



HAL
open science

Identification des principaux facteurs qui inciteraient à la réalisation des sutures au cabinet de médecine générale

Valentine Lebrun

► **To cite this version:**

Valentine Lebrun. Identification des principaux facteurs qui inciteraient à la réalisation des sutures au cabinet de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02937516

HAL Id: dumas-02937516

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02937516>

Submitted on 14 Sep 2020

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.



UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

ANNÉE 2020

N°2020-69

**IDENTIFICATION DES PRINCIPAUX FACTEURS
QUI INCITERAIENT À LA RÉALISATION DES SUTURES
AU CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE MÉDECINE GÉNÉRALE (DIPLÔME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 03 JUILLET 2020

par

Valentine LEBRUN

née le 25/09/1991 à Metz (57)

PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Richard GOURON

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Jean-Marc REGIMBEAU

Monsieur le Professeur Henri COPIN

Monsieur le Professeur Cyril PAGE

DIRECTEUR : Monsieur le Docteur Hubert FRICOTEAUX

REMERCIEMENTS

A mon président de jury,

Monsieur le Professeur Richard GOURON

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Chef de service de Chirurgie de l'Enfant

(Chirurgie infantile)

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements ainsi que ma gratitude pour vos précieux conseils lors de vos passages aux urgences pédiatriques.

Aux membres de mon jury,

Monsieur le Professeur Jean-Marc REGIMBEAU

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, M.D., PHD

Chef de service de Chirurgie Digestive (Pôle DRIME)

Chef de service de l'Unité Médico-Chirurgicale Ambulatoire (UMCA)

Responsable Unité de Recherche UPJV UR 7518 SSPC (Simplification des Soins des Patients chirurgicaux Complexes)

CHU Amiens-Picardie

Merci de l'intérêt porté à mon travail.

Je suis très honorée que vous ayez accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Soyez assuré de mon sincère respect et de toute ma gratitude.

Monsieur le Professeur Henri COPIN

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Histologie – Embryologie – Cytogénétique

Chef du Service de Médecine et Biologie de la Reproduction et CECOS de Picardie

Pôle « Femme – Couple – Enfant »

Responsable de l'UF de Cytogénétique du Laboratoire de Génétique Constitutionnelle

Pôle « Biologie, Pharmacie et Santé des Populations »

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.

Merci de l'intérêt que vous portez à la médecine générale en participant à ce jury de thèse.

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Cyril PAGE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Oto – Rhino – Laryngologie et Chirurgie de la face et du cou)

Chef du Pôle des 5 Sens

Chef du Service d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et je vous en remercie.

Veillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Hubert FRICOTEAUX

Médecin généraliste à Laon

Je vous remercie de me faire l'honneur de diriger ce travail de thèse.

Merci pour vos précieux conseils, pour le temps que vous y avez consacré et pour votre disponibilité.

Je tiens aussi à vous remercier de m'avoir partagé votre passion pour la médecine générale, de m'avoir initiée à certaines de ses méthodes alternatives et surtout d'avoir été un très bon maître de stage, toujours à l'écoute ; j'ai beaucoup appris à vos côtés.

Je vous exprime toute ma gratitude.

Je tiens à remercier particulièrement,

Monsieur le Docteur Jean-Pierre JOLY

Docteur-ès-Sciences – retraité du CNRS

Je vous remercie pour le temps que vous avez consacré à la relecture et à la correction de ce travail ainsi que votre aide précieuse.

Je tiens également à vous remercier pour vos conseils et encouragements lors de la rédaction via nos très nombreux échanges épistolaires.

Monsieur le Docteur André SMOLARZ

Maître de Conférences HDR – Enseignant chercheur à l'Université des Technologies de Troyes

Merci pour votre précieuse aide dans l'interprétation des statistiques et votre maîtrise du logiciel « R[®] ».

Je dédie ce travail,

A mes parents,

Un grand merci à tous les deux, mes plus grands fans, pour votre soutien indéfectible, merci pour toutes les valeurs que vous m'avez inculquées, pour la chance que vous m'avez donnée de réussir mes études et de réaliser ainsi une partie de mes rêves, je vous en serai éternellement reconnaissante.

Un immense merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, tout simplement.

A Juliette, ma grande sœur, Thomas son mari et leurs enfants Josephine et Theodore,

Merci pour votre soutien et ces petites pauses si rafraichissantes.

A Élise, ma petite sœur,

Merci pour ce lien si unique qui nous unit.

A mon grand-père,

Trop tôt disparu, tu ne pourras pas apprécier ce travail, dont je suis sûre tu aurais été fier.

A ma marraine Corine et son mari Jean-François,

Merci pour toutes les petites attentions dont vous faites preuve à mon égard.

A mes amis :

Camille malgré l'éloignement c'est toujours un plaisir de pouvoir échanger avec toi.

Fanny une superbe rencontre en Picardie, j'espère que notre amitié durera au-delà des kilomètres.

Lulu mon binôme de plongée, *Dédé* et tous les *membres du club de plongée de Compiègne*, merci pour votre accueil à mon arrivée dans la région et pour les superbes plongées faites ensemble, j'espère vous retrouver très vite pour de nouvelles bulles.

Ingrid, Nathalie, Isaure, Pascal, Gautier et tous les rameurs loisirs de Saint-Quentin, pour votre accueil chaleureux et cette fabuleuse entre-aide.

Anne, Anaïs et Adelyne pour tous ces bons moments pendant notre externat nancéen.

A Monsieur le Docteur Jean-François GALL

Merci de m'avoir mise sur la voie, de m'avoir accueillie en tant qu'externe et de m'avoir accordé votre confiance pour mes premiers remplacements. Vous m'avez été à de nombreuses reprises un soutien pour rester sur cette voie.

Aux anciens MSU qui m'ont accueillie : **Docteur MASSOT** et votre implication dans mon projet professionnel, **Docteur DESMET, Docteur TREHOU, Docteur PAPON, Docteur CAUWET**, merci pour tout ce que vous m'avez transmis, j'espère que je serai à la hauteur.

Aux chefs du court séjour gériatriques, d'orthopédie et des urgences de Compiègne, et des urgences pédiatriques du CHU d'Amiens, merci de votre patience et de votre investissement dans ma formation.

Et particulièrement à **Madame le Docteur Pauline DESBUREAUX**, pour ton aide dans ma recherche de sujet de thèse.

Un grand merci à tous mes collègues passés et présents qui égayent mes journées de travail.

Et un grand merci à tous les autres que je n'ai pas cités, mais que je remercie beaucoup d'être venus ou d'avoir fait partie de ces années dont je me souviendrai toujours.

Table des matières

Introduction	11
Matériel et méthode.....	13
1) Présentation de la méthode.....	13
2) Description de l'étude	14
3) Recrutement des experts.....	14
4) Critères d'inclusion et d'exclusion.....	14
5) Période de l'étude.....	16
6) Élaboration des questionnaires.....	16
7) Diffusion des questionnaires	21
8) Analyse des résultats	21
9) Déclaration à la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).....	22
Résultats et discussion sur les données socio-démographiques	23
1) Taux de réponses	23
2) Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon	23
3) Discussion sur les données socio-démographiques.....	26
La ronde Delphi.....	27
1) Résultats du premier tour	27
2) Résultats du deuxième tour	28
3) Synthèse des deux tours Delphi.....	29
4) Analyse détaillée des deux tours Delphi	30
Troisième tour : le groupe nominal	49
1) Résultats	49
2) Discussion sur les résultats du 3 ^{ème} tour.....	50
Forces et faiblesses de cette étude.....	53
1) Les forces	53
2) Les faiblesses.....	54
Conclusion.....	57
Annexes	59
Bibliographie.....	72

Liste des abréviations

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

RAND : Research ANd Development

GN : Groupe Nominal

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

SAU : Service d'Accueil et de traitement des Urgences

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

FMC : Formation Médicale Continue

IPR : Rang InterPercentile

IPRCP : Point Central du Rang InterPercentile

IPRAS : Rang InterPercentile Ajusté pour la Symétrie

DI : Index de Désaccord

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

MEP : Mode d'Exercice Particulier

NPAI : N'habite Pas à l'Adresse Indiquée

MSU : Maître de Stage Universitaire

MEOPA : Mélange Équimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

RCP : Responsabilité Civile Professionnelle

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

AM : Assistants Médicaux

COVID-19 : COronaVirus Disease 2019

N.R. : Non Répondu.

Introduction

Au cours de sa formation (initiale et continue), le médecin généraliste doit acquérir et mettre en œuvre des compétences spécifiques et transversales adaptées à l'exercice de ses missions. Ces compétences lui permettent d'assurer les rôles et les tâches qui lui incombent face aux situations auxquelles il est confronté. Les compétences d'un médecin généraliste sont synthétisées par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) sous la forme d'une « marguerite » déclinant six groupes (1) :

- Premier recours, incertitude, soins non programmés et urgence
- Relation, communication, approche centrée patient
- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient
- Vision globale, complexité
- Éducation en santé, dépistage prévention, santé individuelle et communautaire
- Professionnalisme

Parmi ces six compétences se trouvent les soins de premiers recours, véritable spécificité de la médecine générale. La prise en charge des plaies aiguës ferait donc partie intégrante du champ de compétences du médecin généraliste.

Une suture (du latin *sutura* ou *suere*, coudre) est un acte technique consistant à rétablir la continuité d'un tissu ou d'un organe divisé par une couture et, par extension, au moyen de tout autre procédé (2). Le terme de « suture » désigne également le dispositif médical permettant la réalisation de l'acte. Il s'agit le plus souvent d'un fil monté sur une aiguille courbe, sans chas. Au XIX^{ème} siècle, le fil de suture était le plus souvent du catgut fabriqué à partir de l'intestin grêle d'herbivores qui a l'avantage d'être digéré par les enzymes du corps humain. À partir de 1860, sa stérilisation devient un sujet important aboutissant tout d'abord à l'utilisation de catgut « phénol » puis de catgut « chromé », un matériau qui a la particularité d'être plus résistant. Ce n'est cependant qu'à partir de 1906 qu'un matériel vraiment stérile est proposé à partir d'un traitement à l'iode. Le XX^{ème} siècle voit arriver les premiers fils synthétiques vers 1938 puis les premiers fils synthétiques résorbables vers 1970. À partir des années 1960, des techniques alternatives se répandent comme l'utilisation de colles, d'agrafes ou de bandelettes de sparadrap.

La réalisation des sutures simples était un geste auparavant couramment réalisé au cabinet de médecine générale. Au cours de l'évolution de la profession, on a tout d'abord assisté à un gradient entre les cabinets en milieu rural par rapport au milieu urbain (3), puis ce geste tend à disparaître totalement (4), par un transfert insidieux vers les services d'urgences déjà bondés (5). Toutefois, on observe une évolution progressive de la médecine générale et de la mentalité des patients en ce qui concerne la prise en charge de la traumatologie courante (3).

En 2016, les services d'urgences des établissements de santé français ont recensé 21,2 millions de passages. La Cour des Comptes fait le constat d'une augmentation continue du recours aux services d'urgences hospitalières (+ 3,6 % /an) portant essentiellement sur les passages non suivis d'hospitalisation, faute notamment de réponse suffisante de la part de la médecine de ville (6).

Dans le contexte actuel de crise aux urgences et dans le cadre du plan « *Ma santé 2022* » annoncé par les pouvoirs publics, plusieurs leviers devraient être actionnés pour réaliser un véritable virage ambulatoire. La petite traumatologie constituerait alors l'un des principaux motifs de prise en charge sous réserve de disposer des compétences médicales et du petit matériel nécessaires.

Toutefois, l'articulation entre la ville et l'hôpital est délicate, notamment en raison de l'insuffisance de l'offre de soins non programmés en médecine de ville (6,7).

Plusieurs études présentent un état des lieux des pratiques actuelles et des principaux freins (7–9) à la réalisation des sutures au cabinet de médecine générale.

L'objectif du présent travail est de mettre en évidence les principaux facteurs qui favoriseraient la réalisation des sutures au cabinet de médecine générale et pourraient ainsi inverser la tendance en replaçant le médecin généraliste au cœur de ces prises en charge.

Pour répondre à cette problématique, nous avons choisi comme technique d'élaboration de consensus la méthode Delphi à deux tours, complétée par un groupe nominal (10–12).

Matériel et méthode

1) Présentation de la méthode

Quatre méthodes de consensus sont classiquement décrites dans la littérature : Delphi, groupe nominal, RAND/UCLA *Appropriateness Method* et conférence de consensus (13).

Les méthodes de consensus sont définies comme une manière de synthétiser l'information et de confronter des avis contradictoires, dans le but de définir le degré d'accord au sein d'un groupe d'individus sélectionnés : les experts.

A. La ronde Delphi

L'origine du nom de la procédure Delphi (12) remonte à l'Antiquité grecque, évoquant le mode d'interprétation et de prévision de l'oracle de Delphes. La méthode a été développée aux États-Unis après la seconde guerre mondiale par la fondation RAND Corporation (*Research AND Development*) à des fins de prévision technologique, principalement dans le domaine militaire (estimation des cibles nucléaires potentielles) puis dans le domaine technologique et socio-économique. Elle est largement utilisée dans le domaine de la santé depuis la fin des années 1970, initialement dans le cadre de la recherche en soins infirmiers (14,15). A l'heure actuelle, il n'existe pas de modèle unique sur l'utilisation de cette technique (11,15–17).

L'objectif de la méthode Delphi est d'obtenir un avis final, unique et convergent du groupe. Elle est fondée sur l'hypothèse que les jugements de groupes sont plus fiables que les jugements individuels.

B. Le groupe nominal (GN)

Cette technique permet de classer, prioriser et hiérarchiser des questions, des propositions ou des actions à réaliser. Elle peut servir à la fois à produire de la connaissance (mode exploratoire) et à formaliser un consensus.

Elle a été introduite dans le champ de la santé publique au début des années 1970 comme un processus pilote destiné à préparer des enquêtes plus traditionnelles à partir de questionnaires ou d'entretiens (13).

Pour le traitement des données, deux classements peuvent être établis. Le principal résulte du nombre de points attribués aux propositions, correspondant à la priorité. Un classement secondaire peut être établi selon le nombre de votes exprimés pour chaque proposition, représentant la popularité. Ces deux classements sont ou non superposables et il peut être intéressant d'analyser les éventuelles différences (priorité forte mais soutenue par une minorité de votants par exemple).

2) Description de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative de consensus de type ronde Delphi à deux tours avec l'utilisation d'échelles de Likert de 1 à 7, complétée par un groupe nominal au 3^{ème} tour.

Pour les deux rondes Delphi, chaque participant avait pour consigne de signifier son degré d'accord avec les propositions, à l'aide d'une échelle de Likert (17), par une note comprise entre 1 (« pas du tout d'accord ») et 7 (« tout à fait d'accord »). Lors du premier tour uniquement, pour toute note comprise entre 3 et 5, il était proposé à chaque participant de justifier sa réponse (ce n'était pas obligatoire afin de ne pas biaiser la réponse).

3) Recrutement des experts

A. Nombre de sujets nécessaires

Dans la littérature, il n'existe pas de critère universellement accepté pour la sélection des experts et il n'a pas été mis en évidence de directives sur le nombre minimum ou maximum d'experts devant constituer le panel (14–16). Selon les études, cette valeur peut varier de 4 à plus de 100 experts. Cependant, on retrouve régulièrement la valeur seuil d'un minimum de 12 experts.

Compte-tenu de ces données et du risque important de « perdu de vue », il a été décidé a priori d'avoir un minimum de 60 réponses au premier tour pour garder une signification suffisante jusqu'à la fin de l'étude.

B. Échantillonnage

Une base de données regroupant l'ensemble des médecins généralistes installés dans la région des Hauts-de-France a été constituée, à partir de l'annuaire en ligne du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (18) et d'un annuaire en ligne (19).

Puis, un tirage au sort stratifié sur le département d'installation a été réalisé.

4) Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste en activité, thésé et installé dans les Hauts-de-France.

Les critères d'exclusion étaient : une installation hors des Hauts-de-France, une pratique autre que la médecine générale, un mode d'exercice particulier exclusif, être retraité sans activité de soins, présenter un handicap empêchant de suturer (importante baisse de l'acuité visuelle, tremblements, etc.).

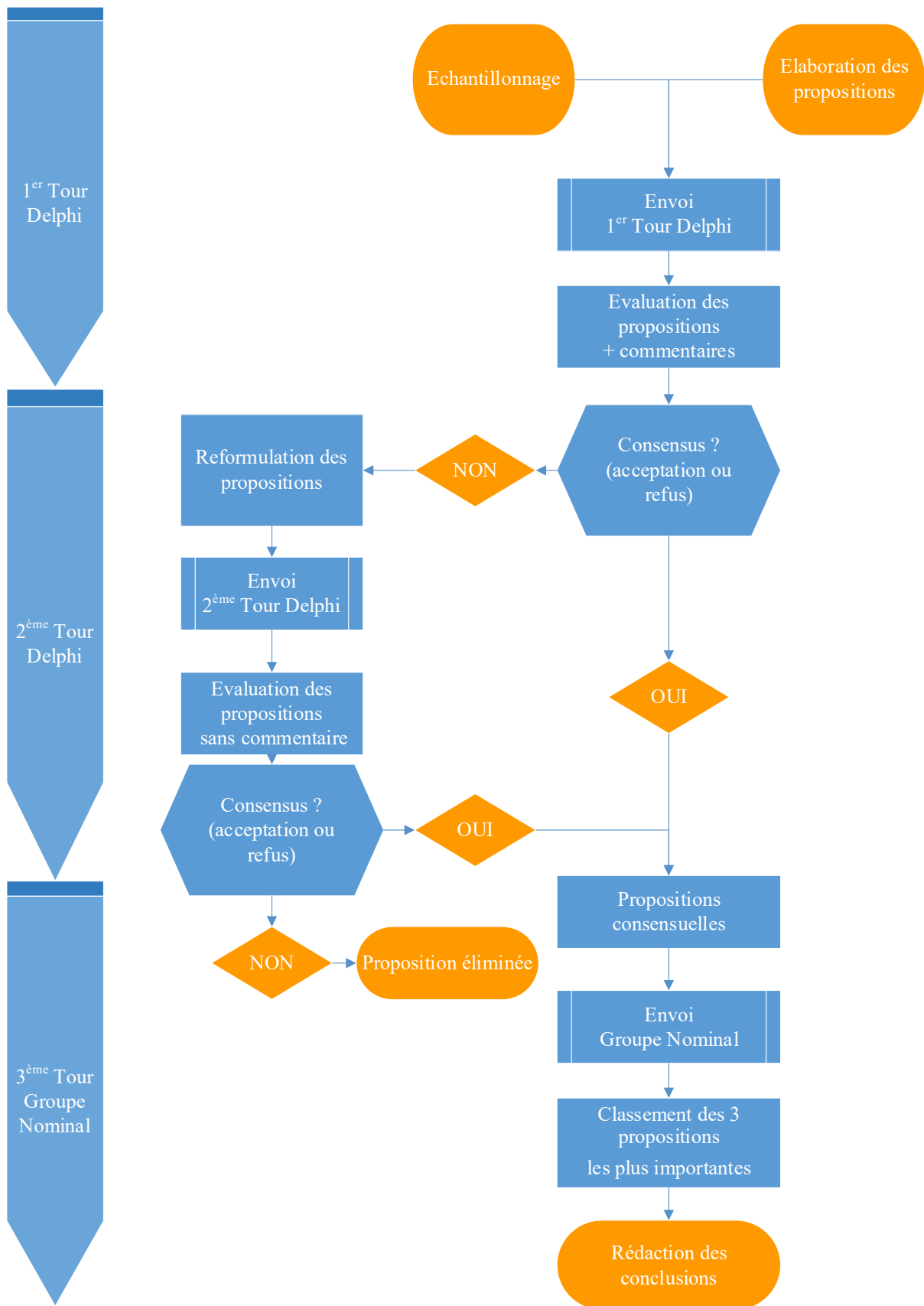


Figure n°1. Diagramme de flux récapitulatif de la méthodologie

5) Période de l'étude

La collecte des réponses s'est faite essentiellement par courrier ou via la plateforme de questionnaires en ligne Evalandgo® (20).

Les questionnaires du premier tour ont été envoyés le 14/11/2019 sans limite de date de retour fixée, jusqu'à atteindre un total de 60 questionnaires complétés (quota fixé a priori).

Pour le deuxième tour, les questionnaires ont été envoyés le 28/01/2020 avec une date de retour autorisé jusqu'au 22/02/2020.

Enfin, pour le groupe nominal, les questionnaires ont été adressés le 04/03/2020 avec une date de retour possible jusqu'au 25/03/2020.

6) Élaboration des questionnaires

Une revue de la littérature a été effectuée, via la base de données PubMed® et le moteur de recherche Google® Scholar, pour identifier les freins potentiels à la pratique des sutures au cabinet de médecine générale et éventuellement les solutions proposées. Quatre travaux de thèse (8–10,21) ont été retenus pour lister les principales limites à la réalisation des sutures et les améliorations proposées. Lorsqu'aucune amélioration n'a été retrouvée dans la littérature, de nouvelles propositions ont été émises après concertation avec mon directeur de thèse.

