HAL
open science

Les facteurs influençant l'acquisition et l'utilisation des équipements dans les cabinets de médecine générale : étude qualitative chez des médecins généralistes installés de l'Hérault

Julie Malet

To cite this version:

Julie Malet. Les facteurs influençant l'acquisition et l'utilisation des équipements dans les cabinets de médecine générale : étude qualitative chez des médecins généralistes installés de l'Hérault. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03004374

HAL Id: dumas-03004374

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03004374v1

Submitted on 13 Nov 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 MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

par

Julie MALET

le 13 septembre 2018

LES FACTEURS INFLUENÇANT L'ACQUISITION ET L'UTILISATION DES ÉQUIPEMENTS DANS LES CABINETS DE MÉDECINE GÉNÉRALE :

Étude qualitative chez des médecins généralistes installés de l'Hérault.

JURY

Président :	Pr Michel AMOUYAL
Assesseurs :	Dr Béatrice FOLCO-LOGNOS
	Dr Marc GARCIA
Directeur :	Dr Bertrand BILLET

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

par

Julie MALET

le 13 septembre 2018

LES FACTEURS INFLUENÇANT L'ACQUISITION ET L'UTILISATION DES ÉQUIPEMENTS DANS LES CABINETS DE MÉDECINE GÉNÉRALE :

Étude qualitative chez des médecins généralistes installés de l'Hérault.

JURY

Président :	Pr Michel AMOUYAL
Assesseurs :	Dr Béatrice FOLCO-LOGNOS
	Dr Marc GARCIA
Directeur :	Dr Bertrand BILLET

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain
DU CAILAR Jacques
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel

DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation

LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe
AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -

FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe
ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie

GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olvier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :
COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2ème classe :
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :
LAMBERT Philippe

2ème classe :
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel
RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE – Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1re classe
ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline - Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2éme classe
BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale
COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale
CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe
BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale
BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FAILLIE Jean-Luc-
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur AMOUYAL, vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse, réuni pour juger mon travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Madame le Docteur FOLCO-LOGNOS, vous me faites l'honneur de siéger dans mon jury. Soyez assuré de mes sincères remerciements. Merci de ce que vous faites au sein du DMG pour les étudiants.

Monsieur le Docteur GARCIA, je vous remercie d'avoir accepté de venir juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance. Merci de ce que vous faites au sein du DMG pour les étudiants.

Monsieur le Docteur BILLET, je te remercie d'avoir accepté de m'accompagner et me guider dans ce travail, merci pour ta disponibilité malgré la distance, tes conseils et ton enthousiasme. Merci pour ton investissement auprès des étudiants en tant que maître de stage et merci de me donner envie de continuer à me former comme tu le fais dans ce passionnant métier qu'est la médecine générale.

À ma famille,

Maman, merci pour tout. Il y a 10 ans, tu me faisais réciter l'appareil de Golgi et le réticulum endoplasmique, que de chemin parcouru depuis ! Merci de m'avoir toujours soutenue et encouragée depuis toutes ces années, de nous avoir appris le sens du travail et d'avoir toujours été fière de nous.

Papa, merci à toi aussi pour ton soutien, ton humour, qui me fait toujours rire, et tes conseils de « p'tit psy ». Merci de nous avoir inculqué de bonnes valeurs : le travail, mais aussi l'importance de la famille.

Cyril, mon Cyroul, je suis contente que la maturité nous ai fait oublié nos petits différends de l'enfance et l'adolescence, c'est toujours un plaisir de se revoir et je suis fière de ce que tu es devenu et te souhaite plein de bonheur avec Marion.

Arthur, mon Tutur, merci pour ta bonne humeur, ta jovialité, ton rire communicatif et tes discussions toujours très intéressantes. Je suis fière de ton parcours et te souhaite plein de bonnes choses pour l'avenir.

Tiffany, ma Tiffou, merci pour ta bonne humeur, ton sourire et ta gentillesse, je suis fière de ton parcours et te souhaite plein de bonnes choses avec Guillaume, et plein de réussite, j'en suis sûre, dans la reprise de tes études.

Thibault, mon Titi, comme dis et redis « je ne tes pas vu grandir !», à toi maintenant la vie étudiante, je me reconnais un peu parfois en toi et j'ai confiance en toi pour la réussite de tes études, je te souhaite plein de bonnes choses pour ta nouvelle vie !

Chloé, ma Clotsou, merci pour ta bonne humeur et ta fraîcheur qui me rajeunissent un peu parfois ! Je suis impressionnée de tes mois au Canada. Je n'ai pas de doute que, quelque soit la voie que tu choisiras pour ta vie future, tu auras beaucoup de réussite.

Macile, toi aussi tu as passé une thèse et aujourd'hui c'est mon tour. Merci pour avoir joué ton rôle de grand-mère à la perfection, de nous avoir gâtés, de nous avoir toujours soutenus et d'avoir été fière de nous tous.
Daddy, merci pour ta sagesse et ta sensibilité.

Mamita, ou Mimi, et Papy, merci pour vos bons produits du jardin et de la pêche, qui m'ont permis de rester en bonne forme pour étudier convenablement toutes ces années.

À mes amis,
Lauriane, ma Lolo, que de chemin parcouru depuis ce TP de chimie de la classe 502 ! Nous voici maintenant toutes les deux Docteur. Tellement fière de nous ! Merci d'être toujours là, malgré la distance, merci pour ton amitié depuis toutes ces années. Merci de me connaître par coeur, de m'écouter quand il y a besoin, de me faire rire. Je te souhaite plein de bonheur avec Romain dans tous vos projets.

Guillaume, mon Guigui, je me rappelle encore la première fois qu'on s'est rencontrés au tutorat de sciences humaines, tu me paraissais si jeune, merci pour toutes ces bonnes années à la fac qui n'aurait pas été les mêmes sans toi, je suis très fière de ton parcours, je te souhaite plein de bonheur avec Julien sur Angers dans votre nouvelle maison.

Candice, ma Cancan, je ne me souviens toujours pas comment j'en suis arrivée à venir dormir chez toi après toutes les soirées médecine, quand j'habitais encore chez mes parents mais rien que pour cela, merci ! Merci pour toutes ces années à la fac, ces délires, les pintes à la Belle Époque. Malgré la distance, à chaque fois qu'on se revoit, j'ai l'impression qu'on s'est quittées la veille. Je te souhaite plein de bonheur, entre Angers et Colmar, avec Raphaël.

Adeline, ma Didine, je dis souvent que tu as été un coup de coeur amical. Ancienne coloc… mais néanmoins amie ! Merci pour tous ces voyages, la dispo que je n'oublierai jamais, Dublin, ces soirées interne où on étaient les seules déguisées, ces fous-rire, merci pour ta gentillesse, ta relecture. L'internat aurait été différent sans toi.

Clara, ma Claclol, je nous revois encore en P1 à manger chez nos parents devant Europe 2 TV (Next..) avant d'aller bosser, même si nos chemins se sont séparés, je suis fière de ton parcours, je te souhaite plein de bonheur en Nouvelle Calédonie. C'est toujours un grand plaisir de te revoir.

Aux tatas de l'internat : Mama, Stéphane, Fanny, Jojo et Ade. Merci pour toutes ces soirées et ces week-ends. J'ai toujours gardé le petit carnet de nos phrases cultes du 1er semestre. Depuis Perpi, on a tous pris des chemins différents, mais c'est toujours un plaisir de vous revoir ! Et bientôt un mariage au sein du groupe !

Sophie, merci d'être là, merci pour ta gentillesse, tu es une amie sur laquelle on peut compter. Je suis contente qu'on puisse se voir plus souvent sur Lyon ! Je te souhaite plein de bonheur avec Guillaume.

Aux amis de l'internat : Stéphanie, Pierre, Marianne et Raph, Mathieu et Bastien, merci de votre bonne humeur, c'est toujours un plaisir de faire des soirées avec vous.

Meumeu, merci pour ta gentillesse, ton écoute, et ta bonne humeur. C'est toujours un plaisir de discuter et faire la fête avec toi. Je te souhaite plein de bonheur avec Julien et Louise.

Aux Tourangeaux et amis du lycée, Victor, Carole, les jumeaux Rémi et Olivier, Samson, Bibi, Fox, Lolo, Clara, Marine, c'est un peu comme la famille, on s'est connus tellement gamins, on a au final tous grandi ensemble, je suis heureuse qu'on continue à se voir et se donner des nouvelles.

À mes maîtres,

Dr Rivieccio et Dr Dietrich, merci pour ce stage que j'ai adoré. C'est grâce à vous que j'ai découvert, appris et aimé la médecine générale. Votre cabinet est super, j'avoue qu'il m'a un peu inspiré pour cette thèse. Merci aussi à Christine pour ta gentillesse.

Dr Billet et Dr Calmes, merci pour votre accueil au sein de votre cabinet et merci de vos conseils et votre disponibilité. J'ai beaucoup appris lors de mon stage SASPAS. Merci de m'avoir donné l'envie de continuer à me former.

Merci aux Dr Guichard, Dr Pouget, Dr Jobard et Dr Fesneau de m'avoir accueilli une demi journée par semaine chacun pendant mon SASPAS, merci pour votre gentillesse et votre disponibilité, j'ai beaucoup appris à vos côtés.

Merci aux médecins qui ont accepté de me répondre pour cette thèse.

A Yannick, merci pour tout, merci pour ta gentillesse, ta patience, ton humour, ta sagesse. Te rencontrer a été une des plus belles choses de ma vie. Il nous reste encore tant d'aventures à vivre.

SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS....20
INTRODUCTION....21
I. Contexte....21
II. Études existant dans la littérature....21
III. Notre étude....23
MATÉRIELS ET MÉTHODES....25
I. Population étudiée....25
II. Méthode de recrutement....25
III. Recueil des données....26
IV. Déroulement des entretiens....27
V. Retranscription....28
VI. Analyse....28
RÉSULTATS....29
I. ÉLÉMENTS GÉNÉRAUX....29
1. Les entretiens....29
2. Caractéristiques de la population étudiée....29
3. Matériel possédé....30
II. RÉSULTATS DES ENTRETIENS....33
1. Facteurs favorisant l'achat et l'utilisation des équipements....34
a. Liés au cabinet médical....34
- La localisation du cabinet : différence entre les zones géographiques....34
- Le mode d'exercice : seul ou en association....34
- Le mode d'installation....35
b. Liés au médecin....36
- Les orientations spécifiques....36
- La formation....36
- L'expérience personnelle....37
- Les compétences et les limites....38
- Les besoins et représentations de chaque médecin sur le métier de médecin généraliste....39
- L'intérêt personnel et la notion de plaisir....39
c. Liés à la pratique médicale....40
- Les recommandations de bonne pratique....40
- La pratique quotidienne....40
- Le confort....41
- L'exercice libéral....41
- Les aspects médico-légaux....41
- La diversification de l'activité....41
d. Liés au matériel....42
- Aide diagnostique....42
- Réassurance....42
- Arguments supplémentaires face aux spécialistes d'organes ou au SAMU....43
- Il existe du matériel de base....43

- Particularités du matériel d'urgence....43

e. Liés aux patients....44

- Une meilleure offre de soins....44
- Favoriser le dépistage et la prévention....45
- Sensibiliser les patients dans le but d'améliorer la compliance et l'adhésion au soins....46
- S'adapter à sa patientèle....46

f. Liés à des tiers....47

- Les étudiants pour les maîtres de stages universitaires....47
- Les commerciaux....47
- La CPAM....47

g. La cotation dans la nomenclature de la CPAM....48

2. Les facteurs freinant l'achat des équipements....49

a. Lié au matériel....49

- Le coût....49
- La difficulté d'accès....49
- Spécificité du matériel d'urgence....49

b. Liés à la non nécessité ressentie par les médecins....51

- Matériel ressenti comme réservé aux spécialistes d'organe, en dehors du champ de la médecine générale....51
- Accès facile aux spécialistes d'organes ou aux paramédicaux....51
- Le manque d'orientations spécifiques du médecin....52

c. Lié à la pratique médicale....52

- La pratique de ville en opposition à la pratique hospitalière....52
- Relation avec les spécialistes d'organe....52
- Les aspects médico-légaux : la responsabilité engagée....53

d. Liés à l'absence de cotation dans la nomenclature....54

3. Les facteurs freinant l'utilisation des équipements....54

a. Liés au médecin....54

- Manque de formation....54
- Manque de pratique....55
- Manque de confiance....55

b. Liés au matériel....55

- Difficulté de réalisation au cabinet....55
- Difficulté d'interprétation....56
- Manque de fiabilité....56
- Problèmes d'indications....56

c. Liés à la pratique médicale :....56

- Le manque de temps....56
- Les situations rares en cabinet....57

d. Liés au mode d'exercice en groupe....57

4. Les perspectives....58

a. Investissement....58

b. Vers une homogénéisation du matériel dans les cabinets ?....60

c. Quels conseils pour les futurs installés ?....61

DISCUSSION....64

I. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE....64

1. Forces de l'étude....64
a. Originalité du sujet....64
b. Validité interne....64
c. Validité externe....64
2. Limites de l'étude....65
a. Biais de sélection....65
b. Biais lié à l'enquêteur....65
c. Biais d'analyse et d'interprétation....66
II. PRINCIPAUX RÉSULTATS ET CONFRONTATION AVEC LA LITTÉRATURE....66
1. Le matériel en soins primaires....67
a. Le matériel de base....67
b. Les équipements plus spécifiques : comparaisons avec la littérature....67
- L'appareil à ECG....67
- Le Doppler vasculaire....69
- La spirométrie....70
- Le saturomètre....72
- Le matériel d'urgence....72
- Le matériel pédiatrique :....74
- Le matériel gynécologique....76
- Le matériel de petite chirurgie....77
- Dermatologie : dermatoscope et cryothérapie....78
- L'audiomètre et le tympanomètre....79
- L'échographe : stéthoscope du 21ème siècle ?....80
- Le dosage semi-quantitatif de la CRP 81
2. Les facteurs influençants....82
a. Les moteurs 82
- Obligations médico-légales ?....82
- Les recommandations / La ROSP....83
- Orientations spécifiques / Médecins à exercice particulier (MEP)....84
- Autonomie et service rendu aux patients....85
- Diversifier son activité, valorisation du métier de MG....85
b. Les freins et discussion sur les perspectives d'amélioration....86
- Le prix....86
- Le temps....89
- Le manque de formation et de pratique....90
- La responsabilité médicale engagée / La peur du procès....93
- La relation avec les spécialistes d'organes....95
c. A l'étranger ?....96
d. Pour les futurs installés....98
CONCLUSION....99
BIBLIOGRAPHIE....102
ANNEXE 1 : CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS INTERROGÉS....107
ANNEXE 2 : LISTE DE MATÉRIEL....108
ANNEXE 3 : GRILLE D'ENTRETIEN....109
SERMENT....110
PERMIS D'IMPRIMER....111

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAA : Anévrisme de l'Aorte Abdominale

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

BU : Bandelette Urinaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM / CNAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie / Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CRP : Protéine C-Réactive

DAE : Défibrillateur Automatique Externe

DU / DIU : Diplôme Universitaire / Diplôme Inter-Universitaire

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, et de l'Évaluation et des Statistiques

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

ECG : Electrocardiogramme

EFR : Explorations Fonctionnelles Respiratoires

FA : Fibrillation Auriculaire

FMC : Formation Médicale Continue

GEU : Grossesse Extra-Utérine

IDE : Infirmier Diplomé d'État

IDM : Infarctus Du Myocarde

MEOPA : Mélange Equimoléculaire Oxygène et Protoxyde d'Azote

MG : Médecin Généraliste / Médecine Générale

MSP : Maison de Soins Pluridisciplinaire / Pluriprofessionnelle

MSU : Maitre de Stage Universitaire

NPDC : Nord Pas de Calais

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

TDR : Test de Diagnostic Rapide

INTRODUCTION

I. Contexte

Les soins primaires ont un champ d'activités varié, et chaque médecin généraliste peut disposer dans son cabinet du matériel qu'il souhaite sans obligation légale .

Seul l'article 71 du code de Santé Publique (1) affirme «*que le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable (…) et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge.*»

Les avancées technologiques permettent maintenant de proposer aux médecins des appareils de plus en plus sophistiqués et performants pour la prise en charge des patients en soins primaires.

Au cours des différents stages ou remplacements, on peut observer des différences d'équipements entre les cabinets de médecine générale, certains sont pourvus de nombreux matériels, plus ou moins technologiques, alors que d'autres sont plus traditionnels et peuvent se contenter du minimum. Face à ces disparités entre certains cabinets, on peut se demander quels sont les facteurs qui influencent les médecins dans le choix de leurs équipements.

II. Études existant dans la littérature

Plusieurs études quantitatives ont été réalisées sur ce sujet, dans d'autres départements, qui faisaient l'état des lieux du matériel possédé par les médecins généralistes et leur fréquence d'utilisation, puis l'analysaient en fonction de plusieurs critères : âge, sexe, durée d'installation, lieu et mode d'exercice, etc.

La première étude réalisée dans l'Ain (2) par le Dr Tournoux, date de 2001, elle a été effectuée dans un milieu plutôt semi-rural avec des médecins plutôt hommes et à forte activité (> 20 actes/jour). Elle fait état d'un équipement adapté, bien que sous utilisé, des médecins généralistes.

Une étude de 2008 (3), réalisée dans la Loire par le Dr Mathieu Bouteille, concluait que l'équipement des médecins ainsi que le nombre d'actes réalisés étaient globalement plus importants chez les médecins de **sexe masculin,** et chez les médecins **plus âgés** . Le **lieu d'exercice** avait une influence assez marquée avec plus de matériel disponible et plus d'actes techniques réalisés en milieu semi rural ou rural par rapport au milieu urbain. Le mode d'exercice avait peu d'influence, les cabinets de groupe étaient légèrement mieux équipés.

Une étude de 2010 (4), dans le département du Loiret par le Dr Dumax Leproux, montrait que les médecins étaient dans l'ensemble convenablement équipé dans des domaines variés (hormis celui de l'urgence) bien que certains outils ne soient rarement, voire jamais utilisés. Les médecins des **zones rurales** semblaient plus équipés en matériel concernant l'urgence, la cardiologie, l'imagerie, les prélèvements et la petite chirurgie. La **pratique en groupe** semblait favoriser l'acquisition d'équipements plus sophistiqués. Il semblait exister **peu de différence d'équipement entre les hommes et les femmes** (hormis le matériel d'urgence et celui de la petite chirurgie). Le matériel gynécologique était plus fréquemment utilisé par les femmes. L'équipement médical possédé par les **jeunes médecins et les plus âgés** était **sensiblement différent.**

Une autre étude de 2010 (5), réalisée dans le Nord Pas de Calais par le Dr Rosenblatt, montrait que la **mutualisation des moyens** au sein de cabinets de groupe semble être la solution pour permettre aux médecins d'investir dans du matériel plus coûteux. Une grande partie des médecins exprimaient **un besoin de formations complémentaires** sur l'utilisation du matériel de cardiologie, de gynécologie et d'urgence.

En 2014 , une autre étude réalisée dans le Nord pas de Calais (6) par le Dr Vasseur, faisait remarquer que certains équipements ne semblaient pas suffisamment présents chez les médecins, **compte-tenu des recommandations** de bonne pratique : le thermomètre, les brassards à tension de différentes tailles, les BU, le monofilament etc. Il était également surprenant de ne pas retrouver le matériel fourni gratuitement par la CPAM dans tous les cabinets (TDR et Hémoccult®). Le matériel médical ayant recours à une technologie électronique et le matériel dédié à l'urgence et/ou à la réanimation étaient plutôt rare.

III. Notre étude

Ces différentes études quantitatives ont permis, chacune en fonction de ses résultats, de pointer du doigt certains facteurs qui influenceraient la façon de s'équiper des médecins généralistes, mais ces facteurs restent des interprétations par rapport à des résultats chiffrés.

Aucune étude *qualitative*, qui déterminerait **les facteurs influençant** l'acquisition et l'utilisation de ces équipements n'a été publiée.

Dans le Gard, une étude quantitative et qualitative a été menée en 2012, mais uniquement sur l'appareil à ECG (7), dont nous reparlerons par la suite.

Ces deux types d'études (quantitatives et qualitatives) sont pourtant complémentaires et pourraient amener d'autres éléments sur ce sujet. Des éléments qu'on ne peut pas forcément recueillir ni interpréter avec des chiffres, mais en faisant un travail de recueil directement auprès des médecins, au plus proche de la réalité du terrain.

Pourquoi certains cabinets sont-ils plus équipés que d'autres ? Qu'est-ce qui motive ou au contraire freine les médecins à acheter du matériel ? Le matériel acquis est-il utilisé ou au contraire délaissé, et pour quelles raisons ?

L’objectif primaire de notre étude est donc :

- De déterminer quels sont les facteurs influençant l’acquisition des équipements dans les cabinets de médecine générale de l’Hérault,
- De déterminer les facteurs favorisants ou freinant l’utilisation du matériel acquis.

De façon secondaire :

- D’envisager des perspectives d’avenir concernant les équipements en soins primaires.
- De délivrer quelques conseils aux futurs installés.

Nous comparerons nos résultats aux autres études réalisées et précédemment citées.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Pour cette étude qualitative et pour répondre à notre objectif, nous avons donc choisi d'interroger des médecins généralistes installés dans l'Hérault, au cours d'entretiens semi-dirigés.

