



HAL
open science

Représentations et attentes des patients concernant les gestes techniques réalisables au cabinet de médecine générale

Pauline Jarry

► **To cite this version:**

Pauline Jarry. Représentations et attentes des patients concernant les gestes techniques réalisables au cabinet de médecine générale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03544445

HAL Id: dumas-03544445

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03544445v1>

Submitted on 26 Jan 2022

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.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Pauline JARRY

Née le 23 Janvier 1992 à Rennes

**Représentations et
attentes des patients
concernant les
gestes techniques
réalisables au cabinet
de médecine
générale**

**Thèse soutenue à Rennes
le 08 juin 2021**

devant le jury composé de :

Mickaël ROPARS

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier en
chirurgie orthopédique et traumatologique - CHU de
Rennes / *Président*

Nicolas BERTHEUIL

Maître de Conférences des Universités-Praticien
Hospitalier en Chirurgie Plastique, Reconstructrice
et Esthétique, Brûlologie - CHU de Rennes / *Juge*

Pierric RENAUT

Professeur Associé de médecine générale -
Université de Rennes 1 / *Juge*

Frédéric BEUNEUX

Médecin généraliste à Vern-Sur-Seiche / *Directeur
de thèse*



**UNIVERSITE
BRETAGNE
LOIRE**

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Pauline JARRY

Née le 23 Janvier 1992 à Rennes

**Représentations et
attentes des patients
concernant les
gestes techniques
réalisables au cabinet
de médecine
générale**

**Thèse soutenue à Rennes
le 08 juin 2021**

devant le jury composé de :

Mickaël ROPARS

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier en
chirurgie orthopédique et traumatologique - CHU de
Rennes / *Président*

Nicolas BERTHEUIL

Maître de Conférences des Universités-Praticien
Hospitalier en Chirurgie Plastique, Reconstructrice
et Esthétique, Brûlologie - CHU de Rennes / *Juge*

Pierric RENAUT

Professeur Associé de médecine générale -
Université de Rennes 1 / *Juge*

Frédéric BEUNEUX

Médecin généraliste à Vern-Sur-Seiche / *Directeur
de thèse*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES au 01/09/2020

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET	Jacques	Professeur Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISSOT	Pierre	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	Professeur Emérite	Physiologie
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Professeur Emérite	Rhumatologie
COGNÉ	Michel	PU-PH	Immunologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DAUBERT	Claude	Professeur Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur Associé	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie

DEUGNIER	Yves	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	Professeur en surnombre	Neurologie
FERRE	Jean- Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GARLANTEZEC	Ronan	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH Professeur Emérite au 01/11/2020	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE CHAPELLE	LA Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation

LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Professeur Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LE JEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Professeur Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU- SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MICHELET	Christian	Professeur Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophthalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PESCHANSKY	Nicolas	Professeur Associé	Médecine d'urgence
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX- LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques

ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES	Hervé	Professeur Emérite au 01/12/2020	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SCHNELL	Frédéric	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	Professeur Emérite au 01/11/2020	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean- Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean- François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES au 01/09/2020

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ALLORY	Emmanuel	MCF associé	Médecine générale
AME	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSEMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ARNAUD	Alexis	MCU-PH	Chirurgie infantile
BANATRE	Agnès	MCF associé	Médecine générale
BASTIAN	Benjamin	MCF associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCF	Médecine générale
CHHOR- QUENIART	Sidonie	MCF associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MCF associé	Médecine générale
GOUIN épouse THIBAULT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion

JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER- JACQUET	Solène- Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NYANGO TIMOH	Krystel	MCU-PH	Anatomie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie- Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

REMERCIEMENTS

Au Jury

A Monsieur le Professeur Mickaël ROPARS

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse. Le tout premier cours de médecine auquel j'ai assisté était le vôtre. Des années plus tard, de par votre présence ce jour, la boucle est bouclée.

A Monsieur le Docteur Nicolas BERTHEUIL

Je vous remercie de l'intérêt porté à mon travail en acceptant de faire partie des membres du jury et pour vos encouragements.

A Monsieur le Docteur Pierric RENAUT

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail et de représenter le département de médecine générale dans ce jury.

A Monsieur le Docteur Frédéric BEUNEUX

Merci de m'avoir accompagnée dans ce travail de thèse, dès le début en me poussant à m'y atteler malgré mes réticences. Je n'en serais pas là sans cela. Merci infiniment pour tes enseignements et ta disponibilité au cours du stage praticien et après.

Aux Docteurs Gwendal GALESNE-HERCEG, Nicolas BARTHOLOMEO, Samuel TROGOFF

Merci pour votre aide pour le recrutement des patients et vos encouragements !

Aux patients qui ont accepté de participer à ce travail

Merci pour votre temps, votre disponibilité et d'avoir livré vos ressentis et attentes

A Noémie,

Merci pour le temps passé au double codage et le partage de nos doutes et interrogations méthodologiques, nos échanges m'ont permis d'y voir plus clair.

Aux personnes rencontrées au cours de ma formation, que vous soyez médecins, infirmiers/infirmières, aide-soignants/aide-soignantes, ASH, secrétaires, patients/patientes...

C'est grâce à votre rencontre et nos échanges que j'en suis là aujourd'hui, rien n'aurait été possible sans votre intervention, merci à tous !

A ma famille

A mes parents, je vous dois énormément. Aucun mot ne pourra décrire ma reconnaissance et l'affection que je vous porte.

A mes frères, belles-sœurs et nièces, je suis si heureuse que vous fassiez partie de ma famille, merci d'être là, et pour tous les bons moments passés ensemble et à venir.

A Oncle Jean, tu as toujours été présent pour moi, merci pour tout !

A Papy, je sais que tu étais fier de moi et j'aurais aimé que tu sois là pour la concrétisation de toutes ces années.

A Françoise, j'aurais tellement aimé que tu sois là, ton rire et ta gentillesse me manquent.

A Thierry et Isabelle, merci pour votre soutien.

A mes amis

A Anaëlle, ma "Siscoeur", plus qu'une amie. Merci infiniment pour ton soutien, ton humour, nos confidences. Sans toi, ce parcours n'aurait pas été le même.

A Pauline, pour tous ces excellents moments passés ensemble, tu es une amie en or.

A Marie, depuis l'école primaire jusqu'à la fac et bien plus encore j'espère. Le temps passe mais l'amitié et le rire restent.

A Albane, Rozenn, Emma, aux copains de Pacés, d'externat et d'internat, merci d'avoir contribué à égayer ces longues années d'études et pour tous les moments partagés.

A Hélène, Isabelle, Frédérique, Agathe, Léa merci pour votre présence et votre soutien, c'est aussi grâce à vous que le quotidien est plus léger.

A Erwan, il n'y a pas de mots (et je sais que tu comprends) pour exprimer tout ce que ta présence à mes côtés m'apporte au quotidien.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	12
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	14
I. Type d'étude et population étudiée	14
II. Recrutement	14
III. Guide d'entretien.....	14
IV. Collecte et analyse des données.....	15
RÉSULTATS.....	16
I. Population étudiée et caractéristiques des entretiens.....	16
1. Population étudiée.....	16
2. Caractéristiques des entretiens	17
II. Analyse des résultats de l'étude.....	17
1. Qu'est-ce qu'un geste technique pour le patient ?	17
a. La formation professionnelle mise en avant.....	17
b. Le geste est avant tout diagnostique... ..	17
c. ...mais il peut être thérapeutique	18
d. Et pour certains, il peut être les deux à la fois	18
e. Un certain caractère bénin et de normalité dans le geste technique	19
2. L'expérience de gestes techniques au sein du cabinet, une expérience riche et variée	19
a. Parfois limitée	19
b. Souvent surprenante et marquante, en positif et en négatif	20
c. Mais globalement rassurante	21
d. Grâce à la disponibilité et l'aptitude du médecin généraliste	21
3. Une relation médecin généraliste/patient très importante	22
a. De l'importance de quelqu'un "qu'on connaît bien".....	22
b. Pour une prise en charge basée sur la confiance	23
c. Un rôle non négligeable de l'affectif	23
d. Le médecin généraliste : un interlocuteur de choix	24
4. Quelle information à propos des gestes techniques reçoit le patient ?.....	24
a. L'information par soi-même.....	24
b. L'information a besoin d'être numérique et imagée	25
c. L'information par le bouche-à-oreille	25
d. L'information par le médecin traitant lui-même.....	26
e. L'information par d'autres professionnels de santé	26
5. Les freins à la réalisation des gestes techniques au cabinet, trois facettes selon les patients	27
a. Des freins liés au médecin généraliste.....	27

b.	Des freins liés au patient.....	28
c.	Des freins liés à la pathologie elle-même.....	29
6.	Comment améliorer l'accès aux gestes techniques en médecine générale ?	30
a.	Un souhait d'augmenter la réalisation de gestes techniques au cabinet de médecine générale	30
b.	Une amélioration qui passe par une formation et la maîtrise des gestes.....	30
c.	Déléguer les compétences, une piste pour l'amélioration.....	31
d.	Pour certains, des axes d'amélioration très spécifiques soulevés	31
e.	Un réel besoin d'améliorer l'information	32
f.	Une amélioration vue comme difficile ou non nécessaire.....	32
I.	Résultats et littérature	34
1.	La définition du geste technique pose problème.....	34
2.	La formation initiale et continue, socle pour l'acquisition d'expérience.....	35
3.	Méconnaissance, accessibilité aux soins et démographie médicale	36
4.	Travailler en réseaux de soins.....	39
5.	Connaître ses limites.....	42
6.	Le risque médico-légal	43
7.	La communication et l'information médicale	44
8.	Le lien médecin généraliste-patient	45
II.	Intérêt et limites de l'étude	47
1.	Intérêt de l'étude.....	47
2.	Limites de l'étude	48
	CONCLUSION	49
	BIBLIOGRAPHIE.....	51
	ABRÉVIATIONS.....	57
	ANNEXES.....	58
	Annexe 1 : Guide d'entretien.....	58
	Annexe 2 : Liste des actes techniques que l'infirmier exerçant en pratique avancée est autorisé à effectuer	60

INTRODUCTION

Une des missions et compétences du médecin généraliste est d'assurer des soins de premier recours et d'urgence (1) et ainsi de participer à la permanence des soins et à l'accueil des soins non programmés. La réalisation de gestes techniques (2) s'inscrit dans ces compétences que ce soit dans le cadre de l'urgence mais également dans le cadre de soins programmés.

Les délais d'accès aux soins de second recours, comme par exemple l'accès aux dermatologues, aux rhumatologues, aux gynécologues pratiquant des gestes techniques, semblent représenter un des motifs principaux de renoncement aux soins, avec une augmentation de ce renoncement au fil des années (3).

Par ailleurs, l'actualité médico-sociale a été marquée il y a plusieurs mois par la grève des services d'urgences (4) et par la crise sanitaire liée à l'épidémie de la COVID 19. Il existe une problématique d'augmentation de la fréquentation de ces services sans augmentation de la capacité d'accueil en parallèle (5).

Dans une optique d'optimisation du parcours de soins, il paraît nécessaire que le médecin généraliste puisse réaliser ces actes, afin de limiter le temps d'attente vers les soins de second recours et de participer au désengorgement des services d'urgences. Il est demandé au médecin généraliste de s'organiser pour accueillir les soins non programmés sur sa permanence de soins.

Dans la littérature, des études se sont intéressées à la réalisation des gestes techniques au cabinet de médecine générale du point de vue du médecin généraliste (6) (7) (8). Ces travaux étudiaient le profil des praticiens réalisant des gestes techniques, leurs freins et leurs motivations à la réalisation de ces actes (9). D'autres travaux étudiaient plus spécifiquement les gestes de petite chirurgie ou bien uniquement les sutures. Celles-ci ont montré que le profil de médecins qui en réalisaient était les hommes de plus de 50 ans, travaillant principalement en groupe et en zone rurale (8). Les freins principaux pour les praticiens étaient le manque de formation, de temps et de rémunération adaptée (6). Leurs motivations étaient globalement l'amélioration du parcours de soins du patient et la diversification de leur pratique. Un transfert de la pratique des sutures vers le milieu hospitalier était constaté, notamment pour les praticiens exerçant en zone urbaine, situés à proximité d'un service d'urgences (10).

Si nous regardons du côté de nos voisins britanniques (11) (12), plusieurs études comparant des actes réalisés en milieu hospitalier et en ville ont montré un bénéfice en termes de coût et de rapidité de prise en charge pour les actes de petite chirurgie en ville, avec un taux de complications similaire.

En dehors d'un travail de thèse qualitative par focus groups de S. Joubert en 2015 portant uniquement sur la chirurgie programmée au cabinet de médecine générale auprès de patients opérés (13), aucune étude ne s'est intéressée à recueillir les représentations et les attentes des patients sur le sujet plus global des gestes techniques.

Devant cette absence de données, quelles sont alors les connaissances et les représentations des patients concernant les gestes techniques ? Ont-ils des attentes et des besoins particuliers ? Quels sont, selon eux, les freins et moteurs à la réalisation de ces gestes chez leur médecin généraliste ? Quels bénéfices peuvent-ils en attendre ?

L'objectif de cette étude est ainsi d'évaluer les représentations et les attentes des patients concernant les gestes techniques réalisables en médecine générale, afin de dégager des pistes d'amélioration du parcours de soins des patients.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I. Type d'étude et population étudiée

Il s'agit d'une étude qualitative exploratoire descriptive, réalisée par entretiens individuels semi-dirigés auprès de personnes de plus de 18 ans, patients de cabinets de médecine générale en Ille-et-Vilaine, ayant eu pour eux ou leurs proches des gestes techniques réalisés dans un cabinet de médecine générale.

II. Recrutement

Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat, selon un ordre aléatoire, dans différents cabinets de médecine générale en Ille-et-Vilaine ayant des modes d'exercice variés : exercice urbain pour Rennes et Vern-sur-Seiche, semi-rural pour Saint Aubin d'Aubigné et rural pour Saint-Méen-Le-Grand et Ercé-en-Lamée.

Deux méthodes de recrutement ont été utilisées : soit en face-à-face direct, les personnes interrogées étaient vues en consultation et se voyaient proposer leur participation à l'étude, soit à partir de la base de données informatique des cabinets, les personnes étaient ainsi contactées par téléphone pour leur proposer de participer. Il n'y a eu aucun refus.

Par définition, la taille de l'échantillon n'était pas définie au préalable, mais le recrutement a été arrêté après saturation des données.

III. Guide d'entretien

Le guide d'entretien (cf Annexe 1) a été élaboré à l'aide de questions ouvertes. Deux entretiens exploratoires ont été réalisés afin de tester le guide d'entretien et de s'assurer de la compréhension des questions par les participants ensuite. Celui-ci comportait trois parties principales, à savoir une première partie de présentation de l'enquêtrice et de l'objet de l'étude, une seconde partie comprenant les neuf questions ouvertes avec leurs relances et une dernière partie de recueil des données sociodémographiques (sexe, âge, profession, mode d'exercice du médecin généraliste, distance d'accès aux soins spécialisés et services d'urgences).

Un consentement auprès des participants a été recueilli au préalable de l'entretien.