Les 18 propositions retenues sont présentées dans le tableau n°1, numérotées de A à R, avec la correspondance aux propositions issues de la littérature qui ont retenues notre attention.

Le premier questionnaire comportait 11 questions générales pour connaître les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon étudié et la pratique de sutures ou non, ainsi que 18 propositions à évaluer, issues de cette revue de la littérature.

Daviau S. 2008 (9)	Coowar B. 2012 (10)	Delclitte T. 2012 (21)	Tamisier T. 2015 (8)	Propositions du présent travail
RECRUTEMENT DES PATIENTS				
Faible demande (≈ 40%) : Offre de soins très abondante (hôpitaux, clinique)	Proximité d'un service d'urgence (1)	Consultations au SAU (7 – 8,8%) Absence de demandes de la part de la patientèle	Absence ou demandes insuffisantes des patients (1 – 66,4%)	A. La réalisation d'une campagne d'information auprès des patients sur la possibilité d'être suturé par leur médecin généraliste, permettrait d'augmenter le nombre de demandes (affiches au cabinet, campagne radio, TV ...)
Offre de soins très abondante [...] souvent sans bourse délier				B. Certains patients déclarent se rendre aux urgences pour la « gratuité » des soins. La pratique systématique du tiers-payant pour ce type de geste (comme lors des gardes) inciterait à la réalisation des sutures au cabinet
ASPECTS FINANCIER ET MEDICO-LEGAL				
La crainte des conséquences médico- légales peut être atténuée par une meilleure formation, concernant notamment ce que le généraliste peut gérer et sur ce qu'il doit éviter [...]	Craintes des conséquences médico- légales (6)	Asepsie-anesthésie (4 – 18,1%) Crainte des effets indésirables des anesthésiques locaux	Crainte des conséquences médico- légales (7)	C. Une meilleure formation sur la connaissance des effets secondaires possibles de l'anesthésie locale favoriserait la réalisation des sutures au cabinet
		Rémunération (8 – 8,8%) Complexe à mettre en œuvre au regard du temps passé		D. La clarification et la simplification de la cotation CCAM
La rémunération insuffisante de l'acte.		Rémunération (8 – 8,8%) Cotation peu rémunératrice	Acte pas assez rémunérateur (3 – 38,9%)	E. La revalorisation de l'acte de suture

Daviau S. 2008 (9)	Coowar B. 2012 (10)	Delclitte T. 2012 (21)	Tamisier T. 2015 (8)	Propositions du présent travail
Amélioration de la rémunération, prenant en considération le coût du matériel et le temps passé.		Rémunération [insuffisante] au regard du coût du matériel (8 – 8,8%) + conditions d'exercice inadaptées (13,2%)		F. Le remboursement des kits de sutures et du fil pour le patient, permettrait de diminuer le coût de ce geste
	Absence de matériel disponible au cabinet (3) Matériels couteux (4)	Conditions d'exercice inadaptées (5 – 13,2%) Le matériel utilisé, à usage unique et la nécessité de le renouveler si date de péremption dépassée, en l'absence de geste de suture	Matériel non disponible au cabinet (4 – 38,4%)	G. La mise à disposition par la sécurité sociale d'un kit de suture stérilisable (au même titre que le tensiomètre lors de la première installation)
	Cotisation à l'assurance professionnelle plus chère (8)			H. L'inclusion de ce geste technique dans tous les contrats d'assurance professionnelle en responsabilité civile, sans majoration de la cotisation
ENVIRONNEMENT TECHNIQUE ET TEMPOREL				
Ce geste prend trop de temps (≈ 40%)		Le temps (1 – 51,5%) Difficulté de prendre en charge des urgences quand la salle d'attente est pleine	Temps trop important du geste (2 – 63,8%)	I. La présence d'un interne en stage (niveau 1 ou 2), au moment de la demande du geste de suture, faciliterait la gestion de l'emploi du temps
<i>Les regroupements en maison de sante pluri-professionnelles (MSP)</i>				
Ce geste prend trop de temps (≈ 40%)	Acte prenant trop de temps et pratiqué hors RDV et en urgence (2)	Le temps (1 – 51,5%) Difficulté de prendre en charge des urgences quand la salle d'attente est pleine		J. Faciliteraient la réalisation des sutures au cabinet, par une plus grande souplesse dans l'emploi du temps et la gestion de l'urgence

Daviau S. 2008 (9)	Coowar B. 2012 (10)	Delclitte T. 2012 (21)	Tamisier T. 2015 (8)	Propositions du présent travail
	Problèmes septiques (3)	Locaux ou conditions d'exercice inadaptées (5 – 13,2%) Absence de salle supplémentaire dédiée pour la prise en charge des consultations d'urgence		K. Avec une pièce dédiée à la réalisation des gestes techniques (stockage du matériel au même endroit, gestion des déchets, geste parfois salissant ...)
			Absence d'aide ou d'assistance (8)	L. Avec la présence d'autres professionnels (infirmières, kinés, secrétaires, ...) ou d'un confrère (médecin ou étudiant) pour venir en aide en cas de besoin
<i>Le déploiement des assistants médicaux</i>				
		Le temps (1 – 51,5%) Geste trop chronophage Locaux ou conditions d'exercice inadaptées (5 – 13,2%)	Temps trop important du geste (2 – 63,8%)	M. Faciliterait la réalisation des sutures au cabinet, en gérant tout le côté administratif (déclaration en accident de travail, préparation des ordonnances, aide à la confection des pansements...)
		Difficulté de réaliser une suture sans aide pour la préparation et l'installation du malade	Absence d'aide ou d'assistance (8)	N. En pouvant installer le patient, lui faire laver sa plaie à l'eau et au savon, préparer le matériel ...
		Enfant (3 – 32,8%) Difficulté de garder un enfant immobile sans aide	Absence d'aide ou d'assistance (8)	O. En pouvant aider à la réalisation du geste : tenir un enfant, rassurer un patient, ouvrir le pansement ...
			Temps trop important du geste (2 – 63,8%)	P. En gérant « l'après geste », reconditionnement et stérilisation du matériel, gestion des stocks, nettoyage de la salle de soins ...

Daviau S. 2008 (9)	Coowar B. 2012 (10)	Delclitte T. 2012 (21)	Tamisier T. 2015 (8)	Propositions du présent travail
FORMATION				
La crainte des conséquences médico-légales peut être atténuée par une meilleure formation, concernant notamment ce que le généraliste peut gérer et sur ce qu'il doit éviter en fonction de la localisation etc. Mettre en place un module de formation continue sur les sutures	Manque de pratique et de formation (7)		Manque de formation (8)	Q. L'organisation régulière de FMC avec la réalisation de sutures simples et complexes
S'assurer d'une bonne formation universitaire, en intégrant le geste, comme il est fait dans certaines facultés, à la liste des actes techniques éligibles et dont la formation est contrôlée par les enseignants				R. S'assurer d'une formation universitaire suffisante, intégrant le geste à la liste des actes techniques exigibles et dont la formation est contrôlée par les enseignants (car il n'est pas certain que même après un stage aux urgences, le geste soit maîtrisé)

Tableau n°1 – Élaboration des 18 propositions du 1^{er} tour de la ronde Delphi, à partir d'une revue de la littérature.

Entre parenthèses : la position dans le classement du travail de thèse si disponible et/ou le pourcentage.

SAU = Service d'Accueil et de traitement des Urgences, CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux ; FMC = Formation médicale continue

7) Diffusion des questionnaires

Les questionnaires ont été envoyés :

- Lors du premier tour, par voie postale, avec la possibilité de répondre en ligne (via un QR-code) ou de renvoyer le questionnaire papier,
- Lors du deuxième tour, par voie postale avec uniquement la possibilité de répondre sur le formulaire papier,
- Pour le groupe nominal, par courriel, pour tous les participants ayant communiqué leurs adresses mail, à défaut par voie postale.

Tous les envois postaux étaient accompagnés d'une enveloppe affranchie pour le retour, pour maximiser le taux de réponses.

8) Analyse des résultats

Les résultats sont présentés dans les tableaux en annexe, pages 59 à 61.

Les logiciels : « Microsoft® Office 2019 » et « R® » ont été utilisés.

Concernant la validation du consensus, il n'existe pas de critère unanime quant au seuil à atteindre pour valider celui-ci. Suivant les études, le taux varie entre 51 et 80% (15,20). Le consensus a été défini selon deux techniques complémentaires.

Tout d'abord, la technique décrite dans le manuel « *The RAND/UCLA Appropriateness Method Users's Manual* » (22) a été choisie. Cette technique, utilisée pour l'interprétation des résultats des techniques RAND/UCLA, peut être transposée à l'interprétation des résultats obtenus pour la ronde Delphi (23).

Elle propose de définir les consensus, en fonction de la valeur de la médiane et du calcul de l'index de désaccord (DI), selon ces standards :

Consensus d'acceptation	Score médian ≥ 6 Et DI $< 1,00$
Consensus de rejet	Score médian ≤ 2 Et DI $< 1,00$
Réponse incertaine	Score médian > 2 et < 6
Désaccord entre les experts	DI $\geq 1,00$

Calcul de l'Index de Désaccord (DI)

Les valeurs des bornes et du calcul ont été modifiées pour correspondre à une échelle de Likert à sept propositions et non neuf, comme initialement décrit (22,23).

- Limite Inférieure IPR = 2/7^o centile de la série de scores
- Limite Supérieure IPR = 5/7^o centile de la série de scores
- IPR (Rang Interpercentile) = (Limite Supérieure IPR) – (Limite Inférieure IPR)
- IPRCP = moyenne de la Limite Supérieure IPR et de la Limite Inférieure IPR
(Point Central du Rang Interpercentile)
- Index d'Asymétrie = 4 – IPRCP
- IPRAS = 2,35 + (1,5 X Index d'Asymétrie)
(Rang Interpercentile Ajusté pour la Symétrie)
- Index de Désaccord (DI) = IPR/IPRAS

IPR : Rang Interpercentile

Devant la modification de l'échelle de Likert, nous avons souhaité confirmer ces résultats à l'aide d'un test des rangs signés de Wilcoxon. Les hypothèses étaient les suivantes :

H_0 : médiane = 5 ; H_1 : médiane > 5. H_1 est acceptée pour toute $p_valeur \leq 0,05$.

Pour qu'une proposition soit considérée comme consensuelle, il fallait donc qu'elle réponde à l'ensemble des trois critères décrits ci-dessus, c'est-à-dire :

- Médiane ≥ 6 ;
- DI < 1,00 et
- p_valeur du test des rangs signés de Wilcoxon $\leq 0,05$.

9) Déclaration à la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)

La quasi-totalité des formalités déclaratives auprès de la CNIL est supprimée depuis l'entrée en application du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) du 25 mai 2018.

Celui-ci recommande de se concentrer sur le respect des obligations de fond : finalité, pertinence, durée de conservation, droits des personnes, sécurité, documentation (24).

Tous les documents ont été systématiquement « anonymisés » et l'ensemble des fichiers contenant les adresses mails des répondants a été détruit après leur avoir envoyé les résultats de ce travail.

Résultats et discussion sur les données socio-démographiques

1) Taux de réponses

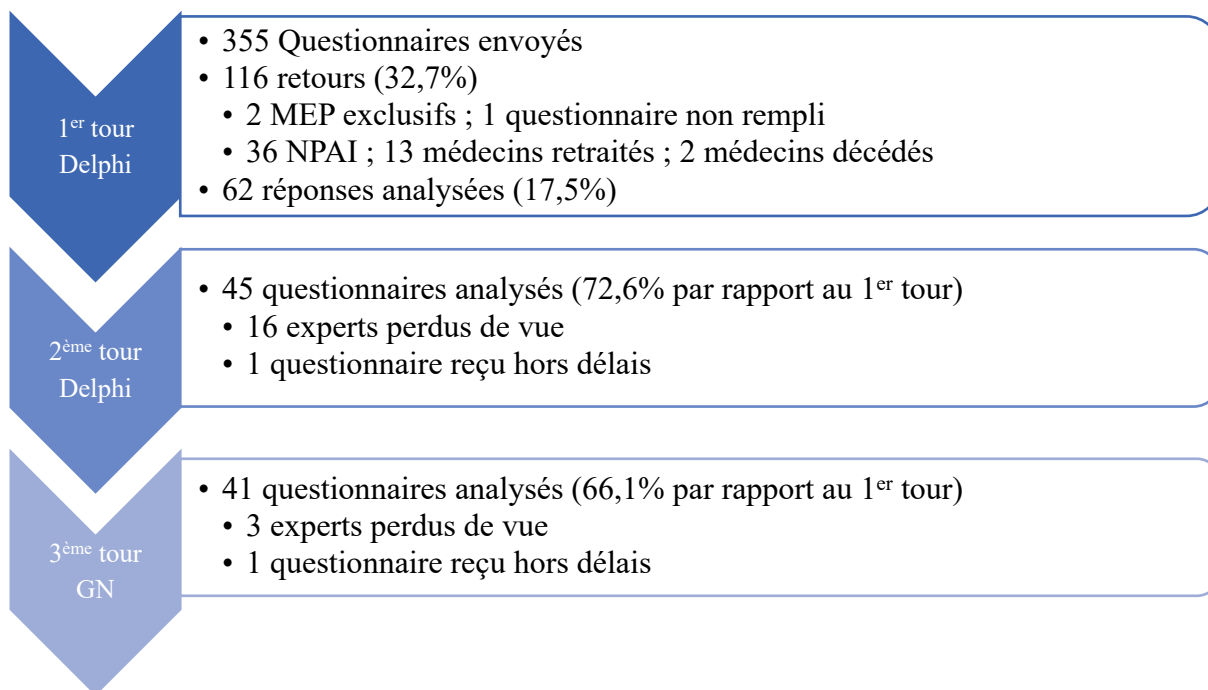


Figure n°2. Diagramme de flux des experts

MEP : Mode d'Exercice Particulier ; NPAI : N'habite Pas à l'Adresse Indiquée.

2) Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

L'échantillon constitué au premier tour peut être jugé représentatif de la population des médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France (25) en ce qui concerne leur âge ($p=0,564$), leur sexe ($p=0,277$) ainsi que leur département d'exercice ($p=0,486$).

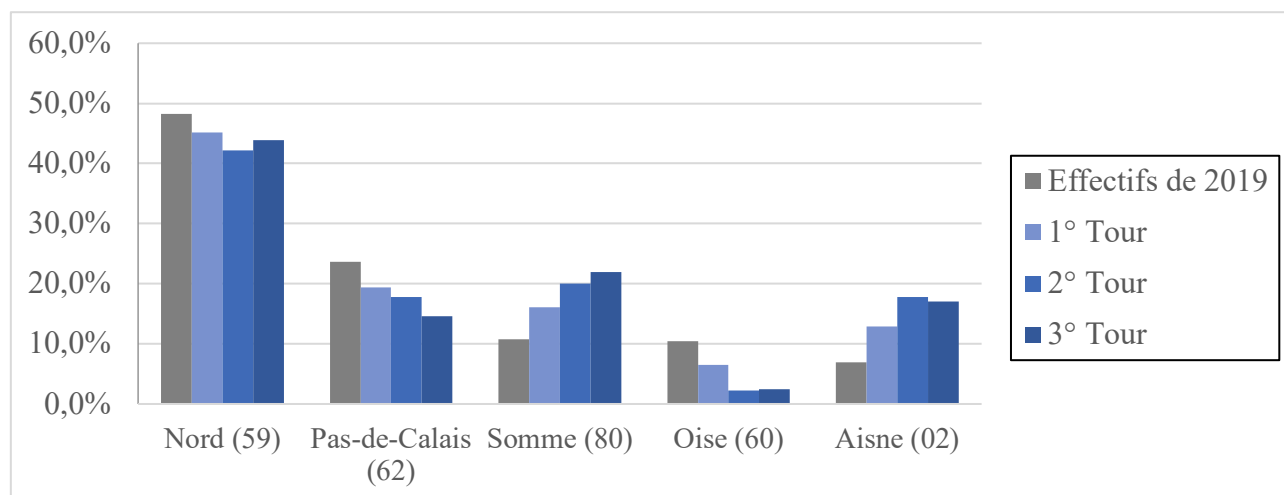


Figure n°3. Diagramme en barre. Proportion des médecins de l'échantillon en fonction de leur département d'installation et des différents tours.

A. Âge

La moyenne d'âge de notre échantillon est de 51,7 ans avec un minimum de 26 ans et un maximum de 72 ans.

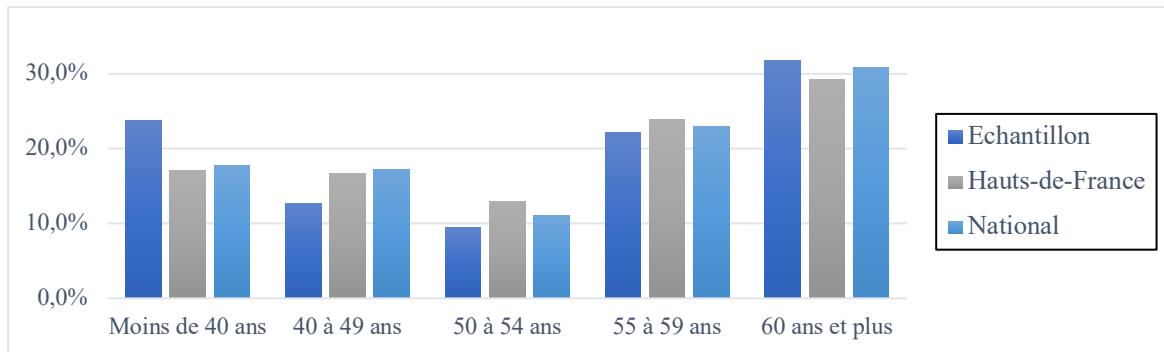


Figure n°4. Répartition par tranche d'âge

Les hommes de moins de 55 ans semblent suturer plus que leurs aînés ($p=0,0293$).

B. Sexe

Quarante-et-un hommes (66,1 %) composent cet échantillon, soit un sex-ratio de 1,95.

Le sexe des généralistes ne semble donc pas avoir d'incidence sur la pratique des sutures ($p=0,1303$).

C. Nombre d'années de pratique

La moyenne de l'ancienneté de l'échantillon est de 22,6 ans avec un minimum d'aucune ancienneté et un maximum de 42 ans.

On observe une homogénéité dans les proportions de médecins qui suturent quel que soit leur nombre d'années de pratique ($p=0,1303$).

D. Zone d'activité

Il n'y a pas de différence significative sur la pratique des sutures, quelle que soit la zone d'activité (urbaine, semi-urbaine ou rurale).

E. Type d'installation

Les médecins installés en cabinet de groupe suturent autant que ceux exerçant seuls ($p=0,574$).

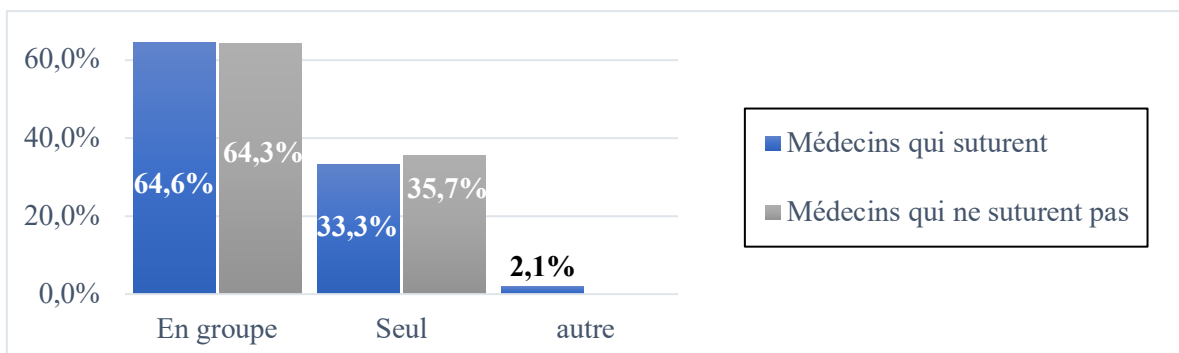


Figure n°5. Réalisation de sutures en fonction du type d'installation

Le nombre d'associés ne semble pas avoir d'incidence non plus sur la réalisation des sutures (pour trois associés, $p=0,6354$).

F. Maître de Stage Universitaire (MSU)

Les MSU semblent suturer autant que leurs confrères qui ne le sont pas ($p=0,4651$).

G. Eloignement

Plus l'éloignement avec un service d'urgence augmente, plus la proportion de médecins qui suturent augmente.

Il apparaît une différence significative à partir de neuf kilomètres pour la réalisation des sutures ($p=0,0142$).

Aucun médecin installé à plus de vingt kilomètres a répondu : ne pas suturer !