L'analyse des données est une analyse thématique.

I. Population étudiée

Médecins généralistes

- Libéraux
- Installés
- Dans l'Hérault

En effet, pour les interroger sur le matériel qu'ils possèdent à leur cabinet, il est nécessaire que les médecins soient installés.

II. Méthode de recrutement

Les médecins contactés au départ étaient des médecins généralistes connus, maîtres de stage ou médecins chez qui j'avais fait des remplacements, puis ceux du listing d'une maison médicale de garde, puis au fil des entretiens, par contact que me donnaient les médecins déjà interrogés.

Des e-mails ou messages téléphoniques ont été envoyés pour présenter rapidement le thème de l'étude, savoir si les médecins étaient intéressés d'y participer, et convenir d'un lieu et d'une date de rendez-vous. La plupart des médecins ont répondu de façon positive.
Nous avons essayé de recruter les médecins selon différents critères, dans le but d'avoir un échantillon assez représentatif des médecins héraultais, et dans l'hypothèse où certains facteurs pourraient influencer les réponses de notre étude.

Les critères de diversification étaient :

- Le **sexe**
- L'**âge**
- Le **lieu d'exercice** : urbain, semi-rural, rural, en précisant :
    - Le temps d'accès à un service d'urgence
    - La facilité d'accès aux spécialistes
- L'exercice **seul ou en groupe**
- S'il existait une **activité spécifique**
- La **durée d'installation**
- Le nombre de consultations par jour
- Le nombre de visites par jour
- Le statut de **maître de stage universitaire ou non**

Le nombre d'entretiens n'a pas été défini a priori, ils ont été réalisés jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce que n'émergent plus de données nouvelles après l'analyse.

III. Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé grâce à des entretiens individuels semi-dirigés.

Il se déroulait en 3 temps :

- 1er temps : le médecin répondait à l'écrit à un questionnaire pour préciser ses caractéristiques (cités ci-dessus)

- 2ème temps : à l'aide d'une liste pré-établie (annexe 2), il précisait le matériel qu'il possédait à son cabinet, cela permettait :

- d'avoir une base de départ pour démarrer l'entretien, en s'appuyant sur le matériel que le médecin possédait ou non,
- d'avoir un état des lieux du matériel possédé par les médecins interrogés, même si les effectifs étant trop faibles, et comme nous sommes dans le cadre d'une étude qualitative, cette liste ne sera pas analysée,
- de pouvoir se rendre compte si le matériel possédé par les médecins héraultais interrogés est comparable au matériel retrouvé dans les autres études.

- 3ème temps : questions axées sur l'acquisition et l'utilisation du matériel.

Un guide d'entretien avait été rédigé au préalable (annexe), celui-ci a été légèrement modifié au fil des entretiens, et parfois adapté en fonction des réponses de l'interrogé.

IV. Déroulement des entretiens

La plupart des entretiens avaient lieu au cabinet du médecin interrogé, ou à son domicile, à sa convenance. Nous étions face à face autour d'une table ou d'un bureau.

Après accord de l'interrogé, l'entretien était enregistré à l'aide de la fonction « Dictaphone » d'un smartphone.

V. Retranscription

Les entretiens ont ensuite été retranscrits mots pour mots (verbatim), à l'aide d'un logiciel de traitement de texte. (annexe CD)

Les entretiens ont été anonymisés, les médecins sont nommés par des lettres (*Dr A*, *Dr B*, *etc.)*, et les lieux cités ne sont pas retranscrits, mais simplement notés *Lieu A*, *B*…

VI. Analyse

Nous avons choisi de réaliser une analyse thématique. Celle-ci a été effectuée à l'aide du logiciel MAXQDA, qui facilite l'analyse et la rend plus lisible.

C'est en lisant à plusieurs reprises, puis en codant les textes fragments par fragments et en les catégorisant, que nous avons dégagé plusieurs notions permettant de répondre à la question de recherche, que nous avons organisé en thèmes et sous-thèmes. (8)

Nous avons réalisé une cartographie de ces thèmes et sous thèmes à l'aide du logiciel X-Wind.

RÉSULTATS

I. ÉLÉMENTS GÉNÉRAUX

1. Les entretiens

16 entretiens ont été réalisés, du 08 novembre 2017 au 27 février 2018. L'entretien le plus court a duré 5 minutes et le plus long 20 minutes et 14 secondes.

2. Caractéristiques de la population étudiée

On peut retrouver dans ce tableau les caractéristiques des médecins interrogés :

	Sexe	**Age**	**Durée installation**	**Seul/ association**	**Lieu d'exercice**	**Activité spécifique**	**Cs par jour**	**Visites par semaine**	**Temps accès aux urgences**	**Accès aux spécialistes**	**MSU**
Dr A	Femme	34	1 an	Seule	Urbain	Gynécologie	17	1-2	20 minutes	Facile	Non
Dr B	Femme	38	3 ans	Association (2)	Urbain	Pédiatrie	17	<5	10 minutes	Facile	Non
Dr C	Homme	43	11 ans	Association (4)	Urbain	Médecine sport	24	10	5 minutes	Facile	Oui
Dr D	Femme	34	3 ans	Association	Urbain	DIU Pédiatrie / DU Gynéco	20	6	15 minutes	Facile	Non
Dr E	Femme	32	3 ans	Association (2)	Urbain	Pédiatrie / Aromathérapie	25	0	5 minutes	Moyen	Non
Dr F	Femme	30	1 an	Association (2)	Urbain	Pédiatrie	20	1	20 minutes	Moyen	Non
Dr G	Homme	54	20 ans	Association (2)	Semi-rural		20	5	25 minutes	Moyen	Oui
Dr H	Homme	55	22 ans	Association (9)	Urbain	Médecin pompier / Homéopathie	40	50	10 minutes	Facile	Oui
Dr I	Homme	54	7 ans	Association (3)	Urbain		25	15	5 minutes	Facile	Non
Dr J	Homme	55	21 ans	Seul	Urbain	Médecine du sport/ Mésothérapie/ Nutrition	25-30	0	5 minutes	Facile	Non
Dr K	Femme	39	10 ans	Association (4)	Semi-rural	Pédiatrie / Gynécologie	35	25	30 minutes	Facile	Oui
Dr L	Homme	40	10 ans	Association (4)	Semi-rural	Gériatrie	35	35	30 minutes	Facile	Oui
Dr M	Femme	56	30 ans	Seule	Urbain	Angiologie	25	0	10 minutes	Facile	Non
Dr N	Femme	41	10 ans	Association (2)	Semi-rural		24	7,5	20 minutes	Facile	Oui
Dr O	Femme	65	36 ans	Association (5)	Semi-rural		28		10 minutes	Moyen	Non
Dr P	Homme	60	16 ans	Seul	Rural	Médecine thermale	45	5	10 minutes	Facile	Oui

Cs = consultation Entre parenthèses : le nombre d'associés dans le cabinet

3. Matériel possédé

A titre indicatif, voici la liste du matériel possédé par les médecins interrogés. Cette liste ne sera pas analysée, dans le cadre de cette étude qualitative, en revanche, elle permet de faire la part des choses entre le matériel présent dans quasiment tous les cabinets (qu'on pourra nommer par la suite *matériel de base*), et les équipements avec le plus de disparité entre les différents cabinets.
Lors des entretiens, les médecins pouvaient rajouter à la liste du matériel qu'ils possédaient, en plus de ceux déjà cités, les équipements nouvellement cités étaient ensuite intégrés à la liste pour les médecins interrogés suivant.

Les éléments rajoutés ont été :

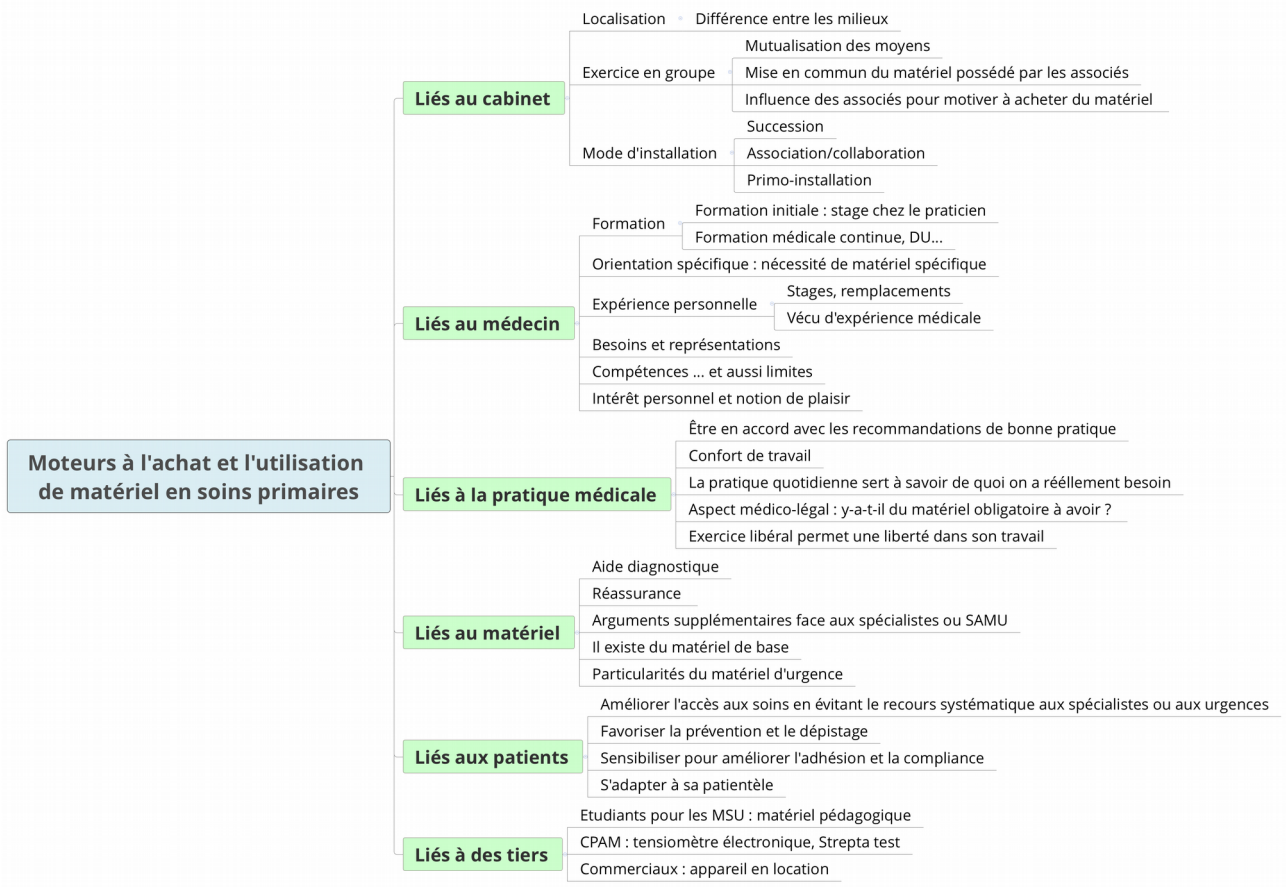
- Nécessaire au dépistage des troubles visuels de l'enfant (œil de bœuf, échelle optométrique pédiatrique, Test de Lang) (*à la suite du 6ème entretien*)
- Nécessaire au dépistage des troubles auditifs (jouets de Moatti, Sensory Baby Test…) *(à la suite du 6ème entretien)*
- Dosage semi quantitatif de la CRP *(à la suite du 7ème entretien)*
- Tympanomètre *(à la suite du 10ème entretien)*
- Polygraphie ambulatoire pour dépistage SAOS (*à la suite du 11ème entretien*)
- Cryothérapie (*à la suite du 11ème entretien*)
- MEOPA (*à la suite du 11ème entretien*)
- Otoscope numérique (*à la suite du 11ème entretien)*
- Doppler foetal (*à la suite du 15ème entretien*)

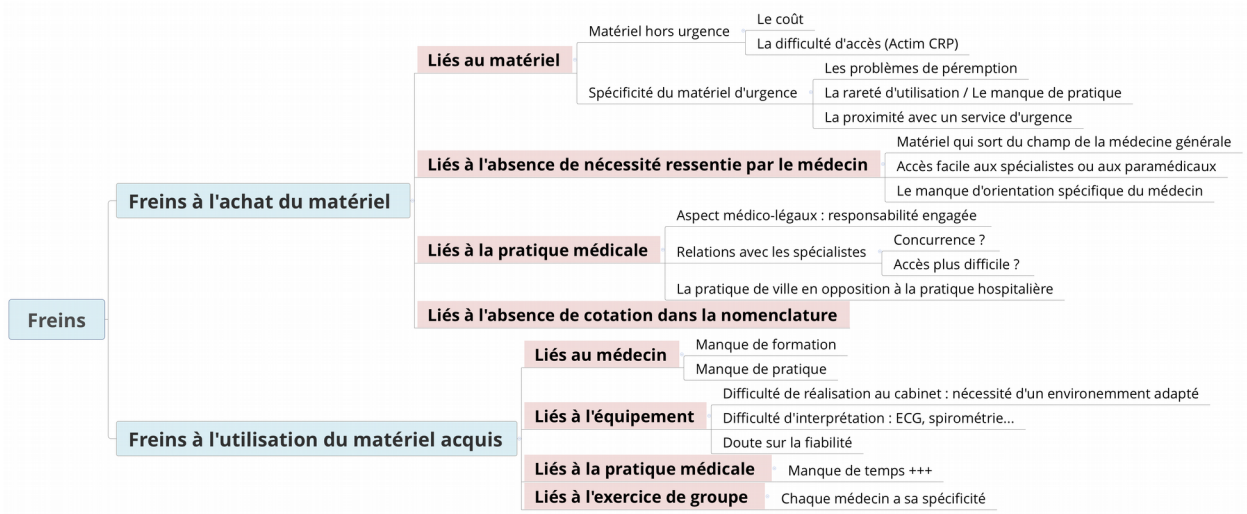
	Dr A	Dr B	Dr C	Dr D	Dr E	Dr F	Dr G	Dr H	Dr I	Dr J	Dr K	Dr L	Dr M	Dr N	Dr O	Dr P
Général																
Brassard obèse	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	
Tensiomètre électronique		x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x
Pèse personne	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Impédancemètre										x		x				
Mètre ruban	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Toise	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Thermomètre	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Lecteur glycémique	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Podoscope												x				
ORL																
Otoscope	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Nécessaire ablation bouchon cérumen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
TdR Spreptatest	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Miroir laryngé de Clar											x		x		x	
Pince ablation corps étrangers ORL		x				x	x	x	x	x		x	x	x	x	x
Audiomètre										x	x	x				
Tympanomètre										x	x	x				
Pédiatrie																
Stéthoscope pédiatrique				x	x	x				x		x	x	x		
Toise pédiatrique	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Pèse bébé	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Brassard TA pédiatrique	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	
Nécessaire dépistage troubles visuels									x		x	x	x	x	x	
Nécessaire dépistage troubles auditifs							x				x	x			x	
Pneumologie																
Peak Flow	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x
Spiromètre								x		x	x	x				
Saturomètre	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x		x	x	x
Chambre d'inhalation		x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x
Polygraphie ambulatoire dépistage SAOS											x	x				
Gynécologie																
Table gynécologique	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Spéculum	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Nécessaire FCV	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x
Nécessaire pose DIU	x			x							x				x	
Doppler foetal															x	

	Dr A	Dr B	Dr C	Dr D	Dr E	Dr F	Dr G	Dr H	Dr I	Dr J	Dr K	Dr L	Dr M	Dr N	Dr O	Dr P
Ophtalmologie																
Échelle optométrique			x			x		x		x		x	x	x	x	
Fluorescéine			x		x		x		x			x		x	x	
Lampe à fente / ophtalmoscope										x		x				
Cardiologie																
ECG	x		x	x	x		x	x		x	x	x		x	x	
Doppler vasculaire												x	x			
Neurologie																
Marteau à réflexe	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monofilament		x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x
Diapason				x			x			x			x			
Urgences																
Canule de Guédel		x	x	x			x			x	x	x	x	x		
Ballon insufflateur			x	x		x	x			x	x	x	x	x		
Oxygène							x			x	x	x			x	
Défibrillateur													x			
Nécessaire à perfusion			x	x		x	x			x	x	x		x	x	x
Petite chirurgie																
Kit de suture	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Bistouri	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Xylocaïne		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Urologie																
Bandelettes urinaires	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Dermatologie																
Dermatoscope								x					x			
Nécessaire ablation de lésions dermatologiques			x									x		x		x
Cryothérapie												x				
Rhumato/Ortho																
Plâtre ou résine								x				x				x
Nécessaire pour strapping		x	x	x	x			x		x	x	x	x	x	x	x
Imagerie																
Échographe													x			
Autres																
Dosage semi-quantitatif CRP							x									
MEOPA											x	x				
Thermocoter																x

II. RÉSULTATS DES ENTRETIENS

Les résultats des entretiens ont été synthétisés dans le schéma suivant, qui sera détaillé par la suite :





1. Facteurs favorisant l'achat et l'utilisation des équipements

Les facteurs influençant d'une part, *l'achat*, et d'autre part, *l'utilisation*, des équipements étant très similaires, nous les avons regroupés dans la même catégorie.

a. Liés au cabinet médical

- **La localisation du cabinet : différence entre les zones géographiques**

Plusieurs médecins de notre étude estiment qu'ils posséderaient, ou auraient besoin de plus de matériel s'ils exerçaient dans des zones rurales ou semi-rurales :
Dr I : *« On serait à la campagne, c'est sûr qu'on aurait autre chose. »*
Dr B : «Tu serais en semi-rural on pourrait te dire, y'a que toi (…) tu ne vas pas envoyer à trente bornes, tous tes patients qui ont un petit trouble du rythme »
Dr J: « *Si j'étais en milieu rural, j'aurais peut-être un défibrillateur en plus »*

- **Le mode d'exercice : seul ou en association**

Exercer en association semble être un **moteur à s'équiper**, par la **mutualisation des moyens** permettant d'acquérir des équipements plus coûteux, par la **mise en commun du matériel** et les **influences** de chacun.

➢ *Mutualisation des moyens*

Dr K : *« On a attendu d'être à 3 pour pouvoir les acheter car il y a une question de coût. »*
Dr L : *« On peut avoir tout ce matos parce qu'on est plusieurs »*
Dr K *: « La* ***trousse d'urgences****, très honnêtement, je pense que c'est parce qu'on s'est regroupés à trois qu'on l'a »*

- *Mise en commun de matériel possédé par les associés*

Dr D : « ***l'ECG,*** *on l'a récemment car c'est le 4ème associé qui en avait déjà un* »

- *Influence des associés*

Parfois ce sont les associés qui motivent ou influencent à acheter du **matériel coûteux.**
Dr K : *« la* ***trousse d'urgences,*** *(…) je pense que si j'avais été seule je ne l'aurais pas pris, c'est un de mes associés qui m'a poussé un petit peu »*
Dr N : « *Le* ***matériel d'urgence****, ça a pris plus de temps, c'est mon associée qui a fait une formation et qui en est revenue convaincue »*

- **Le mode d'installation**

Selon les modes d'installation, l'acquisition d'équipements peut être plus ou moins aisé.

- *Succession*

Le fait de reprendre un cabinet permet de racheter plus facilement l'équipement déjà présent.
Dr A : *« J'ai repris le cabinet du Dr X qui prenait sa retraite donc elle avait déjà beaucoup de matériel, il y a pas mal de choses que je lui ai rachetées. »*
Dr E : *« ça a été assez facile car j'ai repris un cabinet donc il y avait déjà pas mal de choses »*

- *Collaboration / Association*

Le fait d'arriver en collaboration, puis plus ou moins en association permet de disposer rapidement de beaucoup de matériel, en ajoutant ce dont on a besoin.
Dr I : *« C'était déjà équipé, c'était un cabinet de 3, et ils m'ont pris comme 4ème, donc je n'ai rien fait. Je n'ai rien acheté, j'ai rien fait, je suis arrivé (…) »*

- *Primo-installation*

La primo installation peut parfois rendre plus difficile l'acquisition d'équipement au départ, le médecin doit savoir ce dont il a besoin, et peut être limité sur le plan financier.
Dr F : « *c'était une création de cabinet, c'était des locaux complètement vides, donc du coup il a fallu que j'achète tout* »

b. Liés au médecin

Les éléments liés au médecin sont un des facteurs les plus influençant de son matériel, en effet chaque médecin a **sa propre manière d'exercer, sa propre vision** de la médecine générale et de la représentation du métier, il peut avoir des **orientations et des activités spécifiques** qui influeront bien sûr sur ses équipements.