IV. Collecte et analyse des données

Le recueil des données s'est déroulé de janvier 2020 à octobre 2020. Les données du recueil et du consentement ont été anonymisées. L'enregistrement audio des entretiens s'est fait sur deux supports d'enregistrement numériques différents (dictaphone et enregistreur audio du téléphone portable). Une retranscription des entretiens en verbatims a été réalisée au fur et à mesure afin de les faire évoluer. Les verbatims sont une retranscription intégrale du verbal et du non verbal des entretiens, mot pour mot, sans aucune interprétation. Il a ensuite été mené une analyse inductive des données après identification par codage des éléments-clés. Ainsi, une analyse manuelle thématique des verbatims sur un logiciel de traitement de texte a été faite avec réalisation d'un codage ouvert pour faire émerger des thèmes de manière indépendante, puis réalisation d'une catégorisation. Cette analyse des données a fait l'objet d'un double codage afin d'augmenter la reproductibilité des résultats obtenus.

RÉSULTATS

I. Population étudiée et caractéristiques des entretiens

1. Population étudiée

Dix-sept entretiens individuels ont été réalisés. Le recrutement a été arrêté après saturation des données. Les entretiens se sont déroulés soit au sein du cabinet de médecine générale où consultaient les participants, soit à leur domicile, selon leur choix. Les caractéristiques de la population sont résumées dans le Tableau 1.

Entretien	Durée (min)	Sexe	Age (ans)	Profession	CSP (14)	Mode d'exercice	Distance urgences/spécialiste
E1	24,35	Femme	68	Cadre administratif	73	Seul	<5km
E2	22,39	Homme	82	Enseignant	73	Maison médicale	<5km
E3	13,25	Homme	69	Mécanicien	76	Seul	<20 km
E4	16,53	Femme	69	Ouvrière d'usine	62	Seul	<30 km
E5	20,21	Femme	68	Vendeuse	55	Seul	<20 km
E6	34,59	Femme	55	Infirmière	43	Maison de Santé	<15 km
E7	30,4	Homme	52	Professeur de collège	42	Maison de Santé	<15 km
E8	42,4	Homme	30	Ingénieur informatique	38	Maison de Santé	<15 km
E9	18,44	Homme	50	Charcutier	63	Maison médicale	<30 km
E10	26,38	Homme	19	Boucher	63	Maison médicale	<30 km
E11	35,03	Femme	20	Assistante de planification	54	Maison médicale	<30 km
E12	32,36	Homme	58	Chauffeur	64	Maison médicale	<20 km
E13	27,01	Femme	50	Assistante maternelle	56	Maison médicale	<20 km
E14	28,08	Homme	76	Commerçant retraité	72	Maison médicale	<20 km
E15	27,27	Femme	52	Secrétaire	54	Maison médicale	<30 km
E16	39,51	Femme	50	Assistante de direction	52	Maison médicale	<20 km
E17	16,53	Homme	54	Dessinateur	36	Maison médicale	> 30 km

Tableau 1 : caractéristiques de la population étudiée

[CSP : Catégorie Socio-professionnelle]

2. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont duré en moyenne 27 minutes et 10 secondes (de 13 à 42 minutes). Il y a eu 9 hommes et 8 femmes à participer. L'âge moyen était de 54 ans (de 19 à 82 ans). Pour 10 d'entre eux, le médecin généraliste exerçait en cabinet de groupe (maison médicale), pour 4 d'entre eux le médecin exerçait seul et pour 3 autres celui-ci exerçait au sein d'une maison de santé pluri-professionnelle. Le recours à un service d'urgences ou à un autre spécialiste se situait pour 5 participants à moins de 15 km et pour 12 participants à plus de 15 km de leur domicile.

La saturation des données a été obtenue à partir du 15^{ème} entretien. Les 16^{ème} et 17^{ème} entretiens ont été réalisés afin de confirmer la suffisance des données.

II. Analyse des résultats de l'étude

1. Qu'est-ce qu'un geste technique pour le patient ?

a. La formation professionnelle mise en avant

Pour beaucoup, le geste technique nécessite un apprentissage, c'est "*une pratique que l'on apprend pour pouvoir l'utiliser ensuite*" (E10). "*C'est comme quand il a fait une infiltration, c'est une pratique, il faut qu'il sache piquer au bon endroit*" (E15).

Il est intimement lié à la profession médicale : "*C'est un geste lié à son métier, des choses qu'il a apprises, que personne d'autre ne peut faire*" (E17), mais que chaque professionnel médecin peut réaliser, en accord avec sa formation : "*C'est un geste fait par un professionnel, chirurgien ou même docteur, hein, apparemment tout le monde peut faire ce geste en tant que médecin*" (E14).

b. Le geste est avant tout diagnostique...

« *Ce sont les gestes que le médecin est amené à faire pour euh...établir un diagnostic ou pour soigner après diagnostic* » (E1). Le geste technique est donc perçu comme soit diagnostique soit thérapeutique.

Toutefois, les participants se représentent les gestes techniques comme avant tout des gestes qu'ils connaissent dans la consultation habituelle, avec l'examen clinique de base. Nous retrouvons donc "*Chez le médecin généraliste, c'est la prise de tension, l'écoute du cœur avec le stéthoscope*" (E1), "*il nous prend la tension, il nous prend le pouls, il nous pèse*" (E4). La gynécologie est assez bien identifiée comme pourvoyeuse de gestes

techniques au sein du cabinet de médecine générale, tout particulièrement avec un geste diagnostique dans ce domaine à savoir le frottis cervico-vaginal. *"Par exemple les frottis, ça pourrait être fait chez le médecin traitant, ça non ?"* (E4) *"Bah... savoir si elle est bien enceinte, les prises de sang, les frottis, il y en a qui font les frottis"* (E9).

c. ...mais il peut être thérapeutique

De manière peut-être moins fréquente pour les participants, mais bien perçue par beaucoup, le geste technique est également thérapeutique : *"Il y a des interventions au niveau d'une blessure, le nettoyage, la mise du pansement et le suivi après"* (E2), *"Qu'est-ce que ça pourrait être ? Euh...faire brûler les verrues ?"* (E15).

L'expérience de geste technique thérapeutique chez le médecin généraliste, à l'exemple du geste dermatologique : *"Je vais pas régulièrement chez le médecin, après le grain de beauté qu'on vient de me retirer, ça pourrait être un geste technique"* (E8) ouvre les yeux sur les possibilités existantes *"Je savais pas qu'on pouvait se faire retirer un grain de beauté chez son médecin généraliste, je pensais qu'il fallait aller chez le dermato obligatoirement"* (E8).

Le parallèle avec le domaine de la chirurgie est à plusieurs reprises évoqué, avec comme définition du geste technique la notion d'opération, *"la manière, la façon d'opérer. Oui, pour moi c'est ça"* (E9). Cependant, le degré de technicité est évalué comme moindre en médecine générale : *"C'est le geste chirurgical, c'est plutôt pour un chirurgien, puis un médecin, il fait des gestes un peu plus courants quoi, moins techniques disons"* (E14).

d. Et pour certains, il peut être les deux à la fois

Ainsi, certains évoquent bien l'étendue des gestes techniques au cabinet de médecine générale, avec à la fois des gestes purement diagnostiques bien cernés comme vu précédemment : *"Je répondrai peut-être les vaccins, euh, l'auscultation de base, comme la gorge, les oreilles, euh...la prise de température"* (E16). Quelques participants soulèvent bien le caractère extrêmement varié du geste : *"Euh, ça peut aller d'un massage cardiaque, empêcher quelqu'un de s'étouffer, prendre la température"* (E8) et *"ça va de la prise de tension, à une prise de sang, une suture. Tout geste invasif dès lors qu'on touche le patient"* (E6).

e. Un certain caractère bénin et de normalité dans le geste technique

"Pour moi, tout ce qui est un peu bénin, peut être fait par le médecin généraliste" (E8). Les gestes sont vus comme normaux, des "gestes normaux à faire par un médecin dans un cadre de médecine" (E6), comme habituels, courants : "C'est le geste chirurgical, c'est plutôt pour un chirurgien, puis un médecin, il fait des gestes un peu plus courants quoi, moins techniques disons" (E14). Mais là aussi, toute la variété et la dualité des gestes techniques est également perçue par les participants, et pour certains, au contraire "c'est un geste ne relevant pas de la médecine classique mais qui pourrait être fait aussi bien à l'hôpital que chez le médecin généraliste. Et puis euh... qui nécessite du matériel spécifique etc." (E7).

Une des participantes remet bien en perspective le geste technique en nous rappelant que le soin est au cœur de la prise en charge des gestes techniques : *"*rires* bonne question ! Euh... peut-être les gestes que vous faites quand vous rentrez vraiment dans le soin. Tous les gestes qu'il faut faire quand vous devez pratiquer, plus dans le soin" (E11).*

2. L'expérience de gestes techniques au sein du cabinet, une expérience riche et variée

a. Parfois limitée

L'expérience en gestes techniques chez le médecin généraliste est parfois limitée du fait du peu d'occasions s'étant présentées au cours des consultations et des événements de vie des participants *"Désolée, c'est très restreint pour moi" (E1). La représentation du rôle du médecin généraliste limite également l'expérience de gestes techniques au sein du cabinet "Dans l'idée du médecin de famille, qui reste juste pour les enfants, moi, j'y viens assez peu le voir" (E16).*

Parfois, le manque d'expérience de gestes techniques est lié au médecin généraliste lui-même et à ses limites *"Et quand il peut pas, il m'envoie chez un spécialiste" (E14), et ce, contrairement à la représentation que s'était faite le patient : "Je pensais qu'ils auraient pu le faire, mais ils ont vu que c'était pas pour eux, c'était trop ouvert" (E9).*

Parfois, aucune chance ne semble être laissée à la réalisation du geste, avec une orientation directement vers d'autres confrères : *"Ils nous envoient directement tout le temps chez le spécialiste..." (E4). Cependant, ce propos est à nuancer, car selon les circonstances, comme pour cette participante "J'ai pas cherché plus loin, pour moi, c'est hôpital direct, pour des grosses coupures comme ça, c'est même pas la peine d'appeler le médecin, de toute façon, il nous envoie aux urgences" (E13), l'accès aux spécialistes et à un service*

d'urgences est aisé, limitant de ce fait l'expérience de gestes techniques chez le médecin généraliste.

Ainsi, certains, de par leurs expériences passées *"Après, c'est vrai que je sais pas les grosses choses qu'il peut faire, moi c'est que les petites, c'est selon mes expériences à moi. Dès que c'est plus gros, c'est directement à l'hôpital"* (E13) ou bien de par leurs habitudes *"Pour un suivi gynéco, c'est ma gynécologue"* (E5), limitent d'eux-mêmes le recours au médecin généraliste.

L'expérience peut donc être limitée à un instant T mais l'évolution des pratiques amène à une plus grande expérience de gestes techniques chez le médecin généraliste. Ainsi, comme l'exprime ce participant, *"Je crois que la première fois que j'en ai parlé [du kyste], le Dr X n'était pas encore là. Il n'y avait peut-être personne ici qui pouvait le faire"* (E17).

b. Souvent surprenante et marquante, en positif et en négatif

Pour beaucoup, l'expérience de gestes techniques au sein du cabinet de médecine générale est surprenante. La représentation première du geste technique est bien souvent celle d'un geste réalisable en milieu hospitalier *"Je savais pas qu'en maison médicale on pouvait faire ça. Pour moi, je pensais pas qu'il fallait passer au bloc mais aller chez un chirurgien spécifique."* (E11). Une surprise initiale qui laisse place à la confiance *"Je pensais pas que le Dr X le faisait. Quand il m'a dit qu'il faisait les infiltrations, je lui ai dit "Allez, on y va, on fonce!"*" (E13) et à la satisfaction du geste réalisé, menant à réitérer quand le besoin s'en fait ressentir *"Mais en fait, il m'a dit j'en fais toutes les semaines. Donc c'est pour ça que je renouvelle pour l'autre orteil cette semaine"* (E11).

Cette expérience surprenante, peut selon les participants s'avérer marquante de manière positive, donnant lieu à des anecdotes qui restent dans les mémoires : *"pour la petite histoire, j'ai attendu longtemps parce que le docteur avait été appelé pour un accident entre un cheval et une voiture, et la personne était tombée"* (E2) *"Et même, je peux vous raconter, je me suis même endormi sur la table, c'était ma fille qui était complètement affolée *rires*!"* (E2). Une expérience marquante qui se retient paradoxalement par son absence de marques, y compris physiques *"Pour la joue, je pensais avoir une cicatrice après, mais ça a été bien fait, j'ai pas de traces"* (E9).

Pour d'autres cependant, le vécu du geste chez le médecin généraliste est négatif, à l'image de cette participante suite à la suture réalisée chez son enfant : *"pourquoi j'ai accepté ça ? Pourquoi j'ai accepté qu'on recouse mon môme comme ça? Le gamin, il se débattait, il hurlait...il me l'a recousu à vif. Et je m'en souviens, j'étais tellement mal après"* (E6). Une expérience qui bien des années plus tard, suscite encore des interrogations *"même aujourd'hui, ça me questionne"* (E6).

c. Mais globalement rassurante

L'expérience de gestes techniques chez le médecin généraliste reste une expérience porteuse de réassurance, comme l'exprime cette patiente au sujet d'un geste réalisé chez son mari : *"le fait qu'il n'aille pas [aux urgences] me semblait être le signe que c'était moins grave que ce que je n'aurai pensé au démarrage"* (E1). Des gestes qui sont là aussi vécus sereinement par leur caractère inévitable : *"Les gestes techniques, je les vis bien, je sais qu'il faut les faire et je les vis bien"* (E6), mais aussi par leur caractère perçu comme bénin au sein du cabinet de médecine générale *"On enlève juste un petit bout de peau, donc c'est pas le bout du monde, j'appréhendais pas trop l'opération"* (E8).

d. Grâce à la disponibilité et l'aptitude du médecin généraliste

Le véritable point fort de la prise en charge d'un geste technique chez le médecin généraliste est sa disponibilité : *"Bah, pour moi, c'est pratique parce qu'au moins il est là, il suit le dossier, on n'a pas besoin d'aller chez le spécialiste qui renvoie les dossiers au médecin. Tout est sur place"* (E13). Le médecin généraliste est vu comme réactif *"Mon mari s'est blessé à la main...il est allé en catastrophe chez le médecin, après avoir eu son aval au téléphone, et le médecin a fait tout ce qu'il faut pour le soigner sans aller aux urgences"* (E1), disponible *"ça a été satisfaisant car le médecin a donné son accord pour le recevoir alors que bien sûr il n'avait pas rendez-vous"* (E1) et appliqué *"...le fait que le médecin ait pris son temps pour procéder au nettoyage et à la suture"* (E1) comme en témoigne cette patiente. Les compétences du médecin généraliste sont également mises en avant, aussi bien du point de vue purement technique *"Si c'est une coupure ou quelque chose comme ça, eh bien le médecin généraliste je pense peut être apte"* (E2), *"et pour ce genre de geste, je me sentais vraiment pas le besoin d'aller voir un spécialiste pour enlever un grain de beauté"* (E8), que du point de vue de l'attention portée au geste et au confort du patient *"Bah écoutez le médecin est très précautionneux de ne pas faire mal au patient en ce qui concerne notre médecin"* (E1).