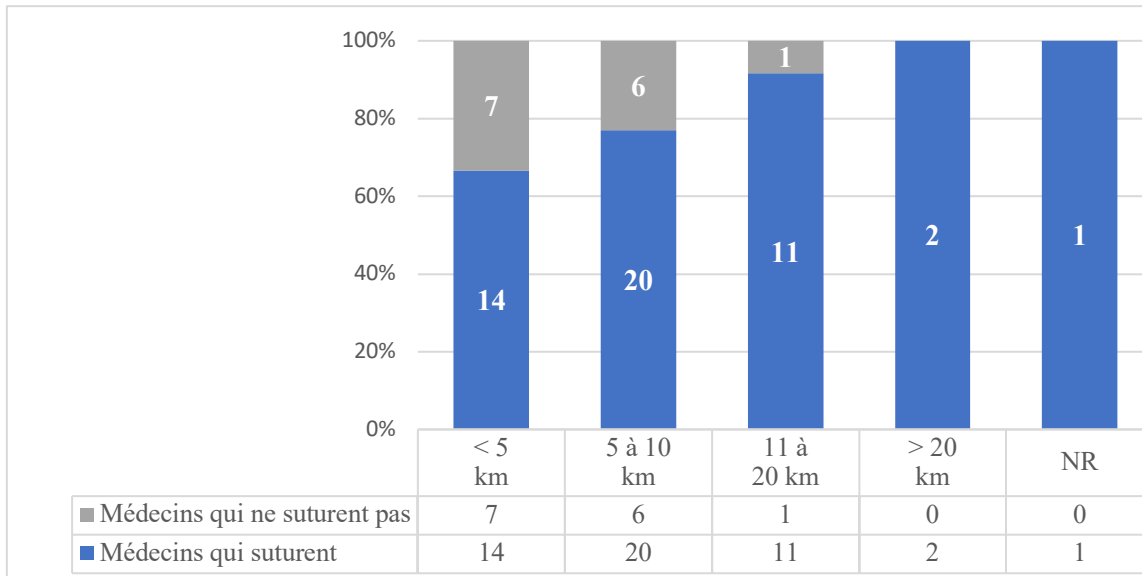


Figure n°6. Répartition en fonction de l'éloignement d'un service d'urgence

H. Réalisation des sutures

Quarante-huit médecins de l'échantillon (77,4%) ont répondu suturer.

Trente-cinq d'entre eux (73%) suturent au moins une fois tous les six mois ou plus.

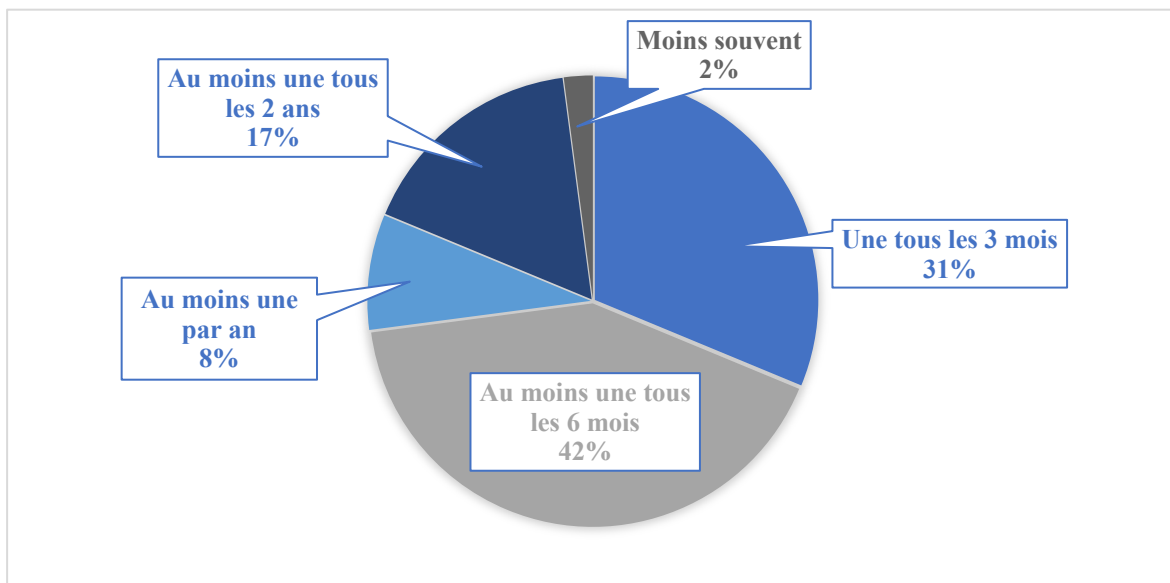


Figure n°7. Fréquence de la réalisation des sutures

3) Discussion sur les données socio-démographiques

Les données socio-démographiques ont été complétées à plus de 95 % lors du premier tour, ce qui nous a notamment permis de vérifier que l'échantillon obtenu était représentatif de la population étudiée.

La tendance observée par Petitprez dans son travail (26), concernant un déclin du taux de prise en charge avec l'âge, semble se confirmer. En effet, nous notons que les hommes de moins de 55 ans suturent plus que leurs aînés ($p=0,0293$) (l'échantillon a manqué de « puissance » pour le mettre en évidence chez les femmes). Cela marque un véritable changement de tendance car les travaux précédents associaient plutôt sutures et médecins âgés (3,9) !

Au niveau national (et aussi régional), la féminisation des médecins généralistes est prépondérante chez les jeunes praticiens (27,28), ce que nous avons également retrouvé dans notre échantillon.

Nous ne mettons pas en évidence de différence significative dans la pratique des sutures en fonction de la zone d'activité (urbaine, semi-urbaine ou rurale). Toutefois, ces résultats sont à nuancer avec le critère d'éloignement d'un service d'accueil des urgences (à partir de 9 kilomètres) qui induit lui une différence significative ($p=0,0142$). Est-ce un manque de puissance (effectif faible, cet échantillon a été dimensionné pour la ronde Delphi et non pour une analyse détaillée des données socio-démographiques) du présent travail ou bien une tendance à venir dans la pratique médicale ?

Les maisons de santé pluriprofessionnelles et le travail en cabinet de groupe semblent répondre aux aspirations des professionnels de santé qui préfèrent aujourd'hui l'exercice en groupe (27,29). Cependant, dans notre échantillon, ce mode d'installation n'a pas montré de réelle incidence sur la pratique des sutures, tout comme le nombre d'associés.

Le nombre d'années de pratique et le statut de MSU ne semble pas avoir, non plus, d'incidence sur la pratique des sutures (respectivement $p=0,1303$ et $p=0,4651$) ...

Enfin, comme la plupart des travaux sur ce sujet, le taux de réalisation des sutures est vraisemblablement surestimé puisqu'une grande partie des généralistes interrogés n'a pas donné suite, soit par désintérêt pour le sujet, soit parce qu'ils ne réalisent pas (ou plus) de sutures au cabinet.

La ronde Delphi

1) Résultats du premier tour

En résumé de l'analyse du premier tour de la ronde Delphi :

- Cinq propositions sur les dix-huit soumises ont été validées d'emblée ; celles-ci n'ont donc pas été soumises au deuxième tour ;
- La proposition **O** répondait aux critères de validité statistique mais devant les commentaires divergents, elle a été soumise au deuxième tour après avoir été scindée en trois propositions différentes : [Le déploiement des AM faciliterait la réalisation des sutures] en pouvant aider à la réalisation du geste : tenir un enfant, rassurer un patient, ouvrir le pansement ...
- Aucune proposition n'a été formellement rejetée.
- Pour les douze propositions restantes, certaines ont été reformulées à l'aide des différents commentaires ou divisées en plusieurs propositions ;
- Une seule proposition a été soumise sans modification ;
- Enfin, deux nouvelles propositions issues des suggestions ont été ajoutées.

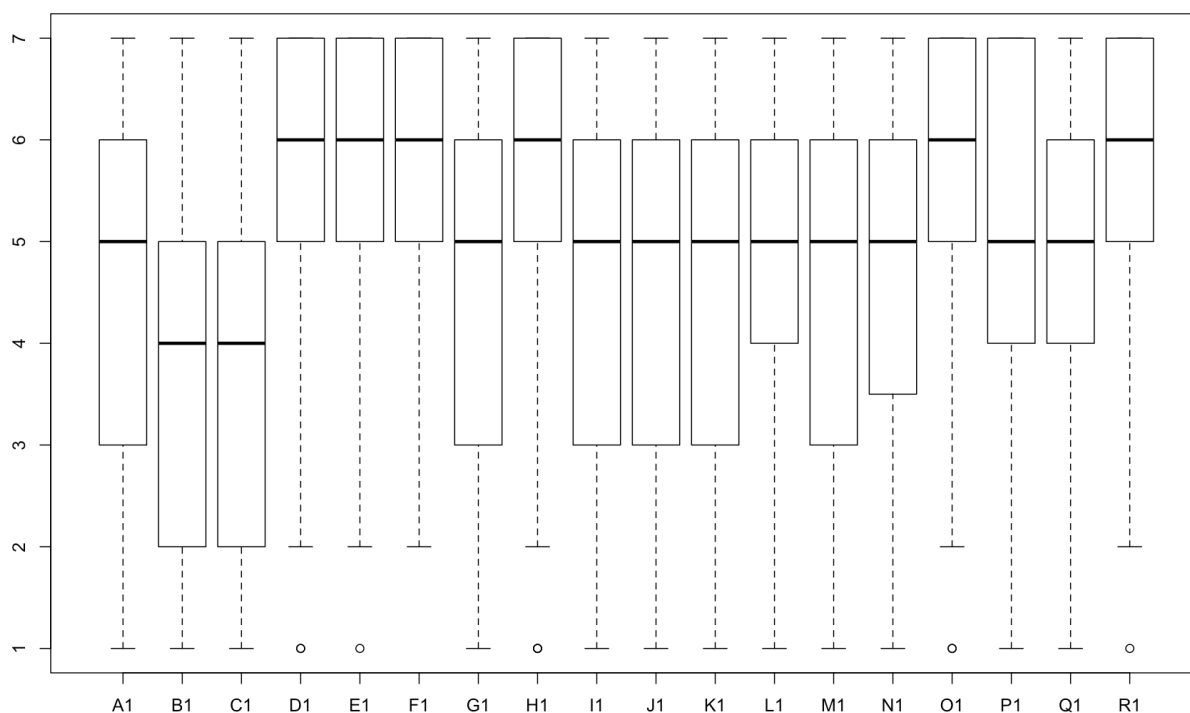
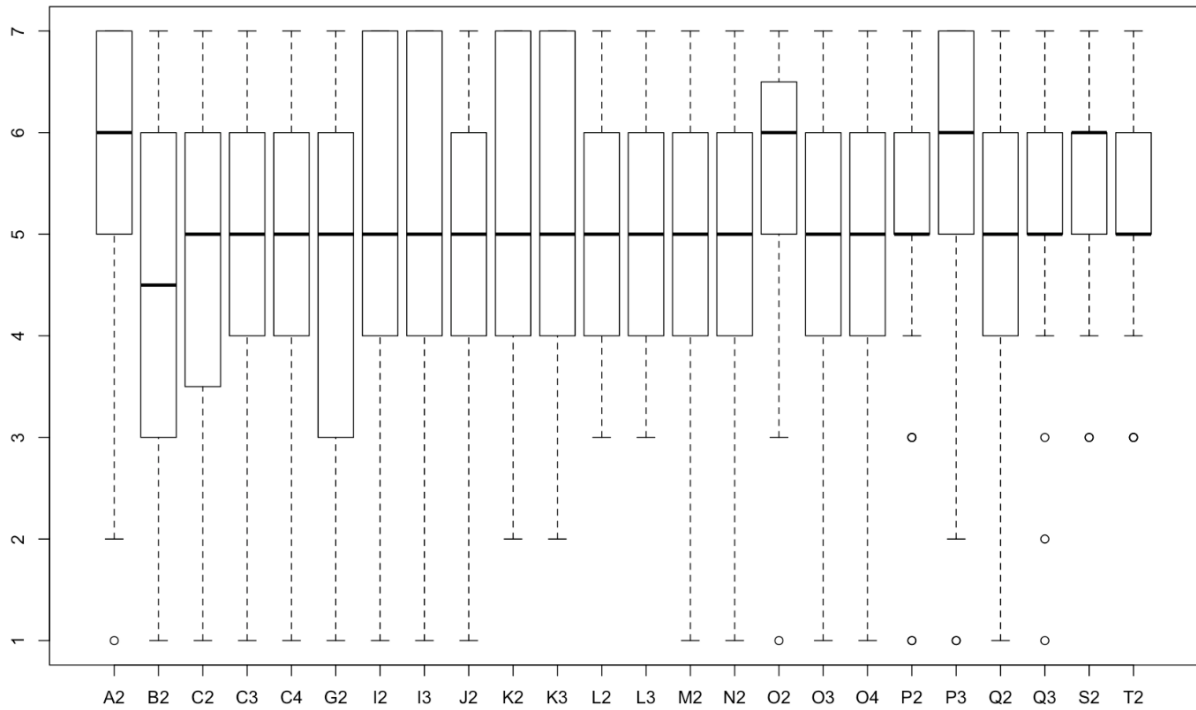


Figure n°8. Représentation dite « Boîte à moustaches »
de la distribution des réponses par question au 1^{er} tour

2) Résultats du deuxième tour

Lors du deuxième tour de la ronde Delphi, vingt-quatre propositions ont été soumises, ce qui a permis d'obtenir :

- Quatre propositions supplémentaires validées ;
- Aucune proposition rejetée.



*Figure n°9. Représentation dite « Boîte à moustaches »
de la distribution des réponses par question au 2^{ème} tour*

3) Synthèse des deux tours Delphi

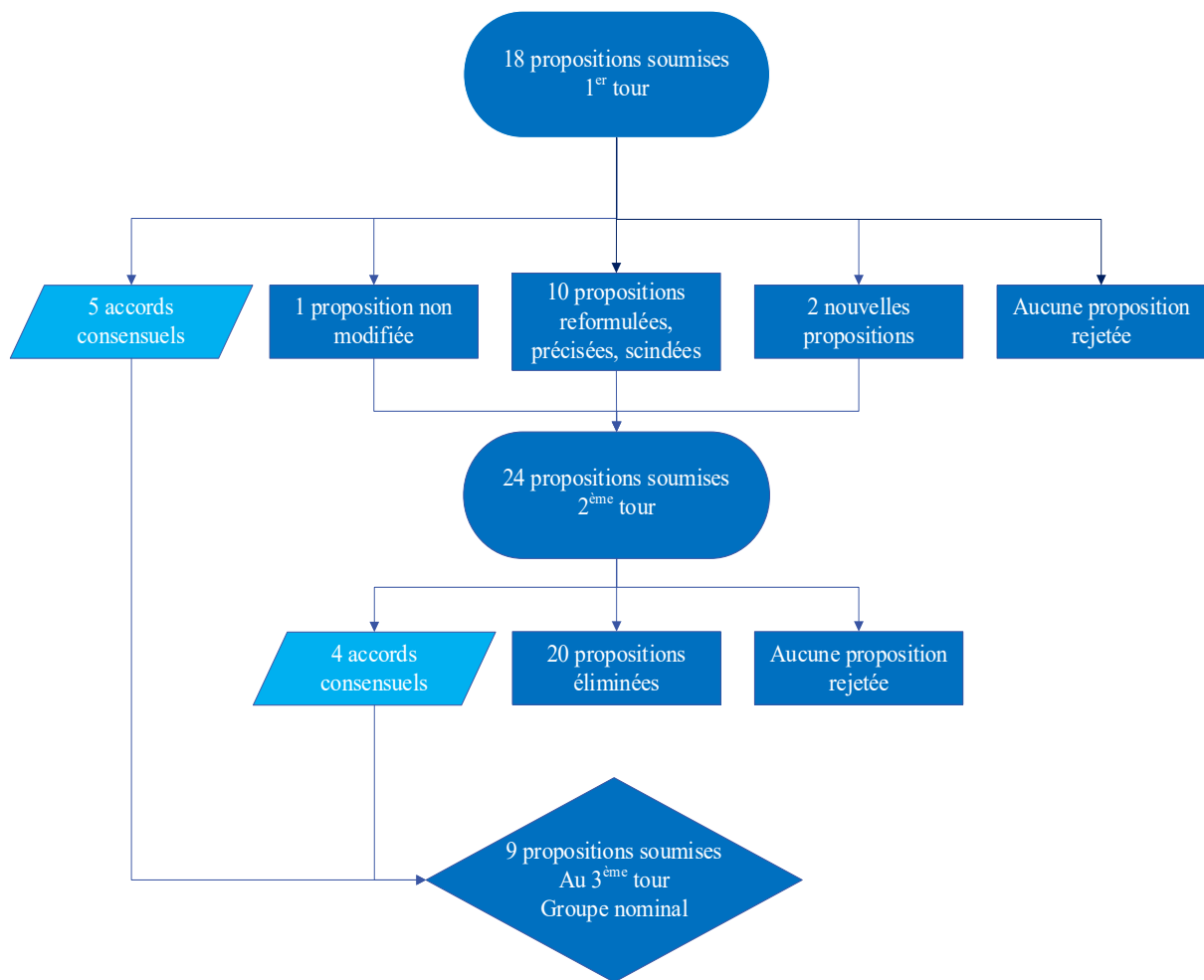


Figure n°10. Organigramme de synthèse des deux tours Delphi.

Ainsi, au cours des premier et deuxième tours, neuf propositions ont été retenues comme étant consensuelles par le groupe d'experts.

4) Analyse détaillée des deux tours Delphi

Les travaux antérieurs ont permis d'identifier les principaux obstacles (à la réalisation de sutures au cabinet) tels que le manque de demandes de la patientèle et le temps trop long de l'acte, mais aussi l'insuffisance ou la perte des compétences techniques, la rémunération trop faible, les craintes médico-légales, l'absence d'aide ou le manque d'intérêt déclaré par les médecins généralistes (9).

Ces travaux retrouvaient également un gradient de pratique décroissant en raison de la proximité du cabinet de médecine générale d'un service d'urgence (3), ainsi qu'en fonction de la pratique en milieu urbain ou rural (30).

Nous allons maintenant tenter, à partir des résultats obtenus dans le présent travail, d'établir des conclusions et de fournir des pistes d'incitation à la réalisation des sutures en cabinet de médecine générale.

Nous tenterons par ailleurs de les hiérarchiser afin de cibler les propositions prioritaires dans la mise en place.

1. Recrutement des patients

Plusieurs travaux (3,9,10,21) évoquent l'absence ou la demande insuffisante des patients comme une des principales explications au faible taux de sutures réalisées en cabinet. Cela présente plusieurs conséquences.

Tout d'abord, comme le rapporte Daviau (9), l'émoussement des compétences est directement lié à une moindre pratique et une moindre fréquence des sutures.

Ensuite, même si la suture n'est pas un geste pratiqué de façon régulière, le médecin doit pour la proposer pouvoir disposer d'un matériel pour lequel il ne peut pas prévoir les quantités (kits stériles et différents types de fil notamment) et dont il faut gérer les péremptions, ce qui nécessite un renouvellement même si aucune suture n'a été pratiquée.

Deux propositions ont donc été formulées pour pallier ce problème de recrutement (A et B).

Légende pour l'ensemble des tableaux ci-dessous :

1^{er} T = premier tour ; 2^{ème} T = deuxième tour ; % 1-2 = pourcentage de réponses avec un score de 1 ou 2 ; DI = Index de Désaccord ; R = Reformulation ; E= Éliminée ; AC = Accord Consensuel.

A. La réalisation d'une campagne d'information auprès des patients sur la possibilité d'être suturé par leur médecin généraliste permettrait d'augmenter le nombre de demandes (affiches au cabinet, campagne radio, TV ...).

1 ^{er} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
A	5	61	19,7	47,5	32,8	0,969	0,52	R

Reformulation

A. La réalisation d'affiches à apposer dans la salle d'attente des praticiens qui le souhaitent, indiquant qu'il est possible d'être suturé au cabinet aux horaires ouvrables et après contact téléphonique avec le médecin, permettrait d'augmenter le nombre de demandes.

Il va de soi que le médecin reste juge en fonction du contexte (traumatisme à haute cinétique, personne âgée sous AVK), de la localisation et de l'étendue de la plaie.

2 ^{ème} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
A	6	44	4,6	40,9	54,6	0,009	0,37	AC

Cette proposition est apparue trop imprécise lors du 1^{er} tour et a été complétée grâce aux nombreux commentaires, tel que : « *appel téléphonique avant au cabinet ...* » ou « *... pendant les heures de consultations* ».

Grâce à ces compléments apportés au 2^{ème} tour, l'adhésion des experts est passée de 32,8% à 54,6%, la rendant consensuelle.

Deux médecins évoquent le fait que de nombreux patients ont acquis un « réflexe urgences », ce que confirme le travail de Ceysson (31) : 94% des patients consultant aux urgences pour la suture d'une plaie n'avaient pas consulté leur médecin traitant auparavant. Ce conditionnement à se rendre directement aux urgences est également rapporté comme un frein à la pratique des sutures par Delclitte (21), pour 8,8 % des médecins interrogés.

Dans le présent travail, ce phénomène semble exacerbé, à proximité d'un SAU : « *comme l'hôpital est à 10 minutes* ». Dans son travail, Coowar (10) arrivait au même constat, parmi tous les médecins qui réalisent des sutures, les médecins urbains en pratique moins que leurs homologues ruraux. Il l'expliquait par la proximité des urgences en zone urbaine et un certain conditionnement des patients à s'y rendre spontanément.

