



HAL
open science

Étude de la réalisation des gestes techniques en traumatologie et de petite chirurgie ambulatoire chez les médecins généralistes à Paris et dans le nord parisien

Camille Ravaut

► To cite this version:

Camille Ravaut. Étude de la réalisation des gestes techniques en traumatologie et de petite chirurgie ambulatoire chez les médecins généralistes à Paris et dans le nord parisien. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02294418

HAL Id: dumas-02294418

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02294418>

Submitted on 23 Sep 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2018

N° 270

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Étude de la réalisation des gestes techniques en traumatologie
et de petite chirurgie ambulatoire chez les médecins
généralistes à Paris et dans le nord parisien

Présentée et soutenue publiquement
le 19 octobre 2018

Par

Camille RAVAUT

Née le 3 février 1990 à Paris (75)

Dirigée par M. Le Docteur Christophe Choquet, PH

Jury :

M. Le Professeur Enrique Casalino, PU-PH Président

M. Le Professeur Philippe Zerr, PA

Mme Le Professeur Françoise Brun-Vézinet, PU-PH

M. Le Docteur Aiham Ghazali, PH



Remerciements

Aux membres du jury :

-Monsieur le Professeur CASALINO Enrique,

Vous me faites l'honneur de présider mon travail, soyez assuré de toute ma reconnaissance et d'un profond respect.

-Monsieur le Professeur ZERR Philippe,

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail et du temps que vous allez consacrer à l'évaluer.

-Madame le Professeur BRUN-VEZINET Françoise,

Je vous remercie de m'accorder du temps pour évaluer mon travail et d'accepter de faire partie du jury.

-Au Docteur GHAZALI Aiham,

Tu me fais le plaisir de travailler à mes côtés, de participer à mon jury de thèse et je t'en remercie.

A mon directeur de thèse :

-Au Docteur Christophe Choquet, un immense merci pour tes précieux conseils, ton soutien permanent et pour toutes les heures passées qui ont permis d'aboutir à ce travail.

A ma famille :

-A mes parents et mon grand frère, sans qui tout cela n'aurait pas été possible, merci de m'avoir toujours poussé pour donner le meilleur de moi-même et d'avoir toujours été là pour moi. Après ce parcours du combattant, je vous convie enfin à cette étape cruciale, « l'accouchement » de la fin de mes études et vous promets toujours de l'investissement avec fierté dans ma carrière.

-**A mes grands-parents Léo et Colette**, qui aurait été fiers de connaître la personne que je suis devenue.

-**A mes grands-parents Jules et Charline**, je vous remercie d'avoir toujours été présents et de m'avoir accompagné dans chaque étape de la vie.

A mes proches :

-Mon binôme d'exception : Laure FALQUE-PIERROTIN, inséparable depuis le début de l'internat, les « Liliane et Catherine » de la salle de réveil, merci d'être toujours là pour moi.

-A Louis-Charles MTB, merci pour ton écoute attentive et de toujours continuer à corriger mon « excellent » français, ce qui est un défi de taille.

-Mes amies d'enfance toujours présentes : Magali, Marion, Aude, Cécile, Leila, Sofia...

-A Willy, merci pour ta participation à l'analyse statistique.

-Ces nouvelles rencontres au fil du temps : Trumpi, Souganya, Camille, Caroline, Aurélia, Mathieu x 2, Clara, Mylène et tous ceux que j'oublie qui m'ont soutenu...

A ces médecins qui m'ont marqué dans cet esprit de compagnonnage :

-**Au Docteur JOSSE Philippe**, mon maître Yoda, un immense merci pour avoir participé à la formation du médecin que je suis et que je veux être, grâce à toi.

-**Au Docteur SI SALAH Karim**, merci pour tous ces bons moments à parler de voyage et d'aventures, ainsi qu'à Malika pour ta bonne humeur et ta gentillesse.

-**Au Docteur BOURGES Émilie**, ma tutrice, merci pour le soutien tout au long de mon internat et ces moments de détente autour d'un Starbucks coffee.

A mes collègues :

-A l'ensemble des équipes où je suis passée en tant qu'interne et tous ceux que j'ai croisé sur ma route.

-A l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale du SMUR de Beaujon et de l'équipe du SAU de Bichat pour tous ces bons moments passés ensemble qui feront partie du médecin et docteur que je deviendrais.

-A l'équipe de l'UMCG Les Peupliers, pour m'avoir vu grandir et toujours soutenu.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	4
ABRÉVIATIONS.....	6
INTRODUCTION.....	7
1. GENERALITES	7
2. ÉTAT DES LIEUX EN ÎLE-DE-FRANCE	8
3. OBJECTIFS DE L'ETUDE	11
MATÉRIELS ET MÉTHODES	12
1. POPULATION D'ETUDE	12
2. PERIODE D'ETUDE	12
3. TYPE D'ETUDE.....	12
4. VARIABLES ETUDIEES.....	12
5. DEROULEMENT DE L'ETUDE	14
6. ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES	15
RÉSULTATS	16
1. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE.....	16
2. ACTIVITES DE TRAUMATOLOGIE ET DE CHIRURGIE EN MEDECINE GENERALE.....	20
3. FACTEURS ASSOCIES A LA PRATIQUE DE LA TRAUMATOLOGIE ET CHIRURGIE EN MEDECINE GENERALE	24
4. ORIENTATION FINALE DU PATIENT	31
5. FREINS A LA REALISATION DES GESTES	31
6. ATTENTE DES MEDECINS GENERALISTES	31
DISCUSSION.....	34
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE.....	42
ANNEXE : QUESTIONNAIRE	44
RÉSUMÉ	50

ABRÉVIATIONS

AP-HP (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris)

CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux).

CAMU (Capacité Médecine d'Urgence)

DCEM (Deuxième Cycle des Études Médicales)

DES (Diplôme d'Étude Spécialisé)

DESC (Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires)

ESPIC (Établissement de santé privé d'intérêt collectif)

MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique)

MSU (Maître de Stage Universitaire)

NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels)

ORS (Observatoire Régional de la Santé)

SAU (Service d'Accueil des Urgences)

INTRODUCTION

1. Généralités

a) Technicité en médecine générale

La réalisation d'un geste technique fait partie des 11 classes dites « typologie des actes en médecine générale ». Un geste technique est réalisé dans environ 7,5 % des actes. Il fait partie du quotidien d'un médecin généraliste [1].

Actuellement, il n'existe pas de « véritable » référentiel des gestes techniques réalisés par le médecin généraliste mais on peut se référer à différentes classifications nationales telles que la CCAM [2] pour la codification et la NGAP [3].

Chaque acte est relié à un code qui est rémunéré sur un tarif fixé par les nomenclatures : la NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) et la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) qui permet la description et la tarification de l'activité médicale.

- La NGAP est une ancienne nomenclature, initialement de 1972, qui définit les tarifs de l'ensemble des actes du secteur libéral. Elle reste limitée aux actes cliniques (aux consultations et aux visites).
- Une nouvelle classification, la CCAM, a été instaurée en plus en 2005, qui couvre le périmètre des actes techniques, permet de réaliser une liste d'actes codés, commune au libéral et aux établissements publics et privés. Elle réunit plus de 7500 actes avec des mises à jour régulières avec la Haute Autorité de Santé : dernière version actualisée le 27/10/2017. Elle permet une harmonie au sein du territoire national.

Savoir gérer le premier recours et les urgences font partie des six compétences requises du médecin généraliste : « Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en soins de premier recours » [4]. L'article 70 du code de déontologie médicale autorise : « la pratique des actes de diagnostics, de prévention et de traitement dans la limite des connaissances et des compétences du praticien les réalisant » [5]. C'est pourquoi la responsabilité du médecin est engagée à partir du moment où il réalise un geste technique quel qu'il soit.

b) Multitudes de pratiques et d'acteurs

D'un médecin à l'autre, on peut constater de grandes différences de pratiques, notamment sur le plan orthopédique. La « petite chirurgie ambulatoire » et la traumatologie nécessitent de la régularité pour maîtriser la pratique. Chaque médecin peut décider s'il veut ou non réaliser des gestes dans sa pratique et rien ne l'y oblige à partir du moment où il peut réorienter le patient vers une structure adéquate.

La pratique de geste technique est un savoir-faire propre à chaque médecin, pour qui l'apprentissage et son parcours professionnel peuvent différer d'une personne à l'autre. Le savoir s'acquiert au cours de la formation initiale lors du DCEM puis du DES en médecine générale par des cours magistraux et par la pratique lors des stages hospitaliers. Il est entretenu tout au long de la carrière professionnelle et par l'aide de formation continue professionnelle.

La « petite chirurgie ambulatoire » et la traumatologie regroupent des acteurs différents avec une formation initiale commune puis un parcours de spécialisation telle que la médecine générale, la médecine d'urgence et la chirurgie orthopédique. Ces trois spécialités sont amenées à travailler ensemble et à s'adresser des patients pour la suite de prise en charge.

2. **État des lieux en Ile-de-France**

a) Démographie et profil de médecin

En termes de densité pour 100 000 habitants, on peut noter en Ile-de-France environ 147,3 médecins généralistes en 2017, dont 87,2 en libéral [6] :

- A Paris : 245,7 généralistes pour 100 000 habitants dont 131,1 en libéral
- Dans les Hauts-de-Seine : 158,7 généralistes pour 100 000 habitants dont 86,2 en libéral
- En Seine-Saint-Denis : 119,6 généralistes pour 100 000 habitants dont 69,4 en libéral

A la lumière des données de la Littérature, il est décrit un profil-type du médecin généraliste réalisant des gestes techniques en traumatologie et de chirurgie ambulatoire : de sexe masculin, médecin de plus de 50 ans et exerçant en zone rurale [7,8].

Ces études ont été réalisées en province, avec une activité rurale plus importante qu'en Ile-de-France. C'est pourquoi, il est difficile de transposer ces conclusions aux activités de médecine générale en milieu urbain, et notamment parisien. Notre étude doit donc nous permettre

d'évaluer les pratiques des médecins généralistes et établir le profil des médecins réalisant les gestes en traumatologie et de petite chirurgie en Ile-de-France.

b) Freins à la réalisation des gestes techniques

Peu d'études évaluent les freins à la réalisation de gestes techniques en traumatologie et chirurgie ambulatoire en médecine générale, et justifieraient la réorientation précoce des patients vers des spécialistes ou les urgences, notamment à Paris et dans le nord parisien.

Dans son étude en 2009, F. Christophe retrouvait comme freins principaux le manque de formation, la proximité des autres spécialistes, les risques encourus et la responsabilité médicale impliquée [9]. En 2010, la thèse de *J. Cornaz* retrouvait aussi le manque de formation, la proximité des spécialistes, et les implications médico-légales, mais aussi le manque de temps, la faible rentabilité de l'acte, et la douleur liée au geste [10].

De nombreux obstacles semblent bloquer la réalisation de ces gestes, et il est intéressant de les identifier afin de comprendre les besoins des médecins généralistes dans ce secteur.

c) Un accès libre avec une multitude de structures de soins

Sur l'Ile-de-France, l'offre de soins est supérieure, comparativement aux zones rurales. Les patients consultent parfois directement dans des centres de soins avant de consulter le médecin généraliste pour un problème de traumatologie ou de petite chirurgie ambulatoire.

On retrouve en 2016 selon l'ORS (Observatoire Régional de la Santé) [11,12] :

- L'AP-HP (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris) est le plus important groupe hospitalier public en Ile-de-France : 37 hôpitaux et près de 12 000 lits.
- Les autres établissements publics : 50 structures et plus de 4 500 lits en MCO.
- Les ESPIC (Établissements de Santé Privé d'Intérêt Collectif) : 40 établissements
- 110 établissements privés pour plus de 10 000 lits en MCO.
- Près de 300 centres de santé en Ile-de-France. 80 % sont regroupés dans l'agglomération parisienne, dont un tiers à Paris.

On peut facilement recourir à ces structures qui sont accessibles à tous et les patients vont parfois d'eux-mêmes directement dans les structures concernées.

d) Les filières de soins : une solution alternative

Lorsqu'un geste n'est pas réalisé par le médecin généraliste, le patient est dirigé vers une filière de soins adaptée. Il est principalement retrouvé dans la Littérature un recours aux structures d'urgences (publiques et privées).

Pour la prise en charge d'une entorse de cheville : environ 70 % des médecins interrogés n'utilisent pas les critères d'Ottawa [13]. Les utilisateurs de ces critères sont surtout les médecins ayant eu une formation en traumatologie. Dans moins d'un cas sur deux, les médecins généralistes envoient les patients aux urgences pour la réalisation d'une radiographie [14]. Dans les services d'urgence, la traumatologie représente environ 35 - 40 % de ces passages [15]. Par ailleurs, la traumatologie nécessite souvent un recours à une imagerie complémentaire. Ainsi, réorienter vers un service d'urgence permet de faciliter la réponse de la médecine de ville à la demande de soins non programmés [15]. De plus, les patients ont tendance à aller directement aux urgences ou sont envoyés par leurs médecins généralistes directement aux urgences pour ce qui est des plâtres ou des sutures. A notre connaissance, les raisons motivant ce choix ne sont pas connues, faisant l'objet de cette étude.