Le médecin généraliste est un recours de proximité *"sinon, c'était aller aux urgences, mais fallait quand même y aller, donc on s'est dit, s'il y a un médecin là"* (E6). Le côté pratique de cette proximité géographique est vécu comme très positif : *"Je me suis dit quand j'ai su ça c'est bien, y'a pas besoin d'aller à Rennes au bloc opératoire" donc y'avait pas de déplacement à faire"* (E9).

Au-delà de la proximité, c'est également la rapidité des prises en charge qui est appréciée, pour des gestes du ressort d'autres spécialistes de ville comme les dermatologues *"J'ai regardé quand même au passage des dermatos du coin qui eux n'avaient pas de rendez-*

vous avant un petit moment, du coup, c'était la simplicité" (E8), ou bien les rhumatologues "Ça m'a évité de prendre rendez-vous chez un rhumatologue, des délais" (E14). Une rapidité qui est appréciée également pour des prises en charge pouvant être du ressort hospitalier, à l'image du recours aux urgences "J'avais eu une plaie à la joue avec un morceau de ferraille, et ici, il m'avait recousu aussitôt, je sais plus qui c'était. Je pensais bien avoir été à l'hôpital, mais non, il a recousu ici" (E9). "Les urgences, ça reste autre chose en termes de délais" (E16).

Une proximité, une rapidité, une disponibilité qui ne paraissent pas se faire au détriment du professionnalisme et d'une satisfaction quant au résultat : *"C'est vrai qu'on a été pris en charge très rapidement, très bien, c'était très propre et là, y'a plus de traces. Donc c'est ça qui est bien" (E16).*

L'avenir avec l'évolution de la démographie médicale semble en faveur d'une prise en charge des gestes par les médecins généralistes comme le soulève cette participante à l'étude *"Après, il y a de moins en moins de spécialistes, donc on finira par basculer sur la maison médicale" (E16).*

3. Une relation médecin généraliste/patient très importante

"Je pense qu'il y a un côté relationnel important à avoir entre le patient et son médecin" (E1).
Le ton est donné dès le premier entretien.

a. De l'importance de quelqu'un "qu'on connaît bien"

Beaucoup de patients connaissent leur médecin généraliste depuis de longues années, ce qui permet d'accroître la confiance dans le praticien réalisant le geste technique : *"Il y a une confiance qui se crée à la longue entre son patient et son médecin je pense" (E14).* Certains évoquent même une relation presque familiale : *"Puis c'est fait par un généraliste, c'est un peu plus familial quand même" (E17),* avec un médecin généraliste vu comme le traditionnel "médecin de famille" comme le souligne ce patient : *"c'est Dr X mon médecin depuis une quinzaine d'années, donc il y a une confiance aussi, c'est important, il me connaît et connaît toute ma famille" (E6).* Il est donc naturel que : *"tant qu'il peut, tant qu'il fait, moi je préfère rester avec lui" (E13).* Cependant, dans certains domaines, notamment celui de la gynécologie, la représentation du médecin de famille freine la réalisation du geste technique : *"J'ai un petit peu de mal à voir mon médecin de famille comme quelqu'un qui me suivrait de manière gynécologique" (E16).*

Au-delà de la personne, le fait que le geste se déroule dans un lieu connu semble avoir son importance également : *"Je préfère ici, c'est à côté de chez moi, en plus dans un endroit que je connais, plutôt que d'aller à Rennes voir un dermatologue"* (E17), d'autant plus quand il s'agit d'enfants : *"Pour lui [son fils] à la maison médicale, c'était beaucoup moins stressant [...] Puis c'est la proximité, le Dr X on le connaît depuis très longtemps donc ça se passe très bien"* (E16).

L'arrêt de la réalisation du geste par le médecin généraliste habituel pour une raison ou une autre est perçu comme une vraie source de préoccupation : *"Elle [sa mère] faisait tous ses frottis chez notre médecin donc c'est vrai que maintenant ça l'embête que notre médecin qu'on a maintenant ne fait pas ça. Je ne sais pas s'il y a beaucoup de médecins à faire ça ?"* (E11). Une des participantes évoque même le fait que le geste technique soit pratiqué par le médecin généraliste "qu'on connaît bien" puisse impacter l'observance de la réalisation du geste : *"Le fait que ce soit ton propre médecin qui te fait cet examen-là, je pense qu'il y en a qui feraient plus souvent des examens"* (E15).

b. Pour une prise en charge basée sur la confiance

Un des mots les plus souvent cités quand les patients évoquent la relation avec le médecin généraliste, c'est la confiance : *" De toute façon, on vient on signale le problème qu'on a, après on fait confiance"* (E3). Une personne connue est gage de réassurance *"Moi je préfère avoir affaire à la même personne, et je lui fais confiance"* (E5). Il ne s'agit pas d'un médecin, mais de "son" médecin : *"Il y a aussi la confiance de la personne qui vient se faire soigner chez son médecin"* (E7). Ceci est encore plus vrai semble-t-il en gynécologie, domaine qui touche à l'intime : *"Pour les questions gynéco, une femme peut être tentée d'aller plutôt vers un cabinet gynéco. Elle se sentait assez en confiance avec ce médecin-là pour pratiquer ce type de geste"* (E7).

c. Un rôle non négligeable de l'affectif

Dans cette relation médecin généraliste/patient, la dimension émotionnelle et affective ressort vraiment *"Il y a un climat de confiance qui s'instaure, j'ai besoin de ça. Après il faut avoir le feeling"* (E5). Il y a un côté très rassurant : *"Et puis je pense que c'est rassurant aussi, il y a le facteur émotif, et je pense que pour des gens qui auraient un doute, qu'il n'y a pas d'inquiétudes à avoir"* (E7). Plus que sur des critères purement objectifs, la détermination de la réalisation ou non du geste technique repose sur l'instinct : *"Je suis quelqu'un d'assez instinctif, le Dr X quand je l'ai vu, je me suis dit qu'il n'y aurait pas de*

problème" (E8), *"mais après, il y a des gens que je ne sens pas, l'effet psychologique joue beaucoup, si je sens que la personne est investie ou pas"* (E8).

d. Le médecin généraliste : un interlocuteur de choix

Au-delà de la dimension instinctive et affective, le rôle de communicant et de conseiller *"Il m'a toujours conseillé."* (E3) du médecin généraliste influe sur la réalisation du geste technique. Tout d'abord un rôle de communication pivot, avant toute prise de décision : *"Je pense qu'on demande d'abord à son médecin généraliste, pour moi, c'est la base, le point de départ"* (E5). *"Le Dr X dit qu'elle le fait, si elle dit qu'elle le fait, c'est qu'elle est capable de le faire, je lui fais confiance"* (E5).

Un des participants soulève un point clé de la communication, savoir différencier réassurance et fausse assurance communiquée par le praticien et capacité réelle dudit praticien à la réalisation du geste technique. En d'autres termes, une communication honnête est requise, afin d'aboutir à un consentement libre et éclairé de la part du patient : *"Il y a une différence pour moi entre rassurer le patient et lui dire que c'est pas grand-chose"* (E8). *"Les docteurs qui disent que c'est pas très très grave et que ça va être facile me font un peu plus peur, dans le sens où de un, j'ai peur qu'ils bâclent le travail, de deux, qu'ils passent à côté de quelque chose parce qu'ils ont l'habitude, et de trois, qu'ils fassent pas forcément attention à mon ressenti à moi"* (E8).

4. Quelle information à propos des gestes techniques reçoit le patient ?

a. L'information par soi-même

Les personnes interrogées ont considéré qu'elles étaient informées des gestes techniques pratiqués par le médecin généraliste pour beaucoup par elle-même, via leur propre expérience *"Je pense que c'est l'âge et l'expérience qui font que l'on sait..."* (E1). L'information connue est obtenue selon le vécu de chacun *"C'est juste spontané, par rapport à mon vécu, à mes besoins"* (E5). L'expérience personnelle de gestes techniques est même perçue comme indispensable par certains : *"C'est vrai que quand on n'a pas eu l'occasion nous-mêmes, on sait pas trop"* (E12). Il est même perçu une connaissance de tous de la pratique du médecin généraliste, *"C'est l'expérience, et puis tout le monde sait ce que fait un médecin, on le sait c'est tout. Parce qu'autrement, on n'a pas l'info, c'est pas comme un autre métier, où il y a de la pub. On le sait parce qu'on y va."* (E12). Au-delà de l'aspect passif par l'expérience, l'information sur les gestes techniques au cabinet de médecine générale peut également être proactive, par la réalisation de recherche de l'information soit

par téléphone auprès du cabinet *"Des fois, j'appelle. Je demande "Est-ce que le Docteur est capable de ... ?" "Est-ce que je peux le voir pour... ?" (E16) soit par internet "Je pense qu'il n'y a pas d'information, sauf à rechercher soi-même sur internet par exemple" (E1).*

b. L'information a besoin d'être numérique et imagée

*"Pourquoi pas un site de la maison médicale" (E16). L'information en ligne tient une place prépondérante dans la communication de l'information. Le premier réflexe est de se diriger sur internet "C'est vrai que tout de suite on se rend sur internet, on tape tel médecin, est-ce que ce médecin-là fait ci, on trouve pas forcément" (E11). L'information n'est pas trouvée de manière évidente par chacun, même si certains sites spécifiques comme Doctolib® permettent de communiquer sur les gestes techniques réalisés au cabinet de médecine générale. Cependant, cela ne suffit pas pour tous "Sur Doctolib® on voit très bien ce qu'il fait, mais moins à la maison médicale" (E11). Plusieurs suggèrent en effet d'afficher en salle d'attente l'information concernant les gestes techniques pratiqués. "Peut-être que dans le cabinet, en salle d'attente, des petites affiches, ça pourrait être indiqué. Rien que ça, c'est pas grand-chose, mais plutôt que de mettre de la pub partout qui sert à rien, peut-être que ça, ça pourrait servir ! *rires*" (E12). Une question simple, parlante pour le plus grand nombre et qui interpelle est suggérée par une des personnes participantes à l'étude : "J'imagine bien en salle d'attente une affiche avec dessus "Que peut faire votre médecin ?"" (E6). Toujours dans cette idée d'être accessible au plus grand nombre, l'information se doit d'être imagée "Sous forme de pictogrammes ? C'est vrai que c'est plus parlant. Même si parfois on a du temps en salle d'attente, si on a un pavé à lire, clairement, les trois quarts des gens ne vont pas lire" (E6).*

c. L'information par le bouche-à-oreille

Le bouche-à-oreille semble être un des moyens d'information sur les gestes techniques pratiqués dans le cabinet les plus efficaces. *"En tout cas, je pense que le bouche-à-oreille fonctionne très bien" (E11). Et cela se vérifie pour beaucoup des personnes interrogées, "c'est en discutant avec d'autres personnes que l'on sait si le médecin est apte ou a le devoir d'intervenir pour certains maux" (E1), soit via la famille "Je l'ai appris par ma belle-sœur, qu'il y avait un médecin qui le faisait ici." (E9), soit via le milieu professionnel "Faire voir les dons qu'il a, si le patient en parle à d'autres collègues." (E9), soit encore via des connaissances diverses "En fait, c'est quelqu'un qui m'a conseillée car elle était venue faire ça par le Dr X. C'est pour ça que je suis venue là" (E11). Peu sont ceux qui ne se fient pas à des oui-dire*

"Je me base pas sur ce que j'ai entendu" (E5) et préfèrent se tourner vers des sources d'information émanant de professionnels.

d. L'information par le médecin traitant lui-même

"Comme je le disais tout à l'heure, tout le monde s'informe de tout. Je préfère que ce soit le médecin qui me donne l'information" (E7). Bien souvent, l'information est donc donnée par le médecin traitant lui-même. Le lien unique entre le généraliste référent et le patient permet cette transmission d'information "C'est mon médecin qui s'est proposé, il m'a dit "j'en fais". Comme je le connais bien, j'ai pas hésité." (E14). En effet, ce lien de confiance semble permettre un sentiment de fiabilité de l'information "on y va en toute confiance, et c'est lui qui nous apporte l'information en fait" (E1), ce que confirme cette autre participante à l'étude "Le Dr X dit qu'elle le fait, si elle dit qu'elle le fait, c'est qu'elle est capable de le faire, je lui fais confiance" (E5). Pour beaucoup donc "C'est au médecin de nous en parler" (E4).

e. L'information par d'autres professionnels de santé

L'information sur les gestes pratiqués peut également se faire via des confrères ou autres professionnels de santé, qui réorientent vers le médecin généraliste compétent dans le domaine du geste technique adapté au besoin du patient. Ainsi, l'information peut se faire via un autre généraliste bien souvent vers un autre praticien du même cabinet quand l'exercice est en maison médicale ou maison de santé pluri-professionnelle "J'avais eu un premier rendez-vous avec le Dr Y [autre médecin du cabinet], c'était une opération de façon sûre. J'ai donc pris rendez-vous avec le Dr X qui fait ce genre d'opération au cabinet" (E10). "C'est elle [Dr Z, médecin généraliste] qui m'a dit que le Dr X [médecin généraliste] était capable d'opérer ce genre de truc." (E8). Les confrères, installés dans le même cabinet ne sont pas les seuls à informer sur la possibilité de réaliser des gestes techniques chez un médecin généraliste. Les professionnels paramédicaux transmettent également l'information, ciblée sur le besoin évoqué lors de leur prise en charge " c'est aussi en discutant avec le kiné qui m'a dit pourquoi pas, et puisque le Dr X fait des infiltrations, ça mériterait peut-être d'essayer" (E15).

5. Les freins à la réalisation des gestes techniques au cabinet, trois facettes selon les patients

a. Des freins liés au médecin généraliste

La diversité de la pratique du médecin généraliste est assez vite soulevée : *"il aborde des choses très très variées, et la compétence n'est peut-être pas à 100 % dans tous les domaines abordés"* (E1). Ainsi, le geste technique n'est pas pratiqué par le médecin généraliste car celui-ci n'a pas forcément les compétences nécessaires à sa réalisation. La formation est le pré-requis essentiel : *"un frein de formation du médecin je pense aussi, c'est pas parce qu'on est médecin généraliste qu'on sait tout faire"* (E6). La variété des gestes techniques nécessite donc un apprentissage : *"euh peut-être aussi dans sa formation, est-ce qu'il a été formé à toutes ces interventions ?"* (E2), mais qui prend du temps : *"Après le fait de faire des formations, il faut trouver du temps"* (E15).