- **Les orientations spécifiques**

Les orientations spécifiques des médecins nécessitent du matériel spécifique.
Ont été beaucoup citées l'orientation pédiatrique et l'orientation médecine d'urgence :
Dr H : « *en fait, le matériel est fonction de l'activité du médecin* »
Dr D : « *Je suis très équipée en matériel pédiatrique, je fais beaucoup de pédiatrie.* »
Dr E : « *Mon activité pédiatrique a fait que j'ai enrichi on va dire le cabinet.* »
Dr H : « *à cause de mes antécédents, je suis ancien urgentiste* »
Dr M : « *Angiologue, bah oui j'étais obligé d'acheter la machine* »

- **La formation**

- *La formation initiale*

Un des médecins a fait la remarque qu'il n'y avait **pas de formation lors de l'internat** sur le matériel à posséder dans un cabinet, et que par conséquent l'apprentissage se faisait plutôt

grâce à l'expérience, notamment le **stage chez le praticien**, en formation initiale, puis par son expérience avec les remplacements notamment.
Dr F : *«c'est vrai que ce n'est pas vraiment des choses qu'on nous dit, je ne me souviens pas trop avoir eu un cours sur le fait d'avoir tant ou tel matériel, on apprend sur le tas.»*

Un autre médecin évoquait le fait d'avoir acquis ses compétences lors de ses stages d'internat, il avait fait beaucoup de stage aux urgences, en anesthésie, en chirurgie, ce qui lui a permis d'acquérir ses compétences actuelles et son orientation vers la petite chirurgie :
Dr P : *« Alors tout dépend de l'expérience de l'interne, du médecin quand il était interne »*

- *La formation médicale continue et les DU*

La **formation médicale continue** ou **les DU,** permettent d'apprendre à utiliser de nouveaux équipements et motivent certains médecins à plus s'équiper :
Dr C : *« formation continue, les DU, c'est comme ça qu'on s'équipe un peu plus. Quand tu vas aux formations, tu vois des collègues qui ont ça ou tu vois des spécialistes, tu as envie d'aller un peu plus loin que juste le stéthoscope ».*
Dr C *« **La canule, le ballon** et tout ça, je l'ai acheté après une formation d'urgences »*
Dr M : *« Parce que j'ai fait la formation, je me suis formée pour **l'ECG.** Ça fait 2 ans (…) »*

- **L'expérience personnelle**

- *Stages, remplacements*

La place de l'expérience de chaque médecin, et notamment au cours des remplacements avant l'installation, semble avoir beaucoup influencé la plupart d'entre eux, leur permettant de cerner ce dont ils avaient besoin :
Dr A : *« J'avais fait pas mal de remplacements (…) donc je savais ce dont j'avais besoin.»*
Dr F: *« Au fur et à mesure, dans les remplacements on se sert toujours de la même chose donc je savais ce que je voulais faire » « Oui l'expérience personnelle, professionnelle, je*

voyais ce qu'avaient mes anciens maîtres de stage et ceux chez qui je remplaçais »

Dr C : *« Je me suis équipé en fonction des habitudes que j'avais eu pendant mes remplacements »*

Dr J : *« À chaque fois que je remplaçais, je notais sur un papier ce qui me paraissait sympa, à la fois dans l'organisation du cabinet, et le matériel qui me paraissait utile. »*

Dr D : *« J'ai fait pas mal de remplacements avant mon installation (..) J'avais une vision très très précise de ce que je voulais. »*

- *Vécu de situations médicales*

Parfois c'est l'expérience d'un cas ou d'une situation plus ou moins grave, qui peut faire prendre conscience de la nécessité d'avoir du matériel supplémentaire, comme par exemple pour le **matériel d'urgence.**

Dr G : *« L'oxygène m'a manqué ce jour là, mais dans les 4 jours suivants je l'avais »*

- **Les compétences et les limites**

Chaque médecin semble être conscient de **ses compétences, mais aussi de ses limites**, ceci doit donc aussi être en accord avec le matériel qu'il possède :

Dr G : *«je n'ai QUE du matériel que je sais utiliser (…) ça ne me viendrait pas à l'idée d'avoir un laryngoscope dans ma trousse d'urgence parce que ça fait 25 ans que j'ai pas intubé » quelqu'un »*

Dr B : *« je trouve qu'on ne peut pas tout faire non plus, il faut savoir choisir »*, *« ne pas s'aventurer à faire des trucs que tu ne maîtrises pas, parce que je pense que c'est la meilleure façon de se mettre en danger, et de mal soigner les patients »*, *« tout en étant dans mes limites »*

Dr P : *« je savais ce dont j'avais besoin, ce que je savais et ce que je ne savais pas faire » « Donc ça dépend du médecin, s'il sait faire ou s'il ne sait pas faire »*

- **Les besoins et représentations de chaque médecin sur le métier de médecin généraliste**

Chaque médecin a un *besoin* de matériel différent selon sa pratique :
Dr K en parlant de l'**ECG** *: « On sentait que c'était nécessaire.»*
Dr F : « ***Gynéco,*** *je fais la base, donc j'avais juste besoin du strict minimum en gynéco. »*
Dr C : *« Pour la médecine que je fais, je considère que j'ai suffisamment de choses. »*

Les médecins ont des visions différentes sur l'équipement qu'il doit y avoir dans un cabinet de médecine générale, **pour certains, un équipement va être indispensable** alors que **d'autres au contraire se contenteront de moins et cela leur suffit.**
Dr G : « *Moi je pense qu'il est difficile de travailler sans un certain nombre de matériel, qui sont à mon avis, en tout cas pour ma pratique, indispensable (…) »*

À propos de **l'appareil à ECG** : Dr J : *« ça me paraît juste… enfin ce n'est pas cher, c'est pas dangereux et ça ne peut être qu'utile, enfin ça me paraît évident. »*
Dr G *: « Par exemple, je ne sais pas comment on peut travailler sans électro.»*

Certains considèrent par exemple qu'il est « *logique en tant que médecin installé* »(Dr J) de posséder du **matériel d'urgence.**
A contrario, certains médecins préfèrent ne pas accumuler le matériel et se contenter d'un minimum de matériel en estimant qu'il y a déjà « *largement de quoi faire* » (Dr B).
Dr B *: « déjà bien faire ça, on sera un bon généraliste. », « pour l'instant je me limite à ça, je suis contente (…) je pense que tu ne peux pas tout faire. »*

- **L'intérêt personnel et la notion de plaisir**

Dr H *: « la cardio j'ai toujours bien aimé ça, donc l'ECG c'est pour ça », « et puis tu te fais plaisir, ça me paraît important »*

Dr L : *« Faut se faire plaisir ! C'est tout, faut se faire plaisir »*

Dr P : *« J'ai voulu continuer à faire de la médecine touche à tout et non pas être uniquement prescripteur »*

c. Liés à la pratique médicale

• Les recommandations de bonne pratique

Certaines recommandations de bonne pratique, HAS ou autre, nécessitent d'avoir un certain matériel, ce qui motive les médecins à s'équiper :

Dr G : *« Il faut aussi s'équiper en fonction des recommandations »*

Dr D : *« Bah, il y a les recommandations »*

Parmi les équipements cités :

Dr B : *« maintenant qu'il y a les certificats médicaux, il faut un **ECG** pour les plus de 12 ans »*

Dr K : *« je me suis équipée de **la mallette de dépistage, Sensory baby test et les tests ophtalmo** (…) pour améliorer l'examen, parce que finalement sur les certificats on a souvent des tas de cases et on se dit « bah, on ne peut pas le faire » »*

Dr G : *« c'est d'ailleurs pour ça que je veux m'équiper d'un **défibrillateur.** »*

• La pratique quotidienne

C'est au cours de sa pratique quotidienne que le médecin se rend compte de quel équipement il a besoin ou au contraire **celui qu'il n'utilise plus**, lui permettant ainsi de s'adapter selon sa pratique :

Dr A : *« Elle avait trop de matériel (…) moi j'ai simplifié au maximum. »*

Dr F : *« au fur et à mesure on se rend compte qu'il y a des choses qui manquent » « on apprend sur le tas. »*

Dr H : *« j'avais la totale… et puis après j'ai adapté à mon exercice le matériel »*

- **Le confort**

Le médecin utilise son matériel au quotidien, il est donc primordial qu'il se sente à l'aise et confortable avec ses équipements :

- Confort physique, notamment avec les tables d'examen :

Dr F : *« Changer nos tables d'examens, pour des tables électriques, ça c'est plus du confort. »*

Dr E : *« Cette table, c'est une vieille, elle ne se lève pas (…) c'est vraiment pour mon confort. »*

- Confort de travail « diagnostique » :

Dr K : *« Tympano/audio (…) pas en première intention, ça c'est quand même plus du confort »*

Dr D : *« Je pense que c'est plus confortable d'avoir du bon matériel quand on travaille. »*

- **L'exercice libéral**

Exercer en libéral a l'avantage de permettre aux médecins d'être libre dans leurs pratiques, toujours selon leurs orientations et intérêt personnel :

Dr H : *« Il y en a qui n'ont pas envie de faire des sutures, et c'est leur droit, tu vois, moi j'aime pas la gynéco c'est mon droit aussi, c'est aussi l'avantage du libéral. »*

- **Les aspects médico-légaux**

Des médecins se demandent s'il y a du matériel à posséder au niveau médico-légal, ont été évoquées la Rocéphine et l'Adrénaline : ce sont des médicaments, donc un peu en dehors du sujet de notre étude. Dr A : *« Niveau médicaments, savoir ce qui est médico-légal d'avoir (…), je crois que c'est Adrénaline et Rocéphine qu'il faut avoir. Mais c'est vrai que c'est pas clair »*

- **La diversification de l'activité**

Certains médecins recherchent à diversifier leur activité, pour donner de **l'intérêt** à leur travail et parfois pour **éviter** un certain **ennui.**

Dr P : *«Faut toucher à tout, pour pas que ce soit trop… barbant.»«Pour éviter… l'ennui !»*
Dr K : *« Tu donnes de l'intérêt à ton travail en diversifiant ton activité. »*
Dr M : *« Moi je fais de tout, c'est plus agréable de faire plusieurs choses… ça diversifie l'activité, c'est quand même mieux »*

d. Liés au matériel

- **Aide diagnostique**

La majorité des équipements sont utilisés car ils représentent une aide diagnostique, ils orientent, éliminent certaines pathologies et certains médecins n'hésitent pas à les utiliser fréquemment :
Dr B : *« **Bandelettes urinaires,** j'en fais tout le temps. » »*
Dr G : *« **Électrocardiogramme**, pour les certificats de sport, pour les urgences, pour vérifier de temps en temps un patient qui a un pouls irrégulier (…) enfin bref c'est très utile »*
Dr K : *« **Électrocardiogramme**, en en ayant un, je le fais vraiment super facilement, dès qu'il y a une petite douleur, un petit doute »*
Dosage semi-quantitatif de la CRP : Dr G : *« j'estime que c'est un de mes moyens diagnostiques. »*

- **Réassurance**

Certains équipements ont un coté rassurant pour le praticien, aussi bien pour le diagnostic :
Exemple des **bandelettes urinaires** : Dr B : *« Je pars du principe que si c'est négatif, ça t'élimine, ça te rassure. »*
Mais aussi à propos du **matériel d'urgence**, beaucoup ne s'en sont jamais servi ou rarement, mais apprécient le fait d'avoir du matériel au cabinet :
Dr C : *« La canule, le ballon (…), je ne m'en suis jamais servi mais c'est bien de l'avoir au cabinet »*

Dr D : *« Le ballon c'est bien qu'on l'ai »*

Dr G : *« Matériel qui est cher pour l'utilisation qu'on en fait, mais le jour où on en a besoin, on est bien contents. »*

- **Arguments supplémentaires face aux spécialistes d'organes ou au SAMU**

Selon certains médecins, avoir déjà pu faire des **examens de débrouillage** au cabinet permet de poser une **meilleure indication d'une consultation spécialisée** ou d'un transport urgent médicalisé.

Dr L : *« **L'ECG** ça nous permet aussi de stimuler les cardiologues pour avoir une consultation plus tôt, voire même un SAMU »*

- **Il existe du matériel de base**

Les médecins sont tous d'accord pour dire qu'il existe du matériel de base à avoir dans un cabinet de médecine générale, celui qui sert à **prendre les constantes, peser, mesurer et faire un diagnostic.**

Dr C : *« Je pense vraiment au truc de base, le stétho, le pèse personne, la toise (…), je pense que ça c'est du matériel nécessaire pour une médecine de qualité, le marteau à réflexe, oui ça paraît évident donc oui il y a des choses qui me paraissent indispensable. »*

Dr D : *« Pour moi tout ça c'est un peu la base, pour le diagnostic. » « je dirais au moins le matériel de base pour prendre la tension, prendre les constantes »*

- **Particularités du matériel d'urgence**

En plus des facteurs déjà cités ci dessus : l'**exercice en groupe**, la **formation**, la **réassurance** et la **représentation** de chaque médecin, il existe des moteurs à l'acquisition de matériel propres au matériel d'urgence.

- *Pouvoir prendre en charge le patient avant l'arrivée du SAMU*

Dr K : *« L'oxygène, (…) ça va peut-être nous servir deux fois par an, mais ces deux fois là, on est contents de l'avoir, très contents, le temps d'attendre les secours. »*
Dr G : *« Ça me permet de gérer les urgences correctement, (…) c'est ce que me dise les gens du SAMU.»*

- *Matériel d'urgence car autre activité pratiquée au cabinet*

Un des médecins nous a évoqué le fait qu'il s'était équipé de matériel d'urgence, en rapport avec son activité de pose de stérilet, afin de pouvoir avoir le matériel à disposition au cabinet en cas d'accident. **Oxygène et appareil à ECG** : Dr O : «*Moi j'avais insisté pour qu'on les ai au moment où j'ai commencé à poser des stérilets.»*

e. <u>Liés aux patients</u>

Le fait d'équiper son cabinet de médecine générale a quand même pour but principal d'**améliorer la qualité des soins, dans l'intérêt des patients**.

- **Une meilleure offre de soins**

  - *Pallier à un manque de spécialistes d'organes*

Le fait d'avoir une orientation spécifique et par conséquent adapter son matériel peut aussi être la réponse pour pallier à un manque de spécialistes d'organes : pédiatre, gynécologue…
Dr B : «*On manque de pédiatres, on manque de gynécologues, donc il y a beaucoup beaucoup de demandes.»*

- *Éviter le recours systématique aux spécialistes d'organes*

Dr L : *« Pour éviter de l'envoyer aux urgences ou voir un spécialiste sur des petits gestes qui sont facilement accessible (…) :* ***cryothérapie, les kits d'ablation dermato*** »

Spirométrie : Dr K : *« Par exemple, pour des patients qui refusaient d'aller chez le pneumologue ou si c'était compliqué pour un tas de raisons pour eux.»*

Dr H : *« L'**ECG** c'est pour ça, et puis ça évite chaque fois d'avoir recours aux spécialistes à chaque fois pour des petites conneries »*

Dr H : *« Tous les molluscums, tu les fais péter d'un coup de **bistouri électrique** c'est quand même bien pratique, et de pas l'avoir c'est chiant il faut l'envoyer chez le dermato »*

Dr B*: « Pouvoir **enlever les bouchons de cérumen** et pas les envoyer à l'ORL, euh au secours, pour enlever des bouchons »*

A propos du **kit de dépistage visuel et auditif de l'enfant** : Dr K : *« on ne va pas forcément envoyer **chez l'ORL ou chez l'ophtalmo**, donc c'était important de pouvoir le dépister »*

- *Éviter parfois de consulter dans les services d'urgences*

Avec l'exemple des **sutures** : Dr D : *« ça m'arrive assez souvent d'en faire chez les adultes, si je pense que ça peut leur faire gagner du temps »*

- **Favoriser le dépistage et la prévention**

L'une des raisons pour laquelle les médecins s'équipent ou sont prêts à s'équiper est la volonté d'améliorer le dépistage et la prévention auprès des patients, conformément aux nouvelles politiques de santé qui mettent l'accent sur **la prévention et le dépistage précoce des maladies chroniques.**

Dr B : «***L'ECG,*** *plus sur le côté dépistage, la médecine générale pour moi c'est du dépistage»*

Dr K : *« Pour réaliser correctement les examens systématiques, je me suis équipée de la **mallette de dépistage des troubles sensitifs de l'enfant »***

- **Sensibiliser les patients dans le but d'améliorer la compliance et l'adhésion au soins**

Dans la continuité de la notion précédente, le fait de faire du dépistage directement au cabinet de médecine générale peut sensibiliser le patient et le rendre plus adhérent aux soins.

Dr K, en parlant du **dépistage de la BPCO avec la spirométrie** :

« Leur dire il y a quand même quelque chose en le dépistant soi même, après ils acceptent peut-être plus facilement d'y aller [chez le pneumologue]»

Est évoqué également la notion de **« montrer »** les choses, faire un examen au cabinet, **s'appuyer sur quelque chose de matériel**, **peut stimuler le patient** à prendre un traitement, adopter une hygiène de vie ou se faire suivre plus régulièrement, par exemple.

Dr L : *« Je trouve que c'est plus facile, par exemple, pour un patient tabagique de faire rapidement le test, une petite spirométrie,* ***pour lui montrer que là il y a un problème*** *et que ce serait bien de prendre un traitement de fond »*

Dr L : *« On va dire là,* ***Doppler vasculaire****, ça ne sert pas à grand chose, mais pareil ça peut motiver les fumeurs, les BPCO, les diabétiques à faire un peu plus attention »*

- **S'adapter à sa patientèle**

Le matériel acquis peut servir également à s'adapter à sa patientèle.

Dr D : *«Je ne vois pas à quoi ça sert d'avoir un tensiomètre si on n'a pas le* ***brassard adapté aux obèses****, car il y en a beaucoup dans la patientèle. »*

f. Liés à des tiers

- **Les étudiants pour les maîtres de stages universitaires**

Pour les maitres de stage universitaires, il paraît important d'avoir du matériel pour les étudiants, dans un **but pédagogique** :
Matériel gynécologique : Dr H : *«Je n'en fais pas mais je suis équipé pour mes internes»*
Otoscope numérique : Dr L : *«Pour montrer des fois aux étudiants les tympans»*

- **Les commerciaux**

Certains démarcheurs viennent proposer des équipements médicaux **en location** la plupart du temps, aux médecins installés : Appareil à ECG, spiromètre, polygraphie ambulatoire pour dépister l'apnée du sommeil… Ceux-ci acceptent parfois, mais certains ont l'impression de s'être fait avoir :
Dr C : *« Regrets ? Le spiromètre !* ***Pourquoi ?*** *Je pense que je me suis fait avoir, je pense que c'est très commercial ça », « Ils ont des arguments forts, comme quoi c'est en rapport avec les recommandations HAS, vous pouvez le coter, ce sera vite rentabilisé, moi je trouve que je me suis un peu fait avoir »*
Dr H : *« Ces structures m'énervent, ils te disent « si vous faites 3 ECG ou 3 audiogrammes par mois vous allez rentabiliser » ce n'est pas vrai, quand tu regardes le prix de la cotation et le prix de l'appareil tu t'aperçois que c'est de l'escroquerie pure et dure. »*

- **La CPAM**

  - *La CPAM délivre aussi du matériel*

Dr D : *« **Tensiomètre électronique,** de toute façon lui il est délivré par la Sécurité sociale »*
Dr G *« comme **le Strepta test,** on devrait tous pouvoir y accéder par les instances comme la Sécu »*

- *La ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique (9)*

Dans le même état d'esprit que les recommandations, certains médecins ont évoqué la ROSP comme facteur pouvant influencer leurs équipements, notamment dans le **dépistage des troubles visuels et auditifs de l'enfant.**

Dr N : « *Parce qu'on est un peu rappelés à l'ordre par la Sécu avec la ROSP qui nous dit qu'il faut qu'on fasse des dépistages un peu plus… avant 1 an, audio et visuel, que ce soit fait de façon carrée.* »

g. La cotation dans la nomenclature de la CPAM

Pour la plupart des médecins**, la cotation des actes ne les motive pas forcément** à réaliser les actes cotés, mais ceux ci se sentent **récompensés** du temps passé et du matériel utilisé.

Les actes cotés cités : ECG, frottis cervico-vaginal, réalisation de contention souple, sutures.

Dr D : « *Pour moi ce n'est pas une motivation, c'est une récompense, parce qu'on y passe du temps, qu'on a fait des formations spécifiques*»

Dr I : « *La motivation elle est politique chez moi, ça me permet de faire toucher du doigt au pouvoir public que les médecins généralistes ne font pas que du G, on fait aussi des ECG, du dépistage de BPCO, des sutures etc.* »

Dr E : « *Avant (…) je les faisais pas moins, mais ça m'embêtait plus de les faire, maintenant que c'est coté, je ne les fais pas plus, mais ça m'embête moins de les faire.* »

Dr B : « *Pour moi c'est important d'être rémunéré parce que ça donne de la valeur aux choses, parce que tout ce qui est gratuit c'est quand même vachement dévalorisé* »

Pour certains, ce n'est tellement pas une motivation qu'ils **oublient** souvent de coter, ou alors n'ont **pas pris cette habitude** et ne le font pas.