L'augmentation de passages de ce type de recours aux SAU peut s'expliquer par un manque d'implication des médecins généralistes dans les soins primaires et d'urgence ainsi que le consumérisme des patients.

La notion de « grand déséquilibre » est employée pour dénoncer l'écart entre le faible taux d'urgences majeures et le grand nombre d'urgences mineures ou légères relevant de la médecine générale ou de « dispensaire » (la petite traumatologie) [15]. Aux USA, des postes dédiés ont été créés dits « physicians assistants » devant la forte demande en traumatologie pratiquant des actes simples comme les sutures ou les plâtres. Ces professionnels sont devenus indispensables pour le bon fonctionnement des services d'urgences. Ils sont formés en 2 ans dans une faculté de médecine. Ils ne peuvent pas travailler de manière indépendante et leur pratique ne peut se faire qu'en association avec un médecin [16].

Même si elles sont souvent présentées comme des structures où se rencontrent de nombreuses difficultés, les structures d'urgences sont devenues incontournables dans notre système de soins, et constituent souvent bien plus une solution qu'un problème, notamment dans le domaine de la traumatologie et de la chirurgie ambulatoire [17].

3. Objectifs de l'étude

L'objectif primaire de notre étude est d'évaluer les pratiques, les facteurs incitatifs et limitants dans la réalisation de gestes techniques en traumatologie et de chirurgie ambulatoire chez les médecins généralistes en zone urbaine.

Les objectifs secondaires sont de comprendre les attentes des médecins généralistes dans ce domaine et d'analyser l'orientation finale vers une filière de soins adaptée.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Population d'étude

La population étudiée est définie par l'ensemble des médecins généralistes thésés et les médecins remplaçants, exerçant sur Paris, dans les Hauts-de-Seine et en Seine-Saint-Denis. Les critères de non-inclusion sont les internes de médecine générale ne réalisant pas de remplacement en libéral, les internes des autres spécialités. Les critères d'exclusion sont le refus de participation.

2. Période d'étude

La période d'étude s'est étendue de mai à septembre 2017.

3. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle, analytique et descriptive d'une cohorte, avec recueil prospectif des données.

4. Variables étudiées

a) Variables démographiques et relatives à l'exercice médical

Ces variables sont relatives au profil du médecin répondant au questionnaire :

- Les variables démographiques : âge, sexe ;
- La durée d'exercice par tranche (< 5 ans, 5 – 10 ans, 10 – 15 ans, 15 - 20 ans, > 20 ans) ;
- Le type de pratique : cabinet libéral (en groupe ou isolé), centre médical de santé / maisons de santé, SOS médecins, SAU ;
- Le lieu d'exercice : Paris (75), Hauts-De-Seine (92), Seine-Saint-Denis (93) ;
- Les formations universitaires complémentaires : absence de formation supplémentaire, DU/DIU, DESC médecine d'urgence, Capacité de médecine d'urgence, Séminaires ou congrès de formation, Formations Médicales Continues ;

- Le nombre de consultation quotidienne : moins de 15, entre 15 et 30, entre 30 et 50, plus de 50 ;
- La fonction de Maître de Stage Universitaire (MSU).

b) Variables relatives à la typologie des gestes techniques réalisés

- Le drainage d'un abcès : des parties molles, de la région anale et périnéale ;
- L'exérèse d'un kyste sébacé, d'un molluscum ;
- L'ablation d'un corps étranger intra-auriculaire ou intra-nasal, des parties molles ;
- L'évacuation d'une thrombose hémorroïdaire, d'un hématome : sous-unguéal, des parties molles ;
- Les sutures : en plan superficiel, en plan profond, sur le visage, sur les membres ;
- La pose d'agrafe, l'utilisation de colle biologique ;
- Les immobilisations : par plâtre, par attelle ;
- La réduction de luxation ;
- Le tamponnement antérieur si épistaxis ;
- Les pansements de plaies ou brûlures.

Une classification par degré de technicité nous permet de réaliser deux séries. La série 1 représente les gestes techniques invasifs nécessitant du matériel tels que le drainage d'un abcès ou abcès de la région anale et périnéale, l'ablation d'un kyste sébacé, l'évacuation d'une thrombose hémorroïdaire, l'ablation d'un molluscum, les sutures en tout plan et toute localisation, la pose d'agrafe, l'immobilisation plâtrée et la réduction d'une luxation. La série 2 représente les gestes peu invasifs et nécessitant peu de matériel tels que l'extraction d'un corps étranger, l'évacuation d'un hématome sous-unguéal et des parties molles, la mise en place de colle biologique, l'immobilisation par une attelle, le tamponnement antérieur si épistaxis et la réalisation de pansement de plaies ou brûlures.

c) Variables relatives à l'orientation des patients pour la réalisation du geste

- Service d'accueil des urgences ;
- Confrère généraliste au sein d'un cabinet ;
- Confrère spécialiste (en cabinet, établissement privé ou public de santé) ;
- Centre médical de santé.

d) Variables relatives aux motifs avancés pour la non-réalisation de ces gestes techniques

- L'absence d'appétence pour la réalisation de gestes chirurgicaux ;
- Le manque de formation, de temps, de pratique ;
- Le manque d'attractivité de la rémunération ;
- Le risque de complications septiques, médico-légal ;
- La gestion des déchets, du matériel.

e) Variables relatives aux attentes des médecins généralistes

- L'absence de désir de modification des pratiques (la résistance au changement) ;
- Des formations médicales continues ;
- Des séminaires ou congrès orienté traumatologie ;
- Une rémunération plus adaptée aux risques et au temps de consultation ;
- L'accessibilité au matériel adapté.

5. Déroulement de l'étude

Le questionnaire a été élaboré à partir des données retrouvées dans la Littérature et dans les précédentes thèses réalisées, sur le logiciel Google Docs (*Annexe 1*).

La recherche bibliographique a été menée par l'interrogatoire des bases de données médicales :

- Cismef et Pubmed
- Science Direct
- Sudoc et le catalogue des thèses de la BIUM

Les mots clefs utilisés ont été: general practitioners, minor surgery, traumatology, surgical procedure, orthopedic procedure, wounds and injuries.

Le recueil a été réalisé uniquement par voie informatique. Les questionnaires ont été envoyés par courriel à 247 médecins généralistes de Paris, des Hauts-de-Seine et de Seine-Saint-Denis, avec une relance au bout de 4 mois.

6. Analyse statistique des données

Les données ont été saisies sur Excel. Le logiciel utilisé est The SAS System, version actualisée 2016. Une analyse descriptive a étudié la typologie et la fréquence des gestes réalisés. La normalité de la distribution pour chacun des paramètres a été recherchée à l'aide du test de Kolmogorov-Smirnov. Les variables quantitatives ont été exprimées par la moyenne et l'écart-type ou par la médiane et les premiers et troisièmes quartiles [Q1 ; Q3]. Les valeurs extrêmes ont été également données. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectif brut et pourcentage. Une comparaison a été effectuée selon le genre, la durée d'exercice, la localisation et les formations complémentaires afin d'établir les variables associées à la réalisation des gestes techniques et de chirurgie ambulatoire par les médecins généralistes. Ces variables qualitatives ont été comparées à l'aide d'un test de Khi2 ou d'un test exact de Fischer quand les effectifs étaient inférieurs à 5.

Une valeur de p inférieure à 0,01 est considérée comme significative et une valeur de p inférieure à 0,05 détermine une tendance.

RÉSULTATS

247 médecins généralistes exerçant dans les départements concernés ont été interrogés. 110 praticiens ont répondu au questionnaire. Le taux de participation a été de 44.5 %.

1. Description de la population étudiée

a) Variables démographiques.

L'âge médian de la population d'étude est de 36 ans [31 ; 55] avec un minimum de 27 ans et un maximum de 68 ans. Le sex-ratio est de 0,9 (52 hommes / 58 femmes).

b) Durée d'exercice

Plus de la moitié de la population étudiée (57,3 %) a 10 ans ou moins, d'exercice professionnel. La répartition de notre population d'étude en fonction de la durée d'exercice de la population d'étude est représentée *figure 1*.

c) Lieu d'exercice

La répartition par département de notre population d'étude est la suivante :

- 70 médecins répondants sur Paris (75) ;
- 21 médecins répondants dans les Hauts-de-Seine (92) ;
- 28 médecins répondants en Seine-Saint-Denis (93).

d) Type d'exercice

La majorité des médecins (n = 87 ; 79 %) exerce en libéral, dans des structures diverses. L'exercice solitaire (en cabinet, SOS médecin) demeure minoritaire (n = 35 ; 31.8 %). 14 médecins ont une fonction de Maître de Stage Universitaire (MSU) soit 12,6 % de notre population d'étude. Leur répartition en fonction du mode d'exercice professionnel est présenté *tableau 1*.

e) Activités de consultations

La majorité des médecins interrogés (n = 93 ; 84,5 %) a une activité quotidienne de consultations comprise entre 15 et 30. La répartition de notre population d'étude en fonction de l'activité clinique quotidienne est représentée *figure 2*.

f) Formations complémentaires

Un tiers de notre population d'étude (n = 33 ; 30 %) n'ont pas bénéficié de formation complémentaire en matière de traumatologie. Plus de la moitié des médecins (n = 57 ; 52 %) ont validé une formation complémentaire en lien avec la traumatologie d'urgence (CAMU, DESC d'urgence, DIU traumatologie ou séminaire dédié). La répartition de notre population d'étude en fonction des formations complémentaires, universitaires ou non universitaires, sont présentées *tableau 2*.

Figure 1 : Répartition selon la durée d'exercice

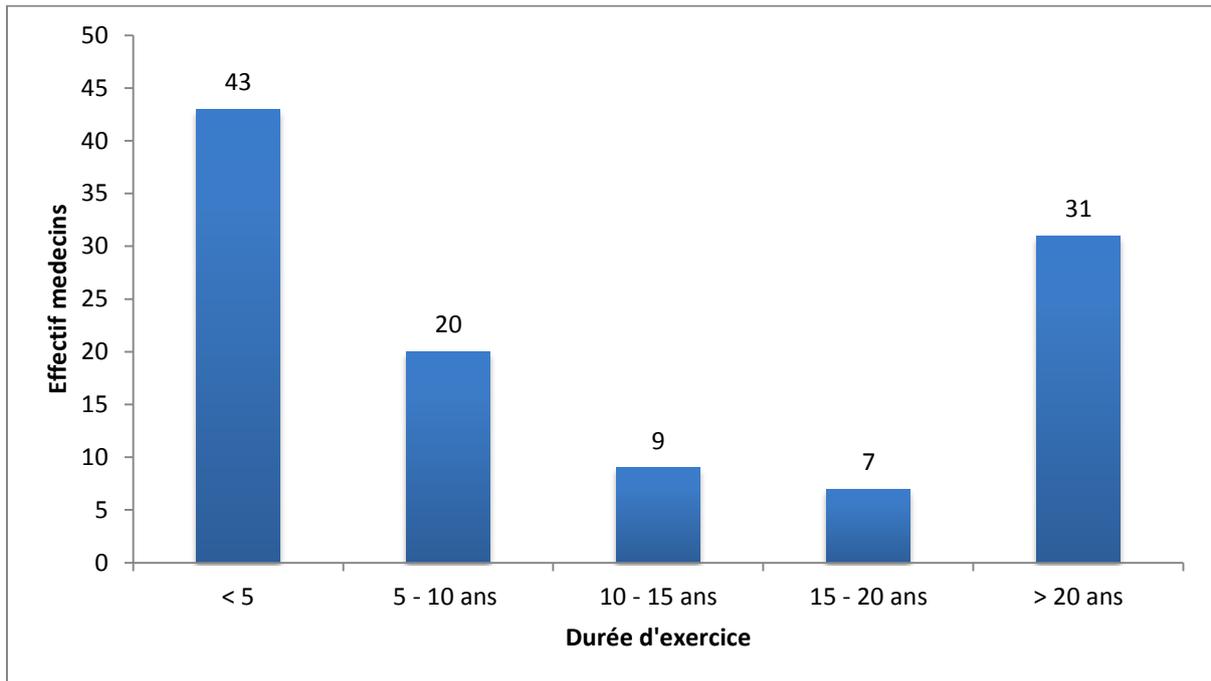


Figure 2 : Répartition de l'activité quotidienne du nombre de consultations réalisées