Même si le médecin généraliste est formé à la pratique de gestes techniques, l'expérience nécessaire à leur réalisation est pointée du doigt : *"C'est bien d'avoir été formé, mais si vous l'avez faite il y a 10 ans, la formation elle est loin, elle sert pas à grand-chose"* (E7). L'expérience est donc vue comme un élément central pour la réalisation des gestes techniques : *"L'expérience, c'est vrai, je pense que c'est important"* (E12). Ne pas avoir l'occasion régulière d'être confronté à la pratique de gestes techniques n'incite pas à les pratiquer : *"Peut-être aussi du fait que le médecin ne voit pas certains cas très souvent, donc il est peut-être plus difficile pour lui de réagir à 100 % à ce moment-là"* (E1), *"ou de manque de pratique, parce qu'un geste qu'on fait une fois l'an, si c'est un geste un petit peu pointu, voilà quoi"* (E6). Ainsi, pour certains, l'âge du médecin généraliste peut poser souci dans la réalisation des gestes techniques : *"ça dépend peut-être de l'âge, peut-être que des jeunes ne sont pas capables de faire certaines choses, il faut peut-être de l'expérience pour faire ça"* (E12). Le manque de confiance des jeunes médecins généralistes, malgré leur formation encore récente, est également soulevé : *"Je pense que pour les gestes techniques, le Dr X est bien, mais je pense que les jeunes médecins osent moins"* (E15). Il est donc nécessaire que le médecin généraliste connaisse ses propres limites : *"C'est un peu normal qu'à un moment donné le médecin s'arrête à ses connaissances et à son métier de généraliste."* (E15).

Un autre frein noté par les participants à l'étude concerne les ressources matérielles limitées du cabinet de médecine générale : *"D'abord, est-ce qu'ils sont équipés pour ? C'est là le problème"* (E2). La nécessité d'avoir des locaux adaptés : *"Le manque de l'infrastructure, et même le matériel"* (E10), mais aussi du matériel adapté : *"des limites d'environnement. Il faut avoir le lieu, le matériel, ça implique j'imagine d'avoir des stocks, une gestion du matériel"*

(E6). Certains notent tout de même des disparités entre praticiens concernant les ressources matérielles : *"C'est vrai que les médecins sont pas forcément assez équipés, ça dépend lesquels"* (E12). Et d'autres notent à juste titre que les médecins généralistes non équipés auront peut-être plus tendance à orienter vers d'autres structures : *"faut déjà qu'ils aient le matériel, peut-être que ceux qui n'ont pas, ce sera directement hôpital je pense"* (E12)...

Les médecins généralistes n'ont également pas le temps de pratiquer ces gestes techniques : *"On a l'impression qu'ils n'ont plus le temps, mais c'est partout dans tous les domaines, je leur en veux pas"* (E5). Le rythme et le nombre de consultations dans une journée de travail d'un médecin généraliste semblent dissuader de réaliser certains gestes : *"parce qu'il est aussi au niveau de son cabinet, les rendez-vous se suivent, donc il ne peut pas trop se permettre"* (E2), *"Il y a le temps aussi, parce qu'il aurait peut-être pu faire plus mais il m'a dit j'ai pas le temps. Les consultations c'est quoi, ça doit être un quart d'heure, là on a passé peut-être plus d'une demi-heure, en tout, ça décale tout"* (E12). Ainsi, le praticien prend du retard dans les consultations s'il choisit de réaliser des gestes techniques chronophages.

Au-delà du manque de temps, certains considèrent que le médecin généraliste n'a pas l'envie de pratiquer de gestes techniques, *"parce qu'il n'a pas forcément envie, c'est qu'un être humain après tout"* (E1), et tout simplement *"il y a des médecins qui ne veulent pas"* (E4). L'explication peut être très pragmatique par "fainéantise" comme semble le suggérer ce participant : *"Ils s'embêtent pas, ils envoient vers le spécialiste"* (E4), ou parfois plus complexe avec le risque de faire du mauvais travail et donc le risque médico-légal derrière : *"Bah, je pense que c'est parce qu'il y a eu trop de séquelles, trop de plaintes. Pas spécialement au niveau du cabinet je crois, mais quand on leur pose la question, ils disent "Ah non, les mains, on touche plus, y'a trop de tendons, y'a trop de choses"* (E15).

b. Des freins liés au patient

Un frein qui semble récurrent est celui de l'absence de connaissance que les gestes techniques sont réalisables au cabinet de médecine générale : *"je pense que la majorité des gens ne savent pas ce qui se fait, que c'est possible"* (E6). Parfois, l'exercice même du médecin généraliste est difficile à se représenter : *"J'ai du mal à cerner les limites de ce que peut faire un docteur généraliste"* (E8). Sans forcément l'envisager initialement, ils ne sont pas tous obligatoirement surpris quand ils apprennent que tel ou tel geste est réalisable : *"Non, je savais pas qu'un médecin pouvait recoudre des plaies. Enfin, dans un autre sens, je suis pas étonné non plus"* (E17), tandis que d'autres restent incrédules : *"Par exemple, quand j'en ai parlé au boulot qu'il faisait ça, ils me croyaient pas. Pour eux, c'était qu'à l'hôpital"* (E9).

Ainsi, un nouveau champ de possibilités s'offre à eux dans des domaines qu'ils ne pensaient faisables que chez d'autres spécialistes : *"Mais le docteur peut le faire aussi ? Tout ce qui est dermatologie, les verrues, il peut le faire aussi ?"* (E16), ou bien uniquement en milieu hospitalier : *"peut-être le patient qui n'est pas au courant que le médecin peut faire ça aussi, du coup, il va direct à l'hôpital et pas directement voir son médecin le plus proche"* (E10).

La réalisation de gestes techniques ailleurs que chez le médecin généraliste peut au contraire être un choix assumé de se diriger vers les spécialistes ou les services d'urgences : *"Maintenant, dès qu'il y a un petit souci, on se projette sur les urgences"* (E2). Cela peut-être un refus simple et catégorique, sans plus de précision : *"Faut que le patient soit d'accord avec le médecin, il peut très bien dire non. C'est compliqué ! *rires*"* (E12) ou bien un refus en lien avec une certaine pudeur ou bien peur vis-à-vis de gestes techniques touchant à l'intime : *"je sais que j'ai une de mes filles qui a beaucoup de mal avec ça, toutes les questions de pudeur"* (E6), *"Pas sûre que j'ai envie que ce soit mon médecin généraliste qui le fasse. Peut-être que je le connais bien maintenant"* (E6), *"l'attitude du patient qui peut avoir peur, le manque de confiance"* (E1).

Le choix de se diriger vers un autre spécialiste ou un service hospitalier peut s'expliquer par leur proximité géographique du domicile du patient : *"On est en milieu urbain ici, donc la tentation d'aller à l'hôpital est plus facile."* (E7). A contrario, cela favorisera les prises en charge par le médecin généraliste si le patient en est éloigné : *"Si vous êtes en milieu rural, et que vous êtes à 40-50 minutes de l'hôpital, je pense que le praticien il est amené à faire beaucoup plus de gestes"* (E7).

Ce choix assumé peut être mû par une volonté de soins considérés comme de meilleure qualité : *"C'est peut-être la connaissance plus poussée du domaine qui fait que je vais voir plus le spécialiste que le médecin généraliste, plus pour être rassurée par une connaissance plus poussée du domaine"* (E16). La volonté de consulter des personnes considérées comme les plus compétentes et donc selon la représentation commune, des spécialistes autres que les médecins généralistes : *"on devient de plus en plus exigeant, on veut tout de suite avoir la personne super-qualifiée, peut-être qu'on a moins confiance dans l'autre qui n'a pas les mêmes compétences dans ce domaine-là"* (E5).

c. Des freins liés à la pathologie elle-même

De manière qui semble être assez évidente pour nombre de participants, le motif même qui amène à la réalisation d'un geste technique peut être un frein à ce qu'il soit fait par un médecin généraliste : *"ça dépend aussi de l'état, si c'est pas du tout faisable"* (E11). Par exemple des fractures *"Si c'est une fracture, c'est bien évidemment aux urgences"* (E2) ou bien des sutures *"Des points de suture trop compliqués à faire"* (E9) ne peuvent tout

simplement pas être faites au cabinet, car perçues comme trop "graves" ou trop "grosses" : *"tout dépend de la gravité bien sûr...dans d'autres interventions c'est beaucoup plus délicat"* (E2) et *"Si vraiment c'était une grosse plaie, je pense que j'irai peut-être directement aux urgences"* (E16).

6. Comment améliorer l'accès aux gestes techniques en médecine générale ?

a. Un souhait d'augmenter la réalisation de gestes techniques au cabinet de médecine générale

Pour certains, il existe un souhait de voir le médecin généraliste faire plus de gestes, afin de limiter les délais *"Moins d'attente, ça c'est bien déjà"* (E9) et le recours aux services hospitaliers *"Au moins, ça engorge pas les hôpitaux déjà"* (E9). Ainsi, il est vu comme étant regrettable que certains gestes ne soient pas faits au cabinet alors qu'il est possible de le faire : *"on va chez le spécialiste pour quelque chose qui peut être pris en charge par le médecin généraliste. Je pense que c'est dans l'air du temps aussi. On va voir le spécialiste plutôt que le médecin généraliste d'emblée, je trouve"* (E5), et *"Je pense quand même que pour des choses pas graves, quand le médecin généraliste envoie vers le spécialiste et que tu attends 4-5-6 mois pour avoir un rendez-vous, il y a peut-être des choses que le médecin généraliste peut faire."* (E5). Un des participants prend l'exemple pour lui des infiltrations : *"Il y a certaines choses qui doivent pouvoir être faites par le médecin généraliste, comme les infiltrations, et les trucs comme ça. Je pense que tous les médecins sont aptes à les faire."* (E14).

b. Une amélioration qui passe par une formation et la maîtrise des gestes

Améliorer la maîtrise des gestes techniques semble être indispensable : *"La première chose, c'est qu'il sache bien le faire, parce que s'il le fait à peu près, ça fait un peu peur"* (E10), *"c'est ça aussi qu'on a besoin de voir quand un praticien est capable de vous faire le geste sans hésiter"* (E7). Avoir des compétences semble donc être indispensable mais non suffisant : *"Faut que derrière il ait des compétences techniques, aussi de là à ce qu'elles soient vraiment élargies. D'avoir plus de compétences pourquoi pas, derrière faut qu'elles soient maîtrisées"* (E8).

Cela passe donc par des connaissances apprises *"Je pense qu'il doit avoir des acquis qui lui permettent de faire pas mal de choses, pas mal de gestes"* (E14), et entretenues tout au long de l'exercice professionnel : *"la formation continue, c'est quelque chose d'important"* (E1).

Et comme cette participante le sous-entend : *"Après ça évolue, l'infiltration date de plusieurs années, peut-être que le Dr X après fait des choses qu'il ne faisait pas il y a une dizaine d'années"* (E16). Les pratiques et les compétences des praticiens évoluent tout au long de leur carrière par la formation continue et leurs centres d'intérêts.

c. Déléguer les compétences, une piste pour l'amélioration

Déléguer les compétences apparaît pour certains comme une piste d'amélioration de la réalisation des gestes techniques. Plusieurs solutions semblent se distinguer. Tout d'abord, la présence d'une tierce personne, agissant comme "aide opératoire" ou bien comme substitut, permettrait de libérer du temps au médecin généraliste : *"Il pourrait avoir des aides particulières, il pourrait y avoir des infirmières qui peuvent aider à réaliser certains gestes aussi. Un geste technique en particulier pourrait être fait par quelqu'un d'autre pour lui faire gagner du temps et moins de stress pour lui aussi"* (E1). Un des participants se souvient qu'à une certaine époque, les infirmières intervenaient également en premier recours, sans médecins pour certains actes : *Quand j'étais jeune, il y avait le dispensaire [...] c'était des infirmières qui intervenaient dans un premier temps, il n'y avait pas de médecins"* (E2). Mais déléguer ne passe pas que par la réalisation du geste technique au sein du cabinet. Parfois, il faut savoir passer la main : *"Je trouve, après un certain degré de la maladie ou de ce qu'on a, c'est le spécialiste ou bien les urgences"* (E13). Se reposer sur un bon réseau pour réorienter est donc nécessaire dans certaines situations : *"c'est pas grave s'il n'a pas beaucoup de compétences du moment qu'il a le réseau derrière de connaissances, qu'il soit capable de m'orienter vers un autre docteur qui peut prendre rapidement"* (E8).

Une autre organisation au sein d'un cabinet médical comprenant plusieurs médecins permettrait une nouvelle façon de déléguer des tâches, avec une sur-spécialisation de chacun des associés au sein d'un même cabinet : *"Moi, je trouve que c'est bien pratique quand il y en a au moins un dans un cabinet qui peut faire des infiltrations. Un qui est plus spécialisé dans telle chose, l'autre dans l'autre. Et ça, je pense que ça manque un peu"* (E15).

d. Pour certains, des axes d'amélioration très spécifiques soulevés

Plusieurs participants semblent souhaiter que le médecin généraliste puisse réaliser certains types d'imageries au cabinet. Ainsi, la demande en radiologie revient souvent : *"peut-être tout ce qui est radio, si on tombe, si on se blesse, sans avoir à se rendre à l'hôpital pour avoir un rendez-vous", "un petit appareil pour faire les radios, pour vérifier rapidement si c'est grave ou pas, pour après dispatcher plus rapidement, pour gagner du temps"* (E10). Mais

tout en ayant conscience de la nécessité d'être équipés pour : *"Bon, les radios, ça faut avoir le matériel, mais ils pourraient peut-être le faire, pourquoi pas !"* (E5). Il faut également être formés pour : *"On va chez le médecin, il nous fait une ordonnance pour aller à la radio. Après, pourquoi pas si les médecins pouvaient être compétents pour faire passer des radios, ça peut être adapté"* (E11). La radiographie conventionnelle n'est pas la seule à être plébiscitée par les patients. L'échographie semble être un axe d'amélioration souhaité : *"Je pense tout ce qui est échographie. Le médecin généraliste devrait être capable de le faire s'il avait une formation"* (E15), *"En campagne et tout, si on te dit qu'il y a un truc pour faire les échographies, ça pourrait marcher. C'est pas simple pour certaines personnes, les personnes âgées."* (E15). L'objectif principal étant une meilleure accessibilité aux examens complémentaires. La biologie n'est pas en reste puisque certains souhaiteraient que les prises de sang soient réalisées chez leur médecin généraliste, le fait de devoir les faire dans un second temps de prise en charge diminuant l'observance : *"Je trouve que ça serait bien de proposer des prises de sang. Devoir aller en plus au laboratoire, je zappe et je passe à autre chose"* (E16).

Un des participants de l'étude considère que la prise en charge de la douleur n'est pas optimale au cabinet de médecine générale, chose qui pourrait ainsi être améliorée : *"Pour des fils, des trucs comme ça, j'irai direct à l'hôpital. Ils sont peut-être mieux équipés à l'hôpital pour prendre en charge la douleur"* (E12).

e. Un réel besoin d'améliorer l'information

Faciliter l'accès aux gestes techniques au cabinet passe par une amélioration de l'information. Certains montrent bien le défaut d'information existant : *"On méconnaît un peu je pense jusqu'où un médecin généraliste peut aller"* (E16), *"Je ne savais pas qu'il pouvait enlever des verrues, je pensais qu'il fallait un spécialiste pour ça"* (E14), *"Par exemple, quand j'en ai parlé au boulot qu'il faisait ça, ils me croyaient pas. Pour eux, c'était qu'à l'hôpital"* (E9). Pour améliorer la communication autour des gestes réalisables, un des patients suggère l'amélioration de l'information en salle d'attente : *"peut-être avec des petits magazines ou plutôt des flyers en salle d'attente"* (E10). Comme évoqué au paragraphe précédent sur l'information, il semblerait qu'il existe une demande forte sur cet axe d'amélioration.

f. Une amélioration vue comme difficile ou non nécessaire

Pour certains, l'amélioration de l'accès aux gestes techniques par le médecin généraliste semble être compliquée : *"C'est difficile parce qu'il est coincé entre ce qu'il a appris et d'autre"*

part, les demandes des patients concernant les rendez-vous toujours plus nombreux" (E2). Comme le soulève ce participant, même si le médecin souhaitait réaliser plus de gestes techniques, la réalité de la pratique médicale actuelle ne le permettrait pas.

