HAL open science

Prise en charge de la thrombose veineuse profonde en soins primaires : une approche qualitative

Flavie Biron

To cite this version:

Flavie Biron. Prise en charge de la thrombose veineuse profonde en soins primaires : une approche qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03573424

HAL Id: dumas-03573424

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03573424v1

Submitted on 14 Feb 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.

UNIVERSITÉ de CAEN NORMANDIE

UFR SANTÉ

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2021

THÈSE POUR L'OBTENTION

DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 12 octobre 2021

par

Madame Flavie BIRON

Née le 4 septembre 1995 à Saint-Lô (Manche, 50)

Prise en charge de la thrombose veineuse profonde en soins primaires : une approche qualitative

Président : **Monsieur le Professeur REPESSÉ Yohann**

Membres : Monsieur le Docteur GUILLAUMAT Jérôme, directeur de thèse

Monsieur le Docteur BAULIN Jean-Michel

Madame le Docteur HUET Anne-Laure

UNIVERSITÉ DE CAEN · NORMANDIE

UFR DE SANTE – FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire 2021/2022

Doyen
Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs
Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Emmanuel BABIN (3ème cycle)

Directrice administrative
Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	**AGOSTINI Denis**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	**AIDE Nicolas**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	**ALEXANDRE Joachim**	Pharmacologie clinique
M.	**ALLOUCHE Stéphane**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	**ALVES Arnaud**	Chirurgie digestive
M.	**AOUBA Achille**	Médecine interne
M.	**BABIN Emmanuel**	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	**BÉNATEAU Hervé**	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	**BENOIST Guillaume**	Gynécologie - Obstétrique
M.	**BERGER Ludovic**	Chirurgie vasculaire
M.	**BERGOT Emmanuel**	Pneumologie
Mme	**BRAZO Perrine**	Psychiatrie d'adultes
M.	**BROUARD Jacques**	Pédiatrie
M.	**BUI Thanh-huy Eric**	Psychiatrie d'adultes
M.	**BUSTANY Pierre**	Pharmacologie
Mme	**CLIN-GODARD Bénédicte**	Médecine et santé au travail
M.	**DAMAJ Ghandi Laurent**	Hématologie
M.	**DAO Manh Thông**	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	**DE BOYSSON Hubert**	Médecine interne
M.	**DEFER Gilles**	Neurologie
M.	**DELAMILLIEURE Pascal**	Psychiatrie d'adultes
M.	**DENISE Pierre**	Physiologie
Mme	**DOLLFUS Sonia**	Psychiatrie d'adultes
Mme	**DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne**	Dermatologie
M.	**DREYFUS Michel**	Gynécologie – Obstétrique
M.	**DU CHEYRON Damien**	Réanimation médicale
Mme	**ÉMERY Evelyne**	Neurochirurgie

M.	**ESMAIL-BEYGUI Farzin**	Cardiologie
Mme	**FAUVET Raffaèle**	Gynécologie – Obstétrique
M.	**FISCHER Marc-Olivier**	Anesthésiologie et réanimation
M.	**GABREL Thomas**	Neurochirurgie
M.	**GÉRARD Jean-Louis**	Anesthésiologie et réanimation
M.	**GUÉNOLÉ Fabian**	Pédopsychiatrie
Mme	**GUITTET-BAUD Lydia**	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	**HAMON Martial**	Cardiologie
Mme	**HAMON Michèle**	Radiologie et imagerie médicale
M.	**HANOUZ Jean-Luc**	Anesthésiologie et réanimation
M.	**HITIER Martin**	Anatomie – ORL Chirurgie cervico-faciale
M.	**HULET Christophe**	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	**ICARD Philippe**	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	**JOIN-LAMBERT Olivier**	Bactériologie - Virologie
Mme	**JOLY-LOBBEDEZ Florence**	Cancérologie
M.	**JOUBERT Michael**	Endocrinologie
M.	**LAUNOY Guy**	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	**LE HELLO Simon**	Bactériologie-Virologie
Mme	**LE MAUFF Brigitte**	Immunologie
Mme	**LEVALLET Guénaelle**	Histologie, embryologie et cytogénétique
M.	**LOBBEDEZ Thierry**	Néphrologie
M.	**LUBRANO Jean**	Chirurgie digestive
M.	**MAHE Marc-André**	Cancérologie
M.	**MANRIQUE Alain**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	**MARCÉLLI Christian**	Rhumatologie
M.	**MARTINAUD Olivier**	Neurologie
M.	**MAUREL Jean**	Chirurgie générale
M.	**MILLIEZ Paul**	Cardiologie
M.	**MOREAU Sylvain**	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	**MOUTEL Grégoire**	Médecine légale et droit de la santé
M.	**NORMAND Hervé**	Physiologie
M.	**PARIENTI Jean-Jacques**	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	**PELAGE Jean-Pierre**	Radiologie et imagerie médicale
Mme	**PIQUET Marie-Astrid**	Nutrition
M.	**QUINTYN Jean-Claude**	Ophtalmologie
M.	**RAT Anne-Christine**	Rhumatologie
M.	**REPESSE Yohann**	Hématologie
M.	**REZNIK Yves**	Endocrinologie