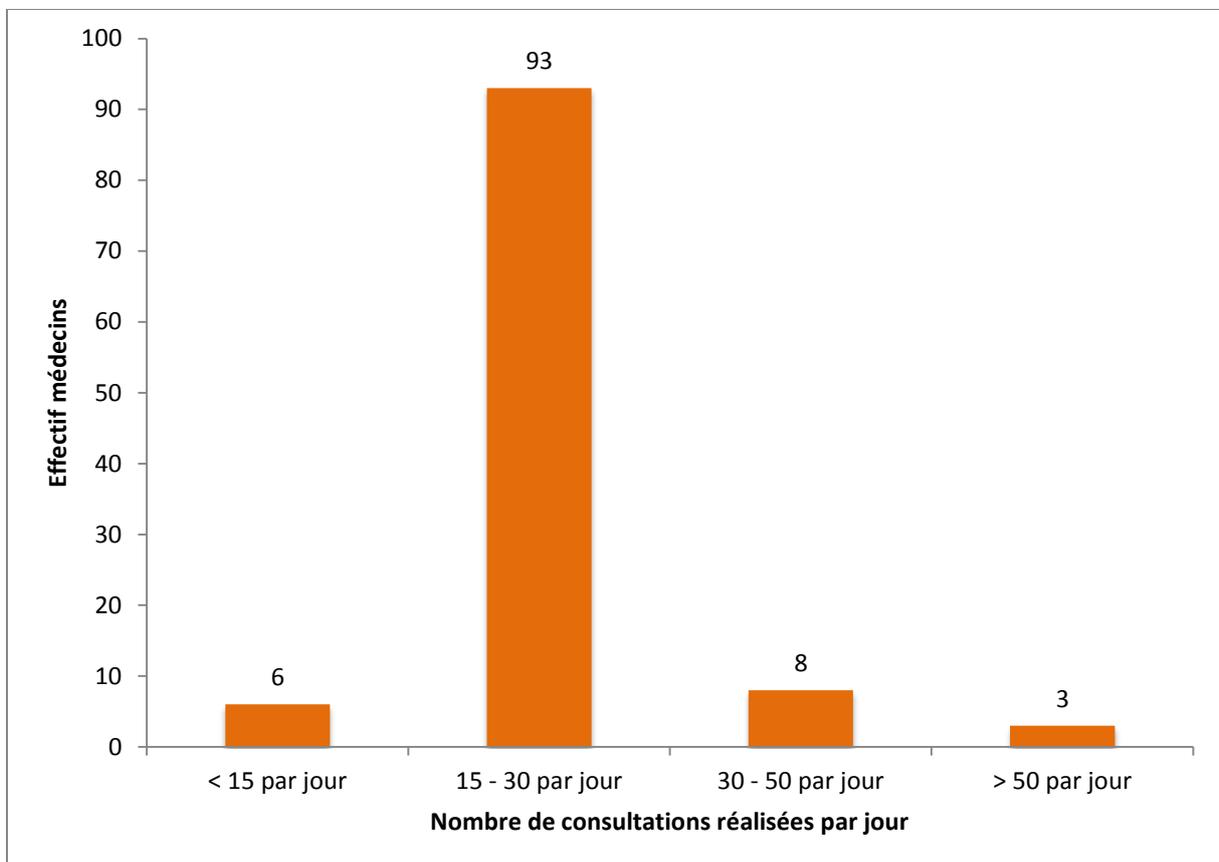


Tableau 1 : Répartition des médecins selon le type d'exercice

Type d'exercice	Nombre de médecins	En pourcentage (%)
Centre Médical de Santé (CMS)	36	32,70 %
Service d'Accueil des Urgences (SAU)	10	9,10 %
Cabinet seul (CBS)	24	21,80 %
Cabinet de groupe (CBG)	52	47,20 %
SOS médecins (SOS)	11	10 %

Tableau 2 : Formations complémentaires en traumatologie

Formations	Nombre de médecins	Pourcentage (%)
Aucune	33	30 %
CAMU	11	10 %
DESC urgence	7	6,40 %
DESC autre	2	1,80 %
DIU traumatologie	9	8,20 %
DU/DIU autre	30	27,30 %
Séminaire axé traumatologie	30	27,30 %
Formations Médicales Continues (FMC)	35	31,80 %

2. Activités de traumatologie et de chirurgie en médecine générale

Les gestes les plus réalisés par les médecins généralistes sont les sutures en plan superficiel (61,8 %) dont visage (48,2 %) et membre (57,3 %), l'évacuation d'un hématome sous-unguéal (60,9 %), l'ablation d'un corps étranger intra-auriculaire ou intranasale (60 %) ou d'un corps étranger des parties molles (50,9 %). L'analyse descriptive de la typologie des gestes techniques est présentée *tableau 3*.

8 médecins (7.3 %) ne réalisent aucun geste technique. Par ailleurs, notre population d'étude réalise, en moyenne, 7 gestes techniques différents. Aucun médecin ne réalise l'ensemble des 20 gestes techniques retenus dans notre questionnaire. Le geste est moins réalisé lorsque le geste est invasif avec nécessité de plus de matériel. La répartition de notre population, en fonction du nombre de gestes réalisés par médecin et du degré de technicité est représentée *figures 3, 4 et 5*.

Tableau 3 : Analyse descriptive de la réalisation des gestes techniques

Type de geste	Réalisé (%)	Non réalisé (%)
Le drainage d'un abcès	29 (26,4 %)	81 (73,6 %)
L'exérèse d'un kyste sébacé	17 (15,5 %)	93 (84,5 %)
L'ablation d'un corps étranger intranasal ou intra-auriculaire	66 (60 %)	44 (40 %)
L'ablation d'un corps étranger des parties molles	56 (50,9 %)	54 (49,1 %)
L'évacuation d'une thrombose hémorroïdaire	13 (11,8 %)	97 (88,2 %)
L'évacuation d'un hématome sous-unguéal	67 (60,9 %)	43 (39,1 %)
L'évacuation d'un hématome des parties molles	16 (14,5 %)	94 (85,5 %)
L'ablation d'un molluscum	11 (10 %)	99 (90 %)
Des sutures en plan superficiel	68 (61,8 %)	42 (38,2 %)
Des sutures en plan profond	16 (14,5 %)	94 (85,5 %)
Des sutures sur le visage	53 (48,2 %)	57 (51,8 %)
Des sutures sur les membres	63 (57,3 %)	47 (42,7 %)
La pose d'agrafe	42 (38,2 %)	68 (61,8 %)
La pose de colle biologique	48 (43,6 %)	62 (56,4 %)
La mise à plat d'un abcès de la région anale et péri-anale	5 (4,5 %)	105 (95,5 %)
L'immobilisation plâtrée	14 (12,7 %)	96 (87,3 %)
L'immobilisation par une attelle	39 (35,5 %)	71 (64,5 %)
La réduction d'une luxation d'un membre	14 (12,7 %)	96 (87,3 %)
Le tamponnement antérieur d'une épistaxis	28 (25,5 %)	82 (74,5 %)
La prise en charge de brûlures	44 (40 %)	66 (60 %)

Figure 3 : Répartition du nombre de gestes réalisés par médecin

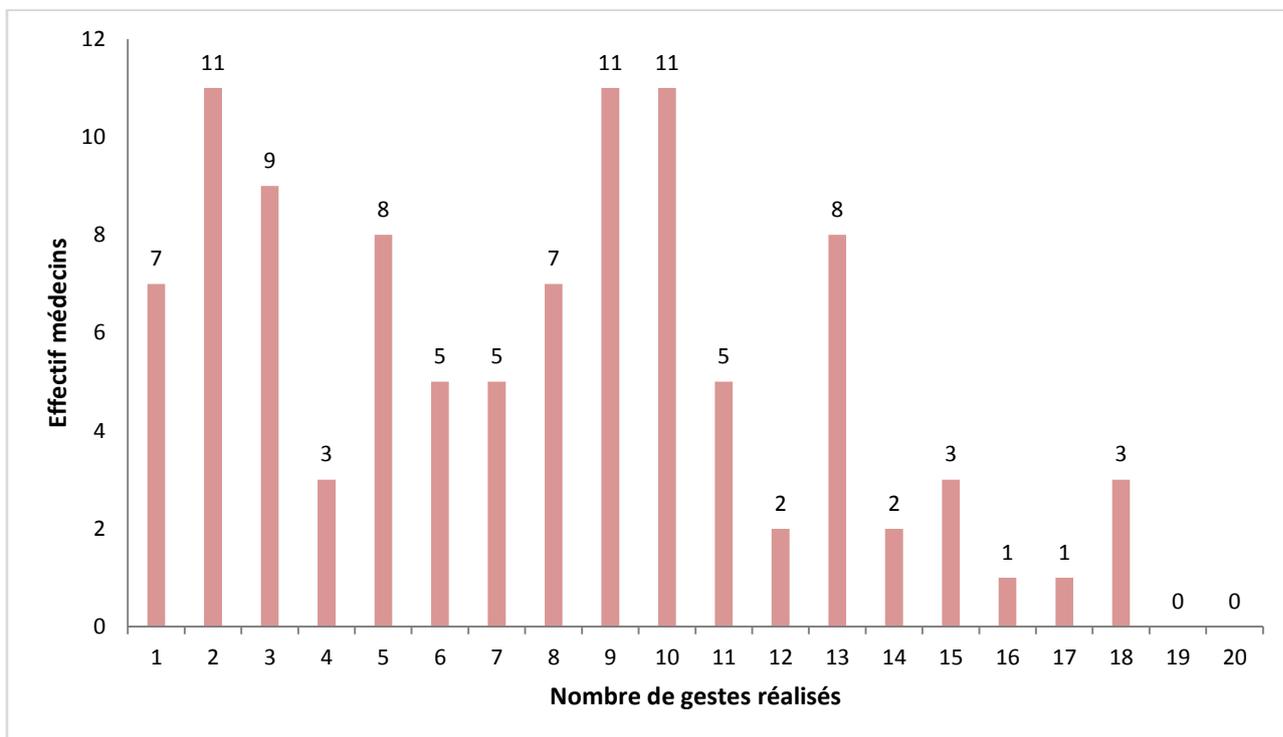


Figure 4 : Réalisation de gestes techniques invasifs (série 1)

