliter l'enregistrement audio et la compréhension de tous, je vous demande de parler assez fort et chacun votre tour. Je vous demande aussi de lever la main pour obtenir la parole, et de donner votre prénom avant de vous exprimer. Cette discussion sera enregistrée et retranscrite à l'écrit, en préservant l'anonymat de chacun.

Durant la discussion nous n'utiliserons que vos prénoms et ceux-ci seront remplacés par des noms fictifs lorsque je réaliserai la retranscription.

Je mets également à votre disposition une fiche d'informations à remplir, qui me sera utile lors de l'analyse de cet échange.

Maintenant si vous le voulez bien nous allons commencer. »

## **QUESTIONNAIRE FOCUS GROUP**

### **i) Rôle et compétences du médecin généraliste perçus par le patient :**

➤ Pour quelles raisons consultez-vous votre médecin généraliste ?
➤ Comment percevez-vous le rôle et les compétences d'un médecin généraliste ?

### **ii) Relation médecin-patient du point de vue du patient :**

➤ Quelles sont vos attentes lors d'une consultation avec votre médecin généraliste ?
➤ Comment définiriez-vous votre relation avec votre médecin traitant ?

### **iii) Vision des gestes techniques par les patients en médecine générale :**

➤ Si je vous dis « gestes techniques en médecine générale » à quoi pensez-vous ?
➤ D'après vous quels sont les gestes techniques que votre médecin généraliste peut réaliser dans son cabinet ?
➤ Préfèreriez-vous, pour un même geste technique, qu'il soit réalisé par un médecin spécialiste ou hospitalier ou bien par votre médecin traitant en cabinet ? Si oui ou non, dites-nous pour quelles raisons.
➤ De quel(s) geste(s) avez-vous déjà bénéficié de la part de votre médecin traitant, et quel en a été votre ressenti ?

« Est-ce que vous avez d'autres idées à rajouter ?

Je vous remercie de votre participation. »



**CAVALLI Angélique**  
**ADRESSE**

**A Salon de Provence, le DATE**

Objet : Demande de participation à un projet d'étude dans le cadre d'une thèse en médecine générale.

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Angélique Cavalli, je suis étudiante en troisième cycle des études médicales. Par la présente je sollicite votre participation à un projet de recherche dans le cadre de ma thèse pour l'obtention du titre de Docteur en Médecine Générale.

Mon étude porte sur le vécu des patients dans le cadre de leur prise en charge par le médecin généraliste. La contribution à cette étude se fait sur la base du volontariat et se déroulera selon le modèle suivant : une fois la confirmation de votre collaboration donnée par mail, courrier ou téléphone (aux coordonnées ci-dessous), vous êtes invité(e) à vous présenter **DATE / LIEU** et vous participerez à un entretien collectif d'une durée approximative de 1 heure 30 minutes (+/- 30minutes), au sein d'un groupe de 6 à 12 personnes, qui permettra d'exprimer vos opinions sur le sujet sus-cité. La totalité de l'entretien sera enregistrée sous format audio en préservant l'anonymat de chacun et servira à l'élaboration de mon travail de thèse.

Voici mes coordonnées afin que vous puissiez confirmer ou non votre participation :

- Adresse :
- Mail :
- Tel :

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de ma sincère considération.

**Angélique Cavalli**

## Formulaire de Consentement

Je certifie avoir donné mon accord pour participer à l'étude dans le cadre de la thèse de médecine générale intitulée « Quelles sont les représentations des patients vis à vis des gestes techniques pratiqués par les médecins généralistes en cabinet ? ». Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Au cours de cette expérience, j'accepte que soient enregistrées sous format audio les données concernant mes réponses durant l'entretien de groupe. Je comprends que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif des investigateurs concernés.

J'ai été informé que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle. J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent être conservées dans une base de données et faire l'objet d'un traitement informatisé non nominatif.

Date : .....

Nom du volontaire : .....

Signature du volontaire (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

Nom de l'expérimentateur: .....

Signature de l'expérimentateur : .....

Nom de l'expérience : .....

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