Ceysson (31) mettait en évidence également que 63% des patients interrogés pensaient être mieux pris en charge aux urgences, comme le rapporte ici un médecin : « *les patients n'ont pas confiance dans le médecin généraliste. En médecine du sport c'est différent* ».

Enfin, toujours selon Ceysson (31), 31% des patients ne savaient pas qu'un médecin généraliste pouvait suturer, ce qu'exprime bien le commentaire : « *les patients ne le savent pas* ».

B. Certains patients déclarent se rendre aux urgences pour la « gratuité » des soins. La pratique systématique du tiers-payant pour ce type de geste (comme lors des gardes) inciterait à la réalisation des sutures au cabinet.

1 ^{er} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
B	4	61	31,2	47,5	21,3	0,999	0,97	R

Reformulation

B. La pratique du tiers-payant systématique pour les patients du cabinet, porteurs de leur carte vitale à jour, sur la part sécurité sociale, inciterait à la réalisation des sutures au cabinet.

2 ^{ème} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
B	4,5	44	15,9	52,3	31,8	0,954	0,82	E

Les avis sont restés très partagés, malgré les restrictions apportées au 2^{ème} tour « patient du cabinet, avec leur carte vitale à jour », l'index de dispersion est passé de 0,97 à 0,82.

D'une part, plusieurs médecins déclarent déjà pratiquer le tiers-payant (sur la part Sécurité Sociale) pour tous « *mais population relativement défavorisée* », d'autres le proposent au cas par cas « *pas systématique non plus car à voir en fonction des patients* ». Enfin, nous avons observé une levée de boucliers plutôt générale envers le tiers-payant et pas uniquement au sujet des sutures : « *pas d'accord pour le tout gratuit depuis toujours* », « *trop compliqué [...] trop d'erreurs de remboursement des actes. Trop chronophage de devoir contrôler les retours tiers-payant* » ou encore « *je suis contre inculquer aux patients le « tout gratuit »* ».

D'autre part, l'avance des frais ou non, ne semblerait pas être la motivation première des patients pour consulter aux urgences : « *l'argent n'est pas l'exclusivité d'un défaut de prise en charge de la suture au cabinet. C'est un faux problème à mon sens* », « *quand il s'agit d'être soigné rapidement, le coût par rapport à des heures d'attente semble moins un problème* ».

2. Aspect médico-légal

C. Une meilleure formation sur la connaissance des effets secondaires possibles de l'anesthésie locale favoriserait la réalisation des sutures au cabinet

1 ^{er} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
C	4	61	37,7	45,9	16,4	1	0,97	R

Reformulation

C1. Proposer à tous les médecins qui le souhaitent, une formation sur les techniques d'anesthésie locale réalisables au cabinet de médecine générale, favoriserait la réalisation des sutures au cabinet.

C2. MEOPA [Mélange Équimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote], sédation consciente :

Depuis 2009, les cabinets médicaux sont autorisés à utiliser le MEOPA. Environ 3% des cabinets dentaires, en sont équipés ainsi que certains cabinets de montagne, sous réserve de fournir une attestation de suivi de « formation MEOPA » et d'un justificatif de formation aux gestes d'urgences de moins de 5 ans.

Cependant un des principaux freins à son utilisation est son coût (estimé à 1 à 2 €/min d'utilisation).

La création d'une cotation NGAP « administration de MEOPA » ou un remboursement CPAM inciterait à la réalisation de sutures au cabinet de médecine générale (que ce soit pour les adultes ou les enfants).

C3. La judiciarisation de la médecine, NUIT à la réalisation des sutures au cabinet de médecine générale.

2 ^{ème} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
C1	5	44	18,2	47,7	34,1	0,909	0,52	E
C2	5	44	15,9	54,6	29,6	0,921	0,47	E
C3	5	42	4,8	57,7	38,1	0,321	0,52	E

Dans le travail de Delclitte (21), 18,1% des médecins généralistes exprimaient des craintes concernant la réalisation d'une anesthésie locale, notamment sur la réaction allergique pourtant exceptionnelle.

L'anesthésie locale par infiltration est utilisable dans la majorité des cas des plaies suturables au cabinet ; elle apparaît comme une technique de choix avec une efficacité obtenue en quelques minutes (33).

Le travail de Coowar (10) recensait 45% de médecins qui dans certaines situations n'utilisaient pas d'anesthésie. Il notait également que les médecins ayant une formation supplémentaire en traumatologie utilisaient plus fréquemment l'anesthésie pour les sutures.

Enfin, Daviau (9) retrouvait une différence significative entre les médecins exerçant seuls et ceux exerçant en groupe concernant la crainte des conséquences médico-légales et des effets secondaires de l'anesthésie locale. La solitude rendrait-elle plus craintif ?

Dans ces conditions, le facteur modifiable qui apparaît le plus accessible est la formation.

Sur cette proposition, les avis restent très partagés avec un DI proche de 1 (0,97). Nous trouvons certains médecins, comme dans les études précédentes (citées au-dessus) qui réalisent ce geste sans anesthésie « *je fais les petites sutures sans anesthésie* » et d'autres qui utilisent un compromis jugeant que la « *xylocaïne spray suffit* ».

Devant la discordance entre les experts au 1^{er} tour, cette proposition a été scindée en trois nouvelles propositions au 2^{ème} tour ; malgré tout, aucune n'a obtenu de consensus.

Une proposition concernant l'utilisation du MEOPA en cabinet a été introduite au 2^{ème} tour. En effet, depuis 2009, les cabinets médicaux sont autorisés à utiliser le MEOPA, sous certaines conditions (34,35). Cette proposition n'a reçu que 34,1% d'avis favorables. Tout comme sur le terrain, ce dispositif a du mal à se faire une place dans le monde libéral ; seulement 3% des cabinets dentaires (34) et une dizaine de cabinets de médecine de montagne (35) en sont équipés. Plusieurs raisons pourraient l'expliquer, comme le rapporte Delclitte (21) :

- L'utilisation de MEOPA représente un investissement financier important pour une utilisation qui n'est pas quotidienne (investissement initial de l'ordre de 1 200 €, pour un geste de 10 à 15 minutes, le coût varie entre 20 et 40 € (35)).
- Il requiert une formation initiale et le renouvellement de la formation aux gestes d'urgences tous les 5 ans, ainsi que du matériel d'aspiration, de ventilation et une source d'oxygène,
- Enfin, sa mise en œuvre nécessite de dédier une personne formée à l'administration du MEOPA tandis que quelqu'un d'autre (ici le médecin) pratique le soin. Ceci afin de maintenir un contact verbal permanent et de réaliser une surveillance de 5 minutes après l'arrêt de l'administration (36).

L'administration de MEOPA est recommandée pour la prise en charge des plaies chez les jeunes patients (37,38) devant ses multiples avantages : analgésique, anxiolytique et amnésiante et un effet s'estompant en 5 minutes (37). Sans ce moyen thérapeutique, est-ce bien légitime de proposer une suture au cabinet à un enfant ? Comme le souligne un des médecins : « *une grosse partie des demandes de suture concerne les enfants : au cabinet nous n'avons pas de protoxyde d'azote ! Je trouve scandaleux en 2019 de suturer un enfant sans l'utiliser. (Seriez-vous d'accord pour votre propre enfant ?)* », « *[Un facteur qui inciterait à la pratique des sutures, c'est] surtout installation d'un appareil pour administrer du Kalinox® [MEOPA]* ».

Enfin, un médecin déplore au 1^{er} tour : « *vous n'avez pas abordé le risque médico-légal, les patients étant aujourd'hui de plus en plus vindicatifs, nous n'osons plus suturer, même si nous savons bien le faire (1 an d'expérience en service d'urgences en tant qu'interne)* », un autre rapporte : « *la judiciarisation de notre activité nous rend prudent quant à ces gestes. La dilution des responsabilités en milieu hospitalier nous pousse à orienter les patients dans ces structures* » ; enfin « *personnellement, je ne fais plus (depuis 10 ans) de sutures au visage des enfants, surtout chez les fillettes, par crainte d'une plainte parentale en cas de complications* ». Ces remarques ont conduit à la création de la proposition C3 postulant que : la judiciarisation de la médecine, NUIT à la réalisation des sutures au cabinet de médecine générale. Elle est malgré tout restée non consensuelle avec seulement 38,1% d'experts en accord ; peut-être qu'une reformulation aurait été nécessaire ?

3. Aspect financier

La facturation de l'acte de suture englobe la rémunération allouée au geste technique effectué par le médecin mais aussi l'achat des différentes fournitures. Ainsi, pour une suture de moins de 3 cm, superficielle et en dehors de la face, la rémunération est de 52,40 € (QZJA002 = 25,52€ + Majoration Urgence 26,88 € (30)) ; en considérant que le geste de suture dure au minimum 30 minutes (soit deux consultations pour la plupart des médecins, à 25 €) et l'achat du matériel (set de suture stérile, fil, anesthésique, antiseptique, seringue, compresses, aiguilles, gants, pansement), on comprend bien que cet acte n'est clairement pas rentable pour le médecin généraliste.

Nombreux d'entre eux le disent : ils réalisent des sutures pour « *rendre service au patient* » mais n'oublions pas que le praticien est également gérant d'entreprise et qu'il ne peut pas travailler à perte ... Il est donc tout à fait compréhensible voire légitime qu'au regard du temps passé pour la réalisation de la suture et de l'ensemble du matériel nécessaire, les médecins attendent une meilleure rémunération de cet acte.

D. La clarification et la simplification de la cotation CCAM

1 ^{er} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
D	6	61	9,8	27,9	62,3	0,006	0,37	AC

62,3% des experts sont en faveur d'une clarification et simplification de la cotation CCAM (Classification commune des actes médicaux).

Bien que l'outil informatique semble apporter une véritable aide « *vive Google® qui nous facilite la tâche* » ; « *avec l'informatique, il est assez facile de retrouver les cotations* », certains ne facturent qu'une simple consultation faute de temps « *nous n'avons pas le temps de rechercher la cotation exacte de l'acte lorsque celui-ci est réalisé en urgence, entre deux consultations* » et/ou de compréhension « *très nébuleux* », « *si on me dit qu'il y a une cotation simple je l'appliquerai* ».

E. La revalorisation de l'acte de suture

1 ^{er} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
E	6	62	11,3	27,4	61,3	0,011	0,37	AC

Ainsi, la revalorisation de l'acte de suture est souhaitée par 61,3% des experts : « *simplifier et revaloriser* », « *rémunération faible par rapport au temps passé* » ; il faudrait permettre de « *coter l'acte et l'urgence de l'acte !* ».

11,3% des experts ne sont toutefois pas en faveur d'une revalorisation (Likert entre 1 et 2) : « *elle est déjà bien valorisée* », « *actuellement je ne facture pas, la suture est surtout faite pour rendre service au patient* ».

Dans les années 2000, Soriot (3) rapportait que les médecins qui n'effectuent pas de suture, n'avaient en aucun cas l'intention de le faire même si l'acte devenait rentable. Par contre, ¼ des médecins effectuant des sutures seraient incités à en prendre plus en charge si l'acte était revalorisé. Il complétait en expliquant que la rémunération de l'acte n'est pas toujours en cause mais il est clair que « *souvent faible pour les actes cotés en KC*, elle n'est pas très incitative à désorganiser une journée, à salir du matériel, ni à prendre des responsabilités* ». Malgré l'évolution de la cotation avec la création de la CCAM en 2012, la revalorisation reste très en-deçà des attentes des médecins.

* KC : lettre clef pour la cotation des actes en chirurgie dans l'ancienne NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) (39).

F. Le remboursement des kits de sutures et du fil pour le patient, permettrait de diminuer le coût de ce geste

1 ^{er} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
F	6	62	4,8	22,6	72,6	0	0,16	AC

Concernant la possibilité de rembourser les kits de suture à usage unique et le fil, 72,6% des experts y sont favorables. Ce remboursement permettrait de revaloriser indirectement l'acte : « *le temps long passé pour le geste pour un tarif bas* ».

Un médecin propose : « *prescription et à ramener au cabinet* », il paraît toutefois nécessaire de réfléchir à l'organisation en amont. Faut-il envoyer le patient à la pharmacie récupérer son kit et fil pour qu'il puisse ensuite être suturé ou bien lui demander de régulariser la situation après le geste ? Mais un expert conclut : « *c'est vrai que lorsque les patients ne nous ramènent pas les consommables, nous perdons de l'argent* ».

Enfin, certains commentaires fustigeaient la société de consommation avec une bonne partie du kit qui partait directement à la poubelle : « *Kit de suture = plus de la moitié à la poubelle, pauvre planète !* ».

G. La mise à disposition par la sécurité sociale d'un kit de suture stérilisable (au même titre que le tensiomètre lors de la première installation)

1 ^{er} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
G	5	62	21,0	33,9	45,2	0,936	0,97	R

Reformulation

G. La mise à disposition gratuitement par la sécurité sociale, d'un kit de suture stérilisable (en autoclave par exemple), contenant au minimum une paire de ciseaux, un porte-aiguille et un jeu de pinces avec et sans griffes.

2 ^{ème} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
G	5	44	15,9	43,2	40,9	0,887	0,82	E

En dehors du remboursement des kits stériles à usage unique, une autre piste était la mise à disposition par la sécurité sociale d'un « *kit de suture de base* » stérilisable et réutilisable, lors de la première installation des généralistes, au même titre que le tensiomètre.

Deux experts s'accordent à dire que cela pourrait inciter à la réalisation des sutures : « *le fait d'avoir systématiquement un kit au cabinet favoriserait peut-être le geste* ».

Toutefois, certains s'inquiètent du déficit de la Sécurité Sociale « *ils sont déjà en déficit* » quand d'autres trouvent l'investissement négligeable « *un porte-aiguille et une paire de ciseaux ? Ce n'est pas un gros investissement* ». Le plus cher étant plutôt le nécessaire pour stériliser ledit matériel (autoclave ou Poupinel principalement (40)). Mais est-ce bien le rôle de la Sécurité Sociale ?

Cette proposition n'a pas retenu l'intérêt des experts avec un DI proche de 1 aux deux tours (0,97 puis 0,82). L'usage unique semble l'emporter par sa simplicité d'utilisation notamment ; dans la thèse de Petitprez (26) 80,9% des médecins déclaraient utiliser du matériel à usage unique.

Dans le travail de Coowar (10), 16% des médecins qui ne réalisent pas de sutures le justifient par l'absence de matériel et 14% par un matériel qu'ils jugeaient trop coûteux.

H. L'inclusion de ce geste technique dans tous les contrats d'assurance professionnelle en responsabilité civile (RCP), sans majoration de la cotisation

1 ^{er} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
H	6	61	6,6	29,5	63,9	2,0e ⁻⁴	0,37	AC

Bien que la proposition concernant la judiciarisation de la pratique n'ait pas été retenue comme consensuelle, les praticiens semblent soucieux d'une bonne couverture assurantielle.

Pour 63,9% d'entre eux, il est important que la pratique des sutures soit incluse dans tous les contrats de RCP, sans majoration tarifaire. Après une enquête interne non chiffrée, plusieurs MSU interrogés lors du travail préparatoire ont affirmé ne pas suturer car ils avaient la conviction de ne pas être « *couverts* ».

Cette crainte de majoration de la cotisation est également retrouvée à 6% dans le travail de Coowar (10), motivant le refus de ces prises en charge par les généralistes.

Toutefois cet item n'a que peu de sens, car après renseignement auprès de deux compagnies d'assurances (spécialisées dans le domaine médical), celles-ci m'ont affirmé que les sutures font bien partie de tous les contrats de base. Pourtant la crainte de la majoration du prix du contrat reste bien présente chez de nombreux praticiens. Peut-être qu'une plus large information de la part des compagnies d'assurance, auprès de leur clientèle de médecins, pourrait enfin faire évoluer les mentalités, mais y trouveraient-elles leur intérêt ?

4. Environnement technique et temporel

Le problème du temps nécessaire à la réalisation d'une suture est le principal frein retrouvé dans les différents travaux sur ce sujet.

Selon Daviau (9), le manque de temps et le faible nombre de demande des patients se retrouvent ex aequo en 1^{ère} position.

Les travaux de Delclitte (21) et Coowar (10) confirment cette tendance, avec respectivement 51,5% et 51% des médecins interrogés qui rapportent le manque de temps, un acte jugé trop chronophage ou la difficulté de prendre des urgences alors que la salle d'attente est pleine, comme autant de facteurs limitants à la réalisation des sutures au cabinet.

Dans une région qui compte un peu plus de 6 millions d'habitants, avec une population plutôt jeune, mais souffrant d'une fragilité sociale plus prononcée qu'ailleurs en France, la consommation de soins de médecine générale, dans les Hauts-de-France, est *in fine* plus élevée que la moyenne nationale. Malgré une densité de médecins généralistes (147 pour 100 000 habitants) comparable à la moyenne nationale (153/100 000 habitants) (27), il existe de fortes disparités à l'intérieur de la région, avec des difficultés d'accès aux soins plus marquées dans certains territoires, notamment dans les départements de l'Aisne, de l'Oise et du Pas-de-Calais (29). Ces faits sont exacerbés par le manque de temps qui est ressentie dans la plupart des cabinets médicaux.

Au cours du 1^{er} tour Delphi, dans de nombreuses questions, les commentaires venaient insister sur ce point : « *avoir du temps !!!* » ; « *le problème de « temps » dans un emploi du temps toujours trop chargé !* » ; « *du temps et une rémunération à la hauteur* » ; « *pas possible lorsque la salle d'attente déborde* » ; ...

Le problème du temps passé pour la réalisation de sutures, mais plus globalement des actes techniques, est difficile à solutionner sans reconsidérer le mode de pratique des médecins généralistes dans son ensemble (lourdeur des tâches administratives très chronophages, exercice en maison médicale qui permet de disposer d'une aide technique ou non, rémunération en rapport avec le temps passé...) (9).

Certaines solutions semblaient se dessiner telles que la présence d'un interne, le regroupement en MSP (pièce dédiée, confrères à proximité, etc) et le déploiement des assistants médicaux : « *avoir l'assistance d'un interne ou d'un assistant médical qui puisse dégager un peu de temps* ».

Revenons, si vous le voulez, sur chacun de ces points.

I. La présence d'un interne en stage (niveau 1 ou 2) au moment de la demande du geste de suture, faciliterait la gestion de l'emploi du temps

1 ^{er} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
I	5	61	18,0	42,6	39,3	0,939	0,89	R

Reformulation

La présence d'un interne en stage, autonome pour les consultations courantes, au moment de la demande du geste de suture, faciliterait la gestion de l'emploi du temps :

I1. **En poursuivant les consultations le temps que vous réalisiez la suture,**

I2. **En réalisant la suture, le temps que vous poursuiviez les consultations.**

2 ^{ème} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
I1	5	45	6,7	48,9	44,4	0,112	0,58	E
I2	5	45	11,1	51,1	37,8	0,439	0,52	E

Au 1^{er} tour, cette proposition présentait une tendance au désaccord avec un DI à 0,89. Plusieurs questions ont été soulevées : quelle place donner à l'interne, de plus « *un interne avec chaque médecin → impossible* » ; enfin, son aide semble très variable en fonction de ces compétences et de son avancement dans le cursus : « *seulement s'il fait faire la suture* », « *peut-être pour les internes expérimentés (SASPAS) ?* ».

La proposition a été scindée en deux au 2^{ème} tour en précisant le rôle à attribuer à l'interne : soit poursuivre les consultations, soit réaliser la suture ; aucune n'a obtenu de consensus.

Par ailleurs, rappelons que le statut de MSU n'a pas montré de différence significative dans l'analyse des données socio-démographiques ($p=0,4651$).

5. *Les regroupements en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)*

La suture est un acte technique qui est facilitée par la présence d'une aide. 13,2% des médecins interrogés mettaient en avant la difficulté de réaliser une suture sans aide pour la préparation et l'installation du malade et l'absence de salle supplémentaire dédiée pour la prise en charge des consultations d'urgence dans le travail de Delclitte (21).

Comme nous l'avons vu plus haut, le nombre de créations de MSP est en constante augmentation. A ce jour, 148 MSP sont en activité dans les Hauts-de-France (41), avec une multiplication par deux depuis 2017 (29). Toutefois, aucune différence significative sur la pratique des sutures entre les médecins exerçant seuls et ceux en groupe n'a été mise en évidence ($p=0,4651$), ce que confirme Daviau dans son travail (9).

Détaillons maintenant les différentes pistes d'incitation proposées concernant l'exercice en MSP.

J. [Les regroupements en MSP] faciliteraient la réalisation des sutures au cabinet, par une plus grande souplesse dans l'emploi du temps et la gestion de l'urgence

1 ^{er} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
J	5	62	19,4	35,5	45,2	0,848	0,52	R

Reformulation

J. Actuellement certaines MSP « gardent » des créneaux pour les urgences et soins non programmés. Une telle organisation inciterait à la réalisation des sutures.