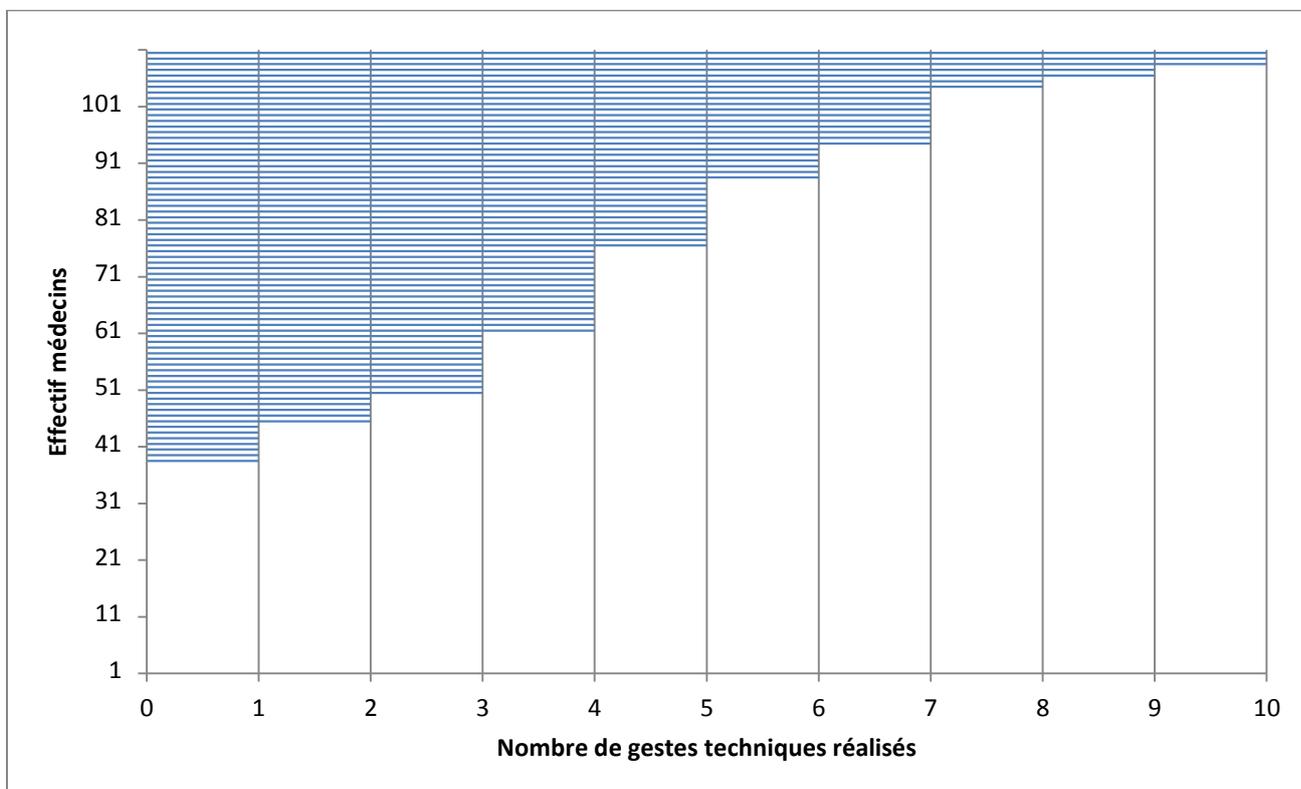
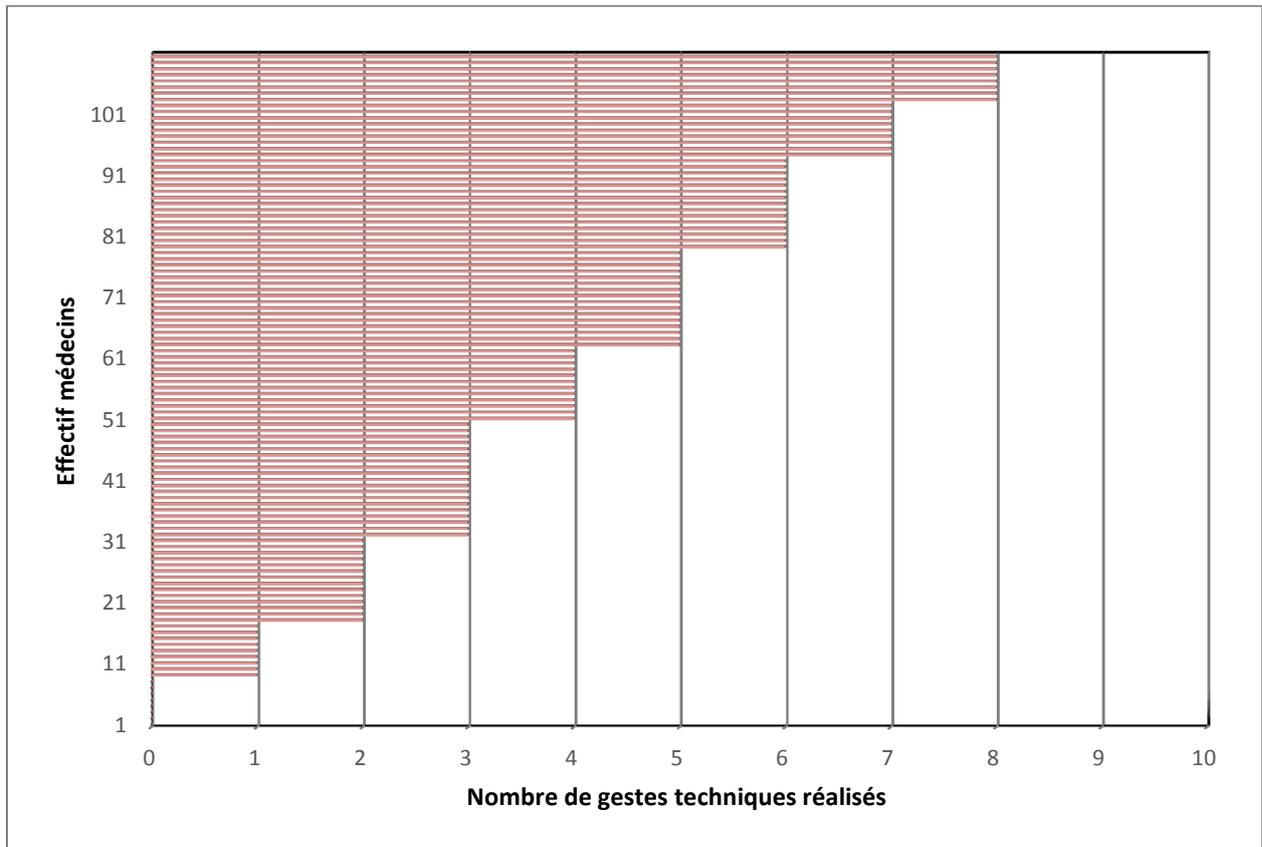


Figure 5 : Réalisation de gestes techniques peu invasifs (série 2)



3. Facteurs associés à la pratique de la traumatologie et chirurgie en médecine générale

a) Analyse par sexe

Globalement, nos résultats mettent en évidence que l'acte de chirurgie est une pratique à prédominance masculine. C'est le cas, notamment, en ce qui concerne la réalisation de suture en plan superficiel (34,5 % vs 27,3 %, $p = 0,02$), de suture sur les membres (32,7 % vs 24,5 %, $p = 0,01$), l'utilisation de la colle biologique (25,5 % vs 18,2 %, $p = 0,04$), l'immobilisation plâtrée (10 % vs 4,5 %, $p = 0,04$) ou par attelle (31,8 % vs 18,2 %, $p < 0,001$), la réduction de luxation (13,6 % vs 7,3 %, $p = 0,05$) et le tamponnement antérieur (29,1 % vs 20 %, $p = 0,01$). Les résultats de l'analyse en fonction du sexe du praticien sont présentés **tableau 4**.

b) Analyse en fonction de la région d'exercice

La répartition territoriale de l'activité de petite chirurgie et de traumatologie est inhomogène. Certains gestes sont plus fréquemment réalisés à Paris et dans le département des Hauts-de-Seine comparativement au département de la Seine-Saint-Denis. C'est le cas pour l'ablation d'un corps étranger intra-auriculaire ou intra-nasal (42,7 % versus 7,3 % ; $p = 0,02$), la réalisation de sutures en plan superficiel (44,5 % versus 7,3 % ; $p = 0,01$) ou de sutures sur les membres (42,7 % versus 6,4 % ; $p = 0,01$) ou le visage (37,3 % versus 4,5 % ; $p < 0,001$), l'immobilisation par attelle (36,4 % versus 5,5 % ; $p = 0,03$). La pose d'agrafe est réalisée plus fréquemment à Paris et en Seine-Saint-Denis, comparativement au département des Hauts-de-Seine (31 % versus 5,5 % ; $p = 0,003$). Les résultats de l'analyse en fonction de la région d'exercice sont présentés **tableau 5**.

c) Analyse en fonction de la durée d'exercice

Certains gestes sont majoritairement réalisés par les jeunes médecins et les médecins ayant plus 20 ans d'expérience professionnelle : l'immobilisation par attelle (25,5 % et 17,3 % ; $p = 0,01$), le tamponnement antérieur d'une épistaxis (13,6 % et 21 % ; $p = 0,006$), la réalisation de pansements de plaies et brûlures (26,4 % ; $p = 0,02$).

L'immobilisation plâtrée reste très peu pratiquée en médecine générale, quel que soit la durée d'exercice. L'analyse des pratiques en fonction de la durée d'exercice est présentée **tableau 6**.

d) Analyse en fonction du type d'exercice

Majoritairement, tous les gestes sont réalisés par les médecins travaillant dans une structure de SAU de façon significative, à l'exception de l'ablation de corps étranger intra-auriculaire ou intranasal, l'évacuation d'une thrombose hémorroïdaire, d'un abcès de la région anale et périnéale ou d'un hématome des parties molles, l'ablation d'un molluscum, l'utilisation de colle biologique, la réfection de pansement de plaies et brûlures.

Dans notre étude, on constate qu'aucun médecin ne réalise d'immobilisation plâtrée au cabinet libéral isolé ($p = 0.003$), la réduction de luxation au cabinet libéral de groupe est peu réalisée soit 5,5 % ($p = 0,02$) ainsi que le tamponnement antérieur si épistaxis par SOS médecin de 8,2 % ($p = 0,02$).

Les résultats de l'analyse en fonction du type d'exercice professionnel sont présentés ***tableau 7 et 7 bis.F***

Tableau 4 : Gestes techniques réalisés selon le sexe : analyse univariée

Gestes réalisés	Masculin	Féminin	
n = 110	n = 52 (47 %)	n = 58 (53 %)	p value
Le drainage d'un abcès	18 (16,4 %)	11 (10 %)	p = 0,60
L'exérèse d'un kyste sébacé	10 (9,1 %)	7 (6,4 %)	p = 0,30
L'ablation d'un corps étranger auriculaire ou nasal	35 (31,8 %)	31 (28,2 %)	p = 0,14
L'ablation d'un corps étranger des parties molles	29 (26,4 %)	27 (24,5 %)	p = 0,33
L'évacuation d'une thrombose hémorroïdaire	5 (4,5 %)	8 (7,3 %)	p = 0,56 *
L'évacuation d'un hématome sous-unguéal	33 (30 %)	34 (31 %)	p = 0,60
L'évacuation d'un hématome des parties molles	11 (10 %)	5 (4,5 %)	p = 0,10 *
L'ablation d'un molluscum	7 (6,4 %)	4 (3,6 %)	p = 0,34 *
Suture en plan superficiel	38 (34,5 %)	30 (27,3 %)	p = 0,02
Suture en plan profond	11 (10 %)	5 (4,5 %)	p = 0,04 *
Suture sur le visage	30 (27,3 %)	23 (21 %)	p = 0,06
Suture sur les membres	36 (32,7 %)	27 (24,5 %)	p = 0,01
Pose d'agrafe	26 (23,6 %)	16 (14,5 %)	p = 0,02
Colle biologique	28 (25,5 %)	20 (18,2 %)	p = 0,04
Le drainage d'un abcès de la région périnéale et anale	2 (1,8 %)	3 (2,7 %)	p = 0,33 *
L'immobilisation plâtrée	11 (10 %)	5 (4,5 %)	p = 0,04 *
L'immobilisation par attelle	35 (31,8 %)	20 (18,2 %)	p < 0,001
La réduction de luxation	15 (13,6 %)	8 (7,3 %)	p = 0,05
Le tamponnement antérieur si épistaxis	32 (29,1 %)	22 (20 %)	p = 0,01
Pansements de plaies ou brûlures	42 (38,2 %)	48 (43,6 %)	p = 0,79

* Fischer test

Tableau 5 : Gestes techniques réalisés selon le lieu d'exercice : analyse univariée

Lieu \ Gestes réalisés	75	p value	92	p value	93	p value
n = 110	n = 70 (63,3 %)	p value	n = 21 (19,1 %)	p value	n = 28 (25,5 %)	p value
Le drainage d'un abcès	18 (16,4 %)	p = 0,84	4 (3,6 %)	p = 0,16 *	8 (7,3 %)	p = 0,76
L'exérèse d'un kyste sébacé	11 (10 %)	p = 0,92	2 (1,8 %)	p = 0,20 *	4 (3,6 %)	p = 0,24 *
L'ablation d'un corps étranger auriculaire ou nasal	47 (42,7 %)	p = 0,04	8 (7,3 %)	p = 0,02	14 (12,7 %)	p = 0,21
L'ablation d'un corps étranger des parties molles	40 (36,4 %)	p = 0,08	9 (8,2 %)	p = 0,41	10 (9,1 %)	p = 0,06
L'évacuation d'une thrombose hémorroïdaire	9 (8,2 %)	p = 0,65	1 (0,9 %)	p = 0,19 *	4 (3,6 %)	p = 0,23 *
L'évacuation d'un hématome sous-unguéal	46 (41,8 %)	p = 0,17	8 (7,3 %)	p = 0,02	17 (15,5 %)	p = 0,98
L'évacuation d'un hématome des parties molles	9 (8,2 %)	p = 0,52	2 (1,8 %)	p = 0,23 *	6 (5,5 %)	p = 0,23
L'ablation d'un molluscum	6 (5,5 %)	p = 0,51	1 (0,9 %)	p = 0,25 *	4 (3,6 %)	p = 0,18 *
Suture en plan superficiel	49 (44,5 %)	p = 0,02	8 (7,3 %)	p = 0,01	14 (12,7 %)	p = 0,14
Suture en plan profond	12 (10,9 %)	p = 0,31	2 (1,8 %)	p = 0,23 *	2 (1,8 %)	p = 0,12 *
Suture sur le visage	41 (37,3 %)	p < 0,001	5 (4,5 %)	p < 0,001 *	10 (9,1 %)	p = 0,12
Suture sur les membres	47 (42,7 %)	p = 0,006	7 (6,4 %)	p = 0,01	12 (10,9 %)	p = 0,07
Pose d'agrafe	34 (31 %)	p = 0,003	5 (4,5 %)	p = 0,07 *	6 (5,5 %)	p = 0,003
Colle biologique	9 (8,2 %)	p = 0,15	6 (5,5 %)	p = 0,12	9 (8,2 %)	p = 0,16
Le drainage d'un abcès de la région périnéale et anale	4 (3,6 %)	p = 0,30 *	1 (0,9 %)	p = 0,42 *	1 (0,9 %)	p = 0,40 *
L'immobilisation plâtrée	12 (10,9 %)	p = 0,31	2 (1,8 %)	p = 0,23 *	2 (1,8 %)	p = 0,12 *
L'immobilisation par attelle	40 (36,4 %)	p = 0,05	6 (5,5 %)	p = 0,03	12 (10,9 %)	p = 0,38
La réduction de luxation	17 (25,5 %)	p = 0,25	3 (2,7 %)	p = 0,18 *	4 (3,6 %)	p = 0,27 *
Le tamponnement antérieur si épistaxis	34 (30,9 %)	p = 0,89	9 (8,2 %)	p = 0,53	14 (12,7 %)	p = 0,91
Pansements de plaies ou brûlures	60 (54,5 %)	p = 0,16	16 (14,5 %)	p = 0,46	20 (18,2 %)	p = 0,10