Dr F : « *J'ai le manque de réflexe* »

Dr J : « *Parce que ça me gonfle, je ne le fais jamais.* » « *C'est par rapport à une habitude* »

Dr K : « *Motivation ? Pas du tout, parce qu'en fait une fois sur deux j'oublie de les coter !* »

2. Les facteurs freinant l'achat des équipements

a. Lié au matériel

- **Le coût**

Apparaît comme un **frein majeur** dans l'équipement des cabinets, pour quasiment tous les médecins :

Dr A : *« Faut investir un peu pour acheter ça, donc je ne l'ai pas fait pour le moment. »*

Dr F : *« La table gynéco, au départ je ne pouvais pas me permettre de l'acheter » « Échographie, c'est hors de prix. »*

Dr C : *« Après c'est des locations qui coûtent cher »*

Dr D : *« Kits de dépistage ORL et ophtalmo mais ça coûte extrêmement cher »*

Dr G : *« ma seule limitation, c'était le prix, parce qu'une bonne trousse d'urgence, ça coute des sous. »* **Oxygène** : Dr G : *« C'est un matériel qui coute très cher, ça me coûte à peu près 500€ de location par an, plus 50€ à chaque recharge »*

- **La difficulté d'accès**

Certains médecins éprouvent des difficultés à se procurer certains matériels, ceci a surtout été évoqué pour le **dosage semi-quantitatif de la CRP** :

Dr G : *« C'est quelque chose que j'ai souvent souhaité avoir mais que je ne pouvais pas, car c'est dans notre pays, hélas, un peu difficile d'accès. »*

Dr N : *« Je me suis renseignée, pour avoir des petits tests rapides… ça n'a pas l'air simple ! »*

- **Spécificité du matériel d'urgence**

Le matériel d'urgence en général est un des équipements dont la répartition est la plus hétérogène, car en effet, il représente du **matériel coûteux** pour une **utilisation rare** et nécessite un **renouvellement fréquent.**

- *L'utilisation rare, lié à la rareté des situations en cabinet*

Dr G : *« j'utilise beaucoup moins régulièrement le matériel d'urgence, parce que j'ai peu d'urgence comme un certain nombre de médecins généralistes.»*
Dr K : *« On est équipés en oxygène, (…) ça va peut-être nous servir deux fois par an »*

- *Les problèmes de péremption*

Dr A : « Tout ce qui est adrénaline tout ça, ça périme tout parce que ce n'est pas utilisé. »
Dr G : *« Matériel d'urgence, ça impose un tout petit peu de rigueur. »*

- *La proximité avec un service d'urgence*

La proximité avec un service d'urgence peut diminuer l'intérêt de posséder du matériel d'urgence au cabinet, en sachant que les pompiers ou le SAMU peuvent être rapidement sur place :
Dr C : *« Après, l'oxygène, on a le SAMU en 5 minutes. »*
Dr I : *« Matériel de réa, pas la peine, pompiers en 10 minutes »*
Dr D : *« Les pompiers y sont en 3 minutes, nous il n'y pas tellement d'intérêt à ce qu'on fasse quelque chose » « le nécessaire à perfusion, je ne pense pas qu'on ai à l'utiliser ici. »*

- *Le manque de formation et le manque de pratique*

Devant la rareté des situations, et parfois le manque de formation, certains s'interrogent sur la compétence des médecins à utiliser le matériel d'urgence :
Dr I : *« un ballon insufflateur, il y a les ¾ des médecins qui ne savent pas s'en servir »*
Les situations d'urgence étant rares, il existe un manque de pratique de la part des médecins :
Dr D : *« les perfusions… bah, je n'en n'ai pas posées depuis que je suis ici »*

b. Liés à la non nécessité ressentie par les médecins

Les principaux freins à l'achat de certains matériels sont parfois tout simplement **l'absence de nécessité ressentie par le médecin**, soit parce qu'il considère que **le matériel sort du champ de la médecine générale** et devrait être réservé aux médecins spécialistes d'organes, et que de plus, il peut y avoir **un accès facile**, ou alors par simple **manque d'intérêt : matériel en dehors de ses orientations de prédilection.**

- **Matériel ressenti comme réservé aux spécialistes d'organe, en dehors du champ de la médecine générale**

Dr B : *« On est spécialistes en médecine générale, donc dès que ça devient trop spécialisé, que ce soit de la dermato, enlever les trucs, les machins, les suivis, on en finit plus ! Je deviens un dispensaire. »*
Dr B : *« Pour **les EFR** c'est bien qu'il y ait l'œil du pneumo tu vois, il n'y a pas que l'EFR en fait (…) Lui il voit que ça, parce qu'entre l'asthme, la BPCO (soupirs), sur les petites anomalies c'est quand même… je pense que c'est une spécialité »*
Miroir laryngé *:* Dr M : *«Je l'ai utilisé mais maintenant, je laisse ça aux ORL. »*

- **Accès facile aux spécialistes d'organes ou aux paramédicaux**

Appareil à ECG *:*
Dr I *« si on a vraiment qu'une semi urgence, les cardiologues nous les prennent dans l'heure »*
Dr P : *« Maintenant comme on un cardiologue et des urgences à 10 minutes, on envoie. »*
Spirométrie : Dr C : *« Déjà, on a un accès facile aux pneumologues.»*
Dr K *: « **Podoscope,** mais maintenant on a quand même la podologue à coté, donc bon »*
Suivi de grossesse : Dr F : *« mais finalement, je n'ai pas tellement de suivi de grossesses, car nous on a une sage femme en libéral qui fait énormément de suivi. »*

- **Le manque d'orientations spécifiques du médecin**

Dr E : *« La gynécologie moi je n'en fais pas, y'en a, mais j'en fais pas du tout. »*

Dr L : *« Après il y a beaucoup d'appareils qui vont nécessiter une orientation après,* ***l'impédancemètre****, il faut après s'orienter vers la diététique »*

Dr H : *« Je ne fais plus du tout de gynéco, je fais de moins en moins de pédiatrie. »*

c. Lié à la pratique médicale

- **La pratique de ville en opposition à la pratique hospitalière**

Pour les anciens médecins hospitaliers, il est clair que la pratique de ville nécessite beaucoup moins de matériel. Dr I : *« Je faisais de la réa avant, donc le matériel lourd moi j'ai pas arrêté d'utiliser ça mais c'est pas du tout la même pratique ici, on n'a pas tellement besoin de plus. »*

- **Relation avec les spécialistes d'organe**

  - *Concurrence ?*

Un médecin évoque que le fait d'avoir certains équipements pourrait faire **concurrence** avec les spécialistes, surtout dans les milieux urbains.

Dr I : *« Ici, on n'a pas tellement intérêt à avoir un* ***électrocardiogramme*** *parce que sinon les cardiologues considèrent que vous faites de la concurrence. »*

  - *Accès aux spécialistes d'organe plus difficile ?*

Un autre médecin suppose que le fait d'avoir des équipements au cabinet pourrait rendre plus difficile l'accès aux spécialistes.

Dr B : *« Si tu commences à faire des choses, peut-être qu'ils [les spécialistes d'organes] te les [les patients] prendront un peu moins facilement »*

- **Les aspects médico-légaux : la responsabilité engagée**

Plusieurs médecins sont **inquiets de l'aspect médico-légal** de certains équipements et de la responsabilité qu'ils impliquent, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique.

L'appareil à ECG : Dr B : *« Même d'un point de vue médico légal est-ce que le fait que tu l'ais faxé, que [le cardiologue] l'ai regardé, est-ce que ça justifie…, c'est quand même toi qui vois le patient, donc je pense que ça peut être dangereux. » « tu pourrais te dire qu'on pourrait dépister mais tout en disant : c'est toujours une prise de risque. »*
Dr F : *« j'ai peur de l'avoir, c'est-à-dire : qu'est-ce que je vais en faire après de ces ECG ? »*
La spirométrie : Dr C : *« il y a quand même des responsabilités. »*
Le dosage semi-quantitatif de la CRP : Dr K : *« Au niveau un peu aussi médico-légal, qu'est-ce que ça a comme valeur ? »*

Au niveau des gestes et des actes réalisés au cabinet, un des médecins, installé depuis plus de 20 ans, nous faisait part de **l'évolution** qu'il avait ressenti en ce qui concerne le poids de cette responsabilité médicale engagée, plus important selon lui de nos jours qu'il y a 10 ou 20 ans, en prenant l'exemple des sutures chez les enfants.
Dr O : *« Je pense qu'il y a certains actes qu'on osait faire en cabinet et qu'on ne ferait plus maintenant. Recoudre une plaie de visage d'un enfant (…), je le faisais toujours, maintenant je dis «non». Parce que …. la responsabilité, enfin, je sens qu'il y a un poids d'engagement de la responsabilité médicale et je pense que ça retient, c'est sûr.»*

d. Liés à l'absence de cotation dans la nomenclature

Certains médecins qui voudraient aller plus loin dans la «technicité», se sentent freinés voire bloqués par l'absence de cotation dans la nomenclature, **ne pouvant pas rentabiliser l'investissement réalisé** sur des équipements coûteux.

Tests sanguins au bout du doigt :
Dr L :*«Actim CRP, qui coutent 4 à 5€ pièce, ce n'est pas cotable, ça ça peut être un frein, en effet» «Il y a d'autres tests qui existent (..) pour vérifier le tétanos, l'hémoglobine (…) ce sont des outils qui sont accessibles à un cabinet, on peut les acheter, mais encore une fois ils ne rentrent pas dans la nomenclature, donc ça c'est un frein»*
Échographe*:* Dr L : *« Pourquoi on ne passe pas à l'échographie, c'est que ce n'est pas cotable, acheter un appareil qui maintenant coûte très cher (…) comme ce n'est pas rentré dans la tarification, c'est quelque chose que tu ne peux pas rentabiliser »* Dr L *: « si on veut aller plus loin dans la technicité, bah en médecine générale, on ne peut pas, on est bloqués. »*

3. Les facteurs freinant l'utilisation des équipements

Au delà de l'acquisition du matériel, les praticiens se rendent compte parfois qu'ils utilisent peu certains équipements, voici les différentes causes qui ont été évoquées :

a. Liés au médecin

- **Manque de formation**

Dr C : *« je pense que **la spirométrie** c'est quand même un truc où faut être bien formé » « je n'ai pas fait de formation spécifique »*
Dr N : *« On avait eu pendant un certain temps **un spiromètre** (…) mais en fait on jamais eu la formation suffisante pour les interpréter, donc en fait on ne l'a pas du tout utilisé »*

- **Manque de pratique**

Spirométrie : Dr C : *« je ne suis pas très capable d'interpréter les courbes, je n'en fais pas suffisamment »*
Matériel d'urgence : Dr D : *« poser une perf… déjà tu ne le fais pas, donc tu le fais mal »*
Pose de stérilet : Dr L : *« nécessaire pour pose de stérilet… il faut poser du stérilet. »*

- **Manque de confiance**

Petite chirurgie : *« J'ai fait des ablations de kyste sébacé, et d'avoir revu des patients avec des cicatrices, je me suis dit : peut-être que quelqu'un d'autre l'aurait fait plus jolie. »*
Dr E : *« **la fluorescéine,** je ne me fais pas confiance pour le faire »*

b. **Liés au matériel**

- **Difficulté de réalisation au cabinet**

Certains équipements ou gestes techniques ne sont pas vraiment adaptés à un cabinet de médecine générale et nécessite un autre environnement :

Sutures chez les enfants : Dr D : *« les sutures, ça m'arrive d'en faire, pas chez les enfants, parce qu'aux urgences ils ont le gaz MEOPA, donc je préfère que ce soit fait là-bas »*
Dr O : *« Là où les parents souvent acceptaient d'assister l'enfant, de le tenir, un petit peu, maintenant on sent que, très souvent, ils sont incapables de la faire, ils se laissent envahir par l'émotion, peut-être, ou un manque de confiance, on n'est pas dans un bloc. »*
Dr L : *« **L'audiomètre**, moi j'y mets quand même une petite réserve, je trouve que l'utilité est assez limitée dans le sens où il faut quand même une **pièce bien étanche aux sons**. »*

- **Difficulté d'interprétation**

Certains équipements nécessitent une interprétation de la part du praticien, cela peut amener à des difficultés.

ECG : Dr F : *« Je vais faire un ECG ? Si je ne sais pas l'interpréter, si je dois déranger le cardio du coin toutes les cinq minutes »*

Spirométrie : Dr C : *« Comme j'estime que je ne suis pas suffisamment compétent pour les interpréter… »*

- **Manque de fiabilité**

L'échelle optométrique *:* Dr B : *« Je ne m'en sers pas trop, je ne trouve pas ça très fiable »*

L'audiométrie : Dr L :*« Peut-être pas assez fiable. »*

- **Problèmes d'indications**

Pour certains équipements, peut se poser la question de l'indication : dans quelles situations l'utiliser ?

Dr F : *« A chaque douleur thoracique, est ce que je vais faire **un ECG ?** »*

c. **Liés à la pratique médicale :**

- **Le manque de temps**

Le facteur temps apparaît comme un **facteur limitant majeur** à l'utilisation de plusieurs équipements :

Dr A : *« je ne fais pas de **sutures** en fait, je trouve que ça prend beaucoup trop de temps, les gens viennent à l'arrache… voilà, je les envoie aux urgences, c'est plus sûr »*

Dr B : *«les kits de suture j'en ai, mais j'en fait de moins en moins, c'est vrai que je pense que c'est pénible, parce qu'on n'a pas le temps et pas l'énergie etc. »*

Dr F : *« le **brassard obèse,** moi je t'avoue que des fois je prends pas toujours le temps de le changer »*

Dr L : *« pour faire une bonne **audiométrie,** il faut faire une tympano, une audiométrie tonale, vocale, qui prennent beaucoup de temps, qu'on n'a pas. »*

Dr N : *« **Petite chirurgie** j'en fais beaucoup moins. Pourquoi ? Euh, le temps »*

Dr B : *« **Le frottis, l'ECG**, tu perds un temps fou à en faire »*

Dr C : *« Il y a des choses à expliquer aux gens, on est déjà débordés avec nos consultations. »*

Dr M : *« On n'a pas le temps, c'est le temps, parce que moi je fais des Doppler aussi… on ne peut pas tout savoir bien faire et avoir le temps de tout faire. »*

- **Les situations rares en cabinet**

En plus des situations urgentes nécessitant le matériel d'urgence, certaines autres **situations sont rares** dans les cabinets de médecine générale, notamment en ce qui concerne la traumatologie, les patients ont parfois l'habitude de se rendre directement aux urgences :

Dr P : *« Le plâtre, je n'en fait pas beaucoup, parce que le recrutement, ils ne viennent pas ici, ils vont là-bas (aux urgences), pour les sutures aussi»*

d. <u>Liés au mode d'exercice en groupe</u>

Dans les cabinets de groupe, un des avantages est que chacun peut avoir une **orientation spécifique, certains actes sont effectués par les associés plus compétents ou ayant plus l'habitude dans certains domaines.**

Dépistage des troubles visuels et auditifs de l'enfant:

Dr H : *« Si mon associée ne l'avait pas, je me serais formé au dépistage, mais comme elle le fait, je ne vois pas l'intérêt de le faire. C'est aussi l'avantage du groupe c'est qu'on mutualise les moyens et les compétences »*

Activité pédiatrique / gériatrique : Dr F : *« Mon activité pédiatrique a fait que j'ai enrichi le cabinet » « Parce qu'on a plus de spécificités, mon associé, il fait plus de personnes âgées »*

Suivi de grossesse / Urgences : Dr G :*« c'est d'ailleurs pour ça que je me suis associé à une jeune femme, c'est elle qui fait les suivis de grossesse, et moi je lui fais ses urgences. »*

4. Les perspectives

a. Investissement

Rien n'est figé dans un cabinet et **la pratique évolue** au fil du temps, les médecins de notre étude se disent tous prêts à investir dans du nouveau matériel. Parmi ceux cités :

- **L'électrocardiogramme**

Dr F : *« il y a l'ECG pour lequel on se pose un peu la question »*
Dr B : *« L'ECG, plus sur le côté dépistage »*
Dr M : *« C'est surtout pour établir les certificats médicaux de sport, là je pense que c'est nécessaire, de plus en plus, ça va l'être, ça va être obligatoire va falloir faire des bilans complets. »*

- **La mallette de dépistage des troubles visuels et auditifs de l'enfant**

Cette mallette inclut notamment une source lumineuse, des lunettes à secteur, des lunettes à écran, un test de Lang, un test dépistage vision de loin, Sensory baby test (émission de 35 db), un imagier plastifié, des cubes, une balle, un bâton de préhension…

- Moteurs évoqués : Améliorer le dépistage des troubles visuels et auditifs chez l'enfant, en accord avec la nouvelle ROSP par exemple.
- Freins évoqués : Le coût et manque de rentabilité si peu d'enfant dans sa patientèle.
- Perspectives : acheter en groupe.

- **L'échographe**

- Moteurs évoqués : Aller plus loin dans le diagnostic et la prise en charge, beaucoup de possibilités, nombreuses indications :
  Dr H : *« c'est le stéthoscope du 21ème siècle » « L'échographie pour moi je te dis c'est l'avenir de la médecine générale »*
  Plus facile à installer, à déplacer et à utiliser qu'auparavant : *« maintenant il en existe des tout petits »* (Dr L)
- Freins évoqués : le coût très élevé, la formation longue et difficile d'accès.
- Perspective : acheter en groupe, louer, se former.

- **Le dosage semi-quantitatif de la CRP**

- Moteur évoqués : aide diagnostique, principale indication : fièvre nue depuis 48h, afin d'orienter soit vers une origine virale soit bactérienne, afin d'éviter la prescription d'antibiotique sur des pathologies virales, sujet d'actualité et enjeu de Santé Publique.
  Dr G : «une fièvre inexpliquée > 48H (…) je fais une ACTIM CRP, si elle est > 80, je vais lancer tout un bilan de recherche bactérienne, si elle est à 20, je me contente de continuer au Paracétamol. »
- Freins évoqués : principalement la difficultés d'accès, le coût, des questionnements sur la fiabilité, la validité d'un point de vue médico-légal, et la présence de cotation dans la nomenclature.
- Perspective : association qui achète en gros, sensibilisation des médecins et influence des pouvoirs publics comme avec le Strepta test.
  Dr G : *« la maison médicale a un compte au labo en question qui fabriquent ces dosages, achètent un certain nombre de test et nous permet d'acheter ces tests à l'unité »*

- **Le bistouri électrique**

Dr H : « *Pour l'ablation des lésions dermatologiques* (…) *éviter le recours systématique aux dermato.* »

- **Un otoscope numérique**

Dr I : « *Pour mieux voir les tympans* ».

b. Vers une homogénéisation du matériel dans les cabinets ?

Nous avons posé la question aux médecins s'ils pensaient qu'il devrait y avoir une liste de matériel à posséder dans un cabinet médical.
Les réponses ont été variées et voici ce qu'il en est ressorti.

Oui car…
« Il faut quand même un minimum pour pouvoir faire de la bonne médecine »
Dr D : « *Pouvoir prendre les constantes* »
Dr C : « *Pour faire un diagnostic (…) il y a des choses qui paraissent indispensable* »
Dr L : *« Après c'est sûr qu'un stéthoscope, un otoscope, un pèse personne et un tensiomètre c'est le minimum ! »*

Mais non, car…
Le **matériel correspond à l'activité** de chaque médecin et chaque médecin est **en droit de s'équiper comme il le souhaite, selon sa patientèle, son activité, ses orientations,** et surtout de matériel que le praticien estime être **capable de maîtriser,** il est selon certains médecins difficile de rendre quelque chose **obligatoire,** car il n'existe pas de **formation spécifique,** ni d'**aides au financement.**

Dr H : *« ça dépend de l'intérêt de chacun, de la même façon qu'on a une patientèle différente, on a du matériel différent, parce que ça correspond à notre exercice.»*
Dr J : *« Il y va de la responsabilité de chaque médecin »*
Dr D : *« C'est à l'appréciation de chaque médecin »*

Quant à avoir une **liste obligatoire,** les avis sont plutôt négatifs :
Dr M : *« Non, parce que c'est chacun ses habitudes, vous ne pouvez pas imposer aux gens »*
Dr D : *« Obligatoire, rendre quelque chose obligatoire, c'est compliqué, ou alors ils financent… »*
Certains évoquent **le manque de formation :**
Dr J : *« une « check list » indicative, oui mais une « check list » obligatoire peut-être pas, je pense qu'on n'est pas assez formé sur ça, on n'a pas de formation réelle, c'est juste une volonté qu'on a ou pas. »*
Dr I : *« Une liste, à condition que les gens sachent s'en servir, donc il n'y a pas de matériel obligatoire parce que si vous mettez un ballon insufflateur, il y a les ¾ des médecins qui ne savent pas s'en servir »*

c. Quels conseils pour les futurs installés ?