2 ^{ème} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
J	5	45	11,1	46,7	42,2	0,347	0,52	E

Tout d'abord, nous avons émis l'hypothèse que le regroupement en MSP pourrait être un avantage par une plus grande souplesse dans la gestion de l'emploi du temps et ainsi faciliter la prise en charge de l'urgence.

Selon les experts, cela ne peut pas résoudre le problème de temps : « *le regroupement n'augmente pas le temps et 24h n'en feront jamais 36...* » ; « *les MSP semblent aussi débordées que les médecins seuls* » et cela soulève la question de savoir quel praticien réaliserait la suture : « *les patients restent attachés à leur médecin traitant et ne comprendraient pas que ce dernier les adresse à un confrère du cabinet* ».

Enfin, il y a des médecins qui préfèrent leur exercice seul : « *on travaille aussi bien tout seul et avec moins de contraintes !* » ou « *pas besoin d'une MSP pour faire une suture* ».

La proposition est restée non consensuelle aux deux tours malgré sa reformulation au 2^{ème} tour (42,2%).

K. [Les regroupements en MSP] avec une pièce dédiée à la réalisation des gestes techniques (stockage du matériel au même endroit, gestion des déchets, geste parfois salissant ...)

1 ^{er} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
K	5	62	19,4	37,1	43,6	0,804	0,52	R

Reformulation

Sans prendre en compte le tarif du m² et de la taxe foncière, l'organisation en MSP faciliterait la pratique des sutures...

K1. Avec une pièce dédiée à la réalisation des gestes techniques (stockage du matériel au même endroit, gestion des déchets, geste parfois salissant ...).

K2. Avec un éclairage adapté.

2 ^{ème} T	Médiane	Effectif	%1-2	%3-5	%6-7	p_valeur	DI	Décision
K1	5	45	8,9	55,6	35,6	0,384	0,52	E
K2	5	45	4,4	51,1	44,4	0,039	0,48	E

L'organisation des locaux est un point important pouvant, soit gêner ou au contraire faciliter la réalisation des sutures et la prise en charge des consultations en urgences au cabinet, mais ne semble pas suffire pour inciter à réaliser les sutures. En effet, seulement 43,6 % des experts l'ont jugée utile, cette proposition n'a donc pas été retenue. La conception « idéale » serait un cabinet disposant d'une salle dédiée aux urgences, équipée du matériel nécessaire à la réalisation des actes techniques avec un associé paramédical pouvant aider à la prise en charge, selon Delclitte (21).

Cette hypothèse correspond à des pratiques observées, tel que le rapporte un expert : « *Je pense que la MSP facilite également la suture en mutualisant le matériel notamment, voir en créant une salle dédiée aux gestes d'urgences (j'ai déjà vu ça à Corbie)* » et était favorablement accueillie : « *tout cabinet devrait être pourvu de cette pièce !* », « *pièce dédiée = facilité* » mais d'autres soulèvent notamment le problème du coût (très variable en fonction des zones d'installation) : « *si vous saviez le prix du m² ici !* » ; « *coût d'une pièce non occupée en permanence* ». En effet, on peut aisément comprendre qu'il est plus facile d'attribuer une telle pièce en milieu rural où l'immobilier est financièrement accessible par rapport à des cabinets situés en plein centre-ville où chaque mètre-carré doit être exploité.

Aussi, dans des locaux déjà existants, il est difficile de créer une nouvelle pièce sans entreprendre des travaux dispendieux.

Enfin, l'éclairage adapté a été évoqué par plusieurs médecins au 1^{er} tour, mais n'a pas obtenu le consensus au 2^{ème} tour ; il apparait donc comme nécessaire, sans avoir pour autant une incidence sur l'incitation à la pratique des sutures ?

L. [Les regroupements en MSP] avec la présence d'autres professionnels (infirmières, kiné, secrétaires, ...) ou d'un confrère (médecin ou étudiant) pour venir en aide en cas de besoin

1 ^{er} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
L	5	62	8,1	50,0	41,9	0,451	0,52	R

Reformulation

L1. Dans le cadre des MSP, il arrive qu'il y ait notamment une permanence de soins infirmiers.

La présence d'un infirmier au moment de la demande de suture, vous inciterait à réaliser ce geste, en sachant qu'il pourrait vous venir en aide en cas de besoin (avec la création d'une cotation NGAP pour sa rémunération).

L2. La présence d'un confrère (médecin ou étudiant)

Il arrive de les interpeller pour un souci informatique ou d'appeler l'interne pour lui montrer une pathologie inhabituelle, pourquoi ne pas l'appeler pour avoir l'aide d'une troisième main ?

2 ^{ème} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
L1	5	45	0	62,2	37,8	0,096	0,33	E
L2	5	45	0	62,2	37,8	0,195	0,52	E

Seulement 41,9% des experts ont répondu favorablement à cette proposition. Elle développait certes une idée : trouver de l'aide mais avec deux solutions bien différentes : d'une part les confrères médecins et, d'autre part, les paramédicaux ; elle a donc été scindée en deux propositions pour le 2^{ème} tour. Cependant les avis sont restés mitigés avec 62,2% des réponses comprises entre 3 et 5.

L'aide de la secrétaire soulève un problème de responsabilité : tout dépend des missions que l'on peut lui confier.

Pour ce qui est des autres professionnels de santé, le premier problème relevé est leur disponibilité : « *on est tous débordés !* » ; vient ensuite leur rémunération : « *peut-être mais quid de la rémunération ?* ». Enfin, certains semblent avoir trouvé leurs marques bien qu'ils exercent seul : « *geste fait en solo, comme l'ablation des implants* ». D'autres rapportent mettre à contribution les familles et notamment les parents : « *les parents sont souvent les plus volontaires car ils ne veulent pas attendre 3 heures aux urgences* ».

La présence d'une aide semble majoritairement être bien accueillie mais cela nécessiterait une clarification de la place de chacun ainsi que sa rémunération.

6. Le déploiement des Assistants Médicaux

Force est de constater que même si de plus en plus de médecins travaillent en groupe, il n'y a pas toujours un collègue (médical ou paramédical) disponible au moment de la demande de prise en charge urgente. Ces médecins n'ont de fait pas d'aide technique à disposition pour la réalisation d'une suture, aide souvent d'un précieux soutien pour la suture, notamment des enfants et/ou la préparation du matériel (21).

Le déploiement des assistants médicaux (AM) annoncé en juin 2019 (42) semblait apporter une réponse, au moins partielle, à cette tension et ainsi inciter à la réalisation de gestes techniques dont les sutures. Mais quel rôle pourraient-ils jouer dans la réalisation des actes techniques ?

Parmi les quatre propositions émises au 1^{er} tour et reformulées en 7 propositions au 2^{ème} tour, seulement 2 ont été finalement acceptées.

M. [Le déploiement des AM] faciliterait la réalisation des sutures au cabinet, en gérant tout le côté administratif (déclaration en accident de travail, préparation des ordonnances, aide à la confection des pansements...)

1 ^{er} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
M	5	61	19,7	41,0	39,3	0,959	0,97	R

Reformulation

Faciliterait la réalisation des sutures au cabinet, en gérant tout le côté administratif (déclaration en accident de travail, préparation des ordonnances ...).

2 ^{ème} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
M	5	45	8,9	48,9	42,2	0,434	0,52	E

Pour cette proposition, les experts favorables étaient seulement de 42,2% au 2^{ème} tour mais avec une amélioration du DI passant de 0,97 à 0,52.

N. [Le déploiement des AM faciliterait la réalisation des sutures au cabinet] en pouvant installer le patient, lui faire laver sa plaie à l'eau et au savon, préparer le matériel ...

N	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
1^{er} T	5	60	15,0	36,7	48,3	0,614	0,52	R
2^{ème} T	5	45	6,8	50,0	43,2	0,248	0,22	E

Faute de commentaires pertinents, cette proposition a été soumise inchangée aux deux tours. Les experts favorables étaient respectivement 48,3% puis 43,2 % aux 1^{er} et 2^{ème} tours.

O. [Le déploiement des AM faciliterait la réalisation des sutures] en pouvant aider à la réalisation du geste : tenir un enfant, rassurer un patient, ouvrir le pansement ...

1 ^{er} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
O	6	60	10,0	30,0	60,0	0,036	0,22	AC

Reformulation

O1. En pouvant aider à tenir un enfant.

O2. En pouvant rassurer un patient.

O3. En pouvant ouvrir du matériel, stérile ou non.

2 ^{ème} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
O1	6	44	2,3	38,6	59,1	0,002	0,22	AC
O2	5	45	2,2	55,6	42,2	0,086	0,33	E
O3	5	45	6,7	44,4	48,9	0,203	0,52	E

Au 1^{er} tour, la proposition a été acceptée à 60% mais compte tenu des avis divergents dans les commentaires et aussi qu'elle abordait plusieurs points en une seule proposition, elle a été soumise au 2^{ème} tour sous la forme de trois propositions distinctes dont une seule a finalement été approuvée, ce qui conforte le sentiment qui se dégageait du 1^{er} tour.

P. [Le déploiement des AM faciliterait la réalisation des sutures] en gérant « l'après geste », reconditionnement et stérilisation du matériel, gestion des stocks, nettoyage de la salle de soins ...

1 ^{er} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
P	5	59	13,6	37,3	49,2	0,23	0,52	R

Reformulation

P1. En gérant « l'après geste », reconditionnement et stérilisation du matériel, gestion des stocks, nettoyage de la salle de soins ...

P2. En gérant « l'après-geste », en réalisant l'éducation thérapeutique auprès du patient, quand faire retirer les fils, pas d'exposition au soleil, signes d'infection ...

2 ^{ème} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
P1	5	45	4,4	51,1	44,4	0,052	0,22	E
P2	6	45	6,7	35,6	57,8	0,016	0,22	AC

Enfin, cette proposition était proche de la validation au 1^{er} tour avec 49,2% d'avis favorables ; au 2^{ème} tour, après reformulation et réécriture en deux propositions distinctes, les AM pourraient jouer un rôle dans l'éducation thérapeutique des patients après le geste pour 57,8% des experts.

Les commentaires laissés sur ces propositions mettent en évidence de nombreuses réticences et questionnements sur le rôle de ces futurs AM. Les AM ne seraient-ils donc pas LA solution pour redonner du temps médical ? Les praticiens sont-ils prêts à modifier leurs habitudes d'exercice pour faire évoluer la relation duale médecin-patient vers un trio ?

Les commentaires portent autant sur la formation (personnel paramédicaux ou non) : « *si c'est pour lui dire quoi faire, autant le faire moi-même j'irai aussi vite [...]* » que sur le financement de ces nouveaux postes : « *piège pour diminuer le chômage – emploi aidé au début puis pleines charges* » ; « *je ne suis pas contre un AM, je ne peux juste pas en embaucher un (financièrement)* ».

Il serait intéressant de mener une investigation complémentaire dans les cabinets qui collaborent déjà avec des AM pour évaluer leurs attentes et retours à ce jour : comment ont-ils réussi à intégrer une 3^{ème} personne dans la relation (bien différent de la présence d'un étudiant) ? Sont-ils satisfaits de cette collaboration ? Est-ce l'avenir de la médecine générale ?

7. La formation

Comme évoqué ci-dessus dans les conséquences d'un faible recrutement pour cette pratique, si la majorité des étudiants a appris à suturer lors de ses premières gardes aux urgences, c'est bien la pratique ultérieure qui pérennise les compétences. Un geste qui n'est pas répété régulièrement perd de sa précision et de son efficacité (3).

L'organisation régulière de formations médicales continues (FMC) sur la pratique des sutures nous paraissait être une solution qui permettrait de lutter au moins partiellement contre cette perte de compétences.

Daviau (9) émettait également l'hypothèse dans son travail que la crainte des conséquences médico-légales pourrait être atténuée par une meilleure formation, portant notamment sur ce que le généraliste peut gérer et sur ce qu'il doit éviter en fonction de la localisation, etc, et proposait la mise en place de modules de FMC sur les sutures.

Q. L'organisation régulière de FMC avec la réalisation de sutures simples et complexes

1 ^{er} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
Q	5	62	9,7	48,4	41,9	0,473	0,52	R

Reformulation

L'organisation régulière de FMC

Q1. Avec entraînement sur des pièces animales (oreilles de cochon, ailes de poulet, ...).

Q2. Avec la présence d'un chirurgien-plasticien pour expliquer comment limiter les risques de cicatrices inesthétiques (même si une part importante du résultat est indépendante de la technique : exposition au soleil, développement de cicatrices chéloïdes ...).

2 ^{ème} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
Q1	5	45	6,7	60,0	33,3	0,546	0,52	E
Q2	5	45	4,4	51,1	44,4	0,039	0,22	E

Toutefois, les propositions émises en ce sens n'ont pas été retenues comme consensuelles. Un expert juge cette formation « *difficile à mettre en place et (que) rien ne remplacera la pratique régulière* ». En réponse au commentaire : « *rien ne vaut la pratique. Je vois mal comment me perfectionner à la suture sur des mannequins ou des PowerPoint* » a été proposé un entraînement sur des pièces animales. Au 2^{ème} tour, cette proposition n'a retenu que 6,7% d'avis défavorables (1 et 2) mais est restée non consensuelle.

Par ailleurs, deux remarques ont suscité notre intérêt : « *si nouveautés matérielles* » et « *[une formation permettant] la remise à jour, l'apprentissage de nouvelles techniques, de nouveaux matériels peut légèrement être un plus* » et ont fait émerger deux nouvelles propositions sur une formation sur la technique d'utilisation de la colle biologique et des agrafes (S et T).

R. S'assurer d'une formation universitaire suffisante, intégrant le geste à la liste des actes techniques exigibles et dont la formation est contrôlée par les enseignants (car il n'est pas certain que même après un stage aux urgences, le geste soit maîtrisé)

1 ^{er} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
R	6	62	6,5	37,1	56,5	0,003	0,22	AC

Cette proposition a été acceptée dès le 1^{er} tour avec 56,5% d'experts favorables. Un médecin rapporte que : « *[...] cela devrait être un pack de base à la formation de tout médecin, donc compétence exigible dès la fin du deuxième cycle et contrôlée évidemment* ».

Cela rejoint les conclusions de Tamisier (8) qui relevait le manque de formation des internes comme un des obstacles les plus invoqués. La mise en place de cours théoriques paraît nécessaire pour améliorer la formation des futurs praticiens, mais insuffisante. En effet, il serait nécessaire de coupler cette formation théorique avec une supervision adaptée pendant les stages (43) et notamment aux urgences où la charge de travail est telle que les internes sont parfois livrés à eux-mêmes.

Concernant les deux nouvelles propositions, issues des suggestions du 1^{er} tour Delphi, et donc uniquement soumises au 2^{ème} tour.

S. L'organisation d'une formation particulière sur la technique d'utilisation de la colle biologique

2 ^{ème} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
S	6	45	0	46,7	53,3	0,003	0,22	AC

Cette formation a été jugée utile par 53,3% des médecins interrogés.

Fabriquée à base de cyanoacrylate, cette colle présente un intérêt surtout pour les petites plaies superficielles, notamment chez les enfants (44).

Toutefois, il est nécessaire de prendre en compte plusieurs inconvénients :

- L'indication doit être adaptée car le risque de désunion n'est pas négligeable avec une résistance mécanique moindre (45),
- C'est un produit relativement onéreux (46),
- Et dont le délai de conservation est court.

L'investissement pourrait être intéressant pour une maison de santé avec plusieurs professionnels de santé, une patientèle jeune et éloignée d'un centre d'urgence.

T. L'organisation d'une formation particulière sur la technique d'utilisation des agrafes

2 ^{ème} T	Médiane	Effectif	% 1-2	% 3-5	% 6-7	p_valeur	DI	Décision
T	5	45	0	51,1	48,9	0,021	0,22	E

Enfin, cette proposition est proche du consensus avec 48,9% des experts favorables.

La petite différence de score par rapport à la formation sur la colle biologique peut s'expliquer sur une technique qui apparaît comme plus facile d'utilisation avec un mécanisme de cicatrisation similaire à la suture classique.

Les agrafes ont l'avantage incontestable de la rapidité de mise en place. Par contre, elles ne sont pas toujours très bien tolérées, avec parfois des signes inflammatoires à chaque trou d'agrafe. Enfin, le prix d'un chargeur est proportionnellement plus élevé que les fils (45).

Troisième tour : le groupe nominal

1) Résultats

Trois mesures se démarquent des autres, avec un total de points supérieur à 40 et une popularité importante (citées plus de 20 fois par les experts).

Les mesures les plus importantes étaient :

Première position :

- **F.** Le remboursement des kits de sutures et du fil pour le patient, permettrait de diminuer le coût de ce geste (65 points ; citée 27 fois) ;

Deuxième et troisième positions :

- **D.** La clarification et la simplification de la cotation CCAM (47 points ; citée 25 fois) ;
- **E.** La revalorisation de l'acte de suture (41 points ; citée 21 fois) ;

Puis, par ordre décroissant :

- **R.** S'assurer d'une formation universitaire suffisante, intégrant le geste à la liste des actes techniques exigibles et dont la formation, est contrôlée par les enseignants (car il n'est pas certain que même après un stage aux urgences, le geste soit suffisamment maîtrisé) (26 points ; citée 10 fois) ;

- **S.** L'organisation d'une formation particulière sur la technique d'utilisation de la colle biologique (22 points ; citée 12 fois) ;

- **H.** L'inclusion de ce geste technique dans tous les contrats d'assurance professionnelle en responsabilité civile, sans majoration de la cotisation (16 points ; citée 11 fois) ;

- **A.** La réalisation d'affiches à apposer dans la salle d'attente des praticiens qui le souhaitent, indiquant qu'il est possible d'être suturé au cabinet aux horaires ouvrables et après contact téléphonique avec le médecin permettrait d'augmenter le nombre de demandes (17 points ; citée 9 fois) ;

Il va de soi que le médecin reste juge (de réaliser la suture) en fonction du contexte (traumatisme à haute cinétique, personne âgée sous AVK), de la localisation et de l'étendue de la plaie.

- **O1.** Le déploiement des assistants médicaux inciterait à la réalisation des sutures en pouvant aider à tenir un enfant (10 points ; citée 5 fois) ;

- **P2.** Le déploiement des assistants médicaux inciterait à la réalisation des sutures en gérant « l'après-geste », en réalisant l'éducation thérapeutique auprès du patient, quand faire retirer les fils, pas d'exposition au soleil, signes d'infection ... (8 points ; citée 5 fois).

2) Discussion sur les résultats du 3^{ème} tour

Les trois mesures jugées prioritaires à mettre en place étaient en lien, directement ou indirectement, avec la rémunération de cet acte.

Autant la question de la rémunération est retrouvée dans toutes les thèses sur les sutures, autant il est surprenant qu'elle ressorte en premier dans ce travail alors qu'elle est plutôt évoquée comme importante mais secondaire (pour 20% des médecins) dans le travail de Daviau (9) et retrouvée seulement en 9^{ème} position dans le travail de Delclitte (21).

La proposition concernant le remboursement des kits de suture et du fil (proposition **F**), arrivée en première position, semble présenter un double avantage.

D'une part, il permet de diminuer le coût du matériel (consommables habituellement achetés par le médecin directement). D'autre part, il permettrait de renouveler le stock du médecin en faisant un roulement par exemple ou de réaliser le geste pour les médecins qui n'auraient pas le matériel disponible au cabinet (à condition bien sûr d'avoir une pharmacie à proximité).

Cette mesure est toutefois à nuancer, chacun ayant ses préférences (pinces avec griffes ou sans griffes, bistouri ou ciseaux ...). Aussi, le contenu de ces kits étant très variable, il serait alors nécessaire de réfléchir en amont sur les kits à délivrer. Enfin, les instruments peuvent être d'une qualité moindre si à usage unique.

Ainsi, la mise en place d'une telle mesure ne semblerait efficace seulement si un partenariat était mis en place avec les pharmacies proches des cabinets médicaux et une réflexion bien en amont du parcours de soins du patient.

Les propositions suivantes (**D** et **E**) étaient également attendues, mais certainement pas en aussi bonne position.

Cela peut toutefois s'expliquer par une cotation finalement complexe de l'acte qui dépend de plusieurs facteurs (localisation de la plaie, son étendue et sa profondeur, mais aussi de la majoration en fonction de l'horaire, etc...).

Dans le travail de Delclitte (21), 76 % des médecins qui suturent déclaraient connaître la cotation CCAM de 2012 mais seulement 48% la trouvaient adaptée.

De plus, la facturation de l'acte englobe la rémunération allouée au geste technique par le médecin mais aussi l'achat des différentes fournitures et, comme détaillé plus haut, la rémunération n'est à ce jour pas « rentable » pour le médecin.

En prenant exemple sur nos voisins européens, le Royaume-Uni a majoré la cotation des actes de petite chirurgie il y a plusieurs années, ce qui a permis de voir apparaître un discret regain d'intérêt pour la pratique des sutures chez les généralistes de ville (26). Cela semble donc être une piste facile à mettre en place, si telle est la volonté des autorités compétentes de replacer les généralistes au cœur de ces prises en charge.