* Fischer test

Tableau 6 : Gestes techniques réalisés selon la durée d'exercice : analyse univariée

Durée d'exercice \ Gestes réalisés	< 5 ans	5 - 10 ans	10 - 15 ans	15 - 20 ans	> 20 ans	p value
n = 110	n = 43 (39,1 %)	n = 20 (18,2 %)	n = 9 (8,2 %)	n = 7 (6,4%)	n = 31 (28,2 %)	P value
Le drainage d'un abcès	7 (6,4 %)	6 (5,5 %)	4 (3,6 %)	3 (2,7 %)	9 (8,2%)	p = 0,29 *
L'exérèse d'un kyste sébacé	6 (5,5 %)	2 (1,8 %)	2 (1,8 %)	3 (2,7 %)	4 (3,6 %)	p = 0,29 *
L'ablation d'un corps étranger auriculaire ou nasal	29 (26,4 %)	10 (9,1 %)	4 (3,6 %)	6 (5,5 %)	17 (25,5 %)	p = 0,29 *
L'ablation d'un corps étranger des parties molles	21 (19,1 %)	10 (9,1 %)	5 (4,5 %)	5 (4,5 %)	15 (13,6 %)	p = 0,84 *
L'évacuation d'une thrombose hémorroïdaire	3 (2,7 %)	1 (0,9 %)	2 (1,8 %)	2 (1,8 %)	5 (4,5 %)	p = 0,26 *
L'évacuation d'un hématome sous-unguéal	25 (22,7 %)	11 (10 %)	4 (3,6 %)	5 (4,5 %)	22 (20 %)	p = 0,54 *
L'évacuation d'un hématome des parties molles	3 (2,7 %)	1 (0,9 %)	2 (1,8 %)	2 (1,8 %)	8 (7,3 %)	p = 0,09 *
L'ablation d'un molluscum	3 (2,7 %)	1 (0,9 %)	1 (0,9 %)	1 (0,9 %)	11 (10 %)	p = 0,65 *
Suture en plan superficiel	25 (22,7 %)	9 (8,2 %)	7 (6,4 %)	6 (5,5 %)	21 (19,1 %)	p = 0,22
Suture en plan profond	7 (6,4 %)	2 (1,8 %)	2 (1,8 %)	3 (2,7 %)	2 (1,8 %)	p = 0,14 *
Suture sur le visage	22 (20 %)	9 (8,2 %)	3 (2,7 %)	5 (4,5 %)	14 (12,7 %)	p = 0,62 *
Suture sur les membres	24 (21,8 %)	9 (8,2 %)	6 (5,5 %)	5 (4,5 %)	19 (17,3 %)	p = 0,67 *
Pose d'agrafe	17 (25,5 %)	3 (2,7 %)	4 (3,6 %)	4 (3,6 %)	14 (12,7 %)	p = 0,17 *
Colle biologique	20 (18,2 %)	6 (5,5 %)	4 (3,6 %)	5 (4,5 %)	13 (11,8 %)	p = 0,42 *
Le drainage d'un abcès de la région périnéale et anale	1 (0,9 %)	2 (1,8 %)	1 (0,9 %)	0 (0 %)	1 (0,9 %)	p = 0,52 *
L'immobilisation plâtrée	6 (5,5 %)	1 (0,9 %)	3 (2,7 %)	4 (3,6 %)	2 (1,8 %)	p = 0,003 *
L'immobilisation par attelle	17 (25,5 %)	7 (6,4 %)	5 (4,5 %)	7 (6,4 %)	19 (17,3 %)	p = 0,01 *
La réduction de luxation	9 (8,2 %)	1 (0,9 %)	4 (3,6 %)	3 (2,7 %)	6 (5,5 %)	p = 0,09 *
Le tamponnement antérieur si épistaxis	15 (13,6 %)	8 (7,3 %)	3 (2,7 %)	5 (4,5 %)	23 (21 %)	p = 0,006 *
Pansements de plaies ou brûlures	29 (26,4 %)	18 (16,4 %)	7 (6,4 %)	7 (6,4 %)	29 (26,4 %)	p = 0,02

* Fischer test

Tableau 7 : Gestes techniques réalisés selon le lieu d'exercice : analyse univariée

Type de pratique Gestes réalisés	Cabinet libéral en groupe		Cabinet libéral seul		CMS	
	n = 52 (47,3 %)	P value	n = 24 (21,8 %)	P value	n = 36 (32,7 %)	P value
n = 110						
Le drainage d'un abcès	13 (11,8 %)	p = 0,09	5 (4,5 %)	p = 0,17 *	10 (9,1 %)	p = 0,81
L'exérèse d'un kyste sébacé	7 (6,4 %)	p = 0,30	3 (2,7 %)	p = 0,24 *	7 (6,4 %)	p = 0,41
L'ablation d'un corps étranger auriculaire ou nasal	33 (27 %)	p = 0,49	14 (12,7 %)	p = 0,18	23 (20,9 %)	p = 0,56
L'ablation d'un corps étranger des parties molles	29 (26,4 %)	p = 0,49	12 (10,9 %)	p = 0,01	20 (18,2 %)	p = 0,49
L'évacuation d'une thrombose hémorroïdaire	4 (3,6 %)	p = 0,11 *	3 (2,7 %)	p = 0,27 *	7 (6,4 %)	p = 0,08
L'évacuation d'un hématome sous-unguéal	35 (31,8 %)	p = 0,19	12 (10,9 %)	p = 0,21	20 (18,2 %)	p = 0,42
L'évacuation d'un hématome des parties molles	7 (6,4 %)	p = 0,09	3 (2,7 %)	p = 0,25 *	6 (5,5 %)	p = 0,65
L'ablation d'un molluscum	6 (5,5 %)	p = 0,61	4 (3,6 %)	p = 0,13 *	1 (0,9 %)	p = 0,06 *
Suture en plan superficiel	30 (27,3 %)	p = 0,71	14 (12,7 %)	p = 0,15	22 (20 %)	p = 0,91
Suture en plan profond	8 (7,3 %)	p = 0,06	1 (0,9 %)	p = 0,07 *	4 (3,6 %)	p = 0,19 *
Suture sur le visage	24 (21,8 %)	p = 0,16	11 (10 %)	p = 0,07	18 (16,4 %)	p = 0,79
Suture sur les membres	28 (25,5 %)	p = 0,47	13 (11,8 %)	p = 0,12	20 (18,2 %)	p = 0,80
Pose d'agrafe	19 (17,3 %)	p = 0,11	7 (6,4 %)	p = 0,30	14 (12,7 %)	p = 0,92
Colle biologique	26 (23,6 %)	p = 0,20	12 (10,9 %)	p = 0,51	15 (13,6 %)	p = 0,08
Le drainage d'un abcès de la région périnéale et anale	3 (2,7 %)	p = 0,34 *	1 (0,9 %)	p = 0,41 *	2 (1,8 %)	p = 0,33 *
L'immobilisation plâtrée	6 (5,5 %)	p = 0,72	0 (0 %)	p = 0,003 *	5 (4,5 %)	p = 0,23 *
L'immobilisation par attelle	24 (21,8 %)	p = 0,58	9 (8,2 %)	p = 0,16	18 (16,4 %)	p = 0,58
La réduction de luxation	6 (5,5 %)	p = 0,02	2 (1,8 %)	p = 0,05 *	8 (7,3 %)	p = 0,06
Le tamponnement antérieur si épistaxis	20 (18,2 %)	p = 0,03	14 (12,7 %)	p = 0,30	17 (15,5 %)	p = 0,07
Pansements de plaies ou brûlures	42 (38,2 %)	p = 0,07	19 (17,3 %)	p = 0,70	28 (25,5 %)	p = 0,44

* Fischer test

Tableau 7 bis : Gestes techniques réalisés selon le lieu d'exercice : analyse univariée

Type de pratique Gestes réalisés	SOS médecin		SAU	
	n = 110	P value	n = 10 (9,1 %)	P value
Le drainage d'un abcès	3 (2,7 %)	p = 0,28 *	6 (5,5 %)	p = 0,01
L'exérèse d'un kyste sébacé	3 (2,7 %)	p = 0,16 *	5 (4,5 %)	p = 0,007 *
L'ablation d'un corps étranger auriculaire ou nasal	7 (6,4 %)	p = 0,07	8 (7,3 %)	p = 0,17
L'ablation d'un corps étranger des parties molles	6 (5,5 %)	p = 0,06	8 (7,3 %)	p = 0,05
L'évacuation d'une thrombose hémorroïdaire	1 (0,9 %)	p = 0,38 *	3 (2,7 %)	p = 0,08 *
L'évacuation d'un hématome sous-unguéal	6 (5,5 %)	p = 0,21	10 (9,1 %)	p = 0,008
L'évacuation d'un hématome des parties molles	2 (1,8 %)	p = 0,30 *	3 (2,7 %)	p = 0,12 *
L'ablation d'un molluscum	0 (0 %)	p = 0,30 *	2 (1,8 %)	p = 0,20 *
Suture en plan superficiel	8 (7,3 %)	p = 0,43	9 (8,2 %)	p = 0,05
Suture en plan profond	0 (0 %)	p = 0,16 *	6 (5,5 %)	p < 0,001
Suture sur le visage	5 (4,5 %)	p = 0,24 *	8 (7,3 %)	p = 0,04
Suture sur les membres	7 (6,4 %)	p = 0,21	9 (8,2 %)	p = 0,003
Pose d'agrafe	5 (4,5 %)	p = 0,22	8 (7,3 %)	p = 0,004
Colle biologique	5 (4,5 %)	p = 0,25	7 (6,4 %)	p = 0,08
Le drainage d'un abcès de la région périnéale et anale	1 (0,9 %)	p = 0,34 *	0 (0 %)	p = 0,60 *
L'immobilisation plâtrée	2 (1,8 %)	p = 0,30 *	7 (6,4 %)	p < 0,001
L'immobilisation par attelle	7 (6,4 %)	p = 0,34	9 (8,2 %)	p = 0,008
La réduction de luxation	4 (3,6 %)	p = 0,12 *	7 (6,4 %)	p < 0,001
Le tamponnement antérieur si épistaxis	9 (8,2 %)	p = 0,02	9 (8,2 %)	p = 0,006
Pansements de plaies ou brûlures	9 (8,2 %)	p = 0,31	10 (9,1 %)	p = 0,12

* Fischer test

4. Orientation finale du patient

Dans notre étude, on distingue deux principales orientations pour la prise en charge du patient si le geste n'est pas réalisé par le médecin généraliste : les Services d'Accueil des Urgences (SAU) et le confrère spécialiste (en cabinet ou en établissement de soins). Ces « adressages » diffèrent selon le type de geste, la technicité et la nécessité de matériel. L'orientation du patient, en cas de non-réalisation du geste technique, est représentée *figure 6*.