Nous avons également demandé aux médecins s'ils avaient des conseils à donner aux futurs installés en ce qui concerne l'équipement :

- **Se faire son expérience pour savoir de quoi on a besoin**

Dr A :*« Prendre conseil auprès de leurs aînés, de faire des remplacements avant. »*
Un médecin conseille plus spécifiquement de remplacer dans « *différents milieux et différents cabinets dans différentes conditions de travail* » (en association/seul…) (Dr J)
Dr D : *« De remplacer suffisamment pour savoir ce qu'ils on envie de faire, et puis savoir de quoi ils ont besoin, puis voir suffisamment de cabinets »*

Collaboration libérale : Dr I : *« ça permet de bien réfléchir, de pas s'investir financièrement »*

- **Investir dans du matériel de qualité**

Dr G : *« Vaut mieux acheter un matériel qu'on va garder 20 ans plutôt que s'acheter toute une trousse d'urgence qu'on va payer moins cher car de moins bonne qualité qu'on ne gardera pas forcément »*

- **N'acheter que du matériel qu'on sait utiliser et qu'on maîtrise**

Ne pas chercher à se suréquiper mais **s'équiper intelligemment,** avec du matériel que l'on **maitrise.** Dr B :*«Bien faire ce qu'ils savent faire et ne pas s'aventurer à faire des trucs qu'ils ne maîtrisent pas. »*

- **Se former et investir rapidement dans l'électrocardiographe**

Dr K : *« Trousse de base du médecin, peut-être l'ECG rapidement, c'est quand même très important. »*
Dr L : *« Après si on arrive à avoir rapidement un ECG, c'est quand même pas mal »*
Dr M : *« Se former à l'ECG »*

- **Investir rapidement…**

Certains médecins conseillent d'investir rapidement, **pour se sentir serein et exercer dans des conditions confortables** :
Dr H : *« Investissez (…) Alors au début on a peur d'investir parce qu'on se dit « j'ai des frais, machin… » mais en fait c'est quand même vachement agréable, enfin c'est mon avis. »*
Dr L : *« Equipez vous pour être tranquille »*

- **… ou au contraire attendre de voir selon sa pratique**

Investir dans le matériel de base et se laisser le temps, suivant sa pratique ou ses orientations.

Dr E : *« Ne pas forcément tout investir tout neuf et hyper cher dès le début et voir un peu selon la pratique »*

Dr C : *« Matériel de base (…) puis après d'acheter en fonction de son orientation »*

- **Se méfier des démarcheurs proposant du matériel en location**

Plusieurs médecins ont eu de mauvaises expériences avec les démarcheurs proposant des équipements en location, ayant eu l'impression de se faire avoir, et conseillent de se méfier.

- **Se faire plaisir**

Dr L : *« Faut se faire plaisir ! C'est tout, faut se faire plaisir, il faut d'abord acheter ce qui parait le plus utile en fonction de ce qu'on veut faire »*

Dr H : *« Tu donnes de l'intérêt à ton travail en diversifiant ton activité et puis tu te fais plaisir, ça me paraît important.»*

DISCUSSION

I. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

1. Forces de l'étude

a. Originalité du sujet

Plusieurs études quantitatives avaient été réalisées sur les équipements des cabinets médicaux, mais c'est la première étude **qualitative** réalisée sur ce sujet. L'étude qualitative permet de recueillir directement l'opinion et le ressenti des médecins ; des données plus proches de la réalité du terrain, que l'on ne peut pas forcément obtenir avec des « chiffres ».

b. Validité interne

Nous avons essayé d'obtenir une diversité dans l'échantillon des médecins interrogés, selon les critères définis dans « Matériel et méthodes » pour obtenir le maximum de réponses possible. Les différents médecins inclus présentaient des profils assez variés et équilibrés, notamment en terme de sexe, d'âge et de type d'exercice (seul ou en groupe).

Les entretiens ont tous été enregistrés et retranscrits mots à mots pour ne pas perdre d'informations.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'idées nouvelles qui émergent de l'analyse des verbatims.

c. Validité externe

Les résultats on été comparés aux données de la littérature.

2. Limites de l'étude

a. Biais de sélection

Même si nous avons essayé de limiter au maximum le biais de sélection par le recrutement selon différents critères (cf. « Matériel et méthodes »), les médecins interrogés étaient surtout des médecins exerçant en zone urbaine ou semi-rurale, les médecins exerçant en zone rurale contactés ayant moins répondu à nos demandes d'entretien, peut-être par manque de disponibilité.

Citons également la méthode de recrutement de départ, via le listing d'une maison médicale de garde, qui a pu influencer le recrutement de médecins plutôt de zones urbaines.

b. Biais lié à l'enquêteur

- *Biais d'investigation*

Il s'agissait de la première participation à une étude qualitative pour l'enquêteur. L'inexpérience de ce type d'entretien a pu influencer les résultats notamment lors des premiers entretiens. Il existait probablement un manque de relance, limitant l'approfondissement des propos, qui a pu entrainer une perte d'informations.

- *Biais d'influence*

Les interventions de l'enquêteur ont pu parfois influencer les réponses des médecins interrogés. L'investigateur étant du même milieu professionnel, les médecins ont pu avoir la crainte d'être jugé par un confrère. Ou au contraire, certains ont pu se sentir en confiance, parler plus librement et partager leur expérience.

c. Biais d'analyse et d'interprétation

Il existe toujours un biais d'interprétation dans les études qualitatives, le classement des verbatims en thème et sous-thèmes étant fonction du jugement de l'investigateur.
Il n'y a pas eu de triangulation des données.

II. PRINCIPAUX RÉSULTATS ET CONFRONTATION AVEC LA LITTÉRATURE

Notre étude a permis de mettre en avant les facteurs qui motivent ou qui freinent les médecins généralistes à investir dans du matériel et à l'utiliser.
Plusieurs profils de médecins se sont révélés :

- Des médecins très équipés, un peu touche à tout et assez « technophiles », pour qui certains équipements sont devenus indispensables, alors que parfois absents chez des confrères, qui ressentent l'envie et le besoin de diversifier leur activité et qui envisagent même d'aller plus loin dans la technicité.

- Des médecins un peu moins équipés, exerçant souvent dans un milieu urbain, qui disposent facilement de l'avis des spécialistes ou des urgences, pour qui «l'équipement de base classique» d'un médecin généraliste suffit, et qui évoquent un manque de formation et une crainte au niveau des responsabilités médicales engagées par l'utilisation de certains équipements.

Pour répondre à notre question de recherche : « Quels sont les facteurs influençants l'acquisition et l'utilisation du matériel en soins primaires ? » nous développerons tout d'abord les aspects du *matériel* en lui-même, puis les différents *facteurs d'influence*.

1. Le matériel en soins primaires

a. Le matériel de base

Il existe une bonne homogénéité pour le matériel considéré comme de base pour un médecin généraliste, celui qui sert à **prendre les constantes**, **mesurer**, **peser**, ainsi que le matériel **ORL**, **pédiatrique**, **gynécologique** et de **petite chirurgie**, même si ceux-ci ne sont pas toujours utilisés. C'est aussi ce que retrouvaient les études citées dans l'introduction (2–6), dans les mêmes domaines.

Les équipements qui semblent avoir la plus grande disparité et posent le plus débat sont :

- **L'électrocardiogramme**
- **Le matériel d'urgence**

Les équipements de type :

- **Mallette de dépistage des troubles visuels et auditifs de l'enfant**
- La **spirométrie**
- Le nécessaire pour **pose de stérilet**
- Le nécessaire pour **ablation de lésions dermatologiques**
- Le **Doppler vasculaire**,
- L'**audiomètre** et le **tympanomètre**

restent assez rares dans les cabinets, et semblent être présents si le médecin a une **orientation particulière.**

b. Les équipements plus spécifiques : comparaisons avec la littérature

- **L'appareil à ECG**

De nombreuses études ont été réalisées sur l'ECG en médecine générale.

Dans les études quantitatives, voici le taux de possession d'un ECG au cabinet :

	2008, Loire (3)	2010, Loiret (4)	2010, NPDC (5)	2014, NPDC (6)
ECG	**87%**	**65%**	**58%**	**29%**

Dans notre étude, à titre informatif, 11 médecins sur 16 en possédaient un à son cabinet.

À la suite de nos entretiens, on peut considérer plusieurs types de médecins :

- Ceux pour qui l'ECG est indispensable, qui l'ont acquis très vite et l'utilisent dans de nombreuses indications : au moindre doute sur une douleur thoracique, sur un trouble du rythme ou dans le suivi de pathologies chroniques.

- Ceux à qui l'ECG « fait peur », ceux qui ne se sentent pas capable de l'interpréter, et ont peur des responsabilités qu'il peut entraîner, et qui bénéficient d'un accès facile aux urgences ou aux cardiologues en cas de doute.

- Ceux qui pressentent que l'ECG va devenir de plus en plus important, notamment avec les nouvelles recommandations sur les certificats d'aptitude sportive et qui hésitent à investir prochainement.

Les indications de l'ECG en médecine générale sont nombreuses (9) : les douleurs thoraciques, les troubles du rythme, les syncopes ou lipothymies, les dyspnées, les suivis de patients diabétiques ou hypertendus, les angoisses ou attaques de panique (éliminer diagnostic différentiel), les douleurs épigastriques (éliminer infarctus du myocarde, notamment inférieur), les certificats de non contre-indication sportive en compétition à partir de 12 ans ou avant l'introduction de certains médicaments, notamment ceux qui allongent l'intervalle QT.

L'étude qualitative et quantitative réalisée dans le Gard (7) en 2012 concluait que les principales motivations pour l'équipement et l'utilisation de l'ECG étaient la **rapidité et la facilité d'utilisation de l'appareil,** la possibilité de **rassurer** le médecin et le patient,

d'**enregistrer un trouble du rythme paroxystique** et de prendre du **plaisir** dans sa pratique. Les freins le plus souvent exprimés étaient le caractère **chronophage**, sa **faible rémunération** par rapport à la **responsabilité** engagée, le risque médico-légal, le **manque de confiance** du médecin généraliste dans son interprétation et le **prix** de l'appareil.
Une autre étude réalisée à Bordeaux en 2013 (11), concluait que **les jeunes** médecins généralistes semblaient plus sensibilisés à la pratique de l'ECG et que l'on devrait assister dans les années à venir à une utilisation plus répandue.

→ **L'ECG, de plus en plus généralisé dans les cabinets de médecine générale ?**

- **Nombreuses indications**
- **Pour certains** médecins**, déjà indispensable** à leur pratique
- **Jeune génération plus sensibilisée ?**
- **Nouvelles recommandations** (certificats sportifs en compétition)

- **<u>Le Doppler vasculaire</u>**

Taux de possession dans les études quantitatives:

	2001, Ain (2)	2008, Loire (3)	2010, Loiret (4)	2014, NPDC (6)
Doppler vasculaire	**25%**	**19%**	**28%**	**15%**

Dans notre étude, 2 praticiens sur 16 possèdent un Doppler vasculaire, et 1 autre médecin possède un Doppler foetal. Cet équipement semble plutôt **rare** en soins primaires.
Les recommandations HAS de 2006 (12) préconisent une mesure de l'IPS chez les patients à risque vasculaire ou s'il existe des troubles trophiques ou des lésions à risque d'ulcère.

D'après un article de la revue Exercer (13), l'AOMI est sous diagnostiquée, du à l'absence ou au peu de symptômes présentés par le patient. La mesure de l'IPS ne serait connue que par 42 % des médecins. Ceux-ci expliquent l'absence de pratique de l'IPS du fait de la

méconnaissance des indications, du **coût du matériel,** du **manque de maîtrise du geste**, de la **longueur de l'acte** et de la **pratique automatique d'un écho-Doppler des membres inférieurs.**

Cet article précise qu'il y a un un **intérêt à dépister** des pathologies artérioscléreuses, pour amener le patient à une **meilleure prise en charge globale** de ses problèmes de santé.

C'est d'ailleurs une idée qu'un des médecins de l'étude a évoqué : même si le Doppler vasculaire n'apparait pas comme un outil indispensable en soins primaires, il peut néanmoins motiver certains patients, tabagiques ou diabétiques par exemple, à faire **plus attention à leur santé de façon globale.**

→ **Le doppler vasculaire**

- Permet de **calculer l'IPS** (troubles trophiques, dépistage AOMI chez patient à risque)

- **Rare** dans les cabinets de médecine générale

- Néanmoins, peut permettre de **sensibiliser les patients artérioscléreux** ou à risque cardio- vasculaire à une **meilleure prise en charge globale** de leur pathologie.

- En pratique, tendance à réaliser **directement une échographie Doppler artériel** des membres inférieurs (parfois couplé à celui des **troncs supra-aortiques)**

- **<u>La spirométrie</u>**

La réalisation d'EFR au cabinet de médecine générale est encore peu répandue, mais il existe du matériel à disposition des médecins généralistes :

- Mini-spiromètre (Piko-6)
- Spiromètre de bureau, relié à l'ordinateur fonctionnant avec un logiciel spécifique.
- Spiromètre autonome, fonctionnant sans ordinateur.

Taux de possession dans les études quantitatives :

	2008, Loire(3)	2010, Loiret(4)	2010, NPDC(5)
Spiromètre	**-**	**14%**	**-**
Piko 6	**57%**	**-**	**66%**

Dans notre étude, 4 médecins sur 16 possèdent un spiromètre.

Dans notre étude, les moteurs à l'acquisition d'un spiromètre pour les médecins qui en possédaient étaient de pouvoir faire du **dépistage de BPCO auprès des patients**, de **les sensibiliser** à prendre un traitement de fond ou de **favoriser le sevrage tabagique.**

C'étaient également les conclusions de l'étude du Dr Bunge (13), elle affirmait aussi que la spirométrie en soins primaires était en général **bien acceptée** par les patients. Les freins étaient le **manque de formation**, le **manque de temps** et **l'aspect financier**.

Dans notre étude, cela a été l'équipement le plus souvent cité pour lequel les médecins avaient **des regrets** de l'avoir acquis, évoquant surtout le **manque de formation et de temps**.

Plusieurs études réalisées en 2014 (10,13) ont montré que la spirométrie pouvait être utilisée dans le cadre d'une consultation par des MG ayant reçu une formation adéquate. La durée moyenne d'une spirométrie était de 15 minutes.

Une revue de la littérature de 2011 (12) a affirmé que la spirométrie était devenue dans certains pays, au cours de la dernière décennie, un examen de routine. Après une bonne formation, la qualité des mesures réalisées en MG pouvait égaler celle des mesures faites en laboratoires d'EFR.

→ **La spirométrie**

- Permet un **diagnostic précoce de BPCO en soins primaires**, **favorise le sevrage tabagique**.
- **Tout à fait réalisable en cabinet** de médecine générale, selon différentes études
- Déjà un examen de routine dans certains pays.
- Nécessité de **formation** des médecins et de **pratique,** car **sinon matériel vite abandonné.**

- **Le saturomètre**

Taux de possession dans les études quantitatives :

	Loire, 2008 (3)	Loiret, 2010 (4)	NPDC, 2010 (5)	NPDC, 2014 (6)
Saturomètre	**17%**	**8,5%**	**33%**	**40%**

Dans notre étude 14 praticiens sur 16 possèdent un saturomètre. Ce qui peut paraître « plus » en terme de proportionnalité que les résultats des études quantitatives ci dessus. Ceci peut-être expliqué par la **diminution de son coût** au cours des dernières années. Actuellement, il représente un outil **pratique**, **peu onéreux, facile d'utilisation** et **non invasif**, permettant de mesurer le 5ème paramètre vital qu'est la **Sp02**. (17)

→ **Le saturomètre**

- Outil **peu onéreux, facile d'utilisation,** permettant de cerner **rapidement,** de manière **non-invasive,** les critères de gravité (hypoxémie) en cas de pathologies cardio-pulmonaires.
- Semble être **de plus en plus présents dans les cabinets** de médecine générale.

- **Le matériel d'urgence**

Taux de possession dans les études quantitatives :

	Ain, 2001 (2)	Loire, 2008 (3)	Loiret, 2010 (4)	NPDC, 2010 (5)	NPDC, 2014 (6)
Kit de perfusion	**-**	**-**	**35%**	**-**	**-**
Canule de Guédel	**-**	**-**	**49%**	**-**	**-**
Ballon AMBU	**60%**	**38%**	**43%**	**50%**	**36%**
Oxygène	**34%**	**14%**	**17%**	**30%**	**12%**
Matériel d'intubation	**-**	**7,6%**	**10%**	**-**	**-**
Défibrillateur	**1%**	**-**	**1,20%**	**7%**	**2,20%**

Dans notre étude, 9 praticiens sur 16 possèdent soit une canule de Guédel, un nécessaire à perfusion ou un ballon insufflateur (ou les 3), 5 praticiens sur 16 possèdent de l'oxygène au cabinet, et un seul un défibrillateur. 4 praticiens sur 16 ne possèdent aucun de ces équipements.
Ces équipements sont très disparates dans les cabinets car comme nous l'avons vu précédemment : ils sont **coûteux**, leur **utilisation est rare**, et il nécessite de **l'entretien**. Il n'y a aucun consensus, c'est essentiellement **l'expérience et la motivation personnelle** qui détermine l'élaboration de la trousse d'urgences (20,21).

Les médecins de notre étude se sont dit satisfaits en général de posséder un **ballon insufflateur,** il est parfois même acquis avant l'installation, c'est le matériel d'urgence le plus retrouvé dans les différentes études (2-6). Les médecins de l'étude semblaient en général **conscients de leurs limites** ou **de leur manque de pratique** et ne possédaient ou n'utilisaient pas le matériel avec lequel ils ne se sentaient pas à l'aise : matériel d'intubation ou de perfusion notamment.
Certains nous ont évoqués que c'était « ***logique*** » pour eux d'avoir du matériel d'urgences, en tant que médecin et que malgré leur utilisation rare ils étaient satisfaits de le posséder.

Beaucoup des médecins de notre étude ont émis comme argument « *la proximité avec un service d'urgence* » comme raison de ne pas posséder de matériel d'urgence, ce qui est tout à fait recevable. On peut néanmoins se poser des questions vis-à-vis du **défibrillateur.** Une thèse s'est intéressée à son utilisation en soins primaires, en Gironde (19) elle évoquait que, même en exerçant en zone urbaine ou péri-urbaine proche, il était techniquement peu probable que les secours puissent être présents sur place en moins de 5 minutes (à moins d'être très proche d'une caserne de pompiers équipé d'un DAE) alors que pourtant dans l'arrêt cardio-respiratoire, chaque minute sans défibriller peut être une perte de chance pour le patient.(20) A titre d'information, une étude suisse réalisée dans le canton de Vaud montrait que le délais entre l'arrêt cardio-respiratoire et l'arrivée d'un DAE sur place était d'en moyenne 10 minutes (min-max : 4-25 minutes) (21)

En ce qui concerne **l'oxygène**, il est plus souvent retrouvé dans les cabinets plutôt rural ou semi-rural, éloigné des services d'urgences (22). Dans une étude sur la composition de la trousse d'urgence, est évoqué que le coût et les problèmes logistiques lié à l'oxygène pour son peu d'utilisation ne le rend pas indispensable pour les médecins qui sont proches d'autres structures de soins.(22)
Encore une fois, cela dépend de **la motivation et l'expérience du médecin,** un des médecins de notre étude nous a dit avoir acquis l'oxygène après le vécu d'une situation médicale où l'oxygène lui avait manqué (détresse respiratoire au cabinet).

Une étude qui s'intéresse aux freins à la réalisation d'une trousse d'urgence évoque le fait qu'il y aurait une **diminution des consultations urgentes** au cabinet (17). Cela pourrait être dû au fait que désormais de nombreux cabinets fonctionnent sur **rendez-vous** ? Ou alors que le **service des urgences est plus accessible** ou bien alors un **changement des mentalités** dans la population qui se rend d'elle-même directement aux urgences plus facilement ?

→ **Le matériel d'urgence**

- Très **disparate** dans les cabinets.
- **Onéreux**, utilisation **rare**, problème de **logistique**
- **Aucune obligation**, le médecin élabore sa trousse et achète son matériel en fonction de son **expérience** et ses **motivations personnelles.**
- **Moins de consultations urgentes** dans les cabinets ?
- Question du **DAE** dans les cabinets médicaux.

- **Le matériel pédiatrique :**

Les praticiens semblent plutôt bien équipés en matériel pédiatrique, selon les résultats des études quantitatives.

Taux de possession dans les cabinets :

	Ain, 2001 (2)	Loiret, 2010 (4)	NPDC, 2010 (5)	NPDC, 2014 (6)
Pèse bébé	**98%**	**99%**	**98%**	**96%**
Toise bébé	**89%**	**96%**	**95%**	**92%**
Brassard pédiatrique	**88%**	**88%**	**84%**	**66%**
Stéthoscope pédiatrique	**52%**	**60%**	**75%**	**58%**

Dans notre étude, tous les médecins possèdent un pèse bébé et une toise, 7 sur 16 possèdent un stéthoscope pédiatrique, et 7 sur 16 également possèdent le nécessaire pour le dépistage des troubles visuels ou auditifs, ou du moins une partie.
Une étude de 2013 (23) en région PACA montrait que les MG « *s'estimaient suffisamment compétents pour assurer le suivi des enfants, mais reconnaissaient cependant des* ***difficultés pour les consultations de dépistage.*** »

Dans notre étude, beaucoup de médecins se sont dit orientés vers la pédiatrie, et semblaient intéressés ou avaient déjà acquis le nécessaire au dépistage des troubles visuels et auditifs de l'enfant (Sensory Baby Test, lunettes à écran, test de Lang etc.) pour remplir de façon exhaustive les pages dédiées du carnet de santé.
Les nouvelles ROSP pédiatriques ont également été citées comme motivation à acquérir cet équipement (8).

→ **Le matériel pédiatrique**

- Les médecins généralistes sont **très bien équipés** en matériel pédiatrique.
- Les tests de **dépistage visuels et auditifs ne sont pas encore très répandus** dans les cabinets et semblent être davantage retrouvés chez les médecins ayant une **orientation pédiatrique.**
- Parfois difficultés dans le dépistage, par **manque de formation**.
- Nouvelles **ROSP pédiatriques** sur dépistage des troubles visuels et auditifs.