Arrive ensuite, en 4^{ème} position, la formation universitaire qui doit être suffisante avec un contrôle de sa maîtrise (**R**). Ce consensus était un peu plus prévisible. Il est maintenant nécessaire de réfléchir à la forme qu'elle pourrait prendre et sa mise en place concrète.

En complément de la formation universitaire, nous retrouvons en 5^{ème} position l'organisation d'une formation sur l'utilisation de la colle biologique (**S**). Ce produit apparaît attractif pour de nombreux médecins par sa simplicité et sa rapidité d'utilisation (pas d'anesthésie préalable, pas d'utilisation de kits de suture, geste beaucoup moins traumatisant, ...), mais nécessite bien sûr un apprentissage préalable.

La proposition concernant l'inclusion de la pratique des sutures dans les contrats d'assurance professionnelle en responsabilité civile sans majoration de la cotisation (**H**) vient en 6^{ème} position. Comme développé plus haut, la plupart des contrats de RCP couvrent ce geste. Il est donc surprenant de voir cet item présenter une telle importance aux yeux des praticiens, qui semblent bien mal informés sur leurs couvertures assurantielles.

Concernant l'absence ou la demande insuffisante des patients (**B**), lors de l'élaboration du questionnaire, il nous est apparu relativement simple de travailler sur cet obstacle avec une meilleure information du patient. Cependant, cette proposition n'arrive qu'en 7^{ème} position. Peut-être que la méthode de communication proposée (affiches dans la salle d'attente) n'a que partiellement convaincu les praticiens interrogés. Faudrait-il travailler sur d'autres pistes : information par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, campagne d'information plus largement diffusée dans les médias ... ?

Nous ne reviendrons pas sur le déploiement des assistants médicaux avec seulement deux propositions jugées consensuelles et qui arrivent en 8^{ème} (**O1**) et 9^{ème} (**P2**) positions. Elles n'ont été citées que cinq fois et n'ont obtenu respectivement que 10 et 8 points.

Pour conclure sur les solutions proposées pour agir sur les facteurs limitant de la pratique des sutures, un des principaux freins reste le manque de temps pour un geste chronophage. Malgré les propositions faites pour améliorer ce point, il n'y a pas de réelle solution évoquée à ce jour.

Concernant la prise en charge de l'enfant dans sa globalité et particulièrement la gestion de sa douleur, c'est une préoccupation majeure du généraliste qui se sent démuni par rapport au milieu hospitalier (personnel en nombre et recours aisé au MEOPA, notamment).

Enfin, certains médecins déclarent ne pas avoir d'intérêt pour cette pratique et comme déjà évoqué, la revalorisation de l'acte ne paraît pas assez stimulante pour les y inciter.

Forces et faiblesses de cette étude

1) Les forces

Originalité

Plusieurs travaux décrivent la pratique des sutures (3,10,21,26), d'autres les complètent en étudiant les freins à cette pratique par le généraliste (8,9,30,47) mais aucun n'a utilisé la méthode Delphi sur ce sujet. Ce travail apparaît ainsi comme original à ce jour car il s'agit de la première étude dans laquelle un panel d'experts a été interrogé pour définir et hiérarchiser les moyens qui inciteraient à la réalisation des sutures au cabinet de médecine générale.

La technique Delphi

C'est une méthode d'élaboration de consensus validée et donc adaptée à la question de recherche (12). Elle a de nombreux avantages (11) :

- L'anonymat : il permet d'éviter l'effet « leader d'opinion » ou les échanges stériles et de limiter les conflits d'intérêt ;
- Le recrutement : les experts peuvent être géographiquement éloignés, ici sur l'ensemble du territoire des Hauts-de-France ;
- La durée d'argumentation : elle permet à chaque expert d'avoir le temps de défendre son point de vue ;
- L'itération avec remontées contrôlées et le retour d'informations (*feedback*) : les mêmes experts sont sollicités à plusieurs reprises. Avant chaque nouveau tour, ils reçoivent les résultats obtenus au précédent tour afin de confronter leur avis à celui des autres participants.

Notre sondage a été complété par un groupe nominal au troisième tour, permettant de hiérarchiser les réponses.

Consensus fort

La définition du consensus n'est pas strictement établie dans la littérature mais ici nous avons utilisé une combinaison de plusieurs critères statistiques fiables et stricts (11, 22), ce qui renforce la puissance de notre méthode.

Les propositions

Les commentaires, bien qu'hétérogènes en fonction des experts, ont permis de cerner plusieurs positions et points de vue et ainsi d'établir ou redéfinir les items initialement trop imprécis ou d'introduire de nouvelles propositions.

L'échantillonnage

A posteriori, notre échantillonnage est de bonne qualité, car il nous a permis d'obtenir un panel représentatif de la population des médecins généralistes des Hauts-de-France, selon les critères d'âge, du sexe et du département d'exercice (cf. paragraphe III.2, caractéristiques socio-démographiques, pages 23 à 25).

Aussi, le nombre d'experts inclus (62 au premier tour, cf figure n°2, diagramme de flux des experts, page 23) dans la présente étude est réputé suffisant car largement supérieur à 12-24 en fonction des sources (14–16).

2) Les faiblesses

Le faible taux de participation

Malgré les efforts déployés, *ie.* courrier personnel de présentation du travail avec logo de l'Université, enveloppes de retour préaffranchies, questionnaires visuellement épurés, le taux de réponse est resté faible (32,7%). A titre de comparaison, les travaux sur le même sujet, c'est-à-dire les sutures et la prise en charge des urgences traumatologiques en médecine générale, affichaient des taux de réponse variant entre 23,2 % et 53,6 % (3,9,10,21,26,48) ; un pré-recrutement téléphonique a été effectué dans la plupart des travaux utilisant la méthode Delphi qui affichaient alors de meilleurs taux de participation entre 34% et 77% (49–51).

Plusieurs explications sont possibles.

Tout d'abord, la lourdeur de la procédure itérative ainsi que la longueur du premier questionnaire envoyé (questions socio-démographiques et premier tour Delphi à commenter) en ont rebuté certains qui ont pu craindre un investissement personnel en temps trop important. Aussi, pour les enquêtes par courrier sur une population non captive, peut-on se satisfaire d'un taux de réponse supérieur à seulement 10%. En revanche, sur des populations très captives, on peut atteindre des taux de 30 à 40% (52).

Enfin, il est probable que le sujet n'ait pas été attractif pour de nombreux généralistes interrogés, notamment pour ceux qui ne suturent pas.

Biais de sélection : taux de sutures important

Dans cette étude, la proportion de médecins pratiquant les sutures est relativement élevée (48 médecins, soit 77,4% de l'échantillon). A l'instar d'autres résultats sur la pratique des sutures, les taux publiés sont certainement artificiellement surestimés, entre 68% et 88% (10,21,26,53,54) car les questionnaires sont préférentiellement complétés par les médecins intéressés et/ou concernés par le sujet. Mais comment faire autrement ? (55).

La non-réponse, rencontrée dans la plupart des enquêtes épidémiologiques, est génératrice de biais de sélection lorsqu'elle est liée aux variables d'intérêt (56). Ici, nous observons certainement une sous-représentation des médecins qui ne suturent pas (14 médecins, soit 22,6% de l'échantillon).

Le coût

Cette étude a généré un coût non négligeable. Afin d'obtenir un taux satisfaisant de participants, des enveloppes réponses préaffranchies ont été fournies avec chaque pli et à chaque tour. Ce choix a été motivé par les résultats d'une étude publiée en 2002 dans le *British Medical Journal* (55), qui rapportait que l'ajout d'une enveloppe affranchie permettait d'augmenter significativement le taux de réponses (OR : 1,26 ; 1,13-1,41).

Aussi, un recrutement avant l'envoi du premier questionnaire a-t-il été envisagé et peut-être avec une plus large diffusion par voie informatique mais cela aurait rajouté une étape à ce travail déjà long et chronophage pour les médecins ; il a donc été décidé de limiter les sollicitations.

Enfin, une base de données à jour aurait évité d'adresser des courriers à des médecins retraités ou décédés, ainsi que de nombreuses erreurs d'adresse, surtout dans le département du Nord.

Diffusion informatique

En règle générale, l'enquête en ligne semble remplacer progressivement l'enquête par courrier. Celle-ci, en perte de vitesse, représente désormais moins de 10% des enquêtes diffusées en 2014 en Europe (source ESOMAR). Cependant, pour interroger des médecins, il n'y a aucune liste d'adresses courriels disponibles pour les thésards et la plupart des secrétaires médicales refusent catégoriquement de communiquer les adresses courriels des médecins (au mieux, quelquefois un numéro de fax). De plus, la diffusion unique par mail n'était pas envisageable car elle aurait généré un biais de sélection excluant les cabinets médicaux encore non informatisés.

Enfin, malgré la mise à disposition d'une version internet du questionnaire avec la possibilité d'y répondre en ligne directement via un code QR ou lien, ce mode de réponse n'a eu que peu de succès.

La méthode Delphi

Elle présente deux inconvénients notables. Tout d'abord, notons la difficulté de généralisation des résultats (validité externe) liée aux biais de sélection potentiels des participants de même que de l'absence d'interactions entre les membres (57). En clair, cette méthode ne permet pas de débats.

Enfin, la démarche peut être longue (envoyer et surtout recevoir les questionnaires) (13) ; notre étude s'est étendue sur quatre mois et demi pour réaliser les trois tours, ce qui est compatible avec la rédaction d'une thèse d'exercice en médecine.

Biais de suggestibilité et implication hétérogène des experts

Le fait de proposer un questionnaire initial limite l'émergence d'idées nouvelles, encore appelé biais de suggestibilité. Cet effet a été limité par la prise en compte de la possibilité d'émettre des commentaires pour chaque item et de nouvelles propositions à la fin du questionnaire du 1^{er} tour.

La réalisation d'une séance de brain storming (dématérialisé ou au cours d'une réunion), en amont de la réalisation des tours Delphi, aurait permis l'émergence de nouvelles idées par rapport à la revue de littérature mais cela aurait considérablement alourdi l'investissement personnel demandé aux experts et de ce fait augmenter le risque de perdus de vue.

Aussi, l'analyse des commentaires a montré que les experts ont commenté ce travail de manière assez hétérogène en fonction de leur expérience personnelle et de leur sensibilité propre.

Biais d'information

Puisqu'elle privilégie, par définition, l'opinion majoritaire du groupe, la méthode Delphi ne retient pas les opinions extrêmes, bien qu'il puisse s'agir d'idées novatrices et intéressantes à explorer et elle ne permet pas non plus les débats entre les participants.

Biais méthodologique

Malgré tout le soin apporté à la préparation de notre questionnaire, certaines propositions soumises au 1^{er} tour étaient trop générales et englobaient plusieurs concepts, comme notamment l'item **O**, consensuel à tort ! Les commentaires des experts ont permis de mettre en évidence ce défaut et de le corriger au 2^{ème} tour ; cependant les experts n'avaient plus la possibilité d'émettre des remarques à ce moment-là ?

Conclusion

À l'époque où les services d'urgences sont toujours plus bondés pour des prises en charge qui relèveraient souvent de la compétence du médecin généraliste, à l'heure où la démographie médicale va rendre le médecin de premier recours de plus en plus indispensable alors même que des petits hôpitaux de campagne sont fermés, il semble opportun que le médecin généraliste réinvestisse un champ d'action qu'il avait quelque peu délaissé au fil du temps : la pratique de certains gestes techniques en soins primaires, dont les sutures. Pour y parvenir, ce travail avait pour ambition de mettre en lumière les principaux leviers qui inciteraient à la réalisation des sutures au cabinet de médecine générale.

Un panel de 62 experts, tous médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France, nous a permis, dans un premier temps, de retenir un total de neuf propositions jugées consensuelles, à l'issue de deux tours d'un sondage de type Delphi. Ces mêmes experts ont été ensuite invités à les classer, via la réalisation d'un 'groupe nominal', pour ne retenir que les plus importantes. Trois propositions, en rapport direct ou indirect avec la rémunération et la revalorisation de cet acte, ont particulièrement retenu l'intérêt des experts :

- Le remboursement des kits de sutures et du fil pour le patient, permettrait de diminuer le coût de ce geste (65 points ; citée 27 fois),
- La clarification et la simplification de la cotation CCAM (47 points ; citée 25 fois),
- La revalorisation de l'acte de suture (41 points ; citée 21 fois).

Toutefois, une des principales limites de ce travail est de n'avoir pas pu apporter de réelles solutions au problème de la gestion du temps qui avait été pourtant identifiée comme l'un des freins majeurs à la réalisation des sutures (Daviau (9)). Lors de notre travail préparatoire, le déploiement d'assistants médicaux semblait être une solution tout au moins partielle à la résolution ce problème. Cependant, nos résultats définitifs montrent que la place et la formation de ces auxiliaires soulèvent encore de nombreuses questions qui mériteraient une investigation complémentaire : si sept propositions ont été formulées sur le rôle potentiel de ces nouveaux professionnels de santé, deux seulement ont été trouvées consensuelles et arrivent en dernières positions du 'groupe nominal'.

L'analyse des données socio-démographiques de notre questionnaire nous a permis de confirmer un regain d'intérêt de la jeune génération de praticiens pour la réalisation des sutures au cabinet ; cette nouvelle tendance avait déjà été notée dans le travail de Petitprez (26) mais elle marque un véritable changement par rapport aux travaux antérieurs (Soriot et Coowar (3,10)), il y a seulement dix ans.

En pleine épidémie de COVID-19, pendant laquelle les cabinets médicaux se sont vidés, il en est de même momentanément pour les passages aux urgences par crainte d'une contamination et aussi peut-être à cause des restrictions temporaires de déplacement. A l'heure où nous écrivons cette conclusion, de meilleurs moyens semblent enfin devoir être affectés au monde médical. Ne serait-ce pas le bon moment pour prendre ce virage ambulatoire tant souhaité par les pouvoirs publics ? Il semble bien qu'une meilleure rémunération de cet acte pourrait inciter les jeunes médecins généralistes à jouer le jeu. Le dernier plan proposé par le Ministre de la Santé serait un cadre éminemment propice pour mettre en place ces incitations (financières ?). Est-ce que l'État en aura les moyens et la volonté ? Seul, l'avenir nous le dira ...

Annexes

Annexe 1 : Résultats socio-démographiques de l'échantillon

	Échantillon (n=62)	Hauts-de-France (25) (N=5 259)
Age	n (%)	n (%)
< 40 ans	15 (24,2)	904 (17,2)
40-49 ans	8 (12,9)	877 (16,7)
50-54 ans	6 (9,7)	685 (13,0)
55-59 ans	14 (22,6)	1 260 (24,0)
> 60 ans	19 (30,6)	1 533 (29,2)

Tableau 1. Age et sexe des participants

Femme	n (%)	n (%)
	21 (33,3)	1706 (32,4)
< 40 ans	8 (53,3)	481 (53,2)
40-49 ans	5 (62,5)	362 (41,3)
50-54 ans	4 (66,7)	258 (37,7)
55-59 ans	3 (21,4)	357 (28,3)
> 60 ans	1 (5,3)	248 (16,2)

Tableau 2. Proportion des femmes en fonction de chaque classe d'âge

	Effectifs de 2019	1° Tour n ₁ =62	2° Tour n ₂ =45	3° Tour n ₃ =41
Nord (59)	2 493 (48,2%)	28 (45,2%)	19 (42,2)	17 (43,9)
Pas-de-Calais (62)	1 227 (23,7%)	12 (19,4%)	8 (17,8)	6 (14,6)
Somme (80)	556 (10,8%)	10 (16,1%)	9 (20,0)	9 (22,0)
Oise (60)	538 (10,4%)	4 (6,5%)	1 (2,2)	1 (2,4)
Aisne (02)	355 (6,9%)	8 (12,9%)	8 (17,8)	7 (17,1)

Tableau 3. Répartition des effectifs aux 3 tours, en fonction des départements d'installation

	Total		Suturent		Ne suturent pas	
	n	%	n	%	n	%
Age [moyenne = 51,7 ans (26-72 ans)]						
			48	77,4%	14	22,6
Moins de 40 ans			12	25,0	3	21,4
40-49 ans			8	16,7	0	0%
50-54 ans			4	8,3	2	14,3
55-59 ans			10	20,8	4	28,6
> 60 ans			14	29,2	5	35,7
Nombre d'années de pratique [moyenne = 22,6 ans (0-42 ans)]						
0-4 ans	12	19,4	9	22,0	3	14,3
5-9 ans	4	6,5	4	9,8	0	0
10-19 ans	3	4,8	3	7,3	0	0
20-29 ans	16	25,8	13	31,7	3	14,3
30-39 ans	24	38,7	16	39,0	8	38,1
> 40 ans	3	4,8	3	7,3	0	0%
Zone d'activité						
Urbaine	29	46,8	21	43,8	8	57,1
Semi-urbaine	20	32,3	15	31,3	5	35,7
Rurale	12	19,4	11	22,9	1	7,1
Autre	1	1,6	1	2,1	0	0

Tableau 4. Caractéristiques socio-démographiques en fonction de la pratique des sutures

	Total		Suturent		Ne suturent pas	
	n	%	n	%	n	%
Type d'installation						
Seul(e)	21	33,9	16	33,3	5	35,7
Autre	1	1,6	1	2,1	0	0
En groupe :	40	64,5	31	64,6	9	64,3
1 associé	10	25,0	7	22,6	3	33,3
2 à 4 associés	24	60,0	20	64,5	4	44,4
> 5 associés	4	10,0	3	9,7	1	11,1
N.R.	2	5,0	1	3,2	1	11,1
MSU						
Oui	16	25,8	13	27,1	3	21,4
Non	45	72,6	34	70,8	11	78,6
N.R.	1	1,6	1	2,1	0	0
Distance d'un service d'urgences [moyenne = 7,9 km (0-25km)]						
< 5 km	21	33,9	14	29,2	7	50,0
5 à 10 km	26	41,9	20	41,7	6	42,9
11 à 20 km	12	19,4	11	22,9	1	7,1
> 20 km	2	3,2	2	4,2	0	0
N.R.	1	1,6	1	2,1	0	0

*Tableau 4 suite. Caractéristiques socio-démographiques
en fonction de la pratique des sutures*

N.R. = non répondu

Annexe 2 : Courrier de recrutement des experts, accompagnant le questionnaire du 1^{er} tour et son annexe explicative

Valentine Lebrun
DES de médecine générale
06-XX-XX-XX-XX
@



Chère Consoeur, Cher Confrère,

Je m'appelle Valentine Lebrun et suis interne en médecine générale à la faculté d'Amiens. Je prépare ma thèse d'exercice sous la direction du Docteur Fricoteaux Hubert, médecin généraliste installé à Laon.

La réalisation des sutures était un geste auparavant couramment effectué au cabinet de médecine générale. Progressivement, on a observé un transfert insidieux vers les services d'urgences déjà bondés.

L'objectif de ce travail est de mettre en évidence les facteurs qui favoriseraient la réalisation des sutures au cabinet de médecine générale.

Pour répondre à cette problématique, j'ai choisi la méthode Delphi. Celle-ci consiste en l'interrogation itérative d'un panel d'experts (c'est-à-dire VOUS !!) sur différentes propositions.

Dans la situation présente, je recherche tout médecin généraliste installé dans les Hauts-de-France, n'ayant pas un mode d'exercice particulier exclusif et ne présentant pas de handicap (tremblements, baisse de l'acuité visuelle, ...) l'empêchant de suturer. La réalisation récente de suture N'est PAS un critère d'inclusion.

En pratique, il y a 3 phases distinctes. A chacune d'elles, vous aurez à apprécier l'intérêt des propositions via un questionnaire en ligne d'une durée de moins de 15 min. Les propositions initiales sont tirées des précédents travaux de thèses et les suivantes résulteront de l'analyse de vos réponses aux tours précédents.

Si vous souhaitez répondre sous format électronique, veuillez trouver ci-dessous le lien vers mon questionnaire (ou flasher le QR Code) :

<https://rondedelphi1.evalandgo.com/s/?id=JTk3ayUSNHAIOUMIQUM=&a=JTk2bCUMnAIOUYIQUY=>



Afin de pouvoir vous proposer l'ensemble des tours Delphi sur une durée totale acceptable, en l'absence de réponse de votre part sous 10 jours, je vous enverrai une relance, vous laissant 7 jours supplémentaires. A la fin de cette étude, si vous le souhaitez, vous recevrez les résultats par mail.

En espérant que mon travail attire votre attention et que vous accepterez de participer à cette réflexion, je reste à votre disposition, par mail ou par téléphone, pour toute question.

Merci d'avance pour votre généreuse aide.

Très respectueusement,

Valentine Lebrun

NB : Vous trouverez dans le document en lien ci-dessous plus de détails sur la méthode DELPHI :
<https://docs.google.com/document/d/1tV9WA7w9taK-cluUAaYObxsci4UCd1GbvzUTCLV-k/edit?usp=sharing>

Valentine Lebrun
DES de médecine générale
06-XX-XX-XX-XX
@



Thèse d'exercice de médecine générale : mise en lumière des leviers majeurs et mesures importantes et applicables d'amélioration du système actuel qui pourraient replacer le médecin généraliste au cœur de la prise en charge des sutures.