Pour d'autres, cette amélioration n'est pas vue comme nécessaire : "Moi, ce que j'en ai besoin, la maison médicale le comble parfaitement" (E16), "Je pense que la maison médicale fait beaucoup de choses, les médecins traitants font beaucoup de choses, peut-être plus qu'ils devraient" (E16). Dans l'ensemble, la satisfaction concernant la prise en charge par le médecin généraliste domine : "Je sais que les médecins en général, font très bien leur travail" (E8).

Au fur et à mesure les pratiques évoluent, et petit à petit elles s'améliorent : "Déjà, je trouve que chez le médecin, on fait plus de chose que l'on ne faisait avant" (E13).

DISCUSSION

I. Résultats et littérature

1. La définition du geste technique pose problème

Pour beaucoup de participants à cette étude, définir ce qu'est un geste technique n'a pas été aisé. Il n'en existe d'ailleurs pas de définition officielle. Dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) le terme d'acte technique est employé (15), mais sans donner de définition à ce terme. Celle-ci détaille chacun des plus de 12000 actes dit techniques avec sa cotation, pour toute spécialité confondue. La commission de terminologie et de néologie pour le domaine de la santé dans sa séance du 14 juin 2001, apporte la seule définition qui semble exister dans la littérature : *"On entendra par acte médical tout « acte dont la réalisation par des moyens verbaux, écrits, physiques ou instrumentaux est effectué par un membre d'une profession médicale dans le cadre de son exercice et les limites de sa compétence»* (16). La définition d'un acte technique reste très large, comme l'ont bien cerné les participants à l'étude. Il est ainsi compréhensible que pour les patients, définir quelque chose qui n'est pas officiellement clairement et précisément défini ait été source de difficulté. Il a été choisi d'employer le terme "geste" plutôt qu' "acte" afin de clarifier l'objet de l'étude auprès des participants. Dans la littérature, le terme de "geste" est d'ailleurs bien plus largement employé. Ainsi, deux axes de définition sont ressortis au cours de cette étude : les gestes techniques sont soit diagnostiques, soit thérapeutiques. On constate que cette catégorisation rentre bien dans le champ des définitions citées plus haut, notamment la notion d'actes instrumentaux, qui peuvent être à la fois diagnostiques et thérapeutiques.

Le parallèle avec le domaine chirurgical évoqué à plusieurs reprises au cours des entretiens avec notamment la notion d'opération rejoint la notion de "petite chirurgie" employée fréquemment en France, dont la seule définition approchante est proposée par le Collège des Médecins du Québec, avec le terme de chirurgie mineure en dehors du milieu hospitalier : *« l'ensemble des interventions diagnostiques, thérapeutiques ou esthétiques qui peuvent être effectuées en dehors d'un établissement de santé en toute sécurité et de façon la moins désagréable possible sous ou sans anesthésie, et qui comporte un faible risque de complication nécessitant une hospitalisation. »* (17). Comme le souligne très justement S. Joubert dans son travail de thèse sur la chirurgie programmée au cabinet de médecine générale (13), ces termes de "petite" et "mineure" tendent à minimiser les compétences nécessaires pour effectuer ces gestes et peuvent donc revêtir un caractère dépréciatif.

2. La formation initiale et continue, socle pour l'acquisition d'expérience

L'enseignement dispensé au cours du 3^{ème} cycle des études médicales doit porter sur les gestes et techniques en médecine générale, comme le précise l'article 2 de l'arrêté du 19 octobre 2001 relatif à l'organisation du 3^{ème} cycle (18). Le médecin généraliste est un acteur de soins de premier recours et doit savoir "*exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents*" dans ce contexte (1). Nous pouvons penser que la formation initiale permet en théorie d'apporter les connaissances requises à la réalisation des gestes techniques. En pratique, aucun texte n'en précise les objectifs ni les modalités. Devant ce manque de précision, la formation peut ainsi être très disparate selon les facultés. Il semblerait que quelques facultés aient mis en place une formation spécifique dans le domaine pour ses étudiants, mais cela est loin d'être une généralité. En 2013, trois facultés (Rouen, Montpellier et Bordeaux) (8) avaient mis en place des enseignements dédiés théoriques et pratiques, sans que cela ait permis de généralisation nationale a priori (pas de notion par exemple d'enseignements similaires sur la faculté de Rennes, en dehors de quelques travaux pratiques de sutures).

Les lacunes de formation initiale soulevées au cours des entretiens ressortent également dans plusieurs études menées s'intéressant au point de vue des médecins généralistes. Ainsi, dans une étude descriptive réalisée par C. Deregnacourt portant sur les actes techniques en médecine générale auprès de 835 médecins du Nord, le facteur limitant la réalisation de ces actes le plus souvent rapporté était le manque de compétences et de formation dans le domaine (19), confirmé dans une autre étude (20). Cela questionne sur la nécessité d'améliorer la formation initiale des médecins généralistes, par des ateliers théoriques et pratiques et d'une validation de modules spécifiques axés sur la pratique des gestes techniques en médecine générale, d'autant plus que selon la thèse de S. Alchimowicz, les périodes de l'internat surtout, puis de l'externat et enfin la formation continue sont celles où le professionnel apprend le plus les gestes (21).

Au-delà de la formation initiale, nous pourrions imaginer que les pratiques puissent évoluer pour le praticien comme le soulignait entre autres une des participantes (E16), et que certains gestes que ne faisait pas le médecin généraliste il y a quelques années, soient désormais réalisés dans son cabinet. Cela suggère l'existence d'une formation continue.

Certains gestes techniques comme ceux pratiqués en gynécologie (frottis cervico-vaginaux, pose d'implants contraceptifs, pose de dispositifs intra-utérins) peuvent être appris au cours du cursus initial, mais également par un diplôme universitaire de gynécologie accessible aux médecins généralistes dans plusieurs facultés de France. En revanche, l'offre en formation continue dans le domaine des gestes techniques plus généralement, ouverte aux médecins

généralistes reste rare. Très peu de livres dédiés existent à l'image de l'ouvrage de B. Gay, P. Saccone et A. Valverde-Carrillo qui recense 80 gestes en médecine générale sous forme de fiches dédiées (22), ou bien encore celui de S. Tepper et A. Guenin portant sur les gestes en médecine et de petite chirurgie, non spécifiques de la pratique du généraliste (23).

Quelques organismes de formation continue dont le Collège National de la Médecine Générale proposent des formations axées sur ce domaine (24) (25), mais elles restent limitées. Les diplômes universitaires en chirurgie dermatologique ne sont pas accessibles aux généralistes. Si l'on s'intéresse aux formations au-delà de nos frontières, il existe au Royaume-Uni une qualification de médecin généraliste avec spécialisation en dermatologie et chirurgie dermatologique (GPwERs : GPs with Extended Roles in dermatology and skin surgery) (26).

Nous observons que la formation initiale et continue reste à améliorer afin de satisfaire les attentes en termes de gestes techniques, tant celles des praticiens généralistes que celles des patients. Comme le suggère S. Joubert (13) créer un diplôme universitaire sur la réalisation de gestes techniques, notamment chirurgicaux, permettrait de faciliter le parcours de soins des patients demandeurs, de clarifier et centraliser les possibilités de formations dans ce domaine mais également de valoriser la spécialité, tout en laissant la liberté d'autres moyens de formations.

Un autre point soulevé par les participants à l'étude lors des entretiens était la nécessité d'avoir de l'expérience dans la réalisation des gestes techniques, avec notamment des questionnements sur l'influence de l'âge du praticien. Plusieurs travaux menés semblent aller en ce sens. Ainsi, la thèse de B. Boulard (8) retrouvait que les médecins généralistes effectuant le plus de gestes techniques étaient ceux de plus de 50 ans, résultats corroborés par d'autres études antérieures (27) (28). L'expérience semble être un atout pour la réalisation des gestes, avec une meilleure aisance à force de pratiquer, mais également la possibilité au fil des années de se former.

3. Méconnaissance, accessibilité aux soins et démographie médicale

"J'ai du mal à cerner les limites de ce que peut faire un docteur généraliste" (E8). Ce que ce participant sous-entend, comme d'autres au cours de l'étude, c'est qu'il existe une réelle méconnaissance des actes réalisés par le médecin généraliste. En effet, plusieurs études antérieures (13) (29) (30) mentionnaient les mêmes constatations tant au niveau de gestes tels que les sutures, mais également des gestes dermatologiques, ou d'interventions dites chirurgicales plus généralement. Cette méconnaissance transparaît dans le recours aux

soins autre que le médecin généraliste. Ainsi, nous constatons qu'un tiers des patients ayant recours aux urgences avait fait une démarche préalable d'avis auprès d'un médecin dans une enquête de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) en 2003 (31), chiffre qui dans le rapport de la Cours des Comptes de 2014 est identique (32). Ces résultats concernent tous les motifs de recours aux urgences et l'étude de L-A. Mendez menée à Rennes en 2018 sur le recours au service d'urgences pour des sutures réalisables au cabinet du généraliste retrouvait quant à elle un taux légèrement supérieur de 42,8 % de patients ayant pris un avis médical au préalable (29).

Pourquoi cette méconnaissance ? Une des explications possibles est tout d'abord une définition floue du geste technique. Mais il semblerait également qu'il y ait un manque d'informations concernant la pratique de leur médecin généraliste.

Une étude descriptive prospective portant sur 3142 consultations en 2003 retrouvait que les gestes techniques représentaient 8 % des consultations totales (33), une étude de la DREES de 2004 indiquait quant à elle 6% de consultations donnant lieu à la réalisation d'un geste technique (34). Mais quels sont les gestes les plus souvent pratiqués par les généralistes ? Dans cette enquête de la DREES, un acte technique sur deux était représenté par un vaccin, une fois sur quatre une injection, et dans un cas sur dix, par la pose ou ablation d'un fil de suture, puis la réalisation d'un électrocardiogramme dans moins d'un cas sur dix et le frottis. Ces résultats sont à interpréter avec prudence car les pratiques ont évolué depuis la réalisation de cette étude, notamment la pratique de l'électrocardiogramme qui s'est largement déployée. Le référentiel V2 de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de 2018 donne les actes de la nomenclature (donnant lieu à une cotation spécifique, excluant de fait les vaccins) (35) et recense les actes techniques les plus fréquents en médecine générale. Nous retrouvons en premier les actes de sutures, puis la pose et l'ablation d'implants contraceptifs sous-cutanés, la réalisation d'électrocardiogramme, la sclérose de varices, la désensibilisation à un allergène, le changement de dispositif intra-utérin, la ponction et l'infiltration articulaire. Nous voyons que la proportion des gestes techniques réalisés est faible, ne facilitant pas la connaissance de ceux-ci par les patients.

Une grande majorité des patients ayant participé à l'étude affirme des difficultés d'accès aux spécialistes effectuant des gestes techniques. Nous constatons ainsi selon l'enquête 2016-2017 de la DREES que le délai d'attente moyen pour avoir un rendez-vous chez un dermatologue est de 61 jours, et d'un mois et demi chez un gynécologue et un rhumatologue (36). Pourquoi de tels délais ? Une des explications retrouvées est liée à une évolution démographique à la baisse de certaines spécialités, notamment la gynécologie médicale, la dermatologie et la rhumatologie, celles-ci faisant partie des dix spécialités ayant les soldes déficitaires les plus importants (respectivement -80, -37 et -25) (37). Par ailleurs, même s'il

existe des disparités dans la distance d'accès aux spécialistes en fonction de la zone géographique et du type de spécialité, elle reste globalement satisfaisante. La proximité est cependant gage de confort dans les prises en charge, avec un besoin moindre en déplacements si les actes sont faits au cabinet du généraliste (38).

En ce qui concerne le recours aux urgences, la prise en charge d'actes de petite chirurgie représenterait environ 16% de l'activité (29), ce qui représente une activité non négligeable. Nous avons constaté au cours des entretiens qu'une partie des patients interrogés y voyaient en effet un recours aisé, et direct sans passer par une consultation ou un avis médical autre auparavant. Ce constat se retrouve également dans une autre étude portant sur la réalisation de sutures : 94 % des patients n'avaient pas consulté de médecin généraliste avant de se rendre dans un service d'urgences. Les raisons invoquées étaient une meilleure prise en charge estimée ainsi qu'une absence de connaissance de la réalisation possible au cabinet de médecine générale (39). Une troisième raison peut être invoquée, complémentaire des précédentes, la distance et le temps d'accès aux services d'urgences influencent le recours. En effet, le temps moyen d'accès à un service d'urgences est de 15 minutes pour 95 % de la population, rendant le recours facile (38) (8). Ne sachant pas que leur médecin généraliste, pourtant en moyenne situé à moins de 2 minutes par la route (38), peut réaliser ces gestes et ayant un service de soins spécialisés qu'ils considèrent comme plus performant à une distance raisonnable, les patients auraient tendance à plus se diriger vers les services d'urgences. Les médecins généralistes situés à plus de 15 minutes d'un service d'urgences faisaient plus de gestes techniques d'après l'étude de B. Boulard (8). Cela questionne donc sur une éventuelle disparité plus globale sur la réalisation de gestes en fonction de la localisation du praticien généraliste. Plusieurs études ont montré également que les médecins installés en zone rurale avaient tendance à pratiquer plus de gestes techniques que leurs homologues situés en zone urbaine (27) (28). L'accès plus facile à un médecin généraliste de proximité par rapport à un centre hospitalier ou à des spécialités autres situés plus loin du domicile, un accès plus facile pour les médecins généralistes urbains pour orienter vers des confrères spécialistes, des besoins différents en gestes de traumatologie pour les patients vivant en milieu rural peuvent expliquer cette disparité d'exercice. Peut-être aussi que ce terrain d'exercice plus favorable à la réalisation de gestes attire des praticiens ayant une appétence particulière pour cette pratique.

L'évolution de la démographie médicale des médecins généralistes pourrait expliquer également cette méconnaissance et la moindre réalisation de gestes techniques au cabinet du généraliste. Nous pouvons nous poser la question de l'accès à ces professionnels de santé de premier recours.

Selon l'Atlas 2020 de la démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins, le nombre de médecins généralistes a baissé de 1% depuis 2019, de 9% depuis 2010 (37). La tendance à l'horizon 2025 est une poursuite de la diminution des effectifs, avec perte d'un médecin généraliste sur quatre (40). Il y a donc de moins en moins de médecins généralistes sur le territoire. Cette évolution démographique se ressent pour les praticiens, avec en 2019, 7 généralistes sur 10 estimant une offre de soins insuffisante dans leur zone d'exercice. Dans cette enquête de la DREES, 3 sur 4 évoquaient des difficultés à trouver des confrères spécialistes pour la prise en charge de leurs patients, notamment en lien avec les délais pour obtenir un rendez-vous, par exemple en dermatologie. Environ un tiers envisage même de se spécialiser, notamment en gynécologie (41).