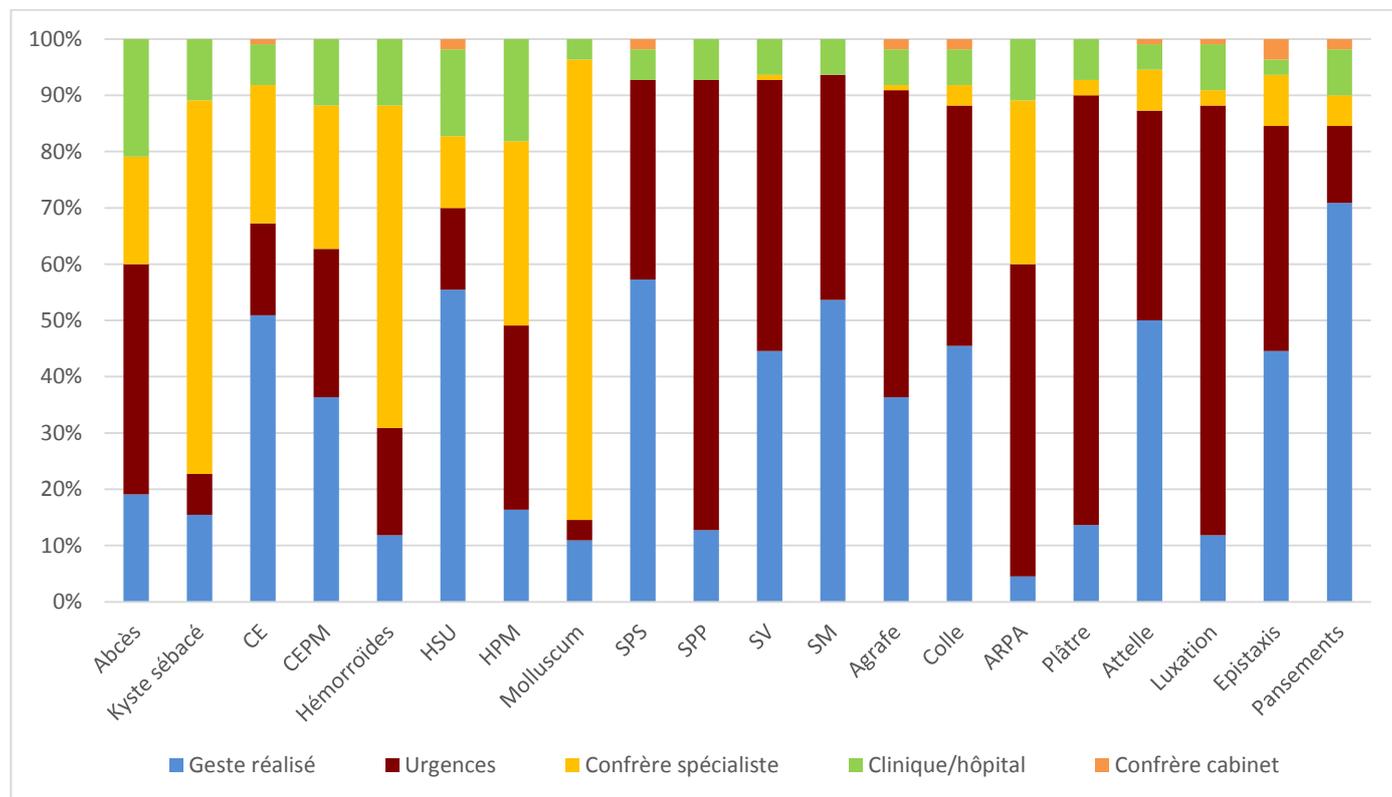
5. Freins à la réalisation des gestes

Une majorité des médecins (73,6 %) ne s'oppose pas à la réalisation de gestes techniques. Cependant, les principaux obstacles déclarés sont le manque de temps (65,5 %), le manque de pratique (54,5 %), le manque de formation et la gestion du matériel (41,8 %). La gestion des déchets est peu signalée par les médecins (9,1 %). L'ensemble des motifs allégués à la réalisation de gestes techniques est présenté *tableau 8*.

6. Attente des médecins généralistes

Deux tiers de notre population d'étude exprime un désir de modification des pratiques en matière de petite chirurgie ou traumatologie. Cependant, plus de 40 % des médecins interrogés n'ont aucune attente sur le sujet. Les attentes des médecins généralistes sont représentées *figure 7*.

Figure 6 : Répartition des différentes structures d'orientation selon le geste technique



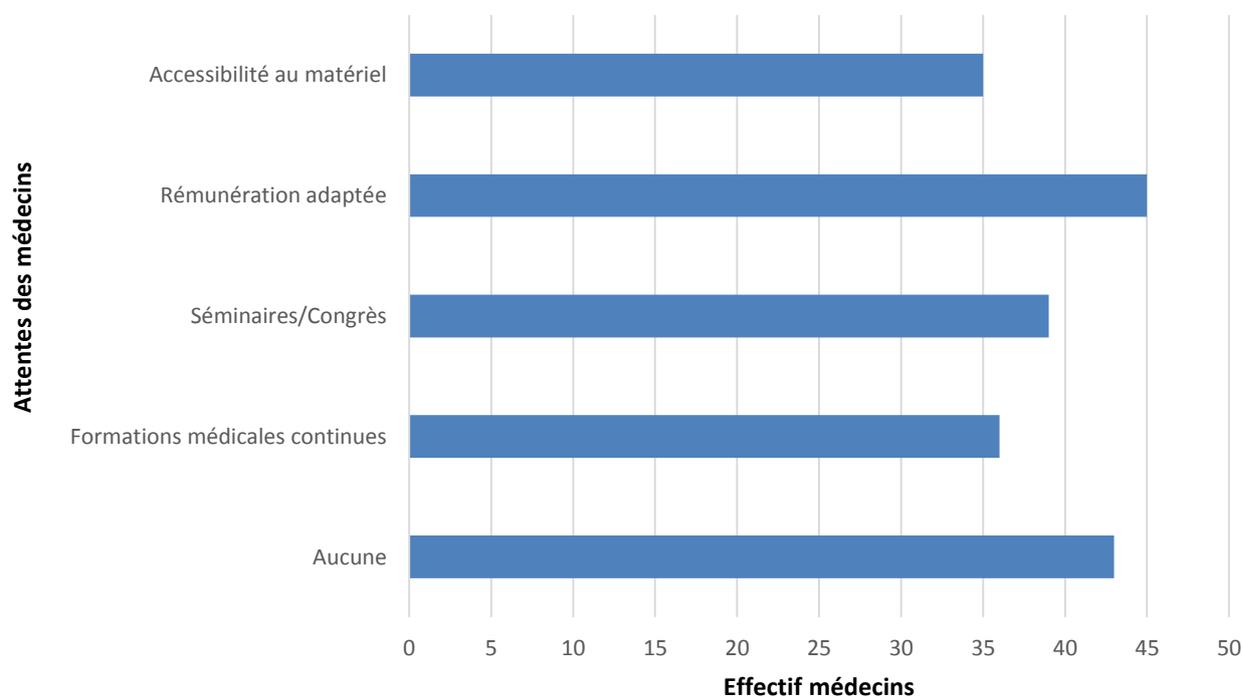
Légende :

- Abcès = le drainage d'un abcès
- Kyste sébacé = L'exérèse d'un kyste sébacé
- CE = l'ablation d'un corps étranger auriculaire ou nasal
- CEPM = l'ablation d'un corps étranger des parties molles
- Hémorroïdes = l'évacuation d'une thrombose hémorroïdaire
- HSU = l'évacuation d'un hématome sous-unguéal
- HPM = l'évacuation d'un hématome des parties molles
- Molluscum = l'ablation d'un molluscum
- SPS = suture en plan superficiel
- SPM = suture en plan profond
- SV = suture sur le visage
- SM = suture sur les membres
- Agrafe = pose d'agrafe
- Colle = colle biologique
- ARPA = le drainage d'un abcès de la région périnéale et anale
- Plâtre = l'immobilisation plâtrée
- Attelle = l'immobilisation par attelle
- Luxation = la réduction de luxation
- Épistaxis = le tamponnement antérieur si épistaxis
- Pansements = pansements de plaies ou brûlures

Tableau 8 : Représentation des freins à la réalisation des gestes techniques

Motifs de non-réalisation de gestes techniques	OUI	NON
Absence d'appétence à la réalisation des gestes techniques	29 (26,4 %)	81 (73,6 %)
Le manque de formation	46 (41,8 %)	64 (58,2 %)
Le manque de temps	72 (65,5 %)	38 (34,5 %)
Le manque d'attractivité de la rémunération	36 (32,7 %)	74 (67,3 %)
Le manque de pratique	60 (54,5 %)	50 (45,5 %)
Le risque septique	40 (36,4 %)	70 (63,6 %)
Le risque médico-légal	37 (33,6 %)	73 (66,4 %)
La gestion des déchets	10 (9,1 %)	100 (90,9 %)
La gestion du matériel	46 (41,8 %)	64 (58,2 %)

Figure 7 : Attentes des médecins généralistes en traumatologie et chirurgie ambulatoire



DISCUSSION

La pratique de la traumatologie et de la chirurgie en médecine générale demeure un aspect peu étudié en Ile-de-France. Pourtant, ce domaine fait partie intégrante des missions du médecin généraliste en soins primaires et ce rôle reste primordial dans le système de soins. L'intérêt de notre étude est d'actualiser nos connaissances sur la pratique des médecins généralistes en matière de gestes techniques de traumatologie et de chirurgie ambulatoire en région urbaine.

En effet, les rares données issues de la Littérature rapportent que les généralistes installés en ville pratiquent beaucoup moins de sutures et gestes techniques que leurs collègues en milieu rural [7-9,18-21]. En effet, en zone rurale, les médecins généralistes prennent en considération la difficulté d'une alternative de recours, compte tenu de l'éloignement des centres hospitaliers et/ou des confrères capables de réaliser ces gestes techniques.

Aux USA, deux fois plus de gestes sont réalisés par les médecins de premier recours, dans les petites villes de campagne par rapport aux grandes agglomérations, que ce soit en traumatologie et chirurgie ambulatoire mais également en prise en charge des urgences [22].

Selon *Boulard et coll.* [18], la localisation d'exercice avait un impact majeur, notamment en raison du délai d'accès aux SAU qui apparaissait comme un facteur influençant le nombre et le type de gestes réalisés : si le médecin exerçait à plus de 15 minutes des urgences, il réalisait plus facilement des gestes de traumatologie et de médecine d'urgence.

Le taux de réponse à notre questionnaire est satisfaisant (de 44,5 %), soit environ la moitié des médecins interrogés, pour des taux de participation habituels aux thèses avoisinant environ entre 10 et 30 %. Le nombre de répondants a été optimisé par un questionnaire adapté avec un taux de réponse court, l'anonymat, une relance à 4 mois et une facilité de réponse avec des questions fermées. Le caractère obligatoire de chaque question a permis de limiter les données manquantes. Le mode de recueil est uniquement informatique, tous les praticiens n'ont pas une adresse courriel ou un support informatisé ce qui a pu entraîner un biais de sélection. Les termes employés ont été volontairement simplifiés, ce qui a pu constituer un biais de recueil : par exemple, la localisation de la luxation (doigt, épaule...) n'a pas été

précisée. Le nombre de questions a été volontairement limité, afin d'obtenir un taux de retour élevé.

Notre population d'étude présente des caractéristiques qui diffèrent de la population de médecins généralistes en Ile-de-France, ce qui peut constituer un biais d'échantillonnage par le sex-ratio de 0,9 et par notre population d'étude globalement jeune inférieur ou égal à 10 ans d'exercice (57 %), bien qu'une part non négligeable de notre population d'étude (28.2 %) exerçait la médecine générale depuis plus de 20 ans. Cela peut s'expliquer par un possible biais de volontariat, avec un intérêt plus accru de la part des jeunes médecins à la participation aux thèses des internes, ainsi qu'à un recours accru aux systèmes d'information. Depuis 2011, la loi HPST impose aux médecins de s'informatiser. Les cabinets médicaux non informatisés ont dû progressivement s'équiper, notamment en raison de la transmission électronique des documents de facturation des actes et prestations pour les professionnels de santé [23].

La majorité des médecins ayant répondu à notre questionnaire, travaille en cabinet de ville libéral (seul ou en groupe) et en centre médical de santé, ce qui est représentatif de la répartition des médecins généralistes en Ile-de-France. Les deux tiers de la population d'étude exerçaient à Paris, ce qui induit également un biais de recrutement, compte tenu de la sous-représentation des Hauts-de-Seine et en Seine-Saint-Denis. Il nous paraît difficile d'émettre une analyse des pratiques en fonction de la répartition territoriale de notre population d'étude, notamment en raison de la taille de notre cohorte.

En matière de formation complémentaire en traumatologie d'urgence, plus de la moitié des médecins interrogés ont bénéficié d'une formation complémentaire en traumatologie. Cette donnée est surprenante, au regard de la faiblesse relative du nombre de gestes techniques réalisés. En moyenne, un médecin généraliste réalise 7 gestes techniques différents, mais aucun des praticiens interrogés ne réalise les 20 gestes techniques étudiés. Les gestes les plus fréquemment réalisés en médecine générale en 2017 sur Paris et dans le Nord Parisien sont les sutures en plan superficiel, l'évacuation d'un hématome sous-unguéal et l'ablation d'un corps étranger intra-auriculaire ou intranasal. Certains gestes ne sont quasiment jamais réalisés tels que l'exérèse d'un kyste sébacé, l'ablation d'un corps étranger des parties molles, l'évacuation d'un hématome des parties molles, les sutures en plan profond, la mise à plat d'un abcès de la

région anale et péri-anale, l'immobilisation plâtrée et la réduction d'une luxation d'un membre. La majorité des gestes techniques réalisés ne nécessitent que peu de ressources.