Annexe explicative concernant la méthode Delphi :

Tout d'abord, merci de votre intérêt pour mon travail.

La technique Delphi est une méthode d'élaboration de consensus. Elle permet d'obtenir un avis final unique et convergent d'un groupe d'experts (Vous !!). Le principe est d'interroger les différentes personnalités sur la base d'un questionnaire structuré, auto-administré, de manière itérative et interactive, sans communication directe entre les participants.

Les principaux avantages de cette méthode sont l'anonymat, qui permet d'éviter l'influence d'un leader d'opinion et l'interrogation à distance, qui brise les limites géographiques et laisse à chaque expert le temps de la réflexion. À partir des précédents travaux de thèses sur la réalisation des sutures en médecine générale, j'ai établi une liste de propositions pertinentes qui favoriseraient la réalisation des sutures au cabinet.

Je souhaiterais connaître d'une part votre appréciation concernant chacune d'entre elles, mais également leurs **intérêt et applicabilité**.

Vous l'aurez compris, l'objectif principal de ce travail est de **déterminer et hiérarchiser les facteurs majeurs qui faciliteraient la réalisation de sutures au cabinet du médecin généraliste**.

Premier tour : Pour chacune des propositions je vous demanderai de m'indiquer votre niveau d'accord, en cochant votre choix sur une échelle cotée de 1 à 7 (« 1 » étant "pas du tout d'accord" et « 7 » étant "complètement d'accord").

Ce tour est ouvert et exploratoire, ainsi, après chaque groupement de questions, je vous inviterai à laisser un commentaire pour appuyer votre cotation, proposer une nouvelle formulation ou faire de nouvelles propositions.

Deuxième tour : Après le premier tour de l'enquête, certains items pourront être validés ou éliminés d'emblée et ne vous seront donc plus présentés. Ceux que je proposerai alors seront ceux qui auront été considérés comme équivoques ou inappropriés, ou ceux pour lesquels il existe un désaccord entre les experts. Je les aurai au préalable retravaillés à l'aide de vos commentaires.

Troisième et dernier tour : Il s'agit du groupe nominal. L'objectif de ce tour est de hiérarchiser par votre jugement les propositions consensuelles issues des 2 rondes DELPHI. Vous serez invité à classer les trois propositions qui vous semblent prioritaires, en fonction de leur importance et applicabilité. Vous pourrez si vous le souhaitez, joindre à votre classement un commentaire expliquant ces choix.

Annexe 3 : Questionnaire 1^{er} tour et courrier 2^{ème} tour

Ronde Delphi

LEBRUN Valentine, interne de médecine générale, UPJV Amiens

Pour vous connaître

1. Avez-vous un mode d'exercice particulier exclusif ?

Acupuncture, angiologie, échographie, médecine du sport ...

- Oui
- Non, je suis médecin généraliste

Si vous avez répondu « oui », prière de bien vouloir renvoyer ce questionnaire, avec votre nom, sans répondre à la suite (afin de ne pas être relancé plus tard). Merci

2. Si pour la suite de l'étude vous acceptez d'être contacté

- Par mail, merci de l'indiquer : _____ @ _____
- Ou par fax : ____/____/____/____

3. Quel âge avez-vous : _____ ans

4. Vous êtes : une femme ou un homme

5. Votre nombre d'années de pratique, depuis votre installation : _____ ans

6. Votre type d'activité :

Merci de bien vouloir préciser dans autre, si vous avez un mode d'exercice particulier non exclusif

- Urbain
- Semi urbain
- Rural
- Autre : _____

7. Votre type d'installation :

- Seul
- Cabinet de groupe (nb d'associés, vous y compris) : _____

8. Êtes-vous Maître de Stage Universitaire (pour les externes et/ou internes) ?

- Oui
- Non

9. Le nombre de kilomètre entre votre cabinet et un service d'urgence : _____ km

10. Réalisez-vous des sutures (simples ou plusieurs plans) en urgence à votre cabinet ?

- Oui
- Non

11. Si oui, à quelle fréquence (approximativement) ?

- 1 tous les 3 mois.
- Au moins une tous les 6 mois.
- Au moins une par an.
- Au moins une tous les 2 ans.
- Moins souvent.

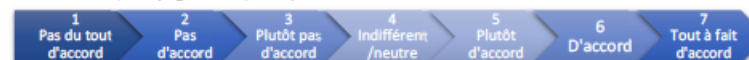
Quelque soit votre réponse à la question précédente (fréquence à laquelle vous suturez), je vous soumet une liste non exhaustive de propositions qui pourraient inciter à la réalisation des sutures au cabinet de médecine générale et vous remercie d'indiquer pour chacune d'elles votre degré d'accord ou de désaccord.

Si vous avez répondu entre 3 et 5, pourriez-vous argumenter votre choix et éventuellement faire une nouvelle proposition.

L'utilisation du steri-strip® ou des colles biologiques ne relève pas de notre définition de la suture.

RECRUTEMENT DES PATIENTS

A. La réalisation d'une campagne d'information auprès des patients sur la possibilité d'être suturé par leur médecin généraliste, permettrait d'augmenter le nombre de demandes (affiches au cabinet, campagne radio, TV ...)



Commentaire :

B. Certains patients déclarent se rendre aux urgences pour la « gratuité » des soins. La pratique systématique du tiers-payant pour ce type de geste (comme lors des gardes) inciterait à la réalisation des sutures au cabinet

ASPECTS FINANCIER ET MEDICO-LEGAL

C. Une meilleure formation sur la connaissance des effets secondaires possibles de l'anesthésie locale favoriserait la réalisation des sutures au cabinet

D. La clarification et la simplification de la cotation CCAM

E. La revalorisation de l'acte de suture

F. Le remboursement des kits de sutures et du fil pour le patient, permettrait de diminuer le coût de ce geste

G. La mise à disposition par la sécurité sociale d'un kit de suture stérilisable (au même titre que le tensiomètre lors de la première installation)

H. L'inclusion de ce geste technique dans tous les contrats d'assurance professionnelle en responsabilité civile, sans majoration de la cotisation

ENVIRONNEMENT TECHNIQUE ET TEMPOREL

- I. La présence d'un interne en stage (niveau 1 ou 2) au moment de la demande du geste de suture, faciliterait la gestion de l'emploi du temps

Les regroupements en maison de sante pluri-professionnelles (MSP)

- J. Faciliteraient la réalisation des sutures au cabinet, par une plus grande souplesse dans l'emploi du temps et la gestion de l'urgence
- K. Avec une pièce dédiée à la réalisation des gestes techniques (stockage du matériel au même endroit, gestion des déchets, geste parfois salissant ...)
- L. Avec la présence d'autres professionnels (infirmières, kiné, secrétaires, ...) ou d'un confrère (médecin ou étudiant) pour venir en aide en cas de besoin

Le déploiement des assistants médicaux

- M. Faciliterait la réalisation des sutures au cabinet, en gérant tout le côté administratif (déclaration en accident de travail, préparation des ordonnances, aide à la confection des pansements...)
- N. En pouvant installer le patient, lui faire laver sa plaie à l'eau et au savon, préparer le matériel
- O. En pouvant aider à la réalisation du geste : tenir un enfant, rassurer un patient, ouvrir le pansement
- P. En gérant « l'après geste », reconditionnement et stérilisation du matériel, gestion des stocks, nettoyage de la salle de soins ...

FORMATION

- Q. L'organisation régulière de FMC avec la réalisation de sutures simples et complexes
- R. S'assurer d'une formation universitaire suffisante, intégrant le geste à la liste des actes techniques exigibles et dont la formation est contrôlée par les enseignants (car il n'est pas certain que même après un stage aux urgences, le geste soit maîtrisé)
- S. Avez-vous des remarques ? Ou de nouvelles propositions à émettre ?

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire, vous serez sollicités prochainement pour répondre à la deuxième phase de ma thèse (qui sera beaucoup plus courte).

Valentine Lebrun
DES de médecine générale
06-79-97-29-78
Valentine.lebrun.1@gmail.com



Chère Consœur, Cher Confrère,

Je voudrais tout d'abord vous remercier pour votre participation au premier tour Delphi de mon travail de thèse. Vous avez été 60 à répondre présents !!

Je vous propose maintenant d'entamer la deuxième étape d'identification des facteurs améliorant la pratique des sutures au cabinet de médecine générale dans les Hauts-de-France.

En résumé de l'analyse du 1^{er} tour :

- 6 propositions sur les 18 soumises ont été validées d'emblées ; celles-ci ne vous seront donc plus proposées.
- Aucune n'a été rejetée.
- Pour les 12 restantes, certaines ont été reformulées à l'aide de vos commentaires ; d'autres vous seront proposées inchangées.
- Enfin, 2 nouvelles propositions issues de vos suggestions vous sont soumises.

Pour ce 2^e tour, vous serez invités à réévaluer votre position pour chacun des items proposés, cette fois-ci en connaissance de la position du groupe.

Les réponses sont souhaitées pour le 22/02/2020 au plus tard.

N'hésitez pas à me contacter pour toute question.

Je vous remercie par avance du temps consacré à ce travail et vous prie d'agréer, chère consœur, cher confrère, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Très respectueusement,

Valentine Lebrun

Annexe 4 : courrier et questionnaire du 3^{ème} tour : groupe nominal

Valentine Lebrun
DES de médecine générale
06-XX-XX-XX-XX
@



Chère Consœur, Cher Confrère,

Je tiens à vous remercier encore une fois pour votre implication dans ce travail de thèse qui présente certainement un format inhabituel voir inconnu pour vous.

Nous voilà arrivés à la troisième et dernière phase du questionnaire, qui devrait vous prendre moins de 2 minutes.

Pour mémoire, l'objectif de cette étude est de déterminer les facteurs qui favoriseraient la réalisation des sutures au cabinet de médecine générale.

Au cours des premier et deuxième tours, un total de 9 propositions ont été retenues comme consensuelles pour le groupe.
C'est maintenant à vous de déterminer quelles seraient les TROIS mesures les plus importantes et de les classer (1 pour la plus importante).

Les réponses sont souhaitées pour le 22/03/2020 au plus tard.

Je vous remercie par avance du temps consacré à ce travail.
N'hésitez pas à me contacter pour toute question.

Très respectueusement,

Valentine Lebrun

Valentine Lebrun
DES de médecine générale
06-XX-XX-XX-XX
@



Les 3 mesures qui inciteraient à la réalisation de sutures au cabinet de médecine générale

Merci de bien vouloir déterminer, selon vous, quelles seraient les TROIS mesures les plus importantes pour favoriser la pratique des sutures au cabinet de médecine générale et de les classer (1 étant la plus importante).

	Le remboursement des kits de sutures et du fil pour le patient, permettrait de diminuer le coût de ce geste.
	Le déploiement des assistants médicaux, en pouvant aider à tenir un enfant.
	Le déploiement des assistants médicaux en gérant « l'après-geste » en réalisant l'éducation thérapeutique auprès du patient, quand faire retirer les fils, pas d'exposition au soleil, signes d'infection ...
	La réalisation d'affiches à apposer dans la salle d'attente des praticiens qui le souhaitent, indiquant qu'il est possible d'être suturé au cabinet aux horaires ouvrables et après contact téléphonique avec le médecin permettrait d'augmenter le nombre de demandes. <i>Il va de soi que le médecin reste juge en fonction du contexte (traumatisme à haute cinétique, personne âgée sous AVK), de la localisation et de l'étendue de la plaie.</i>
	L'organisation d'une formation particulière sur la technique d'utilisation de la colle biologique.
	La clarification et la simplification de la cotation CCAM.
	S'assurer d'une formation universitaire suffisante, intégrant le geste à la liste des actes techniques exigibles et dont la formation est contrôlée par les enseignants (car il n'est pas certain que même après un stage aux urgences, le geste soit maîtrisé).
	L'inclusion de ce geste technique dans tous les contrats d'assurance professionnelle en responsabilité civile, sans majoration de la cotisation.
	La revalorisation de l'acte de suture.

Annexe 5 : Commentaires du 1^{er} tour

RECRUTEMENT DES PATIENTS

A. La réalisation d'une campagne d'information auprès des patients sur la possibilité d'être suturé par leur médecin généraliste permettrait d'augmenter le nombre de demandes (affiches au cabinet, campagne radio, TV ...)

- La nécessité d'avoir des créneaux d'urgence qui restent disponibles ! Avoir l'assistance d'un interne ou d'un assistant médical qui puissent dégager un peu de temps.
- Affiches en cabinet.
- Formation des médecins/contact CDOM description des conditions de prise en charge d'une suture au cabinet pour la population (si chute d'une échelle vaut mieux aller aux urgences ?). Si bilan trauma négatif aux urgences envoi de l'urgentiste vers le cabinet médical pour la suture ? ...
- Beaucoup ne suturent plus.
- Les patients n'ont pas confiance dans le médecin généraliste. En médecine du sport, c'est différent.
- Les patients ont acquis un réflexe "URGENCES" comme l'hôpital est à 10 min, ils s'y rendent directement le plus souvent.
- Oui probablement, mais ce n'est pas pour autant que nous les MG on aura plus de temps pour les recevoir !
- Les patients ne le savent pas.
- Préciser les types de sutures réalisables au cabinet. Appel téléphonique avant au cabinet pour organisation de l'acte.
- Une suture pour le patient reste une urgence, nécessité absolue d'avoir une structure adaptée et emploi du temps adapté.
- Nous pouvons réaliser des sutures au cabinet mais cela dépend des conditions de l'agenda, du temps disponible, du type de suture et s'il s'agit d'un enfant. Une affiche au cabinet permettrait une information du patient Si je fais des sutures c'est aussi pour rendre service au patient.
- Tous les médecins généralistes ne suturent pas (manque de matériel/temps). Les patients pensent souvent aux urgences.
- Malgré 40 à 60 actes par jour, je réalise les sutures pour mes patients. Aucune "publicité" ne doit en être faite, et chaque médecin doit gérer sa patientèle en fonction de sa propre disponibilité ...
- Afficher au cabinet que les sutures sont possibles pendant les heures de consultation.

B. Certains patients déclarent se rendre aux urgences pour la « gratuité » des soins.

La pratique systématique du tiers-payant pour ce type de geste (comme lors des gardes) inciterait à la réalisation des sutures au cabinet

- Tiers-payant pas forcément systématique mais j'ignore l'étendue de la cotation pour les sutures (j'ai déjà fait un tiers payant pour une suture du visage car la cotation est très importante) et pas systématique non plus car à voir en fonction des patients.
- La rapidité de la prise en charge et la disponibilité du médecin sont primordiales.
- Pas vraiment.
- L'argent n'est pas l'exclusivité d'un défaut de prise en charge de la suture au cabinet. C'est un faux problème à mon sens.
- Les patients acceptent d'attendre aux urgences mais pas chez un généraliste !
- Urgences --> disponibilités
- Pas d'accord pour le tout gratuit depuis toujours
- Je ne sais pas
- Oui probablement mais hors de question de le pratiquer pour les patients non habituels du cabinet pour qui le TP risque d'être rejeté si les cartes vitales ne sont pas à jour !
- Ce que je fais déjà = 1/3 payant pour tous mais population relativement défavorisée.

- Le 1/3 payant sur patient hors ALD nécessite de la part du patient le règlement de la part mutuelle (la gratuité n'existe pas complètement).
- Trop compliqué. (Vérification des droits et pas tjrs de carte vitale). Arrêt de la médecine libérale vers un salariat ? Il y a déjà trop d'erreurs de remboursement des actes. Trop chronophage de devoir contrôler les retours 1/3 payant.
- Mais je suis contre inculquer aux patients le "tout gratuit".
- Je pratique déjà depuis longtemps le 1/3 payant pour ces actes.
- Quand il s'agit d'être soigné rapidement, le coût par rapport à des heures d'attente semble moins un problème.

ASPECTS FINANCIER ET MEDICO-LEGAL

C. Une meilleure formation sur la connaissance des effets secondaires possibles de l'anesthésie locale favoriserait la réalisation des sutures au cabinet

- Faux. Il faut éventuellement reformer dans la globalité le confrère à la suture. Il y a aussi le matériel inhérent à gérer.
- Xylocaïne spray suffit.
- Formation sur les techniques d'AL réalisables au cabinet médical.
- Je ne le pense pas.
- L'absence de réalisation de l'anesthésie locale au cabinet de médecine générale est une question de temps disponible auparavant !!
- Je fais les petites sutures sans anesthésie- allergie/surdosage : xylocaïne adrénalinée geste d'anesthésie locorégionale.
- Il faut le faire c'est sûr, mais ce n'est pas pour moi un frein à la pratique de sutures au cabinet.
- Tout médecin est, me semble-t-il, déjà formé ...
- Si je ne sens pas la réalisation d'une anesthésie, c'est que ma formation initiale m'a appris qu'elle était complexe. A ce titre, je préfère une prise en charge spécialisée (anesthésie locorégionale, suture des mains).

D. La clarification et la simplification de la cotation CCAM

- Avec l'informatique, il est assez facile de retrouver les cotations, une revalorisation serait plus incitative avec le tiers payant.
- Augmentation du tarif de l'acte
- Quand les patients ont besoin d'une suture, ils ne se posent pas trop la question du remboursement. La cotation simplifiée ne changerait pas grand-chose... Quand un patient vient pour une suture, je le suture et je ne fais payer qu'une consultation...
- Nous n'avons pas le temps de rechercher la cotation exacte de l'acte lorsque celui-ci est réalisé en urgence, entre 2 consultations programmées et nous comptons une GS pour gagner du temps ...
- Très facile à mémoriser ... fin d'acquis de la technocratie.
- Il suffit d'avoir sa liste de cotation sous les yeux.
- Très nébuleux.
- Cotation claire, mais personnellement je ne la pratique pas pour les petites sutures.
- Trop complexe. Cotation différente entre superficiel, profond, main, visage, nombre de points.
- Quand je suture, je fais une consultation simple, pas de cotation.
- Vive Google qui nous facilite la tâche.

E. La revalorisation de l'acte de suture

- Je n'ai jamais demandé de supplément. Suture = une consultation.
- Je facture une consultation mais si on me dit qu'il y a une cotation simple je l'appliquerai...
- Simplifier et revaloriser.

- Elle est déjà bien valorisée.
- Rémunération faible par rapport au temps passé.
- Et pas que...

F. Le remboursement des kits de sutures et du fil pour le patient, permettrait de diminuer le coût de ce geste

- Temps long passé pour le geste pour un tarif bas.
- Prescription et à ramener au cabinet.
- Kit de suture = plus de la moitié à la poubelle, pauvre planète !
- C'est vrai que lorsque les patients ne nous ramènent pas les consommables, nous perdons de l'argent.
- Oui (le problème est que la pharmacie commande une boîte complète) et que le médecin connaisse la classification des fils.
- Actuellement, je ne facture pas, la suture est surtout faite pour rendre service au patient.
- Qu'ils soient remboursés avant ou après c'est pareil.
- L'acte est valorisé et vaut bien le prix d'un set de suture.

G. La mise à disposition par la sécurité sociale d'un kit de suture stérilisable (au même titre que le tensiomètre lors de la première installation)

- Je pense que la revalorisation des cotations serait suffisante : coter l'acte et l'urgence de l'acte !
- Le fait d'avoir systématiquement un kit dans le cabinet favoriserait peut-être le geste.
- Dans l'urgence c'est bien d'avoir le matériel sous la main, c'est plus pratique que de demander au patient d'aller le chercher à la pharmacie avant de venir.
- Ils sont en déficit...
- Pourquoi pas ?
- Un porte aiguille et une paire de ciseaux ? Ce n'est pas un gros investissement.
- Kit stérile comme kit pansement (existe au SAU : petite suture et grande suture).
- Usage unique
- Stérilisable ... et comment ?

H. L'inclusion de ce geste technique dans tous les contrats d'assurance professionnelle en responsabilité civile, sans majoration de la cotisation

- Cela fait partie du contrat de base.
- Les assurances dès qu'elles peuvent faire payer plus, elles ne vous ratent pas.
- Aucun avis.
- Déjà inclus !
- Il est inclus tacitement.
- Effectivement, si pas signalé lors de la signature du contrat, pas de couverture.
- J'espère que tous les actes techniques sont inclus dans nos contrats d'assurance, car nous sommes omnipraticiens !

ENVIRONNEMENT TECHNIQUE ET TEMPOREL

I. La présence d'un interne en stage (niveau 1 ou 2) au moment de la demande du geste de suture, faciliterait la gestion de l'emploi du temps

- En stage j'ai pratiqué une suture, geste que mon maître de stage ne réalise pas : il rapporte une perte de temps car peu payé pour ce geste...
- Un interne est un médecin en formation, non ?
- Une aide technique est toujours utile mais pas indispensable.
- Un interne avec chaque médecin → impossible !

- Je ne suis plus maître de stage depuis 5 ans après 15 ans de bons et loyaux services. Peut-être les internes expérimentés (SASPAS) pourraient nous faire gagner du temps.
- Oui si le stagiaire est autonome pour gérer seul les consultations ?
- Pas maître de stage.
- Disponibilité du médecin, de la salle technique, éclairage, isolement, stérilité.
- Seulement s'il sait faire la suture.
- Malheureusement un stagiaire me ralentirait fortement dans mon activité trop touffue.