- **Le matériel gynécologique**

Taux de possession dans les études quantitatives :

	Ain, 2001 (2)	Loire, 2008 (3)	Loiret, 2010 (4)	NPDC, 2010 (5)	NPDC, 2014 (6)
Table gynécologique	**-**	**-**	**25%**	**-**	**-**
Spéculums	**-**	**-**	**97%**	**85%**	**93%**
Nécessaire FCV	**91%**	**86%**	**75%**	**89%**	**75%**
Nécessaire pose DIU	**38%**	**11%**	**-**	**-**	**14%**

Dans notre étude, 15 médecins sur 16 possédaient une table gynécologique et le nécessaire pourles FCV, tous les médecins possédaient des spéculums, et 4 sur 16 possédaient le nécessaire pour la pose de stérilet.

En général, les médecins sont bien équipés en matériel gynécologique.

Face à la **diminution des gynécologues médicaux** (chute de 40 % des effectifs en dix ans), les médecins généralistes sont de plus en plus amenés à assurer le suivi gynécologique de leurs patientes. (24)

Il est retrouvé dans certaines études que le matériel gynécologique est possédé par les deux genres, néanmoins les médecins femmes ont tendance à plus l'utiliser (4) et réalisent plus de FCV que les hommes (30), avec la **féminisation de la profession**, on peut imaginer que l'on pratiquera de plus en plus de gynécologique en soins primaires ?

La **pose de DIU** reste encore faible dans les cabinets de médecine générale : le manque de formation, la peur des effets indésirables au moment de la pose et de l'engagement de la responsabilité personnelle ont été cités comme facteurs freinants dans une étude de 2016 dans le Nord. (26)

Le **stage en gynécologie-obstétrique** est obligatoire depuis 2004 dans la maquette du DES de médecine générale, néanmoins les stages souvent réalisés en **milieu hospitalier** ne correspondent pas toujours à la pratique de **gynécologie ambulatoire**. Les médecins restent demandeur de **formation** en ce qui concerne les **actes techniques** en gynécologie (réalisation FCV, pose DIU) (5)

→ **Le matériel gynécologique**

- **Très présent** dans les cabinets de médecine générale.
- Effectif des **gynécologues médicaux en baisse.**
- **Féminisation** de la profession.
- Fait partie de la **formation initiale** pendant l'internat (mais hospitalier ≠ ambulatoire ?)
- La **pose de DIU reste cependant encore assez rare** et semble réservée aux médecins ayant reçu une formation spécifique et qui ont une appétence particulière pour la gynécologie.

- **Le matériel de petite chirurgie**

Taux de possession dans les études quantitatives :

	Ain, 2001 (2)	Loire, 2008 (3)	Loiret, 2010 (4)	NPDC, 2010 (5)	NPDC, 2014 (6)
Kit de suture	**97%**	**69%**	**89%**	**90%**	**97%**
Bistouri	**93%**	**-**	**-**	**-**	**93%**

Dans notre études, tous les médecins possèdent ces 2 équipements.

Le débat se porte plutôt sur leur *utilisation*.

Plusieurs médecins nous disent l'utiliser très peu pour plusieurs raisons, qui sont également retrouvées dans la thèse du Dr Hincelin, réalisée à Grenoble en 2017, sur les actes de petite chirurgie en soins primaires (27) :

- Manque de **temps** lors de la consultation
- Aspect **logistique** : acte **non programmé** (suture de plaie par exemple), qui perturbe l'organisation du cabinet, souvent sur rendez-vous.
- **Difficulté de réalisation** au cabinet (suture chez les **enfants :** aide du MEOPA)
- **Manque de pratique** et **peur de mal faire** (aspect des cicatrices …)
- Responsabilité, **aspect médico-légal**.

Certains médecins en revanche apprécient ce genre de gestes pour **diversifier leur activité** et r**endre service aux patients** (exérèse de lésions cutanées, sutures etc.).

→ **Le matériel de petite chirurgie**

- **Très présent** dans les cabinets de médecine générale, il fait partie du matériel de base que l'on peut retrouver chez un médecin généraliste.
- Il présente un **faible coût**
- En revanche, il est **souvent peu utilisé.**
- **Manque de maîtrise des gestes** de la part des médecins**,** et possible **manque de pratique, qui préfèrent adresser à un confrère ou aux urgences, de peur de mal faire.**
- Certains médecins trouve **néanmoins** dans ces actes de petite chirurgie **une valorisation de leur exercice** et apprécie de **diversifier leur activité.**

- **Dermatologie : dermatoscope et cryothérapie**

Taux de possession dans les études quantitatives :

	Loire, 2008 (3)	Loiret, 2010 (4)	NPDC, 2010 (5)	NPDC, 2014 (6)
Dermatoscope	**-**	**-**	**-**	**9%**
Cryothérapie	**-**	**26%**	**-**	**35%**
Matériel ablation lésions	**31%**	**-**	**-**	**-**

Dans notre étude 2 médecins sur 16 possédaient un dermatoscope, 4 sur 16 le nécessaire à ablation de lésions cutanées (qui peut rejoindre les actes de petite chirurgie) et 1 possédait un nécessaire pour cryothérapie.

La possession d'un dermatoscope est encore **très anecdotique** chez les médecins généralistes : une étude de 2016 à Lyon (28), montre que sur 425 médecins inclus, seuls 7.87% avaient accès à un dermoscope ; souvent des **hommes** de **plus de 50 ans**.

La **cryothérapie cutanée** était pratiquée par 26 % des médecins de l'étude du Dr Fraissenet à Lyon en 2018 (29), les lésions les plus traitées étaient les verrues cutanées à 99,5 %.

→ **Le matériel dermatologique**

- La présence d'un **dermatoscope** est **très anecdotique** chez les MG.
- **La cryothérapie** semble être présentes dans certains cabinets de médecine générale **et utilisée en grande partie pour le traitement des verrues cutanées.**

- **L'audiomètre et le tympanomètre**

Taux de possession dans les études quantitatives :

	Loiret, 2010
Audiomètre	**13%**

Dans notre étude 3 médecins sur 16 possèdent un audiomètre et un tympanomètre. C'est un outil qui est **très rare** en médecine générale et qui reste encore l'apanage des ORL.

Le tympanomètre mesure les variations de pression dans la caisse du tympan et permet la recherche d'un épanchement dans la caisse de l'oreille moyenne. Il apparaît dans plusieurs études étrangères comme un **bon complément à l'otoscopie** pour le diagnostic d'OMA et surtout d'OSM. Certaines directives médicales, notamment américaines, le recommandent même en examen otologique de routine (29,30). Les difficultés rencontrées par les praticiens à l'utiliser étaient surtout des **difficultés techniques de réalisation** et des **difficultés d'interprétation (30,31).**

En France, on peut le retrouver chez les médecins orientés vers la **plongée sous-marine**, il est en effet recommandé de réaliser une tympanométrie lors de la visite pour un certificat de non contre-indications à la pratique de la plongée, spécialement chez les jeunes plongeurs de 8 à 14 ans. (31)

L'audiométrie est également rare, et peut parfois être difficile à réaliser au cabinet.

→ **L'audiomètre et le tympanomètre**

- Restent du matériel **rare** chez les médecins généralistes, mais peuvent néanmoins présenter une **aide diagnostique** car les **pathologies de l'oreille moyenne sont fréquentes**.

- **L'échographe : stéthoscope du 21ème siècle ?**

L'échographie est un outil diagnostique de plus en plus utilisé dans la médecine moderne. Dans notre étude, un médecin possède un échographe car c'est un médecin angiologue. Dans la médecine générale classique, plusieurs praticiens de notre étude se disent intéressés par l'échographie, pour pouvoir **aller plus loin dans le diagnostic** et être **moins dépendants** des spécialistes, dont les délais de rendez-vous s'allongent. Les limites qu'ils ont citées sont **le prix et la formation**.

Les **indications** citées en exemple par un des médecins de notre étude sur l'utilisation de l'échographe en soins primaires étaient : la surveillance de nodules thyroïdiens, le dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale ou l'évaluation de la gravité d'une entorse de cheville. L'étude du Dr Lemanissier en 2013 (33) a listé **11 indications de l'échographie en soins primaires**, c'est la liste Sonostétho 1.0 : tableau de colique néphrétique, suspicion de cholécystite, d'appendicite, de GEU, de goître, de TVP, la surveillance d'un AAA, l'exploration d'une masse sous cutanée, les métrorragies post-ménopausique, et la recherche d'un épanchement pleural ou abdominal.

De part son coût, l'échographie trouve actuellement sa place plutôt dans les **cabinets de groupe ou les maisons de santé pluridisciplinaires.** Les médecins apprécient son aide diagnostique et la valorisation de l'exercice. La cotation des actes et la rentabilité de l'appareil restent problématique, ainsi que le temps de formation. (34)

→ **L'échographie**

- La pratique de l'échographie en médecine générale reste à ce jour **anecdotique**, mais pourrait peut-être **se révéler plus présente à l'avenir ?**
- **Indications spécifiques en soins primaires.**
- **Outil supplémentaire** pour le diagnostic**,** rendant le praticien **plus autonome,** notamment dans les **zones isolées géographiquement.**
- **Appareil coûteux** et nécessité d'avoir du **temps de formation.**

- **Le dosage semi-quantitatif de la CRP**

Encore peu développé en France, il est **méconnu** des praticiens, il a pourtant démontré son intérêt dans d'autres pays, notamment pour **diminuer les prescriptions d'antibiotiques (35).** Un seul médecin de notre étude possède et utilise cet outil, deux autres se sont dit intéressés, mais se questionnaient sur la **fiabilité** de ce test et sa **valeur médico-légale**. Un des médecins se trouvait freiné par la **difficulté d'acquisition**.

Le seul médecin utilisateur de cet équipement affirme que c'est pour lui un **outil diagnostique** majeur et qu'il souhaiterait le voir se démocratiser tout comme le Strepta-test. Ce sont les conclusions que l'on retrouve aussi dans l'étude du Dr Sesmaisons, réalisée en 2018 (36): les médecins utilisateurs trouvaient ces tests **pratiques d'utilisation**, et ils leur permettaient **d'optimiser leurs prescriptions d'antibiotiques.** Les autres doutaient de l'intérêt et de la **fiabilité** de ces tests et demandaient un **cadre juridique précis,** des **aides financières** à leur acquisition, une **réduction des contraintes logistiques**, et des **recommandations** et une **formation** à leur utilisation.

Une autre étude réalisée en Lozère (35), concluait que le dosage semi quantitatif de la CRP était utile en Lozère pour le médecin de campagne notamment quand il n'y avait plus accès

au laboratoire en **fin de journée ou en garde**, et ceci surtout pour les populations **pédiatrique et gériatrique.**

→ **Le dosage semi-quantitatif de la CRP**

- Pour **optimiser les prescriptions d'antibiothérapie**
- Indications : **fièvre nue > 48h**
- Population privilégiée : **pédiatrique** ± gériatrique
- Encore **très peu accessible en France**
- **Méconnue,** questionnement sur la **fiabilité** et **la valeur médico-légale.**

2. Les facteurs influençants

a. Les moteurs

Pourquoi avoir plus de matériel ?

- **Obligations médico-légales ?**

On l'avait vu en introduction et nous le confirmons ici, il n' y a **aucune obligation médico-légale** sur le matériel à posséder ou non dans un cabinet de médecine générale, même en ce qui concerne la trousse d'urgence. Ce sont vraiment l'expérience et la motivation personnelle qui déterminent comment le médecin s'équipe.

Une exception peut-être en ce qui concerne les drogues : la **Ceftriaxone**, qui paraît indispensable dans le cadre d'un purpura fulminans, pour démarrer l'antibiothérapie le plus rapidement possible (A*vis du conseil supérieur d'hygiène publique)* (36).

La seule obligation qui incombe au médecin envers son patient est une **obligation de moyen,** il doit « *assurer au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science* , *en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents* ») (1), qu'il dispose ou non du matériel nécessaire à son cabinet.
Il semble que le médecin ne peut pas engager sa responsabilité concernant uniquement le matériel qu'il possède à son cabinet. (38)

- **Les recommandations / La ROSP**

La HAS définit les recommandations de bonne pratique dans le champ de la santé comme «des *propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données*.»(39)

La ROSP vise à « *favoriser la qualité de la pratique médicale en valorisant l'atteinte d'objectifs déterminés et évalués au moyen d'indicateurs calculés sur l'ensemble de la patientèle*.»(40)

Pouvoir suivre les recommandations ou les objectifs de Santé Publique fait partie des moteurs à s'équiper, en effet, certains nécessitent d'avoir des équipements spécifiques :

- ***Les bandelettes urinaires* :** (41)

« *Cystite aiguë simple* : Recherche de leucocytes et nitrites par réalisation d'une BU. »
« *Chez les femmes enceintes :* BU mensuelle à partir du 4e mois de grossesse.»(42)
Les recommandations ici semblent aussi viser à **réduire la prescription d'ECBU**.

- ***Le monofilament 10g*** : pour le dépistage annuel de la neuropathie diabétique (43)

ROSP 2017 « Part des patients diabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le médecin traitant ou d'une consultation podologique dans l'année. »(44)

- ***Le tensiomètre électronique pour auto-mesure*** :

La Société Française de l'HTA et l'HAS (45) préconise une « mesure ambulatoire de la TA pour éviter effet blouse blanche »

- ***L' appareil à ECG :***
    - « ECG chez tous les patients lors d'un épisode de **douleur thoracique** » (46)
    - « Toute **suspicion de FA** doit être confirmée au plus tôt par un ECG. »(43)
    - «**Certificats de sport en compétition :** tous les 2 ans entre 12 et 35 ans»(47)

Bien sûr, dans toutes ses indications, il n'est **pas précisé par qui doit être réalisé l'ECG**, mais il est indiqué que si le médecin ne peut réaliser d'ECG au cabinet, il doit s'assurer *personnellement* que le patient en bénéficiera.

L'étude quantitative de Marianne Vasseur (2) en 2014 dans le NPDC avait montré que certains équipements semblaient insuffisamment présents dans les cabinets au vu des recommandations.

- **Orientations spécifiques / Médecins à exercice particulier (MEP)**

Plusieurs médecins de notre étude se sont équipés en fonction de leurs **activités spécifiques** : médecine d'urgence, pédiatrie, gynécologie, angiologie, par exemple.

Le nombre de **médecins à exercice particulier**, ou à **expertise** particulière, est difficile à quantifier car d'une part **les définitions sont différentes** selon les institutions, d'autre part l'activité particulière peut être **exclusive ou occasionnelle,** et leur quantification repose sur une **déclaration facultative** des médecins auprès de la CNAM ou le CNOM.

On pourrait le définir comme un médecin à part entière qui a acquis des **compétences supplémentaires** par rapport à sa formation initiale.

En 2014, la CNAM recensait 60 900 omnipraticiens, dont 7 200 médecins à exercice particulier, ce qui représenterait environ 11,8 % des médecins généralistes. (46,47)

Néanmoins, en dehors des MEP reconnues par la CNAM (allergologie, angiologie, homéopathie, acupuncture, médecine du sport…), **30 à 60 % des MG**, en fonction des régions, déclaraient posséder un **diplôme complémentaire** (48) selon la DRESS en 2009.

- **Autonomie et service rendu aux patients**

Plusieurs médecins de notre étude nous ont évoqué l'envie d'une certaine **autonomie** avec la possibilité de réaliser des examens ou actes à leur cabinet, en évitant le recours systématique aux spécialistes d'organes.

Une étude de l'Observatoire de l'accès au soins réalisée par l'Ifop et publiée en mars 2017 (52), montre que les **délais de rendez-vous** chez les médecins spécialistes d'organes **ont augmenté** de 13 jours en moyenne en cinq ans. Toujours selon cette enquête, il semblerait que les **délais d'attentes** soient la **première cause de renonciation aux soins**, avec ensuite le coût et l'éloignement géographique.

C'est pourquoi certains médecins évoquent l'envie de pouvoir réaliser certains actes ou examens directement à leur cabinet, pour **rendre service aux patient.** On peut imaginer par exemple, un geste de cryothérapie sur une verrue cutanée, sans attendre 3 mois avant d'avoir rendez-vous chez un dermatologue.

A l'inverse, le fait d'avoir du matériel permet parfois de **mieux poser l'indication d'une consultation spécialisée**, un électrocardiogramme douteux peut accélérer la prise de rendez-vous chez un cardiologue ou la nécessité d'un transport médicalisé par SAMU.

Un des médecins a aussi évoqué parfois des difficultés pour le patient à se rendre chez les spécialistes d'organes (patient âgé, handicapé..), le fait d'avoir au cabinet de médecine générale de quoi faire du dépistage approfondi (ECG, Doppler vasculaire, spirométrie etc.) peut être appréciable dans ces cas là pour continuer une bonne prise en charge de ces patients, dans la limite des compétences du médecin, bien sûr.

- **Diversifier son activité, valorisation du métier de MG**

Un des moteurs souvent évoqués par les médecins de notre étude dans l'acquisition et l'utilisation de matériel supplémentaire est l'envie de **diversifier leur activité,** éviter l'ennui, donner de l'intérêt à leur travail et **valoriser le métier de médecin généraliste.**

Une étude réalisée en Meurthe et Moselle montre qu'il paraît important aux médecins généralistes de diversifier leur activité, et cela selon 3 modes de motivations : elle est **bénéfique pour le patient**, elle est **utile pour la collectivité ou la profession** et/ou elle confère un **bénéfice d'ordre personnel et professionnel** aux médecins concernés.(50)
Cela semblait être un **facteur protecteur du syndrome d'épuisement professionnel**.

b. Les freins et discussion sur les perspectives d'amélioration

- **Le prix**

Tous les médecins l'ont affirmé : **« S'équiper coûte cher . »** et constitue **un frein majeur à l'acquisition de nouveau équipement.**

Pour avoir un ordre d'idées des prix des équipements cités :

Matériel	Ordre de prix
Stéthoscope	de 50 à 300€
Oxymètre de pouls	de 30 à 70€
Appareil à ECG	de 800 à 2000€
Spiromètre électronique USB	environ 1700€
Doppler vasculaire / Doppler foetal	environ 150€
Échographe	De 4000 à 40 000€
Défibrillateur	entre 1200 et 2200€
Tympanomètre portatif	2500€
Audiomètre relié à l'ordinateur	1200 – 1500€

Les pistes pour améliorer ce frein semblent être **l'achat en groupe**, les **aides de certaines structures**, et la r**evalorisation de certains actes** via la nomenclature CPAM.

- *Mutualisation des moyens dans les cabinets de groupe*

Les cabinets de groupe en **mutualisant leurs moyens**, peuvent se permettre d'investir dans du matériel plus coûteux, comme l'appareil à ECG ou du matériel d'urgences, comme l'avait aussi démontré les études quantitatives sur le sujet.(3)
Tout ceci est d'autant plus **d'actualité** que dorénavant la plupart des jeunes médecins s'installent en **groupe** ou en maison de santé pluri-professionnelle : une étude de l'IRDES en 2010 montrait que 8 médecins de moins de 40 ans sur 10 étaient installés en groupe (63).

On peut également évoquer que, dans la volonté de favoriser le regroupement des différents professionnels de santé, les instances tel que l'ARS (avec le FIQSC : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins) (51) ou la CPAM peuvent allouer un **budget** aux MSP, ce qui peut permettre également d'en **améliorer l'équipement.**

- *La question de la cotation en médecine générale*

L'activité en médecine générale est rémunérée par le paiement à l'acte, avec une nomenclature définissant ces actes et leurs tarifs. La **revalorisation de certains actes favoriseraient-ils l'acquisition ou l'utilisation de nouveaux équipements** par les praticiens ?

Suite à nos entretiens, il ressort que la cotation des actes n'est pas forcément une motivation à réaliser des actes mais plutôt une **récompense** du temps passé à les réaliser.
Certains médecins ne cotent pas les actes supplémentaires, par **habitude** ou **oubli** ; un médecin a précisé que dans l'**opinion générale** la consultation chez un médecin généraliste est à 25 euros et qu'il peut parfois être difficile de faire régler plus.

Par ailleurs, certains médecins qui souhaiteraient s'équiper plus se sentent un peu « bloqués » par le manque de cotation dans la nomenclature de certains actes qui pourraient être réalisés au cabinet, mais dont l'investissement **ne pourraient pas être rentabilisés** :

l'exemple donné étaient les **tests sanguins** rapides au bout du doigt : Actim CRP, Quick test tétanos…

Un autre exemple, déjà cité au dessus, **l'échographie** en MG, qui n'est en général **pas rentable**.(53) L'investissement financier est important et la cotation de l'échographie en médecine générale varie de 35 à 75€, et n'est pas cumulables avec le GS.(39) Il faut donc en réaliser beaucoup pour rentabiliser le matériel.