Devant l'ensemble de ces constats, une réorganisation des soins avec une adaptation des pratiques est à envisager.

4. Travailler en réseaux de soins

Réorganiser les soins ville-hôpital

Selon le rapport de la Cour des Comptes de 2014 (32) relatif aux urgences hospitalières, la problématique de saturation et de réorganisation des services d'urgences passe par une plus grande articulation entre l'hôpital et la médecine de ville. Dans une étude rennaise (42) de 2014, un tiers des médecins généralistes réservait des créneaux dédiés à la prise en charge du soin non programmé, et seulement un tiers d'entre eux avaient une salle dite d'urgence.

Mais comme le rapport le suggère, la permanence de soins doit être repensée, en confortant le rôle des maisons de santé pluri-professionnelles. Leur adjoindre un plateau technique, accessible lors des périodes de permanence des soins pourrait permettre de pallier en partie cette problématique organisationnelle. De plus en plus de médecins généralistes exercent en groupe désormais. En 2019, 61% d'entre eux déclaraient ce type d'activité, contre 57 % en 2014 (43). Une tendance qui favorise l'exercice en maison de santé pluri-professionnelle et une organisation des soins non programmés différente. L'étude de B. Boulard en 2014 retrouvait déjà que les praticiens en cabinet de groupe réalisaient plus de gestes techniques que ceux exerçant seuls (8). Certains cabinets fonctionnent déjà avec une rotation entre médecins pour assurer chacun leur tour dans la semaine une permanence de soins urgents. Au-delà des maisons de santé pluri-professionnelles, la promotion de la création de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) est au cœur du plan "Ma Santé 2022" (44). Ces CPTS constituent un nouveau cadre et une opportunité pour faire évoluer les pratiques et organisations des professionnels de santé, au service de la population d'un territoire. La constitution des CPTS se fait à l'initiative des professionnels

libéraux des domaines sanitaire, médico-social et social, exerçant à proximité sur un même territoire pour progresser dans le décloisonnement du système de santé. "*L'exercice isolé – c'est-à-dire d'un professionnel de santé seul dans son cabinet – doit devenir l'exception à l'horizon 2022.*" (45). Deux des missions prioritaires consistent en l'amélioration de la prise en charge des soins non programmés en ville et de l'organisation des parcours des patients en vue d'éviter les ruptures de soins (46). Les CPTS facilitent ainsi la réalisation des gestes techniques en médecine de ville par les médecins généralistes, ceux-ci étant au cœur de ces nouvelles organisations de soins.

Comme le suggérait un des participants à l'étude au cours des entretiens, il serait intéressant d'organiser l'exercice de groupe avec un médecin généraliste plus spécialisé dans un domaine en lien avec les gestes techniques. Il pourrait être imaginé qu'un praticien du cabinet pratique des actes de chirurgie dermatologique, ou bien des ponctions/infiltrations articulaires par exemple. Ce mode de fonctionnement avait été cité au cours d'un des entretiens où un praticien d'un cabinet de groupe était compétent en chirurgie d'ongles incarnés et recevait des patients orientés par ses associés. Ce mode de fonctionnement existe en maison de santé pluri-professionnelle, avec des patients adressés par les associés médicaux (médecins, sages-femmes) et paramédicaux. Cet aspect est également retrouvé dans les travaux de S. Joubert (13). Il existe une cotation spécifique APC (Avis Ponctuel de Consultant) qui permet à un médecin spécialiste, y compris spécialiste en médecine générale, de coter sous certaines conditions bien définies une consultation demandée explicitement par un médecin référent généraliste (47). Le montant de cet acte est de 50 € (48). A l'image de ce qui se fait ainsi déjà pour les autres spécialistes vers qui le médecin référent adresse des patients, cette cotation peu connue du généraliste pourrait permettre de valoriser l'expertise acquise par certains praticiens généralistes pour la réalisation de divers gestes.

L'exercice de groupe permet de mettre en commun l'infrastructure et le matériel et ainsi de partager un meilleur plateau technique. La Haute Autorité de Santé a d'ailleurs édité un guide sur les niveaux d'environnement techniques pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire (49). B. Boulard souligne justement que l'exercice de groupe via le regroupement de plus en plus fréquent sous forme de Sociétés Civiles de Moyens (SCM) permet plus facilement cette mise en commun, permettant également la diminution des coûts en lien avec l'équipement. Le coût financier des gestes techniques en cabinet de médecine générale est d'ailleurs un des freins à leur réalisation selon plusieurs études (13) (8) (29) (50). Revaloriser la rémunération des actes techniques pourrait favoriser également leur réalisation.

Ainsi, d'autres gestes techniques pourraient être développés, comme le suggéraient plusieurs participants à l'étude. La réalisation d'échographies au cabinet de médecine générale est une des pistes d'évolution des pratiques possibles, dans un contexte où l'accessibilité à cet examen devient de plus en plus difficile, compte tenu de la demande croissante sans augmentation parallèle du nombre de radiologues (51). L'exercice groupé permettrait par exemple l'achat d'un appareil d'échographie qui serait trop onéreux seul.

La réalisation de radiographies au sein du cabinet de médecine générale semble quant à elle plus délicate à mettre en place. En effet, cela nécessiterait un équipement très spécifique avec une gestion du risque des rayonnements ionisants, du temps avec potentiellement du personnel dédié pour la réalisation, mais aussi une formation complémentaire pour les généralistes, tant pour la réalisation de l'imagerie que pour son interprétation. Les cabinets dentaires possèdent pour beaucoup d'entre eux déjà ce type de matériel pour la réalisation de panoramiques dentaires. L'association en maison de santé pluri-professionnelle avec des dentistes pourrait par exemple permettre la réalisation de radiographies simples, avec mise en commun des moyens techniques et humains. Certains ont suggéré la réalisation de bilans biologiques de type prélèvements sanguins au cabinet du médecin généraliste. La littérature sur le sujet est pauvre, et l'on comprend qu'en pratique, plusieurs obstacles existent. Devant la pluralité des bilans sanguins possibles avec leurs techniques de prélèvement, leurs délais d'acheminement propres pour analyse ainsi qu'une temporalité spécifique pour certains (par exemple, glycémie à jeun), il faudrait une organisation complexe à mettre en place. Cependant pour d'autres types de prélèvements (Examens Cytobactériologiques des Urines, Frottis cervico-vaginaux, Test de diagnostic rapide de l'angine à Streptocoque B, ou bien dans l'actualité plus récente, les tests PCR (Polymerase Chain Reaction) et Antigéniques du Sars Cov 2 par prélèvements nasopharyngés), la réalisation au cabinet de médecine générale est aisée à condition pour certains d'avoir une coordination avec un laboratoire d'analyses biologiques de proximité.

Si nous comparons avec nos voisins Allemands, 56 % des médecins généralistes en Allemagne pratiqueraient un exercice particulier (contre 28% en France), selon une étude de 2014 (52). L'organisation des soins primaires allemands repose entre autres sur les MZV (Medizinische Versorgungszentren), centres de soins ambulatoires. Leur création en 2004 répond à un besoin en actes médico-techniques de proximité. Les MZV gérés par des libéraux de plus de dix médecins peuvent avoir un plateau technique (imagerie le plus souvent) voire un petit bloc pour la réalisation d'endoscopies, chirurgie de varices ou bien encore chirurgie dermatologique. Les médecins de ville réalisent aussi plus souvent qu'en France des échographies, mais aussi des prélèvements biologiques, avec le principe de biologie délocalisée (53).

Tout cela nécessite cependant de libérer du temps pour le praticien pour réaliser et se former à ces gestes et techniques. L'exercice de groupe permet plus facilement de libérer du temps pour la formation. Ainsi, comme le montrait déjà cette étude nationale réalisée sur onze ans, les médecins exerçant en groupe se forment plus (54). On peut penser qu'il est plus aisé de prendre un jour en dehors du cabinet en sachant que les urgences du jour pourront être vues par un confrère.

Malgré cela, il existe une problématique actuelle de saturation de l'emploi du temps du médecin généraliste et cela pour plusieurs raisons.

Selon une étude de la DREES de 2018, on constate une baisse du temps médical disponible pour les médecins généralistes, s'expliquant par une diminution du nombre de médecins en exercice. Les départs à la retraite non compensés par les nouvelles installations de praticiens en sont notamment la cause (55). Une autre enquête de la DREES de 2019 confirme cette tendance avec près de 80% des généralistes rencontrant des difficultés à répondre aux sollicitations des patients, près de 50% sacrifient le temps dédié à leur formation continue et seuls 28% d'entre eux arrivent à accepter les demandes de soins non programmés (41).

C'est dans ce contexte que la création d'une nouvelle spécialité d'infirmiers en pratique avancée (IPA) a été votée dans le cadre du Projet de Loi de Santé 2018-2022 (56). L'objectif est de former des assistants médicaux soit auprès de médecins libéraux ou hospitaliers, soit en exercice libéral. Néanmoins, concernant les gestes techniques, cette nouvelle profession intermédiaire entre médecin et infirmier ne s'applique pas réellement car seuls seize actes techniques peuvent être réalisés par un IPA (cf Annexe 2), la plupart faisant déjà partie du champ de compétences d'un infirmier diplômé d'Etat, mais pouvant être réalisés sans prescription médicale dans ce cadre (57). Nous pourrions envisager que par la suite, ces assistants médicaux puissent être habilités à réaliser d'autres gestes techniques à l'image des sutures par exemple, comme le proposaient des participants au cours des entretiens : *"Il pourrait avoir des aides particulières, il pourrait y avoir des infirmières qui peuvent aider à réaliser certains gestes aussi. Un geste technique en particulier pourrait être fait par quelqu'un d'autre pour lui faire gagner du temps et moins de stress pour lui aussi"* (E1).

5. Connaître ses limites

Le champ des possibles est donc très large, mais comme le souligne très justement ce participant *"C'est un peu normal qu'à un moment donné le médecin s'arrête à ses connaissances et à son métier de généraliste"* (E15). Le Serment d'Hippocrate (58) énonce

ce principe de déontologie : *"Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés"*. Le Code de la Santé Publique insiste également sur cet aspect : *"Tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose"* (59).

Les limites à la réalisation de certains gestes peuvent également être d'ordre assurantiel, avec les exigences de différents assureurs demandant aux praticiens de lister les actes techniques pour lesquels ils pourront être couverts, engendrant potentiellement le paiement d'une surprime.

Il est donc du devoir du praticien de connaître ses limites, et aussi primordial d'assurer une pratique raisonnée en fonction de ses compétences professionnelles, matérielles, humaines et personnelles, tant dans l'intérêt du patient que du médecin.

6. Le risque médico-légal

Un des freins évoqués par les patients à la réalisation de gestes techniques par le médecin généraliste est le risque médico-légal. De plus en plus, le terme de judiciarisation est employé pour désigner le recours à une solution judiciaire en cas de litige. Nous constatons en France un nombre croissant de ces recours depuis les années 1960, avec tendance à la stagnation ces dernières années (60). Cette crainte est alimentée entre autres par une médiatisation de plus en plus importante des "procès médicaux" (61). Face à ce sentiment, on constate l'émergence de la médecine dite "défensive". J. Barbot et E. Fillion dans la revue *Sciences sociales et santé*, définissent ce concept comme une *"médecine de l'évitement dans laquelle la préoccupation des médecins consiste davantage à se prémunir contre le risque judiciaire qu'à dispenser des soins appropriés à leurs malades."* Elle est ainsi considérée comme pourvoyeuse de renoncement par les médecins à la réalisation de certains actes qu'ils jugent risqués du point de vue judiciaire. Ils soulèvent également une notion intéressante de risque de destruction du *"rapport de confiance jusqu'alors considéré comme fondement absolu du colloque singulier médecin/malade, [qui] ne serait d'ailleurs plus si singulier puisque, derrière chaque malade, la figure du juge se profilerait désormais"* (62). Dans une étude de 2007 réalisée auprès de médecins généralistes dans le département de Côte d'Or, 70% des praticiens de moins de 45 ans avaient peur d'une judiciarisation et 30 % pour les plus de 45 ans (63). La revue *Prescrire* en 2010 donnait quant à elle une vision plus rassurante du risque médico-légal, en retrouvant finalement que

la crainte liée était souvent exagérée par rapport au risque réel (61). Il y a donc un vrai travail de fond à mener pour lever ces freins à la réalisation du geste technique.

7. La communication et l'information médicale

"Je pense qu'on demande d'abord à son médecin généraliste, pour moi, c'est la base, le point de départ" (E5). La communication autour du geste technique est la pierre angulaire de toute prise en charge dans ce domaine et dans les autres. Comme vu précédemment, il existe une réelle méconnaissance des gestes réalisables. Une amélioration de l'information est nécessaire. Par quels moyens peut-elle être améliorée ? Comme nous l'avons vu au cours des entretiens, la salle d'attente est un lieu que les patients semblent vouloir être plus investi comme outil de communication. En effet, ce lieu singulier de passage et de séjour précède la rencontre avec le médecin et peut donner lieu à des temps passés plus ou moins longs. Ce temps et cet espace ont donc tout intérêt à être mis à profit. Il existe déjà un cadre légal de l'affichage en salle d'attente, avec pour obligation l'indication des tarifs des actes principaux effectués (64). Les patients sont ainsi informés des actes techniques réalisés par le praticien. Mais cela n'est à l'évidence pas suffisant, même si selon une étude britannique, 95 % des patients lisent l'affichage en salle d'attente (65). Il semblerait cependant que cet affichage soit efficace et pertinent de manière générale (66), d'autant plus sous forme d'affichage vidéo comme le montre la thèse d'A. Brunet (67). Un des participants à l'étude trouvait en effet qu'imager l'information serait plus pertinent qu'un texte. Nous pourrions donc envisager de mieux concevoir l'affichage sur les actes réalisables par le praticien, soit sous forme d'affiches imagées ou bien sur écrans en salle d'attente, tout en veillant à ne pas surcharger d'informations les patients, au risque de perdre en efficacité dans la communication.

Au-delà de l'affichage en salle d'attente comme mode de communication, il semble intéressant d'en développer d'autres aspects. Un autre point soulevé lors des entretiens était l'évolution des modes de communication avec l'omniprésence du numérique. Ainsi, le développement d'un site internet d'information dédié au cabinet, avec les différentes pratiques du cabinet, imagées par des vidéos explicatives par exemple pourraient renforcer l'adhésion et l'information des patients. Les sites de prises de rendez-vous en ligne comme Doctolib® proposent déjà de faire préciser par le patient le motif du rendez-vous par un menu déroulant personnalisable par le praticien, et ainsi informer sur ses pratiques. Développer ce système en détaillant plus les actes réalisables pourrait déjà transmettre ces informations. Cependant, lorsque le patient se rend sur ce type de site, son objectif est de sélectionner le motif du rendez-vous voulu et risque de ne pas mémoriser les autres motifs proposés. Il

s'agit de moyens intéressants mais non suffisants individuellement. S. Joubert dans sa thèse proposait de diversifier les modes de communication sur les gestes techniques effectués, notamment la pratique de la chirurgie via une mention sur la plaque professionnelle et sur les ordonnances (13). Ces pistes peuvent être intéressantes mais nous pouvons nous questionner sur sa faisabilité et la réelle attention portée par les patients à ces éléments. Aucun des participants à l'étude n'en a fait mention, mais ce travail n'a pas vocation à être exhaustif.