M.	**ROD Julien**	Chirurgie infantile
M.	**ROUPIE Eric**	Médecine d'urgence
Mme	**THARIAT Juliette**	Radiothérapie
M.	**TILLOU Xavier**	Urologie
M.	**TOUZÉ Emmanuel**	Neurologie
Mme	**VABRET Astrid**	Bactériologie - Virologie
M.	**VERDON Renaud**	Maladies infectieuses
Mme	**VERNEUIL Laurence**	Dermatologie
M.	**VIVIEN Denis**	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	**BELLOT Anne**	Pédiatrie
Mme	**CHATELET Valérie**	Néphrologie
M.	**DE LA SAYETTE Vincent**	Neurologie
M.	**GUILLAUME Cyril**	Médecine palliative
M.	**LABOMBARDA Fabien**	Cardiologie
M.	**LE BAS François**	Médecine générale
M.	**PIEDNOIR Emmanuel**	Maladies infectieuses et tropicales
M.	**QUEFFEULOU Guillaume**	Néphrologie
M.	**SABATIER Rémi**	Cardiologie
Mme	**VILLOT Anne**	Gynécologie-Obstétrique

PRCE

Mme	**LELEU Solveig**	Anglais

PROFESSEURS EMERITES

M.	**DERLON Jean-Michel**	Neurochirurgie
M.	**GUILLOIS Bernard**	Pédiatrie
M.	**HURAULT de LIGNY Bruno**	Néphrologie
Mme	**KOTTLER Marie-Laure**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	**LE COUTOUR Xavier**	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	**LEPORRIER Michel**	Hématologie
M.	**RAVASSE Philippe**	Chirurgie infantile
M.	**TROUSSARD Xavier**	Hématologie

UNIVERSITÉ DE CAEN · NORMANDIE

UFR DE SANTE – FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire 2021/ 2022

Doyen
Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs
Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Emmanuel BABIN (3ème cycle)

Directrice administrative
Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	**BECHADE Clémence**	Néphrologie
Mme	**BENHAÏM Annie**	Biologie cellulaire
M.	**BESNARD Stéphane**	Physiologie
Mme	**BONHOMME Julie**	Parasitologie et mycologie
M.	**BROSSIER David**	Pédiatrie
M.	**COULBAULT Laurent**	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	**CREVEUIL Christian**	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme	**DINA Julia**	Bactériologie - Virologie
Mme	**DUPONT Claire**	Pédiatrie
M.	**ÉTARD Olivier**	Physiologie
M.	**GRUCHY Nicolas**	Génétique
M.	**ISNARD Christophe**	Bactériologie Virologie
M.	**JUSTET Aurélien**	Pneumologie
Mme	**KRIEGER Sophie**	Pharmacie
M.	**LEGALLOIS Damien**	Cardiologie
Mme	**LELONG-BOULOUARD Véronique**	Pharmacologie fondamentale
M.	**MACREZ Richard**	Médecine d'urgence
M.	**MITTRE Hervé**	Biologie cellulaire
M.	**MOLIN Arnaud**	Génétique
M.	**SAINT-LORANT Guillaume**	Pharmacologie
M.	**SESBOÜÉ Bruno**	Physiologie
M.	**TOUTIRAIS Olivier**	Immunologie
M.	**VEYSSIERE Alexis**	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	**VILLAIN Cédric**	Médecine interne