Si la formation complémentaire en matière de traumatologie d'urgence, ne diffère pas en fonction du sexe des praticiens, certains gestes techniques sont préférentiellement réalisés par des hommes, notamment en ce qui concerne la réalisation de sutures en plan superficiel, l'immobilisation par attelle et plâtre, la réduction de luxation et le tamponnement antérieur en cas d'épistaxis. Notre étude corrobore les données de la Littérature en la matière [9,14,18-21]

L'étude réalisée par *Dubois* [7] montrait que l'activité des femmes médecins était plus axée dans le domaine gynécologique. *Dias et al.* [24], mettait en évidence que parmi les médecins généralistes exerçant en région parisienne, 12,6 % des femmes réalisaient des actes de gynécologie, versus 4,8 % par des praticiens masculins.

Il serait par ailleurs intéressant de considérer l'évolution de cette pratique, compte tenu de la féminisation de la profession qui est en constante augmentation [24-25].

Nous constatons par ailleurs une différence significative des pratiques, en fonction de la durée d'exercice. Les médecins exerçant depuis moins de 5 ans et les médecins les plus âgés réalisent des actes de traumatologie (immobilisation par attelle et par plâtre, tamponnement antérieur d'une épistaxis, réfection de pansement pour plaies et brûlures) par rapport à la population ayant une durée d'exercice « intermédiaire ».

De nombreuses études mettent en évidence la durée d'exercice comme facteur de réalisation d'actes techniques de petite traumatologie [18-21]. La Littérature rapporte que des médecins expérimentés semblent plus à l'aise dans la réalisation de gestes techniques de traumatologie et de petite chirurgie notamment pas un temps de formation continue plus important et la possibilité d'acquisition du matériel adéquat. [9,19-20]. Notre étude ne retrouve pas une relation linéaire entre durée d'exercice et fréquence de la pratique, puisque les praticiens les plus jeunes sont ceux qui réalisent le plus d'actes.

Il est observé une déperdition générationnelle de la pratique de ces gestes entre 5 et 20 ans d'exercice. Nous pouvons supposer que la perte de la place de la chirurgie et des gestes techniques dans le cursus universitaire (limitation du nombre de gardes) et la modification des études médicales depuis la création de l'ECN en 2004, participe à cet état de fait. Notre hypothèse est que l'absence de formations complémentaires spécifiques ou l'absence

d'appétence pour la spécialité, contribuent également à l'absence de pratique et à la perte de connaissance au fil du temps.

Aucune étude n'a évalué la relation entre la formation des médecins et la réalisation de gestes techniques en région parisienne. Selon l'enquête qualitative de *Cornaz*, la formation des médecins ne semble pas être un aspect moteur à cette réalisation [10]. La thèse de *Daviau* s'est intéressée uniquement à la pratique des sutures sur Paris, sans relation démontrée avec la formation complémentaire des médecins, mais sur leurs formations initiales qui auraient un impact selon la faculté d'origine et les enseignements facultatifs [26].

Dans notre étude, les généralistes ayant une activité clinique en Service d'Accueil des Urgences réalisent le plus de gestes techniques de traumatologie. Cela peut s'expliquer par la présence d'un plateau technique, la logistique, le matériel sur place, l'accès à l'imagerie ainsi qu'une pratique plus courante dans le domaine, notamment en Ile-de-France où les patients consultent directement aux urgences pour la traumatologie et chirurgie ambulatoire.

L'immobilisation plâtrée n'est réalisée par aucun médecin généraliste en cabinet libéral seul, l'immobilisation par attelle étant bien plus facilement réalisable en cabinet. La nécessité d'examens radiologiques et la lourdeur logistique expliquent ces données.

Les praticiens interrogés présentent trois motifs principaux expliquant l'absence de réalisation de certains gestes techniques de traumatologie et chirurgie ambulatoire. Le manque de temps est le motif le plus fréquemment avancé (65,5 %), ce qui est une donnée concordante avec les précédentes thèses, portant sur ce sujet, et notamment celle de *Cornaz*, qui la décrit comme le principal obstacle avancé par les médecins. Un geste technique peut prendre de 10 à 30 minutes, ce qui est difficilement réalisable lors d'une consultation de médecine générale avec des rendez-vous toutes les 15 à 20 minutes en moyenne [10]. Une grande majorité des praticiens interrogés ont déclaré une activité de consultations comprise entre 15 et 30 patients. Cependant, ce motif souffre de la comparaison avec l'activité des médecins exerçant en zone rurale : ces derniers ont une activité de consultation comparable et des délais de consultations comparables [7].

Le manque de pratique (54,5 % des praticiens interrogés), la gestion logistique et le manque de formations sont également les motifs avancés par les médecins généralistes, pour expliquer l'absence de pratique en chirurgie traumatologique ambulatoire.

Depuis 2001, bien que l'enseignement de cette discipline a été rendu obligatoire au sein de la formation initiale de médecine générale, dans le but d'homogénéiser les compétences médicales, le manque de formation apparaît encore comme un des principaux motifs de non-réalisation de gestes techniques [10,26,27]. Notre principale hypothèse est que l'enseignement théorique et pratique enseigné lors du DES de médecine générale serait insuffisant, le manque de pratique nécessitant une formation continue plus longue, afin de rendre la pratique plus fiable.

Une enquête récente de 2017, réalisée par entretiens qualitatifs s'est intéressée à la motivation des médecins généralistes en matière de réalisation de sutures et actes de petite chirurgie. De nombreux facteurs influençaient la prise de décision : la relation de confiance entre le médecin généraliste et son patient, les craintes du médecin généraliste par rapport aux gestes, la volonté de ne pas nuire au patient, le regard du médecin sur l'intérêt de ces gestes en tant que premier recours et des raisons qui le poussent à déléguer, l'influence des conditions d'exercice (matérielle, organisation du temps de travail, et financière) [28]. De par sa méthode qualitative, le ressenti du médecin est mis en avant vis-à-vis du vécu du geste à travers son propre intérêt, la confiance en sa pratique, ses compétences et les expériences personnelles propre à chacun [28].

La rémunération peu attractive n'est considérée que pour un tiers de notre population comme un des motifs principaux de non-réalisation des gestes techniques. La cotation des actes peut également être un obstacle, même si elle permet une revalorisation de la rémunération. L'étude récente de *Poissonnet* le démontre, en évoquant la complexité du codage, le manque de connaissance et de formation du codage, l'oubli de cotation des actes, le manque d'optimisation du logiciel médical, le manque de temps et l'appréhension de la réaction des patients vis-à-vis des différents tarifs [29].

L'orientation des patients vers les Services d'Accueil des Urgences est décidée dans plus de la moitié des cas, compte tenu de la disponibilité des ressources (humaines, techniques) et de la proximité. Si le geste peut être temporisé comme l'ablation d'un molluscum, d'un kyste sébacé ou la prise en charge d'hémorroïdes, le patient est dirigé préférentiellement vers un confrère spécialiste.

40 % des praticiens interrogés n'ont aucune intention d'améliorer leur compétence ou de modifier leurs pratiques. En revanche, plus de la moitié des praticiens sont en demande d'amélioration de leur formation initiale, d'une rémunération adaptée, d'une accessibilité logistique au matériel. Peu d'études ont évalué les besoins précis des médecins généralistes, en matière de formation ou de rémunération. Une étude complémentaire serait intéressante en ciblant les attentes des médecins généralistes dans ce domaine.

Une amélioration en terme d'information pourrait être réalisable, les patients ne savent pas que leurs médecins généralistes peuvent réaliser ce type de gestes. L'étude de *Ceysson* avait montré que 94 % des patients n'avaient pas consulté leur médecin traitant avant de se rendre aux urgences. 63 % des patients pensaient être mieux pris en charge aux urgences, et 31 % ne savaient pas qu'un médecin généraliste pouvait suturer une plaie [30].

Remettre le médecin généraliste au centre de la filière de soins primaires et d'urgence est essentiel. Revaloriser les capacités du médecin généraliste et améliorer la formation initiale et continue permettraient de favoriser la confiance du médecin généraliste en ses capacités et renforcer la relation médecin-malade [28,30]. Encourager les patients à consulter dans le domaine de la traumatologie et chirurgie ambulatoire, avec le soutien des autres spécialistes permettrait un travail de cohésion et d'entraide pour des soins adaptés pour le patient.

En terme de rémunération, il n'y a pas eu de revalorisation tarifaire sur la nouvelle grille de cotation de mai 2017 : la grille de cotation a évolué depuis le 1er mai 2017 avec l'apparition du G(S) 25€ remplaçant le CS 23€. En terme de sutures et petite chirurgie (+ M [26,88€] si urgence), il n'y a aucune modification tarifaire ainsi que pour les cotations d'immobilisation et de prise en charge des plaies [31]. Dans les années 90, en Angleterre, un regain des pratiques en termes de gestes techniques et notamment des sutures, a été observé suite à la majoration de la cotation des actes de petite chirurgie [32,33]. Une revalorisation du codage des actes permettrait d'augmenter la motivation des médecins généralistes pour des gestes particulièrement chronophages.

L'organisation des soins primaires et d'urgence, en milieu urbain, implique une meilleure congruence entre les différents professionnels de santé et les structures d'accueil médical tels que les hôpitaux, les cliniques, les cabinets de ville, les maisons de santé et centre médicaux de ville. La demande d'avis spécialisé ou encore l'organisation d'une hospitalisation sont des

activités très chronophages pour le médecin généraliste, le recours à la télémédecine et la télé-expertise est à envisager pour la réorganisation du système de soins, avec l'aide des autres spécialités médico-chirurgicales [28,29].

Sur le plan logistique, il est nécessaire d'encourager une activité de groupes multidisciplinaires, permettant la mise à disposition de matériel groupé, de stérilisation, d'assistance et d'entraide ainsi qu'une permanence de soins. La réorganisation du temps de travail et l'entraide avec les autres spécialités permettent de favoriser la réalisation de ces gestes techniques.

La création d'une lettre-clé spécifique inciterait les médecins libéraux à recevoir certains patients, de manière non programmée, pendant les horaires de consultation en créant des créneaux spécifiques [15,16]. De même que la création de filières de soins spécifiques et identifiées en médecine de ville, en matière de petite traumatologie, de chirurgie ambulatoire, de prise en charge des plaies et brûlures, permettrait d'initier les thérapeutiques en ambulatoire et de bénéficier rapidement d'une consultation spécialisée dans un second temps [17]. Elles permettraient de palier l'engorgement des structures hospitalières et des délais de consultations spécialisées très longs [15-17].

CONCLUSION

Notre étude nous permet d'identifier les gestes techniques de traumatologie et de chirurgie ambulatoire réalisés par les médecins généralistes sur Paris et le Nord parisien qui sont majoritairement les sutures en plan superficiel, l'évacuation d'un hématome sous-unguéal, l'ablation d'un corps étranger intra-auriculaire ou intranasale. L'immobilisation plâtrée est un acte qui n'est pas réalisé en ville.

Le profil de médecin étudié décrit une population jeune, de sexe masculin et de moins de 10 ans d'exercice réalisant certains gestes techniques de traumatologie (suture, immobilisation) mais peu de chirurgie ambulatoire. Les facteurs influençant la réalisation de gestes techniques sont le genre, la durée d'exercice et la formation.

Les freins et attentes des médecins généralistes sur Paris et le nord Parisien sont concordants avec ceux retrouvés dans la Littérature dans les milieux urbains : un manque de temps, de formation et de pratique avec une demande accrue d'actualisation en termes de formations, de revalorisation financière et logistique.

L'orientation principale des patients demeure les urgences, compte tenu de leur disponibilité et la proximité des nombreux sites sur la région parisienne.