La création en 2004 du parcours de soins coordonné met le médecin généraliste au centre de la coordination de soins (68). Ce parcours de soins induit entre autres une incitation financière à passer par le médecin référent pour l'accès aux spécialistes (sauf exceptions, telles que les gynécologues, ophtalmologues, pédiatres qui sont accessibles directement). Sans courrier de la part du médecin généraliste, la consultation chez un spécialiste accessible via le parcours coordonné est moins bien remboursée. Le patient peut alors être informé par le médecin généraliste que le geste technique pour lequel il sollicite un courrier vers un spécialiste est éventuellement réalisable au cabinet de médecine générale. Par ce biais, le parcours de soins coordonné permet d'étoffer les moyens d'information médicale, notamment sur les actes techniques.

8. Le lien médecin généraliste-patient

L'expérience de gestes techniques chez le médecin généraliste au cours des entretiens menés était globalement très satisfaisante, de par un accès au médecin généraliste qui s'est révélé aisé, avec une bonne disponibilité du praticien, et une rapidité de prise en charge contrairement aux autres spécialistes. Cette observation se retrouve dans d'autres travaux d'études en France (13) mais également à l'étranger notamment en Espagne, au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande (11) (12) (50) (69) (70). Cette satisfaction s'explique également par une certaine proximité relationnelle, un lien unique entre le patient et son médecin généraliste.

La relation entre le médecin et le patient est un élément majeur de la prise en charge médicale, y compris dans le domaine des gestes techniques. Comme rapporté plusieurs fois au cours des entretiens, la notion de relation de confiance domine. Quelles sont les composantes de cette confiance ?

Il semblerait que le discours du médecin ait son importance. Selon une étude de 2003 parue dans la revue *Exercer*, le médecin doit être rassurant, tout en sachant dire la vérité, avoir un

bon contact et une aptitude aux relations humaines. Le patient attend du médecin des aptitudes à le convaincre (71).

Au-delà du discours verbal, d'autres phénomènes sont en jeu lorsqu'il s'agit de la relation médecin-patient. *"Je suis quelqu'un d'assez instinctif, le Dr X quand je l'ai vu, je me suis dit qu'il n'y aurait pas de problème"* (E8). Une bonne communication non verbale permet de construire la relation de confiance. Selon la thèse de B. Sala, *"La communication non verbale et le para-langage englobent les silences, gestes, postures, expressions faciales, ton de la voix, rythme de l'élocution, vêtements, coiffure, environnement. Ils complètent le message auditif. Elle exprime les émotions, les sentiments, les valeurs. Cette communication renforce et crédibilise le message verbal lorsqu'elle est adaptée, mais peut décrédibiliser ce même message si elle est inadaptée"* (72). On voit donc l'importance que cet aspect de la communication peut avoir dans la relation de confiance. Plusieurs travaux dans la littérature vont en ce sens avec une meilleure satisfaction du patient, une diminution de la plainte et de la douleur si la relation est positive (73). L'attitude générale du médecin est gage d'un climat de consultation favorable et permet une relation thérapeutique de qualité pour une prise en charge optimale du patient (74).

Un des participants à l'étude suggère le fait que le geste technique pratiqué par le médecin généraliste favorise l'observance de la réalisation du geste : *"Le fait que ce soit ton propre médecin qui te fait cet examen-là, je pense qu'il y en a qui feraient plus souvent des examens"* (E15). Les travaux de S. Joubert sur la réalisation de gestes chirurgicaux au cabinet du généraliste semblent confirmer cela. En effet, dans cette étude, les patients se disaient très satisfaits, et rapportaient même préférer être opérés chez leur médecin généraliste, résultats confortés par d'autres études internationales. Une des explications avancées était le contexte plus rassurant, lié à la confiance portée envers leur médecin généraliste (13). Si l'on se réfère à la définition de l'observance proposée par la psychologue C. Tourette-Turgis, *"l'observance désigne les capacités d'une personne à prendre un traitement selon une prescription donnée. Ces capacités sont influencées positivement ou négativement par des cofacteurs cognitifs, émotionnels, sociaux et comportementaux qui interagissent entre eux."* (75). Nous comprenons alors à la lumière de tous ces éléments que la relation médecin-patient influence l'observance des soins proposés et ainsi la prise en charge dans sa globalité. Selon une étude Lilloise de 2017 (76), 57% des patients ont une confiance jugée élevée en leur médecin généraliste. Au vu des résultats précédents, améliorer la qualité de la communication et ainsi la relation entre le praticien et le patient pourrait favoriser la confiance de ceux-ci envers le généraliste.

II. Intérêt et limites de l'étude

1. Intérêt de l'étude

Plusieurs études préalables menées auprès de médecins généralistes se sont intéressées à la réalisation des gestes techniques au cabinet de médecine générale, et une seule auprès de patients, mais celle-ci ne portait que sur la petite chirurgie. Aucune jusque-là ne s'était intéressée au point de vue du patient sur l'ensemble de ce sujet. Il s'agit donc d'une étude originale de par la population ciblée par le sujet mais également par le type d'étude choisi pour le traiter. Ainsi, ce travail s'inscrit dans une démarche de recherche en médecine générale où le patient est replacé au centre du soin et acteur du sujet étudié.

Le choix d'une étude qualitative a été fait dans le but d'identifier des besoins et des solutions pour permettre d'améliorer la qualité des soins. Elle a semblé être la plus pertinente pour explorer le sujet, en étudiant les représentations et ressentis des patients. L'objectif de cette étude n'est pas l'exhaustivité des données mais de dégager des tendances par une démarche inductive allant de l'observation à l'élaboration d'hypothèses (77).

Le choix d'une étude qualitative a paru également pertinent pour la pratique de la médecine générale car elle permet de développer des compétences en communication, via l'utilisation de méthodes semblables à celles utilisées pour l'entretien motivationnel, servant au quotidien au cours des consultations.

Dans ce type d'étude, le choix de l'échantillon n'a pas pour vocation à être représentatif de la population, mais l'échantillon a été élaboré pour refléter la diversité des pratiques (urbaine, semi-rurale, rurale). Le choix d'entretiens individuels a permis une plus grande liberté d'expression pour les participants, et de faciliter l'organisation de l'étude par rapport à l'organisation de focus groups.

Le guide d'entretien a été élaboré à l'aide de questions ouvertes, afin de favoriser l'expression et le discours des patients, et ainsi d'enrichir les idées transmises au cours des entretiens. Cependant, il a parfois été nécessaire pour alimenter la suite des entretiens de relancer ponctuellement par une question fermée.

Les données ont été recueillies jusqu'à saturation des données pour permettre une meilleure qualité de celles-ci. La saturation des données reste tout de même un concept relatif.

L'enquêtrice n'était pas connue des participants pour la très grande majorité. Cela a permis une meilleure neutralité et d'éviter qu'une relation préexistante n'influence les données.

Il a été procédé à un double codage des entretiens afin d'augmenter la validité de l'étude en limitant la subjectivité de l'analyse des données.

2. Limites de l'étude

Plusieurs biais sont présents dans cette étude, certains inhérents à l'étude qualitative.

Il existe un biais de sélection. Nous pouvons penser que les patients ayant accepté de participer avaient un attrait pour le domaine et se sentaient plus concernés, d'autant qu'au cours du recueil, il a été décidé de sélectionner des participants ayant eu des gestes techniques chez le médecin généraliste plus spécifiquement afin d'enrichir les données. Les premiers entretiens menés sans cibler cette population étaient en effet moins riches. Mais nous pouvons penser qu'il s'agissait plutôt d'un manque d'entraînement de l'enquêtrice à la pratique en recherche qualitative. Cependant, en perfectionnant les échanges au fur et mesure du recueil, les patients avaient tous finalement eu au moins un geste technique dans leur parcours de soins.

Un biais de désirabilité peut être présent, avec un discours pouvant être influencé par une volonté de se montrer sous son meilleur jour et de vouloir répondre ce que le participant pense être la "bonne" réponse pour l'enquêtrice.

Les études qualitatives sont des études "opérateur-dépendant". Il existe un biais lié au type-même de méthode employée pour l'étude, à savoir un biais de subjectivité du chercheur et d'intervention lors du recueil des données. En effet, les réponses données peuvent être influencées par l'attitude de l'enquêtrice, par sa communication non verbale. Elles peuvent également être influencées par le statut de l'enquêtrice. Les participants savaient qu'il s'agissait d'une étudiante en médecine générale, ce qui peut modifier le discours réel et l'adapter. Cependant, en voulant lever ce biais par un enquêteur tiers jugé comme neutre pour réaliser les entretiens, la validité de l'étude aurait pu être augmentée. Néanmoins, elle aurait certainement perdu en richesse du discours et des données, de par de moindres relances et une moins bonne connaissance du sujet par l'enquêteur.

Le biais d'interprétation de la part de l'enquêtrice a été limité par un double codage.

Le biais de mémorisation, biais fréquent qui peut être rencontré dans la plupart des types d'études est inévitable ici mais non quantifiable. Il peut entraîner des oublis ou bien une mauvaise compréhension des questions.

La première question de l'entretien sur la définition du geste technique a souvent été source de long silence perplexe après qu'elle ait été posée. Le souci de la définition des termes du sujet parfois obscure pour le patient a pu entraîner une difficulté de compréhension. Cette difficulté a pu être levée par l'apport de précisions et d'une définition subjective de l'enquêtrice.

CONCLUSION

L'objectif principal de cette étude était de déterminer les représentations et les attentes des patients concernant les gestes techniques réalisables chez le médecin généraliste.

Il en ressort que la définition des gestes techniques est une notion floue de manière générale, que l'accessibilité au médecin généraliste pour la réalisation de ces actes techniques est bonne et représente pour les patients un recours aisé. Ce dernier reste cependant limité pour une partie d'entre eux, avec un besoin d'adapter le réseau de soins actuel. Il existe un questionnement sur la formation initiale et continue du praticien, qui selon eux, impacte fortement la réalisation des gestes techniques. Une des attentes majeures retrouvée au cours des entretiens concerne l'information et la communication autour des actes pratiqués par leur médecin généraliste. Dans l'ensemble, la relation qui les unit au médecin généraliste est un déterminant fort de la prise en charge technique et globale.

Quand on confronte ces résultats à ceux de la littérature, qui est constituée principalement du point de vue du médecin généraliste, nous constatons une certaine corrélation entre les représentations et attentes des patients et celles des praticiens. Nous pouvons ainsi penser que leur vision des gestes techniques reflète assez bien la réalité du médecin généraliste.

Les notions soulevées au cours de cette étude concernent le domaine spécifique des gestes techniques, mais elles sont finalement pour la plupart applicables à l'ensemble de la pratique de la médecine générale.

Au travers de cette étude, plusieurs pistes d'amélioration se dégagent pour améliorer l'accès aux gestes techniques en médecine générale.

Tout d'abord, ne pourrait-on pas remplacer dans le langage courant le terme de médecin généraliste qui évoque des connaissances "basiques" par d'autres termes comme "omnipraticien", "médecin polyvalent" ou bien encore "pluridisciplinaire", qui renforcent l'idée d'une pratique variée et plus positive que le terme "généraliste" ?

Au-delà de l'aspect sémantique, c'est véritablement la communication autour du geste technique qu'il faut préciser, car même si celle-ci se retrouve au centre de la "*marguerite des compétences*" (1) du groupe national d'experts en médecine générale, elle reste une compétence déficitaire. Ne pourrait-on pas envisager une formation systématique dédiée à cette compétence sous tous ses aspects ? Et dans le domaine spécifique des gestes techniques, trouver un outil de communication ciblé auprès de la population ?

L'avenir de la pratique de la médecine générale semble être la poursuite de la création de maisons de santé. Ce type d'exercice pluridisciplinaire, renforcé par la création et le développement des CPTS, vise à être le support idéal pour le développement de l'accès aux soins, notamment les gestes techniques. Des travaux complémentaires pourraient

s'intéresser à la pratique spécifique des actes techniques en leur sein, afin de développer un exercice varié s'appuyant sur les moyens matériels et humains qu'elles permettent, dans une optique de réponse aux besoins de soins de la population.

BIBLIOGRAPHIE

1. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;24(108):148-55.
2. Classification commune des actes médicaux : guide de lecture et de codage [Internet]. Caisse Primaire d'Assurance Maladie; Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1678/guide_lecture_complet_01082008.pdf
3. Philippet D. L'Observatoire de l'accès aux soins –Vague 2 [Internet]. IFOP, Jalma; 2012. Report No.: 110750. Disponible sur: https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/2076-1-study_file.pdf
4. Grève aux urgences : 5 axes pour améliorer la qualité de la prise en charge et des conditions de travail ; Communiqué de presse [Internet]. ARS Ile-de-France; 2019. Disponible sur: https://www.sfm.u.org/upload/20_actualites/actussfm/u/cp_ars_190626.pdf
5. Chapitre XII, Les urgences hospitalières: une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser [Internet]. Cours des Comptes; 2014. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf
6. Lecler A-S, Diserbo A. Les freins et motivations des médecins généralistes d'Isère et Savoie à la réalisation d'actes techniques cotés par la classification commune des actes médicaux: sutures, petite chirurgie, et gestes de dermatologie: enquête qualitative auprès de médecins généralistes installés [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Grenoble Alpes; 2017.
7. Coowar B. Prise en charge de la petite traumatologie en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Rouen, France]: Université de Rouen; 2011.
8. Boulard B. Réalisation des gestes techniques en cabinet libéral: étude des pratiques des médecins généralistes en Haute-Normandie [Thèse d'exercice]. [Rouen, France]: Université de Rouen; 2013.
9. Gerber B. Freins à la réalisation de gestes techniques infiltrations et sutures dans les cabinets de médecine générale en Alsace, 1ère partie : etude qualitative. [Strasbourg, France]: Université de Strasbourg; 2019.
10. Tamisier T. Les futurs médecins généralistes pratiqueront-ils les sutures en cabinet de ville? [Paris, France]: Université Paris Descartes; 2015.
11. Brown J, Risdill Smith R, Cantor T, Chesover D, Yearsley R. General practitioners as providers of minor surgery-a success story? *Br J Gen Pr*. avr 1997;205 210.
12. George S, Pockney P, Primrose J, Smith H, Little P, Kinley H, et al. A prospective randomised comparison of minor surgery in primary and secondary care. the MYSTIC trial. *Health Technol Assess*. mai 2008;12(23).