Il apparaît donc que que la cotation des actes n'est pas en elle-même une motivation à acquérir ou utiliser plus d'équipements, mais apparaitrait comme une **récompense** ou une **« aide à la rentabilisation »** pour les médecins **déjà motivés**. Car au final, et certains médecins de l'étude nous l'ont reprécisé, ils n'achètent pas du matériel pour le rentabiliser mais avant tout pour **améliorer la prise en charge du patient** et prendre du **plaisir dans leur pratique.**

A titre indicatif, les actes cotables en médecine générale (liste non exhaustive): (55)

Cardiologie	**ECG**	14,26€
	Mesure IPS	21,12€
Pneumologie	**Spirométrie standard**	40,28€
	Polygraphie respiratoire nocturne	145,92€
ORL	**Audiométrie**	26,18€
	Tympanométrie	22,33€
Gynécologie	**Frottis cervico-vaginal**	37,46 €
	Pose ou changement d'un DIU	38,40 €
	Ablation ou changement d'un implant sous-cutané	41,80 €
	Ablation d'un DIU par voie vaginale	62,70 €
Pédiatrie	**Epreuve de dépistage de surdité avant l'âge de 3 ans** exemple : Sensory Baby Test	48,51€
	Dépistage de la vision binoculaire (valable pour un test de Lang)	25,10€
Traumatologie	**Sutures et petite chirurgie**	De 38 à 109 €
	Confection d'une contention souple	De 31 à 68€

- *Aide au financement de matériel par certaines structures*

Certaines structures aident au financement de certains matériels pour les médecins généralistes.
Par exemple, l'**Union Régionale des Professionnels de Santé d'Occitanie (URPS**) a développé un système de télémédecine pour le **dépistage de la BPCO** en partenariat avec les pneumologues : c'est le projet **TeléspirO2,** il consiste à aider 150 médecins volontaires à acquérir un spiromètre et à assurer grâce à 20 pneumologues volontaires leur formation, ceci dans le but de favoriser un dépistage précoce de la BPCO, en impliquant les médecins généralistes. (54) Ceux-ci pourront ensuite télétransmettre leurs résultats à un pneumologue, si nécessaire.

Rappelons également que la CPAM met à disposition gratuitement pour tous les médecins installés des **tests de diagnostic rapide pour les angines**, des **kits de dépistage du cancer colo-rectal** et **un tensiomètre d'auto-mesure.**

- **Le temps**

Le manque de temps a souvent été cité comme frein à l'acquisition et l'utilisation de certains équipements.
Une des solutions serait de **déléguer ces actes techniques chronophages** à un personnel para-médical (infirmier) formé, dans le cadre d'une coopération interprofessionnelle. Un des dispositifs déjà mis en place depuis 2012 est le protocole ASALEE.

- *Délégation des tâches : exemple des IDE ASALEE*

Dans les cabinets libéraux participants, des médecins généralistes, associés à des infirmiers, mènent des actions de prévention, principalement auprès de patients atteints de maladies chroniques.

Leurs 4 activités principales :

- suivi du patient diabétique de type 2, incluant rédaction et signature de prescriptions types des examens, **prescription et réalisation des ECG**, prescription, réalisation et interprétation des **examens des pieds**.
- suivi du patient à risque cardiovasculaire incluant **prescription et réalisation des ECG.**
- suivi du patient tabagique à risque de BPCO, incluant **prescription, réalisation et interprétation de spirométrie**.
- consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de tests mémoire pour les personnes âgées. (57–60)

Plusieurs thèses révèlent des ressentis plutôt positifs du protocole ASALEE, aussi bien du point de vue du médecin (59), en ce qui concerne la collaboration médecin-infirmier : aide majeure dans la prise en charge des maladies chroniques, réalisation des dépistages et gain de temps pour le médecin, que de la part des patients (58) qui apprécient le suivi, et les qualités d'accessibilité et d'écoute de l'infirmière.

- **Le manque de formation et de pratique**

On l'a vu également dans nos entretiens, le manque de formation est un gros frein à l'acquisition de tous les équipements en général. Les médecins, ne se sentant pas capables de réaliser ou d'interpréter ces examens ou les gestes, craignent la responsabilité engagée.

➢ *La formation initiale : privilégier l'ambulatoire*

Une des médecins de l'étude nous a cité qu'il n'y avait pas vraiment de « *cours* » lors de la formation initiale sur le matériel à posséder ou non dans un cabinet de médecine générale, on apprenait plutôt « *sur le tas* ».

La thèse du Dr Rosenblatt (5), sur les équipements, s'intéressait également aux internes et leur degré de maitrise des équipements de MG, il en est ressorti que les internes se sentaient **insuffisamment formés (56%) voire très insuffisamment formés (23%) à l'exercice de la MG** après leur internat. En effet, les stages sont encore majoritairement effectués à l'hôpital et ne permettent pas toujours de se familiariser avec les équipements de soins primaires. De plus, l'acquisition de compétences dans les **gestes techniques** est **dépendante des terrains de stage** ainsi que de la **motivation de l'interne** à se former à ces techniques, comme nous l'a cité un des médecins de l'étude (Dr P).

Le stage en **gynécologie** et **pédiatrie** est obligatoire dans la maquette, ce qui est une bonne chose pour la formation des futurs MG, néanmoins, les stages en milieu hospitalier sont parfois bien différents des prises en charges ambulatoires : on pratique plus rarement des frottis cervico-vaginaux, des poses de DIU ou ou des consultations de dépistage chez le jeune enfant, par exemple, en milieu hospitalier.
Le stage dans un services **d'urgences** est également obligatoire, mais la rareté des situations rencontrées par la suite en soins primaires ne permet pas toujours de conserver ses acquis.
Le **stage chez le praticien (niveau 1 et 2)** est le meilleur moment pour se familiariser avec tout le matériel présent chez un médecin généraliste.
Nous pouvons néanmoins nous demander quel **matériel diagnostique et thérapeutique est à disposition de l'interne** pendant ce stage. La charte des MSU (61) évoque la nécessité d'avoir un « *cabinet offrant en environnement favorable à la formation* » avec des « *locaux adaptés à l'enseignement* », sans plus de précisions. Serait-il intéressant dans le cadre de sa formation que l'interne puisse disposer de matériel spécifique au cabinet (appareil à ECG, matériel gynécologique etc.) de façon systématique ? Afin de se familiariser avec ces équipements dans une pratique ambulatoire ?
C'est ce qu'évoquait le Dr H, ne pratiquant pas la gynécologie, il disposait néanmoins de matériel pour ses internes. Un des médecins possédait du matériel pour améliorer la formation de ses internes : otoscope numérique, pour bien montrer les tympans. On peut penser à d'autres types de matériel de ce style : stéthoscope double pavillon…

Le **stage SASPAS** tel qu'il est organisé à l'université de Montpellier-Nîmes, avec la possibilité d'être en stage chez des spécialistes libéraux est à mon sens très formateur pour le futur MG, avec la possibilité d'approfondir ses connaissances, voire de se former tout simplement, dans certains domaines, qui sont fréquents dans les consultations de médecine générale (dermatologie, cardiologie, pédiatrie, gynécologie, ORL, endocrinologie…), tout en restant dans une pratique **ambulatoire.**

La **réforme récente du troisième cycle** du DES de médecine générale (62) est intéressante dans le sens où elle **favorise les stages en ambulatoire**. L'interne pratiquera son stage chez le praticien de niveau 1 dès la première année, il y aura un stage en gynécologie, et un autre en pédiatrie (et non plus un stage couplé), à effectuer *de préférence* en ambulatoire, et le **SASPAS sera obligatoire.** Tout ceci en espérant qu'il y ait assez de terrains de stage pour tous les internes.

- *La formation médicale continue : une obligation.*

C'est une **obligation** déontologique, cité dans l'article 11 du Code de Santé Publique : « *Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu.* »(1)
Le développement professionnel continu a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques.
Il existe de nombreux organismes proposants des formations dans le cadre de la DPC.

Néanmoins, en ce qui concerne les gestes techniques et interprétations d'examen, il est indispensable que cette formation soit suivie d'une **pratique régulière** au cabinet, au risque de perdre tous les bénéfices de la formation. Il devra donc y avoir une **volonté** et une **motivation** de la part du médecin de **réaliser** ces gestes ou actes appris.
Néanmoins, certaines **situations** restent **très rares** en cabinet de médecine générale (les situations d'urgences, par exemple).

- *Mutualisation des compétences en cabinet de groupe*

On l'a vu, le matériel du médecin est étroitement lié à ses orientations spécifiques et donc à ses compétences, ses **domaines d'expertise**. Les cabinets de groupe peuvent mutualiser leur moyens financiers, mais ils peuvent également mutualiser leurs **compétences**. On l'a vu dans plusieurs entretiens de notre étude, certains médecins n'ayant pas d'appétence particulière pour la gynécologie ou la pédiatrie par exemple, s'associaient volontiers avec des médecins qui s'intéressaient plus à ces domaines. Cela permet d'**élargir l'offre de soins primaires.**

Est ressorti également au fil des entretiens, la notion d'**influence** des associés qui peuvent parfois motiver les confrères à investir dans du matériel.

De plus, une enquête nationale a montré que les praticiens exerçant en cabinet de groupe avaient **plus tendance à suivre des formations** que les médecins exerçant seul.(52)

- **La responsabilité médicale engagée / La peur du procès**

Beaucoup de médecins, nous ont évoqué une crainte de la responsabilité médicale engagée dans l'utilisation de certains équipements qui sortent de la sphère du matériel de base du généraliste (électrocardiogramme…) ou par la réalisation de certains actes (sutures, petite chirurgie…)

Le site de la MACSF (63) affirme que les médecins généralistes sont de plus en plus mis en cause. Le taux de sinistralité est passé de 0,79 % en 2015 à 0,94 % en 2016 . Très souvent suite à des **retards diagnostiques** (pathologies tumorales, IDM ou AVC) ou plus rarement des **effets indésirables** suite à des infiltrations ou autres gestes réalisés au cabinet.

On parle de plus en plus d'une « judiciarisation » de la médecine (64).

Dans notre étude, ce sont souvent les **jeunes médecins** qui nous ont évoqué cette peur. Un médecin installé depuis plus de 20 ans nous a aussi dit avoir vu l'évolution au fil des années, de ce « poids » de la responsabilité qui augmente, et qu'il n'osait plus faire ce qu'il faisait au cabinet il y a 20 ans (actes de petite chirurgie notamment).
Une étude réalisée en 2007 en Côte d'Or auprès d'un échantillon de 139 généralistes retrouve une peur du procès et une inquiétude face à leur mise en cause dans le cadre d'une erreur médicale chez 70% des praticiens de moins de 45 ans, contre environ 30% des plus de 45 ans (76). Cela peut expliquer que les jeunes médecins ont tendance à réaliser moins d'actes techniques que leurs confrères plus âgés (65). La responsabilité du médecin peut d'autant plus être mise en jeu, si l'acte réalisé relève habituellement du spécialiste.

Une étude quantitative chez des MG de Haute Normandie (66), semble montrer cependant que le risque judiciaire appartiendrait finalement « *plus au mythe qu'à la réalité* » et que les médecins ne subiraient finalement pas de pression judiciaire excessive.

Néanmoins, cette pression, la peur du procès, peut avoir deux réponses, comme citées dans la thèse du Dr Carrez (64) :

- *Médecine défensive « positive »* : Le médecin veut pouvoir démontrer en cas de mise en cause, qu'il a répondu à son «obligation de moyens». Cela peut se traduire par une surprescription d'examens complémentaires, d'avis spécialisés, d'hospitalisations.

On pourrait penser à des médecins qui se « suréquipent » pour être parés à toute situation.

- *Médecine défensive « négative »*: Le médecin essaie d'esquiver toutes formes de risque médico - légal : il évite la réalisation de certains gestes médicaux ou la prise en charge de certaines catégories de patients.

On peut penser à certains médecins de notre étude qui disent préférer ne pas posséder d'ECG par exemple, plutôt que de **risquer de mal l'interpréter**.
Cependant, pour cet exemple, il semble légalement **plus risqué de ne pas faire d'ECG que de faire une erreur d'interprétation**. En effet, comme nous l'avons cité précédemment, le médecin à une **obligation de moyen,** s'il existe un doute sur une pathologie cardiaque, le

médecin doit prendre les mesures nécessaires : soit réaliser un ECG à son cabinet, soit adresser à un cardiologue.
En revanche, le risque de condamnation en raison d'une erreur d'*interprétation* d'ECG est plus difficile à évaluer (10). Un article publié par le CNOM (67) évoquait, pour les radiologues ou anatomo-pathologiste, que lors de la lecture d'un cliché radiologique ou d'une lame d'examen, **il ne pouvait pas être reproché au médecin de ne pas avoir su faire un diagnostic difficile**. Par contre, si la lésion était banale et évidente, on pouvait estimer que le professionnel n'avait pas fourni des soins "*fondés sur les données acquises de la science*" (1), c'est à dire sur celles normalement connues par un praticien compétent et diligent.
On pourrait imaginer la même chose avec l'interprétation d'un électrocardiogramme ou autre examen : les anomalies « évidentes » seraient censées être repérées par le praticien ? Mais **encore faut-il que le médecin ait reçu une formation adaptée**….

En définitive, le médecin généraliste se doit donc de **rester dans son champ de compétences et connaître ses limites,** et ne doit pas hésiter à faire appel à l'aide d'un *« tiers compétent »* en cas de doute, selon l'article 32 du *Code de Santé Publique* (1).

- **La relation avec les spécialistes d'organes**

Ce qui nous amène à discuter de la relation avec les spécialistes d'organes, un médecin nous a dit craindre que les spécialistes d'organes considèrent que les médecins généralistes leur fassent ***« concurrence »*** en s'équipant plus, par exemple avec l'appareil à ECG. Un autre médecin s'est demandé s'il n'y aurait pas plus de **difficulté à obtenir des consultations spécialisées** si le médecin généraliste réalisait déjà certains actes au cabinet ?
Un autre médecin pense que cela permet **au contraire de mieux cibler** la nécessité d'une consultation spécialisée.

Les relations entre les MG et les spécialistes d'organes se doivent avant tout être **confraternelles** et toujours et **avant tout dans l'intérêt** du patient.

Un des sujets d'actualité sur cette relation entre MG et spécialistes d'organes et la notion d'équipement au cabinet, est le développement de la **télé-expertise,** qui «*permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication* »(68)

Le système de **télé-expertise** peut être déployée pour les thématiques suivantes :

- la dermatologie
- les plaies
- l'interprétation de **spirométrie**
- l'interprétation **d'électro-cardiogrammes (65)…**

Ce qui parfois pouvait se faire de façon informelle (par mail, fax, messages..), sans confidentialité ni cadre médico-légal, entre maintenant dans un cadre réglementé : recueil du consentement du patient, sécurisation des données, traçabilité de la demande… et rémunération pour le médecin requéreur et requis. .

Ses avantages vis-à-vis de notre sujet d'étude sont notamment de **rassurer le médecin généraliste,** de lui permettre d'**utiliser des équipements au cabinet** : spirométrie, ECG, dermatoscope, par exemple, en ayant la possibilité de demander un avis à un spécialiste d'organes en cas de doute.

Dans le rapport du CNOM (67), « *lorsqu'un médecin généraliste demande un avis à un médecin spécialiste, il est légitime que ce dernier assume la responsabilité de sa réponse*. », néanmoins le Conseil d'État « *estime que le demandeur d'avis sera seul responsable de la décision diagnostique, vis-à-vis du patient* ».

c. A l'étranger ?

Nous avons souhaité faire une petite comparaison du matériel possédé par les médecins généralistes en France et dans les autres pays européens. Particulièrement pour les

équipements avec la plus grande disparité de répartition ou dont les taux de possession sont assez différents de ceux de la France.

- *L'ECG*

La seule donnée de la littérature retrouvée est une étude de 1990 (70) en Angleterre qui montrait un taux de possession de **65 %** chez les médecins généralistes, et que l'ECG était plus présents dans les **cabinets de groupe** de plus de 4 praticiens.

- *La spirométrie*

Un article affirme qu'en Europe, le taux de possession d'un spiromètre en soins primaires est nettement plus important dans certains pays comme l'Angleterre (environ 80 %)(71) ou la Norvège (environ 90 %). Les médecins généralistes sont souvent assistés dans la réalisation de la spirométrie (infirmières, assistants formés). En Angleterre, la réalisation d'une spirométrie lors du diagnostic de BPCO est intégrée dans la rémunération à la performance (équivalent de la ROSP)(72).

- *Le dosage semi-quantitatif de la CRP*

Une étude (73) affirme qu'actuellement la micro-CRP est utilisée couramment en Norvège, Suède, Danemark, et Suisse. En 2006, la micro-CRP a été utilisée dans une consultation sur huit en Norvège et elle est « le test au lit du malade » le plus utilisé dans les centres de santé de garde en Norvège.

Une étude réalisée en Irlande a étudié 6 équipements dans les cabinets de médecine générale (74) : l'ECG, la spirométrie, le Doppler foetal, le Holter tensionnel sur 24h, l'équipement de cryothérapie et de petite chirurgie. Elle a montré que les cabinets ayant le plus d'expérience dans l'équipement médical sont plus susceptibles d'adopter une autre technologie médicale, autrement dit, plus on est équipés, plus on a tendance à continuer à s'équiper. Elle montre aussi que le **soutien infirmier** influe positivement sur l'utilisation du matériel médical.

En résumé, il est difficile de trouver des études comparant spécifiquement le matériel dont disposent les médecins en soins primaires, mais au vu de la littérature, il apparaît que dans certains pays (Allemagne, Suisse, Danemark…) c'est en réalité **l'organisation du cabinet qui est différente** ; avec la présence de **différents employés : secrétaires, infirmières** et **assistants médicaux** (métier qui n'existe pas en France). Le métier d'assistant médical, au-delà des fonctions administratives type prise de rendez-vous, gestions des dossiers, va aussi assister le médecins dans la réalisation d'actes techniques (sutures…)(75). Il y a aussi souvent la présence dans les cabinets de quoi faire des tests sanguins, alors que très rarement en France (75).

On note quand même dans certains pays, notamment Allemagne, Grande-Bretagne, Suisse et pays de la Scandinavie, la présence d'équipements tel que la spirométrie, l'échographe (34) et le dosage quantitatif de la CRP plus présents qu'en France.
En contre-partie, on retrouvait un temps médical pur diminué : 9 minutes en Allemagne contre 22 minutes en France(75). On peut aussi se questionner sur la dimension de la relation médecin-patient dans ce contexte (technique vs. affectif).

d. Pour les futurs installés

Les médecins interrogés de l'étude pensent que le matériel d'un cabinet médical pourrait faire l'objet d'une liste indicative mais non d'une liste obligatoire. Le matériel du cabinet reste selon eux **à l'appréciation de chaque médecin.**
Certains pointaient du doigt la difficulté de rendre quelques chose d'obligatoire du fait du **manque de formation spécifique** et du **manque de financement.**

Les conseils qu'ils ont pu donner aux futurs installés sont avant tout de **se faire sa propre expérience**, avec les stages ou les remplacements, de s'équiper avec discernement, **avec du matériel qu'ils estiment être capable de maîtriser.**
Plusieurs médecins ont conseillé de se former et de s'équiper rapidement d'un ECG.

CONCLUSION

Il n'existe pas de consensus en ce qui concerne l'équipement d'un cabinet de médecine générale, c'est pourquoi, même si dans l'ensemble, les médecins possèdent à peu près tout le matériel de base du médecin généraliste (stéthoscope, tensiomètre, thermomètre, otoscope, mètre ruban, pèse personne, toise), on peut observer des différences entre les cabinets.

Les facteurs qui motivent les médecins à acheter du matériel sont avant tout leurs **orientations spécifiques** et leurs **motivations personnelles.**
Ils s'équipent dans le but d'**améliorer la qualité des soins**, notamment pour l'**aide diagnostique** et la **réassurance** qu'apportent ces équipements, pour favoriser le **dépistage** et la **prévention**, pour le **suivi** de pathologies chroniques, pour améliorer **l'accès aux soins** et pouvoir être **plus autonome**, en évitant le recours systématique aux spécialistes d'organes ou aux services d'urgence, et pour **diversifier leur activité** et **se faire plaisir** dans leur pratique.

Pour déterminer de quoi ils ont besoin, ils se reposent sur **leurs expériences personnelles** (remplacements, vécu médical…), leurs **formations**, leurs **orientations spécifiques,** ainsi que sur **les recommandations de bonne pratique.**

Les facteurs limitants à l'équipement d'un cabinet médical sont principalement **le coût**, c'est pourquoi les cabinets de groupe ont tendance à posséder plus de matériel, par la mutualisation des moyens et la mise en commun du matériel possédé.
Certains médecins ne ressentent **pas le besoin de s'équiper plus**, car disposent d'un **accès facile aux spécialistes ou aux services d'urgences,** ou jugent que certains équipements **sortent du champ de la médecine générale**, « *on ne peut pas tout faire* » ou bien ne se sentent **pas assez formés ou compétents**, et craignent les **responsabilités** engagées d'un point de vue médico-légal.

Les facteurs limitants à l'utilisation de ses équipements quand les praticiens les possèdent, sont un **manque de temps** dans la consultation, la **difficulté de réalisation** au cabinet ou un **doute sur la fiabilité** des examens.

Le **manque de formation** est un frein dans l'utilisation des équipements. La réforme de la maquette du DES de médecine générale, qui privilégie les stages en ambulatoire permettra-t-il aux internes, futurs MG de se sentir plus à l'aise avec les équipements de soins primaires, en opposition avec le matériel utilisé en hospitalier ? Devrait-il y avoir un certain matériel requis chez les MSU accueillant des internes ?