Les regroupements en maison de sante pluriprofessionnelles (MSP)

J. Faciliteraient la réalisation des sutures au cabinet, par une plus grande souplesse dans l'emploi du temps et la gestion de l'urgence

- Je pense que la MSP facilite également la suture en mutualisant le matériel notamment, voir en créant une salle dédiée aux gestes d'urgence (j'ai vu ça à Corbie).
- Non, je m'installe en MSP, cela ne changera rien à la pratique des sutures en termes de planning.
- On travaille aussi bien tout seul et avec moins de contraintes !
- Ça dépend de la fréquentation, les MSP semblent aussi "débordées" que les médecins seuls.
- Organisation.
- Les patients restent attachés à leur médecin traitant et ne comprendraient pas que ce dernier les adresse à un confrère du cabinet.
- Nos créneaux d'urgences sont systématiquement remplis par toutes sortes de demandes. 1 suture = au moins 3 consultations en termes de temps passé.
- Réalisable en cas de temps de consultation non programmée organisé au sein de la MSP.
- Avec salle adaptée et emploi du temps adapté.
- Pas besoin d'une MSP pour faire une suture.
- Pas forcément motivé aujourd'hui pour réaliser les sutures.
- Le regroupement n'augmente pas le temps et 24h00 n'en feront jamais 36 ...
- Par définition plus de praticiens = plus de créneaux de consultations. Cependant, ils sont tous déjà pleins, et la suture étant urgente, je ne pense pas que ça change finalement grand-chose...

K. Avec une pièce dédiée à la réalisation des gestes techniques (stockage du matériel au même endroit, gestion des déchets, geste parfois salissant ...)

- Pièce dédiée = facilité.
- Difficile.
- 1. Un petit château serait souhaitable... 2. Taxes foncières en fonction de la superficie.
- Difficile de dédier une pièce pour des actes aussi peu fréquents mais c'est vrai que cela faciliterait (idem pour les attelles plâtrées).
- Le problème est plus représenté par la gestion du temps, pas les locaux.
- Ce n'est pas une question de place mais de temps.
- C'est impossible dans les locaux classiques.
- Coût d'une pièce non occupée en permanence.
- Ok + éclairage spécifique.
- Pas besoin d'une structure complexe.
- Tout cabinet devrait être pourvu de cette pièce !
- Si vous saviez le prix du m² ici !

L. Avec la présence d'autres professionnels (infirmières, kinés, secrétaires, ...) ou d'un confrère (médecin ou étudiant) pour venir en aide en cas de besoin

- Euh secrétaire médical c'est chaud quand même niveau responsabilité et niveau de formation, je ne sais pas si c'est pertinent de l'inclure là.
- D'autres praticiens présents en cas de problème.
- Geste fait en solo, comme l'ablation des implants.
- Non si hôpital à moins de 15 km.
- Mais les parents sont souvent les plus volontaires car ils ne veulent pas attendre 3 heures aux urgences.
- Pourquoi pas un psychiatre, une orthophoniste et un boucher – charcutier.
- Peut-être mais quid de la rémunération ?
- Impossible. On est tous débordés !
- Besoin effectivement d'une troisième main occasionnellement et parfois exploration plaies profondes (tendon ?).
- Pour les enfants.
- Un médecin exerçant seul avec la conjoncture démographique actuelle et la complexité de plus en plus grande de la gestion administrative de l'acte n'est plus incité à suturer.

Le déploiement des assistants médicaux

M. Faciliterait la réalisation des sutures au cabinet, en gérant tout le côté administratif (déclaration en accident de travail, préparation des ordonnances, aide à la confection des pansements...)

- Dépendance !
- Piège pour diminuer le chômage – emploi aidé au début puis pleines charges.
- L'assistant de santé faciliterait cet acte mais pas plus que les autres.
- Je suis un "vieux" médecin à 6 mois de la retraite et n'aurais qu'une confiance modérée à une aide, même au niveau administratif.
- Hors de question d'avoir recours à un AM ... (question de qualité de relation médecin- malade).
- Pas d'accord avec ce système.
- Pas besoin d'autant d'intervenants.
- D'accord mais il faut le payer l'assistant et pour 2 sutures par an, est-ce que ça vaut le coup ?
- Avec un minimum d'expérience et d'organisation, le travail administratif est moins chronophage que l'organisation d'un tandem assistant-médecin.
- Si c'est pour lui dire quoi faire, autant le faire moi-même j'irai aussi vite. Quand je serais vieux et fatigué, peut-être que cela changera.

N. En pouvant installer le patient, lui faire laver sa plaie à l'eau et au savon, préparer le matériel ...

- Je ne le vois pas de cette manière. Cela prend 1 minute !

O. En pouvant aider à la réalisation du geste : tenir un enfant, rassurer un patient, ouvrir le pansement ...

- Oui dans ce cas, car le ou les parents ne sont pas efficaces.
- Nous ne sommes pas des super chefs.
- C'est au médecin de rassurer le patient.
- Peut-être mais pas certain de l'avantage. La secrétaire peut très bien faire l'affaire.
- Si enfant = parent présent.
- Pour les enfants surtout.
- Et c'est dans ces rares cas (parents trop sensibles ou patient trop douillet) que j'adresse aux urgences.

P. En gérant « l'après geste », reconditionnement et stérilisation du matériel, gestion des stocks, nettoyage de la salle de soins ...

- En groupe, nous avons secrétaire et femme de ménage.
- Il y a des choses à dire, à expliquer comme la prise en charge de la désinfection → c'est de l'éducation thérapeutique.
- Le plus possible usage unique, pas de stérilisation mais gestion des déchets.
- Peut-être pour un gros cabinet de groupe mais pas pour une petite structure.
- Je ne suis pas contre un assistant médical, je ne peux juste pas en embaucher un (financièrement).
- Deux minutes à tout casser.

FORMATION

Q. L'organisation régulière de FMC avec la réalisation de sutures simples et complexes

- Difficile à mettre en place et rien ne remplacera la pratique régulière.
- Je ne réalise que les sutures simples, par manque d'expérience et de formation concernant les plus complexes.
- S'entraîner à faire des sutures pourrait aider certains médecins à suturer plus facilement au cabinet.
- Si nouveautés matérielles.
- La remise à jour, l'apprentissage de nouvelles techniques, de nouveaux matériels peut légèrement être un plus.
- La technique en elle-même est acquise lors du stage d'urgences.
- Nécessité de formation : points/fils/anesthésie/technique des différents points esthétiques au niveau du visage/points sous tension etc. nécessité d'une formation aux urgences.
- A mon avis rien ne vaut la pratique. Je vois mal comment me perfectionner à la suture sur des mannequins ou des PowerPoint.

R. S'assurer d'une formation universitaire suffisante, intégrant le geste à la liste des actes techniques exigibles et dont la formation est contrôlée par les enseignants (car il n'est pas certain que même après un stage aux urgences, le geste soit maîtrisé)

- Je pense que cela devrait être un pack de base à la formation de tout médecin, donc compétence exigible dès la fin du deuxième cycle et contrôlée évidemment.
- Encore une contrainte !
- Cela est fait dans notre fac (lorsque j'étais maître de stage) lors de cours en formation pratique.
- Aujourd'hui je ne suis plus forcément motivé par la réalisation des sutures, surtout compte tenu de mon exercice urbain et de la proximité des services d'urgences.

Bibliographie

1. Présentation du D.E.S [Internet]. Disponible sur : https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
2. Dubrana F, Pasquier P. Ligatures et sutures chirurgicales : Techniques chirurgicales [Internet]. Springer Paris ; 2010. Disponible sur : <https://books.google.fr/books?id=Cc5UVYDiNKkC>
3. Soriot V, Zirn A. Étude sur la prise en charge des principales urgences traumatologiques courantes de l'adulte au cabinet du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. Université de Picardie Jules Verne ; 2000.
4. Observatoire de Médecine Générale - Plaies [Internet]. Disponible sur : <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>
5. Le monde. « Aux urgences, le risque d'accident devient immense » : le cri d'alarme de quatorze chefs de service [Internet]. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/idees/article/2019/01/16/aux-urgences-le-risque-d-accident-devient-immense-le-cri-d-alarme-de-quatorze-chefs-de-service_5410161_3232.html
6. Cour des comptes. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités. 2019. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
7. Centres de soins non programmés en Grand Est : mieux répondre aux besoins de soins urgents [Internet]. Disponible sur : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/centres-de-soins-non-programmes-en-grand-est-mieux-repondre-aux-besoins-de-soins-urgents>
8. Tamisier T. Les futurs médecins généralistes pratiqueront-ils les sutures en cabinet de ville ? [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Paris Descartes ; 2015. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01302358/document>
9. 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]. Paris Créteil ; 2008. Disponible sur : <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0522404.pdf>
10. Coowar B. Prise en charge de la petite traumatologie en médecine générale [Thèse d'exercice]. Université de médecine de Rouen ; 2012. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00659773/document>
11. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Méthodes de consensus : revue des méthodes originales et de leurs grandes variantes utilisées en santé publique. Rev Dépidémiologie Santé Publique. 2008;56(6):415-23.
12. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Exercer. déc 2011;99:170-7.
13. HAS. Guide méthodologique - Élaboration de recommandations de bonne pratique - Méthode « Recommandations par consensus formalisé » [Internet]. 2010. Disponible sur : https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_methodologique_cf_40_pages_2011-11-03_15-40-2_278.pdf

14. Keeney S, Hasson F, McKenna H. A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *Int J Nurs Stud.* 38: 195-200. *Int J Nurs Stud.* 1 mai 2001;38:195-200.
15. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs.* 2000;32(4):1008-15.
16. Keeney S, Hasson F, McKenna H. Consulting the oracle : ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *J Adv Nurs.* 2006;53(2):205-12.
17. Claveria O. A New Metric of Consensus for Likert Scales. *SSRN Electron J [Internet].* 2018. Disponible sur : <https://www.ssrn.com/abstract=3255555>
18. Annuaire en ligne CNOM [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/annuaire>
19. Médecin généraliste en Pas-de-Calais [Internet]. Disponible sur : <https://www.annuaire-sante.com/medecin/pas-de-calais-62>
20. Créer un questionnaire en ligne [Internet]. Eval&GO. Disponible sur : <https://www.evalandgo.com/fr/>
21. Delclitte T. La pratique de la suture par le médecin généraliste - État des lieux dans le département de la Somme [Thèse d'exercice]. Université de Picardie Jules Verne ; 2012.
22. Fitch K, éditeur. *The Rand/UCLA appropriateness method user's manual.* Santa Monica: Rand; 2001. 109 p.
23. Cambon B, Bachs L, Lusson JR, Gibot S, Vorilhon P. Contenu des courriers échangés entre médecins généralistes et cardiologues : consensus d'après une étude Delphi. *Ann Cardiol Angéiologie.* 2018;67(4):231-7.
24. Règlement européen : faut-il encore effectuer des déclarations à la CNIL ? [Internet]. Disponible sur : <https://www.cnil.fr/cnil-direct/question/reglement-europeen-faut-il-encore-effectuer-des-declarations-la-cnil>
25. CartoSanté - Rapports et portraits de territoires [Internet]. Disponible sur : <http://cartosante.atlasante.fr/#c=report&chapter=omni&report=r01&selgeo1=reg.32&selgeo2=fra.99>
26. Petitprez M. Enquête de pratique sur la prise en charge des plaies aiguës par les médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France [Thèse d'exercice]. Université de Picardie Jules Verne ; 2018.
27. Bouet P, Mourgues J-M. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2018 p. 165. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
28. Bessière S. La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. *Rev Fr Aff Soc.* 2005;1(1):17.
29. Pacte Territoire Santé - Des mesures concrètes pour lutter contre les déserts médicaux dans les Hauts-de-France [Internet]. France : ARS Hauts-de-France ; 2017. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2017-06/Brochure%20PTS%20ARS%20HDF.pdf>

30. Tasei F. Prise en charge des plaies en médecine générale à partir d'une enquête téléphonique réalisée auprès de 337 médecins généralistes du département de la Vienne [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers ; 2000.
31. Ceysson C. Les obstacles à la suture de plaies en cabinet de médecine générale : enquête quantitative auprès de l'offre et de la demande dans le département du Cantal [Thèse d'exercice]. Université de Clermont I ; 2011. Disponible sur : <http://www.sudoc.fr/156098857>
32. Gunera-Saad N, Guillot I, Cousin F, Philips K, Bessard A, Vincent I, et al. Réactions d'allure immédiate aux anesthésiques locaux : démarche diagnostique et thérapeutique. *Ann Dermatol Vénérologie*. 2007;(134):333-6.
33. Freysz M, Carli P. Pratique des anesthésies locales et locorégionales par des médecins non spécialisés en anesthésie-réanimation, dans le cadre des urgences [Internet]. Société française d'anesthésie et de réanimation, Samu de France, Société francophone de médecine d'urgence ; 2004. Disponible sur : https://sfar.org/wp-content/uploads/2016/01/2_AFAR_Pratique-des-anesthesies-locales-et-locoregionales-par-des-medecins-non-specialises-en-anesthesie-reanimation-dans-le-cadre-des-urgences.pdf
34. La sédation consciente : l'utilisation du MEOPA au cabinet dentaire [Internet]. MACSF.fr. Disponible sur : <https://www.macsf.fr/Responsabilite-professionnelle/Actes-de-soins-et-technique-medicale/sedation-consciente-utilisation-meopa-cabinet-dentaire>
35. Chateau A. Utilisation du Mélange Equimolaire Oxygène - Protoxyde d'Azote (MEOPA) en cabinet de médecine de montagne : identifier et décrire les freins à son utilisation [Thèse d'exercice]. Université Joseph Fourier Grenoble ; 2012. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00740384/document>
36. Pellat J-M, Hodaj H, Kaddour A, Long J-A, Payen J-F, Jacquot C, et al. Le MEOPA (Kalinox®) : Mélange Équimolaire Oxygène et Protoxyde d'Azote dans le traitement de la douleur. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. 2004;5(5, Part 1):275-81.
37. Modalités d'administration du MEOPA – PEDIADOL [Internet]. Disponible sur : <https://pediadol.org/modalites-dadministration-du-meopa/>
38. SFMU. Plaies aiguës en structure d'urgence Référentiel de bonnes pratiques [Internet]. 2017. Disponible sur : https://www.sfm.org/upload/consensus/rbp_plaies2017_v2.pdf
39. Nomenclature Générale des Actes Professionnels [Internet]. Disponible sur : <https://www.cafat.nc/documents/20479/2502774/Nomenclature+Generale+Actes+Professionnels+30+mars+2005.pdf>
40. SFTG, HAS. Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical [Internet]. France ; 2007 p. 35. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/hygiene_au_cabinet_medical_-_recommandations_2007_11_27__18_45_21_278.pdf
41. Les maisons de santé Hauts-de-France, état des lieux [Internet]. Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France. Disponible sur : <https://www.femas-hdf.fr/msp-hauts-de-france/>

42. Des assistants médicaux pour retrouver du temps médical [Internet]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/des-assistants-medicaux-pour-retrouver-du-temps-medical>
43. Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale [Internet]. ISNAR-IMG ; 2013 p. 20. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf>
44. Cassier S. Utilisation de la colle biologique : pour quel type de plaies ? 2015;(194):41-3.
45. Duquennoy-Martinot V, Depoortère C. Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique. [Internet]. 2020;33(45-030). Disponible sur : <https://www-em-premium-com.merlin.u-picardie.fr/article/1352782>
46. EPIGLU colle cutanée stérile monodose 0,3ml [Internet]. Robé Médical. Disponible sur : <https://www.robe-materiel-medical.com/EPIGLU-colle-cutanee-sterile-monodose-0-3ml-EPIGLU10-materiel-medical.htm>
47. Hincelin C, Serve N. Quels sont les facteurs identifiés par les médecins généralistes exerçant en milieu urbain, à moins de quinze minutes d'un centre d'urgence grenoblois, qui favorisent ou freinent la réalisation d'actes de petite chirurgie non programmés en cabinet de médecine générale ? [Thèse d'exercice]. Université Grenoble Alpes ; 2017. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01632571/document>
48. Gabrielli M. Urgences traumatologiques graves en médecine générale libérale [Thèse d'exercice]. Université Nice Sophia Antipolis ; 2016. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01399979/document>
49. Esposito L. Création par les maîtres de stage SASPAS d'une liste de critères qualifiant leur pratique à destination des internes de Médecine Générale par méthode DELPHI. [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine ; 2018. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2018_ESPOSITO_LUCAS.pdf
50. Mebarki L. Une charte des thèses en médecine générale [Thèse d'exercice]. Université de Picardie Jules Verne ; 2015. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01213851/document>
51. Borel A, Mertz E. Élaboration par méthode Delphi® du contenu d'une formation à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale, destinée aux internes de médecine générale, et réflexion sur sa forme [Thèse d'exercice]. Université Grenoble Alpes ; 2019. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02074251/document>
52. Ganassali S. Enquêtes et analyse de données avec Sphinx [Internet]. Pearson France. 2014. (LM). Disponible sur : <https://www.pearson.fr/fr/book/?GCOI=27440100606620>
53. Boulard B. Réalisation des gestes techniques en cabinet libéral : étude des pratiques des médecins généralistes en Haute-Normandie [Thèse d'exercice]. Université de Rouen ; 2013. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00960899/document>
54. Barjoud G. État des lieux sur la pratique des gestes techniques en cabinet de médecine générale dans les Hauts-de-France [Thèse d'exercice]. Université de Picardie Jules Verne ; 2019. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02293236/document>

55. Edwards P, Roberts I, Clarke M, DiGiuseppi C, Prata S, Wentz R, et al. Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *BMJ*. 2002;324(7347):1183.
56. Santin G. Non-réponse totale dans les enquêtes de surveillance épidémiologique [Internet] [Thèse de doctorat - Santé publique - Epidémiologie]. Université Paris-Sud - École Doctorale 420 : Santé Publique ; 2015. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01132170/document>
57. Étape de la formulation des recommandations. INESSS ; 2017. Disponible sur : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/Elaboration_guides_pratique/INESSS_Outil_1.3.a_Processus_Methodes_Consensus_formel.pdf

IDENTIFICATION DES PRINCIPAUX FACTEURS QUI INCITERAIENT A LA REALISATION DES SUTURES AU CABINET DE MEDECINE GENERALE

Résumé

Introduction : L'objectif de ce travail était de mettre en lumière les principaux leviers susceptibles d'inciter à la réalisation plus fréquente de sutures au cabinet de médecine générale.

Matériel & méthodes : Un panel de 62 médecins généralistes, tous installés dans les Hauts-de-France, a été constitué pour répondre à la question. La méthode Delphi à deux tours, complétée par un Groupe Nominal au 3^{ème} tour, a été choisie comme technique d'élaboration d'un consensus. Le taux de réponse final a été supérieur à 61%.

Résultats : Neuf propositions consensuelles ont été retenues et les trois plus importantes classées comme suit : le remboursement des kits de sutures pour le patient, la clarification et la simplification de la cotation pour le praticien et, enfin, la revalorisation de l'acte en lui-même.

Discussion : Les trois mesures jugées prioritaires à mettre en place sont en lien avec la rémunération de cet acte alors qu'elles n'étaient évoquées que secondairement dans les travaux antérieurs. Étonnamment, le déploiement d'assistants médicaux arrive en dernière position du 'groupe nominal' ; cela mériterait une étude complémentaire.

Conclusion : L'analyse des données a permis de confirmer un regain d'intérêt de la jeune génération de praticiens pour la réalisation des sutures au cabinet. Cette tendance pourrait être encore soutenue par une meilleure rémunération des médecins généralistes et le remboursement des consommables au patient.

Mots-clefs : médecine générale, sutures, prise en charge au cabinet, nouvelles tendances, méthode Delphi.

IDENTIFICATION OF THE MAINS LEVELS THAT COULD ENCOURAGE GENERAL PRACTITIONERS TO SUTURE IN THE MEDICAL OFFICE

Abstract

Introduction: The goal of the present work was to highlight the effective levers that could encourage general practitioners to suture wounds at the medical office.

Equipment & methods: a 62-GP panel, all of them having their activity in North of France (Hauts-de-France), was asked both to evaluate and make proposals. The overall rate of answers reached more than 61%.

Results: Nine proposals raised as more relevant by a 2-round Delphi survey. Three of them were finally selected by the experts and sorted by the nominal group technique (NGT) as follows: *i*-refunding of medical kits & related expenses, *ii*-simplification of surgery quotations, and *iii*-higher professional fees.

Discussion: The best three preferred measures implied a better suturing cost evaluation, even if this was thought to be secondary in previous contributions. Surprisingly, the deployment of medical assistants only reached the last position of the 'nominal group', which is now worth being re-evaluated elsewhere.

Conclusion: The collected data analysis confirmed the growing interest for suturing wounds by starting out GP at the medical office. This new trend could be sustained by higher practitioner fees and effective refunding of medical consumable to the patient, too.

Key-words: general medicine, sutures, doctor's office treatment, growing trends, Delphi Method.