Des solutions accessibles permettraient de lutter contre les difficultés organisationnelles du système de soin avec la revalorisation de la technicité en médecine générale et la relance d'un domaine d'activité qui fait partie intégrante des compétences du médecin généraliste.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) VERY G, LEMASSON J-F, DUHOT D, KANDEL O, BOISNAULT P, Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? La revue du praticien - médecine générale, 2004, vol.18, N° 656, p.781
- (2) Classification commune des actes médicaux (CCAM) : consultation et téléchargement sur le site ameli.fr [en ligne].
- (3) Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) : consultation et téléchargement sur le site ameli.fr [en ligne].
- (4) COMPAGNON L, BAIL P, HUEZ J-F, STALNIKIEWICZ B, GHASAROSSIAN C, ZERBIB Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer, 2013, vol.108, N° 108, p.148-155.
- (5) Article R4127-70 du 29 juillet 2004 du Code de la Santé Publique. Section code de Déontologie Médicale.
- (6) DATA DREES : études et statistiques. France : Ministère des affaires sociales et de la santé. Effectifs des médecins par spécialité, mode d'exercice, zone d'inscription et sexe ; janvier 2017. Disponible sur [Internet] : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>
- (7) DUBOIS-JACQUE Véronique. Les gestes techniques en médecine générale, état des lieux en Loire Atlantique et Vendée. [Thèse d'exercice] sous la direction de Lionel Goronflot : Université de Nantes - Faculté de Médecine, 2012.
- (8) LUZ Xavier. Les gestes techniques en médecine générale : enquête auprès des médecins généralistes du Tarn. [Thèse d'exercice] sous la direction de Jacques Boutot : Université de Toulouse III - Paul Sabatier - Faculté de Médecine, 2014.
- (9) CHRISTOPHE François. Étude de la pratique de gestes techniques au cabinet de médecine générale dans le département de la Somme. [Thèse d'exercice] : Université d'Amiens - Faculté de Médecine, 2009.
- (10) CORNAZ J. Des gestes techniques en médecine générale : enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés : pratiques et réticences. [Thèse d'exercice] : Université Paris Descartes – Faculté de Médecine, 2010.
- (11) Agence Régionale de la Santé : ARS, Chiffres clés de la santé en Ile-de-France 2016
- (12) Observatoire Régionale de la Santé : ORS, territoire et santé, Ile de France 2017
- (13) MARKET RJ, WALLEY ME, GUTTMAN TG, MEHTA R, A pooled analysis of the Ottawa ankles rules used on adults in the E.D. Am J Emery Med 1998,16,6, p.564-567
- (14) COOWAR Beelal. Prise en charge de la petite traumatologie en médecine générale. [Thèse d'exercice] sous la direction de Iliasse Idrissi : Université de Rouen - Faculté de Médecine, 2013.
- (15) WARGON M, HELLMANN R, Les urgences : un symptôme des changements de la société ? Actes du séminaire Chaire santé de Sciences Po, 2014.
- (16) NIKKANEN H-E, Utilisation et place des urgences : une perspective américaine. Department of Emergency Medicine, North Adams Regional Hospital Massachusetts, Actes du séminaire Chaire santé de Sciences Po, 2014.
- (17) RIOU B, Les urgences : une solution et non un problème ! Ann Fr Med Urg 2013, vol.3, N° 3, p.1-2

- (18) BOULARD Boris. Réalisation des gestes techniques en cabinet libéral : Étude des pratiques des médecins généralistes en Haute-Normandie. [Thèse d'exercice] sous la direction d'Yveline Sevrin : Université de Rouen - Faculté de Médecine, 2014.
- (19) PEYRE Eric. Gestes techniques en médecine générale : enquête auprès des maîtres de stage d'Aquitaine et de l'île de la Réunion. [Thèse d'exercice] : Université de Bordeaux 2- Faculté de Médecine, 1993.
- (20) BECKIUS Yves. Actes et gestes techniques réalisés au cabinet de médecine générale. [Thèse d'exercice] : Université de Strasbourg- Faculté de Médecine, 2009.
- (21) BEGOC-KERLOC'H C. Évaluation d'une formation sur les gestes techniques du département universitaire de médecine générale de la faculté de Brest. [Thèse d'exercice] : Université de Brest - Faculté de Médecine, 2011.
- (22) WIGTON Robert S, ALGUIRE Patrick, The declining number of variety of procedures done by general internists : a resurvey of members of the american college of physicians, Annals of Internal Medicine 2007, vol.146, N° 5355, p.360.
- (23) Loi HPST, 2011.
- (24) DIAS Sabrina. État des lieux de la pratique de la gynéco-obstétrique par les médecins généralistes d'Île-de-France. [Thèse d'exercice] : Université de Paris Diderot - Faculté de Médecine, 2010.
- (25) CHESNEAU S. La féminisation de la médecine générale : conséquences et apports. [Thèse d'exercice] : Université de Rennes – Faculté de Médecine, 2004.
- (26) 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 d'exercice] : Université Paris Val-De-Marne - Faculté de Médecine de Créteil, 2008.
- (27) TAMISIER Thomas. Les futurs médecins généralistes pratiqueront-ils les sutures en cabinet de ville ? [Thèse d'exercice] sous la direction de Richard Chocron : Université Paris Descartes - Faculté de Médecine, 2015.
- (28) LECLER Anne-sophie et DISERBO Amandine. Les freins et motivations des médecins généralistes d'Isère et Savoie à la réalisation d'actes techniques cotés par la classification commune des actes médicaux : sutures, petite chirurgie, et gestes de dermatologie : enquête qualitative auprès de médecins généralistes installés. [Thèse d'exercice] : Université Grenoble Alpes - Faculté de Médecine, 2017.
- (29) POISSONNET Charline. Freins à la cotation des actes en médecine générale : étude quantitative auprès de 1201 médecins généralistes des Pays de la Loire. [Thèse d'exercice] sous la direction de Yves Lequeux : Université de Nantes - Faculté de Médecine, 2017.
- (30) CEYSSON C. Obstacles à la suture des plaies en cabinet de médecine générale : enquête qualitative auprès de l'offre et la demande dans le département du Cantal. [Thèse d'exercice] : Université d'Auvergne – Faculté de Médecine de Clermont Ferrand, 2011.
- (31) Actes de CCAM pour les médecins généralistes, nouvelles cotations au 1er novembre 2017, améi.fr
- (32) LOWY A, BRAZIER J, FALL M, THOMAS K, JONES N, WILLIAMS BT. Minor surgery by general practitioners under the 1990 contract : effects on hospital workload. BMJ 1993, vol.14, N° 307, p.413-417.
- (33) MORRISON JM, MURRAY TS. Survey of minor surgery in general practice in the West of Scotland. BJS 1993, vol.80, N° 2, p.202-204.

ANNEXE : questionnaire

Traumatologie et petite chirurgie ambulatoire chez les médecins généralistes en Ile-de-France

*Obligatoire

Description de votre profil

Âge *

Votre réponse _____

Sexe *

- Homme
- Femme

Durée d'exercice *

- < 5 ans
- 5 - 10 ans
- 10-15 ans
- 15 - 20 ans
- > 20 ans

Type de pratique *

- Cabinet libéral en groupe
- Cabinet libéral seul
- Centre médical de santé / maisons de santé
- SOS médecins
- Service d'accueil des urgences
- Maître de Stage Universitaire (MSU)
- Autre : _____

Lieu d'exercice *

- Département 75
- Département 92
- Département 93
- Autre : _____

Formations ou diplômes supplémentaires au cours de la carrière professionnelle ou des études *

- Je n'ai aucune formation supplémentaire
- DU / DIU
- DESC médecine d'urgence
- Capacité de médecine d'urgence
- Séminaires de formation (EPU, OGDPC...)
- Formations médicales continues (FMC)
- Autre : _____

Nombre de consultations en moyenne par jour *

- Moins de 15 par jour
- entre 15 et 30 par jour
- entre 30 et 50 par jour
- plus de 50 par jour

Réalisez-vous : *

	OUI	NON
le drainage d'un abcès ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l'exérèse d'un kyste sébacé ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l'ablation d'un corps étranger intra-auriculaire ou intra-nasal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l'ablation d'un corps étranger des parties molles ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l'évacuation d'une thrombose hémorroïdaire ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l'évacuation d'un hématome sous-unguéal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l'évacuation d'un hématome des parties molles ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l'ablation d'un molluscum ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
des sutures (plan superficiel) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
des sutures (plan profond) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
des sutures sur le visage ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
des sutures sur les membres ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la pose d'agrafe sur certaines plaies adaptées ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
utilisation de colle biologique ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
le drainage d'un abcès de la région périnéale et anale ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l'immobilisation plâtrée ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l'immobilisation par attelle ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la réduction de luxation?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
le tamponnement antérieur si épistaxis ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
les pansements de plaies ou brûlures ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si le geste précédent n'est pas réalisé, vers quelle structure orientez-vous votre patient ? *

	J'ai réalisé le geste	Urgences	Confrère spécialiste	Hôpital/Clinique	Centre médical de santé	Confrère au sein du cabinet
le drainage d'un abcès?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
l'exérèse d'un kyste sébacé ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
l'ablation d'un corps étranger intra-auriculaire ou intra-nasal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
l'ablation d'un corps étranger des parties molles ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
l'évacuation d'une thrombose hémorroïdaire ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
l'évacuation d'un hématome sous-unguéal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
l'évacuation d'un hématome des parties molles ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
l'ablation d'un molluscum ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

Si le geste précédent n'est pas réalisé, vers quelle structure orientez-vous votre patient ? *

	J'ai réalisé le geste	Urgences	Confrère spécialiste	Hôpital/Clinique	Centre médical de santé	Confrère au sein du cabinet
des sutures en plan superficiel ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
des sutures en plan profond ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
des sutures sur le visage ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
des sutures sur les membres ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
la pose d'agrafe sur certaines plaies adaptées ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
utilisation de colle biologique ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

Si le geste précédent n'est pas réalisé, vers quelle structure orientez-vous votre patient ? *

	J'ai réalisé le geste	Urgences	Confrère spécialiste	Hôpital/Clinique	Centre médical de santé	Confrère au sein du cabinet
le drainage d'un abcès de la région périnéale et anale ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
l'immobilisation plâtrée ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
l'immobilisation par attèle ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
la réduction de luxation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
le tamponnement antérieur si épistaxis ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
les pansements de plaies ou brûlures ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

Quels sont les freins à la réalisation de ces gestes ? *

- Je n'aime pas réaliser les gestes techniques en traumatologie et petite chirurgie ambulatoire
- Manque de formation
- Manque de temps
- Rémunération insuffisante
- Manque de pratique
- Risque septique
- Risque médico-légal
- Gestion des déchets
- Gestion du matériel : stérilisation, coût unitaire, matériel jetable...
- Autre : _____

Si vous ne réalisez pas de gestes de traumatologie ou petite chirurgie, que souhaiteriez-vous changer dans votre pratique ? *

- Je ne suis pas intéressé pour changer ma pratique
- Formations médicales continues
- Séminaire ou congrès orienté traumatologie
- Rémunération adaptée aux risques et au temps de consultation
- Accessibilité au matériel adapté
- Autre : _____

Adresse mail facultative (pour recevoir les résultats de l'étude)

Votre réponse _____

RÉSUMÉ

Étude de la réalisation des gestes techniques en traumatologie et de petite chirurgie ambulatoire chez les médecins généralistes à Paris et dans le nord parisien

Introduction : Un geste technique est réalisé dans environ 7,5 % des actes. Il fait partie du quotidien d'un médecin généraliste. L'objectif de cette étude est de comprendre la réalisation des gestes techniques en traumatologie et de petite chirurgie ambulatoire chez les médecins généralistes à Paris et dans le nord parisien.

Matériel et méthodes : étude prospective épidémiologique, descriptive et analytique par questionnaire numérique sur internet réalisée auprès des médecins généralistes sur Paris et le nord parisien de mai 2017 à septembre 2017.

Résultats : 110 médecins inclus : les gestes les plus réalisés par les médecins sont les sutures en plan superficiel (61,8 %) dont visage (48,2 %) et membre (57,3 %) l'évacuation d'un hématome sous-unguéal (60,9 %), l'ablation d'un corps étranger intra-auriculaire ou intranasale (60 %). Les facteurs limitants identifiés sont le sexe féminin, le lieu, la durée d'exercice et la formation.

Les principaux obstacles identifiés étaient le manque de temps (65,5 %), le manque de pratique (54,5 %) et le manque de formation (41,8 %). 40 % des médecins n'ont aucun désir de changer leurs pratiques

Conclusion : Les résultats sont concordants avec la Littérature. Des solutions accessibles permettraient de lutter contre les difficultés organisationnelles du système de soin avec la revalorisation de la technicité en médecine générale et la relance d'un domaine d'activité qui fait partie intégrante des compétences du médecin généraliste.

Mots clés (français) : Médecine générale ; petite chirurgie ; traumatologie

Study of realization in traumatology gestures by the GP's in Paris and the north of Paris

Background: Gestures in traumatology are part of the practice of GP's. The goal of this study is to understand practice in traumatology gestures by GP's in Paris and the north of Paris.

Methods: Prospective epidemiological, descriptive and analytical study by numerical Internet questionnaire conducted among GPs in Paris and the north of Paris during May to September 2017.

Results: 110 answers: the more practiced was superficial stitches (61.8 %) face (48.2 %) and members (57.3 %). Under ungueal hematoma evacuation (60.9 %), intra-ear foreign particle removal or intra-nasal (60 %). Limiting factors identified were female sex, exercise duration and training.

Main obstacles identified were lack of time (65.5 %), lack of practice (54.5 %) and lack of training (41.8 %). 40 % of GP's does not want to change their practice.

Conclusion: Results are in line with the literature. More simple and accessible solutions would allow to better taking into account the organizational difficulties in practice of GP's about minor surgery and traumatology gestures.

Keywords (English) : Gestures, General Practitioner, traumatology, minor surgery

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06