Le développement des **maisons de santé pluridisciplinaires**, avec une **activité de groupe**, associé à **l'augmentation des délais de rendez-vous** chez les spécialistes d'organes, va-t-il voir en même temps émerger de plus en plus d'équipements dans les cabinets de soins primaires, dans le but d'améliorer l'offre de soins, notamment pour le dépistage et la prévention (dépistage de BPCO, pathologies cardiaques, suivi gynécologique, pédiatrique….) ? Le praticien pourra-t-il tout gérer ? Pourrait-on à ce moment envisager la **délégation des tâches** auprès d'infirmières ou assistants médicaux formés, comme dans d'autres pays européens ?

Au-delà de la notion d'équipement, il y a la notion de **diversification des actes.**
Et au-delà de la diversification des actes, il y a la notion d'**expertise de chaque médecin généraliste.** Et par l'expertise, les orientations spécifiques et les compétences de chaque médecin, il existe une **complémentarité des médecins généralistes au sein d'un territoire**. On l'a vu dans nos entretiens, certains ayant plus d'attrait pour la gériatrie, s'associent avec des médecins pratiquant plutôt de la pédiatrie, par exemple. Avec les activités spécifiques de chacun et la **mutualisation de ces compétences** au sein d'un territoire, on pourrait **élargir considérablement l'offre de soins primaires**.

Certains médecins assez friands de **nouvelles technologies** voient déjà plus loin avec par exemple, l'échographie ou des tests sanguins au bout du doigt, déjà disponibles et répandus dans certains pays.

Rappelons également, au-delà de l'équipement du cabinet et des actes purement techniques, l'importance de la dimension affective : **l'écoute attentive** du patient, la **délivrance d'information adaptée**, **l'empathie** et les **encouragements**, qui font aussi toute la **singularité et la richesse** de la **relation entre le médecin généraliste** et **son patient**.

BIBLIOGRAPHIE

1. Le code de déontologie médicale | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 4 févr 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-code-de-deontologie-medicale-915

2. TOURNOUX F. LE MATERIEL DU CABINET DU MEDECIN GENERALISTE ET SON UTILISATION: ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DU DEPARTEMENT DE L'AIN [Thèse d'exercice]. [France]; 2001.

3. Bouteille M. L'équipement des cabinets médicaux dans la Loire et son utilisation par les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Saint-Etienne, France]: faculté de médecine; 2009.

4. Dumax Leproux D. Le matériel médical du cabinet du médecin généraliste et son utilisation: enquête auprès des médecins généralistes du département du Loiret [Thèse d'exercice]. [France]: Université François-Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2010.

5. Rosenblatt Y. Equipement des cabinets médicaux de médecine générale et gestion de l'outil professionnel: enquête auprès des médecins généralistes et d'internes en fin de troisième cycle des études médicales [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2011.

6. Vasseur M. Le matériel diagnostique et thérapeutique du médecin généraliste du Nord-Pas-de-Calais: quel taux d'équipement, quelle fréquence d'utilisation, état des lieux et propositions d'amélioration [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.

7. Thielen S, De Oliveira R, Costa D, Faculté de médecine. Déterminants de l'équipement et de l'utilisation de l'ECG en médecine générale : Enquête qualitative et quantitative réalisée auprès des médecins généralistes du Gard. [S.I.]: s.n.; 2012.

8. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.

9. Convention 2016 - Nouvelle ROSP [Internet]. [cité 16 févr 2018]. Disponible sur: http://convention2016.ameli.fr/valoriser-lactivite/nouvelle-rosp/

10. Samuel MORIN MY. L'électrocardiogramme en médecine générale: indications actuelles et utilisations Enquête auprès des médecins généralistes vosgiens. :109.

11. Nancy C. Utilisation de L'ECG en médecine générale: état des lieux de la situation actuelle dans le secteur sanitaire de Pau [Thèse d'exercice]. [1970-2013, France]: Université de Bordeaux II; 2011.

12. Prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante athéroscléreuse des membres inférieurs (indications médicamenteuses, de revascularisation et de rééducation). Ann Dermatol Vénéréologie. févr 2007;134(2):199-206.

13. Pascal Boulet. Mesure de l'index de pression systolique en médecine générale pour le dépistage de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs. Exercer [Internet]. 2016;27(125). Disponible sur: https://www.exercer.fr/numero/125/page/138/pdf/

14. Bunge L. Étude de faisabilité de la spirométrie en soins primaires [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2014.

15. Tubiana S. La spirométrie en soins primaires dans le dépistage de la broncho pneumopathie chronique obstructive [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2014.

16. Galliou A. Formation des médecins généralistes à la pratique de la spirométrie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2011.

17. Lassée C. Quels sont les freins des médecins généralistes à l'utilisation d'une trousse d'urgence dans leur pratique quotidienne ?: Atude qualitative auprès de médecins généralistes de Provence-Alpes-Côte d'Azur [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2013.

18. Guérin C, Séguret P, Université de MI. L'urgence pour les jeunes praticiens généralistes en 2016 : quel équipement pour qui? Etude descriptive observationnelle sur 106 anciens internes du Languedoc-Roussillon. [Lieu inconnu]: éditeur inconnu; 2016.

19. Fares G. Regard du médecin généraliste sur sa trousse médicale d'urgence, son entretien et son engagement dans l'urgence en 2017 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017.

20. Picard S. Le défibrillateur cardiaque externe en pratique ambulatoire de médecine générale: enquête auprès des médecins généralistes de Gironde [Thèse d'exercice]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2014.

21. Netgen. Urgences vitales au cabinet médical : implications pour la formation et l'équipement du médecin de premier recours [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 6 juill 2018]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-167/Urgences-vitales-au-cabinet-medical-implications-pour-la-formation-et-l-equipement-du-medecin-de-premier-recours

22. Faraut P, Tran A. Consensus sur la composition de la trousse d'urgence du médecin généraliste dans les Alpes Maritimes en 2013. Nice, France: Université de Nice Sophia Antipolis; 2013.

23. Marchand V. Pratique de la pédiatrie par les médecins généralistes de la région PACA: état des lieux et perspectives [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2013.

24. Face à la pénurie de gynécologues médicaux, généralistes et sages-femmes soulignent leur propre rôle central [Internet]. Le Quotidien du Médecin. [cité 22 juin 2018]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/01/03/face-la-penurie-de-gynecologues-medicaux-generalistes-et-sages-femmes-soulignent-leur-propre-role-central_853792

25. Desmond L. Analyse de la pratique en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes de l'Indre [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2013.

26. Guidi Rontani B. Quels sont les freins à la pose du stérilet par les médecins généralistes ?: étude qualitative dans l'Arrageois [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2016.

27. 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]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2017.

28. Chappuis P, Girier P. Utilité de la dermoscopie pour le dépistage du mélanome en médecine générale: étude quantitative d'un échantillon de 425 médecins généralistes français. Lyon, France; 2016.

29. Fraissenet M. Place de la cryothérapie cutanée en médecine générale en France: étude auprès de 698 médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2018.

30. Netgen. La tympanométrie et son rôle dans la prise en charge des affections otologiques de l'enfant [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 25 mai 2018]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-91/31592

31. Lous J. Why use tympanometry in general practice: A review. World J Otorhinolaryngol. 28 mai 2015;vol 5:53-7.

32. Règlement médical de la FFESSM [Internet]. Disponible sur: http://medical.ffessm.fr/wp-content/uploads/reglement.pdf

33. Lemanissier M. Validation d'une première liste d'indications d'échographies réalisables par le médecin généraliste [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2013 [cité 11 juill 2018]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/172/

34. Many E. Utilisation de l'échographie par les médecins généralistes en France: enquête descriptive [Thèse d'exercice]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2016.

35. Zeni M-L, Maunoury V. Ressenti de l'outil micro-CRP devant une fièvre isolée selon les médecins généralistes lozériens: une étude qualitative. Lieu de publication inconnu, France; 2015.

36. Sesmaisons M de, Séguret P. Les facteurs déterminant l'utilisation d'un test rapide de dosage semi-quantitatif de la CRP en médecine générale ambulatoire: une étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Hérault. Lieu de publication inconnu, France: , Année d'édition; Année d'édition. 64 p.

37. AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR D'HYGIENE PUBLIQUE DE FRANCE SECTION MALADIES TRANSMISSIBLES Relatif à la conduite à tenir immédiate en cas de suspicion clinique de purpura fulminans, (Séance du 22 septembre 2006) [Internet]. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=a_mt_220906_catpurpura.pdf

38. Leveau M. Composition de la trousse médicale d'urgence au sein de SOS Médecins France en 2014. :103.

39. Haute Autorité de Santé - Méthodes d'élaboration des recommandations de bonne pratique [Internet]. [cité 6 juill 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_418716/fr/methodes-d-elaboration-des-recommandations-de-bonne-pratique

40. Principes généraux [Internet]. [cité 27 août 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/textes-reference/convention/2011-rosp/principes-generaux

41. Perte de connaissance brève de l'adulte, prise en charge diagnostique et thérapeutique des syncopes - Recommandations HAS. 2008;36.

42. Haute Autorité de Santé - Cystite aiguë simple, à risque de complication ou récidivante, de la femme [Internet]. [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2722827/fr/cystite-aigue-simple-a-risque-de-complication-ou-recidivante-de-la-femme

43. Isabelle LP. Guide Parcours de Soins - Diabète de type 2 de l'adulte - HAS. 2014;71.

44. Rosp et nouveau « forfait structure » : la déclaration des indicateurs ouverte jusqu'au 5 février [Internet]. [cité 27 août 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/actualites/rosp-et-nouveau-forfait-structure-la-declaration-des-indicateurs-ouverte-jusquau-5-fevrier

45. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte [Internet]. Recommandations HAS; 2016 sept. Disponible sur: http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2018/06/SFHTA_HAS_Fiche-Memo-HTA_PRISE-EN-CHARGE-HTA-ESSENTIELLE.pdf

46. Le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins transféré aux ARS [Internet]. [cité 9 juill 2018]. Disponible sur: https://www.caissedesdepotsdesterritoires.fr/cs/ContentServer?pagename=Territoires/artVeille/artVeille&cid=1250260285961

47. 1. Recommandations | Société Française de Cardiologie [Internet]. [cité 10 juin 2018]. Disponible sur: https://sfcardio.fr/1-recommandations

48. MEP : un mode d'exercice en voie de revalorisation [Internet]. Remede.org. [cité 27 août 2018]. Disponible sur: http://www.remede.org/documents/mep-un-mode-d-exercice-en-voie-de-revalorisation.html

49. Gaillard L. Les Comptes de la Sécurité Sociale - septembre 2015. :371.

50. Leroux M-E. Modes d'exercice particulier et diversification de l'exercice en médecine générale: Enquête descriptive auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nancy I. Faculté de médecine; 2009.

51. L'Observatoire de l'accès aux soins – Volet Grand Public – Vague 2 [Internet]. IFOP. [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: https://www.ifop.com/publication/lobservatoire-de-lacces-aux-soins-volet-grand-public-vague-2/

52. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Fur PL, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. 1998;6.

53. Pla M, Seyler L. Pratique de l'échographie dans l'exercice de la médecine générale en cabinet: perceptions des praticiens [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2016.

54. Cotations d'ECHOGRAPHIE utiles au MG [Internet]. [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: http://nomenclature-medecin-generaliste.freesite.host/index.php/20-news/16-cotations-d-echographie-utiles-au-medecin-generaliste

55. Cotation pratique des actes du médcin généraliste (tarifs au 01/11/2017). MG France;

56. TÉLÉspirO2 [Internet]. URPS Occitanie. [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: http://urps-occitanie.org/?p=18

57. France SPM. Ce que vous voulez savoir sur ASALEE sans oser le demander [Internet]. Syndicat MGFrance. [cité 16 févr 2018]. Disponible sur: https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/1496-ce-que-vous-voulez-savoir-sur-asalee-sans-oser-le-demander

58. Dadena E, Sader M. Protocole de coopération ASALEE entre médecins généralistes et infirmiers en Midi-Pyrénées: le point de vue des patients [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2017.

59. Hau V. Ressenti des médecins généralistes quant à l'utilisation du protocole BPCO d'ASALEE [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2016.

60. Vezien C. Identification des freins à la coopération interprofessionnelle entre médecins généralistes et infirmières ASALEE en Charente [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2017.

61. Département de Médecine Générale. Charte des Maîtres de Stage des Universités (MSU) du Département de Médecine Générale Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes. 2016.

62. ISNAR-IMG. DES de Médecine Générale La maquette [Internet]. 2017 févr. Disponible sur: https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/170228-DES-de-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale-La-maquette.pdf

63. Professionnel ME. MACSF Exercice Professionnel [Internet]. macsf-exerciceprofessionnel.fr. [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Actes-de-soins-technique-medicale/erreur-de-diagnostic-psychose-puerperale

64. Carrez C. Impact psychologique de la judiciarisation et médecine défensive: étude quantitative menée auprès des médecins généralistes installés et remplaçants du Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2016.

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

66. Mabilais A. Le médecin généraliste face aux poursuites judiciaires et ordinales: étude circonscrite aux médecins généralistes haut-normands [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2017.

67. DUSSERRE PL. LA TELE-EXPERTISE : UN ACTE MEDICAL A RECONNAITRE … ET A REMUNERER. :9.

68. Code de la santé publique - Article R6316-1. Code de la santé publique.

69. Thématiques de Téléexpertise | TéléA [Internet]. [cité 1 juill 2018]. Disponible sur: https://telemedecine.sante-aquitaine.fr/page/projets/thematiques-de-teleexpertise

70. Macallan DC, Bell JA, Braddick M, Endersby K, Rizzo-Naudi J. The electrocardiogram in general practice: its use and its interpretation. J R Soc Med. sept 1990;83(9):559-62.

71. Bolton CE, Ionescu AA, Edwards PH, Faulkner TA, Edwards SM, Shale DJ. Attaining a correct diagnosis of COPD in general practice. Respir Med. 1 avr 2005;99(4):493-500.

72. Quality and Outcomes Framework Indicators | Standards & Indicators [Internet]. NICE. [cité 1 août 2018]. Disponible sur: https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators/qofindicators

73. Rondeau A. Le test rapide de la CRP en médecine libérale: état des lieux et perspectives. :67.

74. Bourke J, Roper S. The influence of experiential learning on medical equipment adoption in general practices. Health Policy. 1 oct 2014;118(1):37-47.

75. Le contenu de la consultation de médecine générale en Allemagne : une étude comparative avec la France [Internet]. [cité 13 juill 2018]. Disponible sur: http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-3411

76. Le médecin et la peur du procès : Enquête chez 139 généralistes en Côte d'Or, la Revue du Praticien de Médecine générale, 2007 ; 21:295-7

ANNEXE 1 : CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS INTERROGÉS

Êtes-vous : Un homme Une femme

Votre âge :

Travaillez-vous : Seul En association

Lieu d'activité : Rural Semi rural Urbain

Durée d'installation :

Activité spécifique ? DU? Médecin pompier
Médecine du sport
Pédiatrie
Gynécologie
Mésothérapie
Acupuncture
Homéopathie
Gériatrie
Angiologie
Autre :

Nombre de consultations moyenne par jour :

Nombre de visites moyennes par jour :

Temps d'accès à un service d'urgences :

Accès aux spécialistes : facile moyen difficile

Maitre de stage universitaire : oui non

ANNEXE 2 : LISTE DE MATÉRIEL

Disposez-vous dans votre cabinet :

Général - Brassard obèse - Tensiomètre électronique (pour mesure TA à domicile) - Pèse personne - Impédancemètre - Mètre ruban - Toise - Thermomètre - Lecteur glycémique - Podoscope - Dosage semi quantitatif CRP	**ORL** - Otoscope - Nécessaire ablation bouchon cérumen - Test de diagnostic rapide Streptatest - Miroir laryngé - Pince pour ablation de corps étrangers ORL - Audiométre	**Pédiatrie** - Stéthoscope pédiatrique - Toise pédiatrique - Pèse bébé - Brassard à tension pédiatrique - Nécessaire au dépistage des troubles visuels (oeil de boeuf, échelle optométrique pédiatrique, test de Lang…) - Nécessaire au dépistage des troubles auditifs (jouets de Moatti, Sensory Baby test..)
Pneumo : - Peak Flow - Spiromètre - Saturomètre - Chambre d'inhalation - Polygraphie ambulatoire pour dépistage SAOS.	**Gynéco** - Table gynécologique - Spéculum - Nécessaire à frottis cervico-vaginal - Nécessaire pour pose de stérilet	**Ophtalmo** - Echelle optométrique - Fluorescéine - Lampe à fente/ophtalmoscope
Cardio - ECG - Doppler vasculaire	**Neurologie** - Marteau à réflexe - Monofilament - Diapason	**Urgences** - Canule de Guédel - Ballon insufflateur - O2 - Défibrillateur - Nécessaire à perfusion
Petite chirurgie - Kit de suture - Bistouri - Xylocaine	**Urologie** - Bandelettes urinaires	**Dermato** - Dermatoscope - Nécessaire ablation lésions dermatologiques.
Rhumato/Ortho - Plâtre ou résine - Matériel pour strapping type "Elastoplast"	**Imagerie** - Échographe	Autres :

ANNEXE 3 : GRILLE D'ENTRETIEN

En se basant sur cette liste de matériel, voici quelques questions sur leur achat et leur utilisation :

A. Acquisition du matériel

- **Pouvez-vous me raconter comment s'est passé votre installation et comment avez-vous décidé de vous équiper de telle ou telle façon ?**
- **Avez vous acquis ces équipements en achat ou location ?**
- **Pensez-vous que certains facteurs ont influencé ou influencent toujours votre façon de vous équiper ?**
- **Avez-vous déjà eu des regrets quant à du matériel que vous avez acheté ? Pourquoi ?**
- **ou au contraire qui vous a manqué ? Pour quelles raisons ?**
- **Seriez vous prêt à investir dans du nouveau matériel ? Lequel ? Pour quelles raisons ? Qu'est ce qui vous en empêche ?**
- **Considérez - vous le matériel dont vous disposez comme satisfaisant pour une bonne pratique médicale ? Pourquoi ?**

B. Utilisation du matériel

- **Trouvez – vous dans l'ensemble que vous utilisez vos équipements ?**
- **Y a-t-il des équipements que vous estimez ne pas assez utiliser dans votre pratique Lesquels ? Pourquoi ?**
- **Vous sentez vous *à l'aise* avec tout le matériel que vous possédez, au niveau diagnostique et thérapeutique ? Lesquels ? Pourquoi ?**
- **Est-ce que vous cotez les actes que vous pratiquez ? Lesquels ? Est-ce pour vous une motivation supplémentaire à les réaliser ?**
- **Selon vous, pensez vous qu'il devrait y avoir une sorte de "check-list" de matériel médical à posséder dans un cabinet de médecine générale et pour quelles raisons ?**
- **Auriez vous des conseils à donner aux futurs installés ?**

SERMENT

- En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

- Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

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

- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.

LES FACTEURS INFLUENÇANT L'ACQUISITION ET L'UTILISATION DES ÉQUIPEMENTS DANS LES CABINETS DE MÉDECINE GÉNÉRALE :
Étude qualitative chez des médecins généralistes installés de l'Hérault.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Les soins primaires ont un champ d'activités varié et le médecin généraliste est libre d'équiper son cabinet sans obligation légale. L'objectif de notre étude est de déterminer les facteurs influençant l'acquisition et l'utilisation des équipements dans les cabinets de médecine générale de l'Hérault.

MÉTHODE : Etude qualitative menée sous forme d'entretiens semi-dirigés chez des médecins généralistes installés de l'Hérault. Une analyse thématique a été réalisée à partir des données collectées.

RÉSULTATS : Il existe du matériel de base en soins primaires. Les moteurs à l'acquisition et l'utilisation de matériel supplémentaire semblent liés principalement à la motivation et aux orientations du médecin, en lien avec son expérience ou ses formations spécifiques. Il existe une volonté d'améliorer l'accès et la qualité des soins, en favorisant le dépistage, la prévention et le suivi de pathologies chroniques. Les praticiens peuvent ainsi suivre les recommandations, diversifier leur activité, et se sentir valorisés dans leur métier. Les principaux freins à l'acquisition de matériel sont le coût, le manque de formation et de pratique, la crainte de la responsabilité médicale engagée, et la non-nécessité ressentie par les médecins car disposent d'un accès facile aux spécialistes d'organe ou à un service d'urgences. Les freins à l'utilisation du matériel acquis, sont le manque de temps, la difficulté de réalisation au cabinet ou un doute sur la fiabilité.

DISCUSSION : Les perspectives pour favoriser l'équipement en soins primaires semblent être l'installation en groupe, par la mutualisation des moyens et les influences de chacun, les aides au financement, la revalorisation de certains actes et l'amélioration de la formation : initiale, en privilégiant l'ambulatoire, et continue, en encourageant la FMC. Le médecin doit néanmoins connaître ses limites et rester dans son champ de compétences.

CONCLUSION : Ce sont avant tous ses motivations personnelles et ses orientations spécifiques, qui déterminent le matériel du médecin généraliste. La complémentarité des compétences de chaque médecin au sein d'un territoire pourrait élargir l'offre de soins primaires.

Mot clés :

Équipement, cabinet, médical, matériel, soins primaires, médecine générale, étude qualitative.