13. Joubert S, Ladet A. La chirurgie programmée au cabinet de médecine générale: étude qualitative auprès de patients opérés dans un cabinet de médecine générale semi-rural. [Montpellier, France]: Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes; 2015.
14. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles. 2003.
15. ameli.fr - Actes techniques de la CCAM [Internet]. [cité 7 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/actes-techniques-de-la-ccam.php>
16. guide_lecture_complet_01082008.pdf [Internet]. [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1678/guide_lecture_complet_01082008.pdf
17. Procédures et interventions en milieu extrahospitalier: guide d'exercice. Collège des médecins du Québec; 2011.
18. Demichel F, Penaud P. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. Journal Officiel oct, 2001.
19. Deregnaucourt C. Etat des lieux et analyse de la réalisation des actes techniques en cabinet médical de ville par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais [thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
20. Barjoud G. Etat des lieux sur la pratique des gestes techniques en cabinet de médecine générale dans les Hauts de France [Thèse d'exercice]. [Amiens, France]: Université Picardie Jules Verne; 2019.
21. Alchimowicz S. Pratique et avenir des gestes techniques en médecine générale: enquête auprès de 120 médecins généralistes du département du Haut-Rhin [Thèse d'exercice]. [Strasbourg, France]: Université de Strasbourg; 2012.
22. Gay B, Saccone P, Valverde-Carrillo A. 80 gestes techniques en médecine générale. 1ère édition. Masson; 2006. 322 p.
23. Tepper S, Guenin A. Gestes en médecine et petite chirurgie. Maloine; 2020. 153 p.
24. Collège National des Généralistes Enseignants. Formation-Atelier Infiltrations [Internet]. [cité 7 avr 2021]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_formation/formations/detail/169/
25. Formation « gestes techniques en soins primaires » [Internet]. MG Form PACA. [cité 7 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.mgformpaca.org/formations-continues-andpc/formation-gestes-techniques-en-soins-primaires/>
26. Royal College Of General Practitioners. Training and Practice-General Practitioners with Extended Roles [Internet]. [cité 7 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.rcgp.org.uk/training-exams/practice/general-practitioners-with-extended-roles.aspx>
27. Olivier Ch. Etude de la pratique de gestes techniques au cabinet de médecine générale dans le département de la Somme [Thèse d'exercice]. [Amiens, France]: Faculté d'Amiens; 2009.

28. Dubois Jacque V. Les gestes techniques en médecine générale, états des lieux en Loire Atlantique et Vendée [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Université de Nantes; 2012.
29. Mendez L-A. Évaluation des déterminants chez les patients se rendant aux urgences pour des sutures réalisables en ambulatoire [Thèse d'exercice]. [Rennes, France]: Université de Rennes; 2016.
30. Bureaux V. Les pathologies dermatologiques en médecine générale: difficultés et propositions des généralistes. [Rouen, France]: Faculté de médecine de Rouen; 2012.
31. Baubeau C. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. DREES. 2003;12.
32. rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf [Internet]. [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf
33. Jammet I. Etudes sur une typologie des consultations en médecine générale Résultat d'une étude descriptive prospective sur 3142 consultations. [Poitiers, France]: Université de Poitiers; 2004.
34. DREES. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. 2004;12.
35. Référentiel CPAM V2 : Liste des codes les plus fréquents pour la spécialité médecine générale [Internet]. Caisse Primaire d'Assurance Maladie; 2018. Disponible sur: http://www.cps.pf/files/4_medecine_generale_-_liste_des_codes_les_plus_frequents.pdf
36. DREES. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste [Internet]. DREES; 2018. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1085-2.pdf>
37. Bouet P, Gerard-Varet J-F. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2020 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medecale_2020_tome1.pdf
38. Coldefy M, Lucas-Gabrielli V, Com-Ruelle L, Marcoux L. Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1er janvier 2007 [Internet]. IRDS; 2011 p. 111. Report No.: 550. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2011/rap1838.pdf>
39. Ceysson C. Les obstacles à la suture de plaies en cabinet de médecine générale: enquête quantitative auprès de l'offre et de la demande dans le département du Cantal [Thèse d'exercice]. [Clermont Ferrand, France]: Université de Clermont Ferrand; 2011.
40. Bouet P, Rault JF, Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France situation au 1er janvier 2016. Conseil National de l'Ordre des Médecins;
41. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale [Internet]. DREES; 2020. Report No.: 1140. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1140.pdf>
42. Pforr A. Évaluation de l'impact de la prise en charge de l'urgence dans la pratique quotidienne du médecin généraliste. [Rennes, France]: Université de Rennes 1; 2014.

43. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe [Internet]. DREES; Report No.: 1114. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-07/er1114.pdf>
44. Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé [Internet]. JORF n°0172 juill, 2019. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038821260/>
45. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
46. L'Assurance Maladie. Communautés professionnelles territoriales de santé : décryptage de l'accord signé [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-decryptage-de-laccord-signé>
47. Utiliser au mieux l'Avis Ponctuel de Consultant [Internet]. 2019 [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/utiliser-au-mieux-l-avis-ponctuel-de-consultant.html>
48. Tarifs des médecins spécialistes en France métropolitaine [Internet]. 2020 [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/tarifs-specialistes/metropole>
49. Quels niveaux d'environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire ? [Internet]. HAS; 2010. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-02/rapport_definition_environnements_techniques.pdf
50. Taneja A, Singh PP, Tan JPL, Hill DG, Connolly AB, Hill AG. Efficacy of general practitioners with specialty interests for surgical procedures. mai 2015;(85(5)):344.
51. Hoarau F. L'échographie en médecine générale, est-elle utile ? [Thèse d'exercice]. [Saint Denis, La Réunion]: Université de la Réunion; 2019.
52. Chababe A. Le contenu de la consultation de médecine générale en Allemagne : une étude comparative avec la France [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université de Lille 2; 2014.
53. Imbaud C, Garassus P, André J-M, Langevin F. Le développement de centres de santé pluridisciplinaires de proximité en Allemagne : les Medizinische Versorgungszentren. Santé Publique. 2016;28(5):555-68.
54. Baudier f, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. sept 2010;(157):1-6.
55. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population [Internet]. DREES; 2020. Report No.: 1144. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1144.pdf>
56. Colmas J-F. La pratique avancée en soins infirmiers : mise au point et perspectives pour la médecine générale [Thèse d'exercice]. [Nice, France]: Université de Nice Sophia-Antipolis; 2019.

57. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique. JORF n°0164 du 19 juillet 2018, Annexe I.
58. Le serment d'Hippocrate [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 7 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
59. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. 2004-802. Sect. Article R.4127-70 du code de la santé publique juill 29, 2004.
60. Dreyfus D, Lemaire F, Outin H. La judiciarisation de la médecine. Edition médecine-sciences. Paris: Flammarion; 2004. 48 p.
61. La Revue Prescrire. Judiciarisation de la médecine : réalité ou idée reçue ? juill 2010; Tome 30(321):536-41.
62. Barbot J, Fillion E. La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès. Sci Soc Santé. févr 2006;24:5-33.
63. Plu I, Dodet P, Bertaut S, Pursell-François I, Blettery B, Moutel G. Le médecin et la peur du procès : Enquête auprès de 139 généralistes en Côte d'Or; La Revue du Praticien de Médecine Générale, 2007; 21:295-7.
64. Stefani F. Informations dans la salle d'attente du médecin. Rapport adopté lors de la session des 5 et 6 octobre 2000I. Conseil national de l'Ordre des médecins; 2000.
65. Ward K, Hawthorne K. Do patients read health promotion posters in the waiting room: A study in one general practice. Br J Gen Pract, 1994, vol.44, n° 389, p. 583-585.
66. Thibaut Marquant M-L. La prévention par exposition d'affiches dans les salles d'attente des médecins généralistes : une étude qualitative sur le ressenti des patients. [Rouen, France]: Université de Rouen; 2018.
67. Brunet A. Perceptions et attentes des patients suite à l'installation d'un écran d'information en salle d'attente : enquête qualitative. [Tours, France]: Université François Rabelais; 2017.
68. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Internet]. JORF n°0190 août 17, 2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000625158/>
69. Arribas Blanco JM, Gil Sanz ME, Sanz Rodrigo C, Morón Merchante I, Muñoz-Quirós Aliaga S, López Romero A, et al. [Effectiveness of dermatologic minor surgery in the office of the family physician and patient satisfaction in relation with ambulatory surgery]. Med Clínica. 1996 Dec 7;107(20):772-5.
70. Salisbury C, Noble A, Horrocks S, Crosby Z, Harrison V, Coast J, et al. Evaluation of a general practitioner with special interest service for dermatology: randomised controlled trial. BMJ. 2005 Dec 17;331(7530):1441-6.
71. Dedienne M.C. , Hauzanneau P., Labarere J., Moreau A. Relation médecin-malade en soins primaires : qu'attendent les patients ? Rev Prat. 22 avr 2003;17(611).

72. Sala B. Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient. Médecine humaine et pathologie. [Nice, France]: Université de Nice Sophia-Antipolis; 2018.
73. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J.* mai 1995;152(9):1423-33.
74. Bernet-Rollande M. Quels sont le ressenti et les attentes des patients sur la communication non verbale de leur médecin traitant? [Thèse d'exercice]. [Rennes, France]: Université de Rennes 1; 2020.
75. Tourette-Turgis C, Rébillon M., « Un modèle d'intervention counseling sur l'observance thérapeutique : MOTHIV ». In: Tourette-Turgis C, Rébillon M., *Mettre en place une consultation d'observance aux traitements contre le VIH/SIDA – De la théorie à la pratique.* Paris, Comment Dire, 2002, pp. 99-122.
76. Rossignon J. Le choix du médecin généraliste et la confiance [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université de Lille 2; 2017.
77. Aubin-Auger I et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;19(84):142-5.

ABRÉVIATIONS

APC : Avis Ponctuel de Consultant

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

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

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

MZV : Medizinische Versorgungszentren

PCR : Polymerase Chain Reaction

SCM : Société Civile de Moyens

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

-discussion "brise-glace" brève (selon lieu de rencontre et environnement du moment)

-Contrat de communication :

"Je suis Pauline, étudiante en médecine. Je réalise actuellement un travail de fin d'études sur les gestes techniques au cabinet de médecine générale.

Cette discussion sera anonyme, enregistrée si vous l'acceptez pour retranscrire au mieux vos propos."

1) Selon vous, qu'est-ce qu'un geste technique ?

Si demande de précision et/ou difficultés sur cette question, donner éventuellement 1 exemple mais pas plus pour avancer dans la réflexion

Pour la suite de l'entretien, je vous propose que le geste technique soit défini comme un *"acte à l'intérieur ou sur le corps avec utilisation d'un outil ou matériel autre que celui utilisé habituellement pour l'examen clinique de base"*.

2) Quelle est votre expérience personnelle concernant les gestes techniques chez votre médecin généraliste ?

Si expérience personnelle de gestes techniques :

- Quel a été ou quels ont été ces gestes ?
- Quel en a été votre ressenti ?

A tous (gestes ou non) :

3) Quelle est l'expérience de vos proches concernant les gestes techniques au cabinet du médecin généraliste ?

- Quel en a été leur ressenti ?
- Quel en a été votre ressenti ?

4) Quelle est votre expérience ou celle de vos proches de gestes techniques dans d'autres circonstances que chez le médecin généraliste ?

5) En dehors des situations précédentes, quels sont les autres gestes que vous pensez réalisables à l'heure actuelle chez votre médecin généraliste ?

Donner liste de GT réalisables au cabinet ensuite :

Ponction/infiltration articulaire, excision abcès, thrombose hémorroïdaire, sutures, retrait de fils de sutures, traitement verrues, molluscum, pendulum etc (lésions dermatologiques), exérèse naevus/ tumeur cutanée, pose dispositif intra-utérin/ implant contraceptif, pose de sonde urinaire, saignée, plâtre, ECG, vaccins, tests COVID, etc...

6) Quelles sont, selon vous, les limites/les freins à la réalisation d'un geste technique chez votre médecin généraliste ?

7) Quelles sont vos sources d'informations concernant les gestes réalisables chez votre médecin généraliste ?

Ces informations vous paraissent-elles suffisantes ?

Comment pourrait-on les améliorer si besoin ?

8) Quelles seraient vos attentes concernant les compétences du médecin généraliste dans ce domaine (*élargir les compétences du médecin généraliste*) ?

9) Pour finir, quelques questions pour mieux vous connaître :

-Comment exerce votre médecin généraliste (seul, en maison médicale, cabinet avec d'autres professionnels de santé) ?

-Fiche sociodémographique :

-Quel âge avez-vous ?

-Noter le sexe : *homme/femme*

-Quelle est votre profession ?

-Dans quelle commune vivez-vous ?

Afin de préciser la distance par rapport à des services hospitaliers ou des spécialistes:

-A quelle distance se trouvent le service d'urgences ou les spécialistes que vous consultez en général ?

Annexe 2 : Liste des actes techniques que l'infirmier exerçant en pratique avancée est autorisé à effectuer

Actes techniques que l'infirmier exerçant en pratique avancée est autorisé à effectuer sans prescription médicale et, le cas échéant, à en interpréter les résultats pour les pathologies dont il assure le suivi :

- Réalisation d'un débitmètre de pointe.
- Holter tensionnel, prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux.
- Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie.
- Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles.
- Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions.
- Recueil aseptique des urines.
- Réalisation et surveillance de pansements spécifiques.
- Ablation du matériel de réparation cutanée.
- Pose de bandages de contention.
- Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention.
- Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux.
- Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10.
- Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal.
- Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie.
- Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique.

JARRY Pauline – Représentations et attentes des patients concernant les gestes techniques réalisables au cabinet de médecine générale

60 feuilles., 1 tableau., 3 cm.- Thèse : (Médecine) ; Rennes 1; 2021 ; N° .

Résumé

Introduction : Les gestes techniques s'inscrivent dans les missions et compétences du médecin généraliste : assurer des soins de premier recours et l'accueil de soins non programmés. Les délais d'accès aux soins de second recours semblent représenter un des motifs principaux de renoncement aux soins. L'objectif de cette étude est d'évaluer les représentations et les attentes des patients concernant les gestes techniques réalisables au cabinet de médecine générale.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de personnes de plus de 18 ans, patients de cabinets de médecine générale en Ille-et-Vilaine, ayant eu pour eux ou leurs proches des gestes techniques réalisés dans un cabinet de médecine générale.

Résultats : L'accessibilité au médecin généraliste pour la réalisation des actes techniques est bonne et représente pour les patients un recours aisé. Il existe un besoin d'adapter le réseau de soins actuel et un questionnement sur la formation initiale et continue du praticien, impactant fortement la réalisation des gestes techniques. Une des attentes majeures concerne l'information et la communication autour des actes pratiqués par leur médecin généraliste. Dans l'ensemble, la relation qui les unit au médecin généraliste est un déterminant fort de la prise en charge technique et globale.

Conclusion : Les représentations et les attentes des patients concernant les gestes techniques sont concordantes avec celles des médecins généralistes. Optimiser la communication et l'information sur la réalisation des gestes techniques au cabinet de l'omnipraticien permettrait d'en améliorer la pratique. Développer la pratique des actes techniques au sein des maisons de santé pluri-professionnelles et CPTS pourrait améliorer la réponse aux besoins de soins de la population.

Rubrique de classement : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots-clés : Médecine générale ; système de soins ; premier recours ; communication ; gestes techniques ; petite chirurgie

Mots-clés anglais MeSH : General practitioners ; health care system ; primary care ; communication ; medical procedure ; minor surgery

Président : Monsieur le Professeur Mickaël ROPARS

JURY : Assesseurs : Monsieur le Docteur Frédéric BEUNEUX [directeur de thèse]
Monsieur le Docteur Nicolas BERTHEUIL
Monsieur le Docteur Pierric RENAUT