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. HUMBERT Xavier

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	**ARMAND Audreay**	Médecine générale
M.	**BANSARD Mathieu**	Médecine générale
M.	**COUETTE Pierre-André**	Médecine générale
M.	**NOEL - DE JAEGHER Sophie**	Médecine générale
M.	**PITHON Anni**	Médecine générale
M.	**SINMONT Nicolas**	Médecine générale
Mme	**SCHONBRODT Laure**	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES EMERITES

Mme	**DEBRUYNE Danièle**	Pharmacologie fondamentale

Remerciements

Au Professeur Repessé, vous me faites l'honneur de présider mon jury.

Au Docteur Guillaumat, tu me fais l'honneur de faire partie de mon jury. Je te remercie pour ta bienveillance et ta simplicité tout au long de la direction de ce travail.

Au Docteur Baulin, tu me fais l'honneur de faire partie de mon jury. Tu as toute ma gratitude et mon respect pour m'avoir poussé à toujours donner le meilleur.

Au Docteur Huet, ma tutrice, tu me fais l'honneur de faire partie de mon jury.

À l'intégralité de l'équipe de Médecine Vasculaire du CHU de Caen et son chef de service, le Docteur Lanéelle, je vous remercie de m'avoir accueillie à bras ouverts et dans la bonne humeur, initiée avec rigueur à la Médecine Vasculaire et pour les projets à venir.

Aux Docteurs Solty et Mancel, pour m'avoir accueillie et formée au sein de leur cabinet, pour m'avoir soutenue dans mon projet professionnel.

À l'ensemble de mes co-internes et des équipes que j'ai pu croiser au cours de mes études et avec qui j'ai pu apprendre au quotidien dans la bonne humeur.

Aux médecins généralistes qui m'ont donné de leur temps pour les entretiens, dans un délai si court.

À ma famille qui m'a soutenu de manière inconditionnelle : mes parents pour leur amour et leur force au quotidien, mon frère pour les spoils des séries que j'ai en retard, mon oncle et ma tante pour leur soutien, mon cousin pour son pep's…

À mes grands-parents qui m'ont et m'aurait soutenu avec fierté, j'en suis sure.

À Flo, mon meilleur ami, mon alter ego !

À mes amis … À tous les autres que j'oublie.

À Tipi l'âne-mour de ma vie, Osler & Django.

Abréviations

DES : Diplôme d'études spécialisées

DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaires

DUMG : département universitaire de médecine générale

DU : Diplôme universitaire

EP : embolie pulmonaire

FMC : formation médicale continue

IDE : infirmier diplômé d'État

MG : médecin généraliste

MSU : maitre de stage universitaire

MV : médecin vasculaire

MTEV : maladie thromboembolique veineuse

SASPAS : stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

TVP : Thrombose veineuse profonde

Tableaux et figures

Figure 1 : Carte des MG interviewés *14*

Figure 2 : Mind-map des déterminants de la prise en charge des TVP en soins primaires *30*

Figure 3 : Carte des filières de soins au temps diagnostic *32*

Tableau I : Caractéristiques des participants 13

Tableau II : Caractéristiques des entretiens 15

Table des matières

Introduction **1**

Objectifs **4**

1. Objectif principal *5*

2. Objectifs secondaires *5*

Matériels et méthodes **6**

1. Type d'étude *7*

2. Population *7*

3. Recueil des données *8*

3.1. Modalités de recueil 8

3.2. Canevas d'entretien 8

4. Analyse des résultats *9*

5. Éthique et informatique *9*

Résultats **11**

1. Description des entretiens et des participants *12*

1.1. Caractéristiques des participants 12

1.2. Caractéristiques des entretiens 15

2. Identification des déterminants de prise en charge des TVP *16*

2.1. Approche ontologique : le clinicien et ses perceptions 16

2.2. Gestion de l'incertitude diagnostique 20

2.3. Réponses aux compétences du médecin généraliste 23

2.4. Des compromis pour une relation médecin malade optimale ? 24

2.5. Environnement local : Réseau de soins 26

2.6. Mind-Map (Figure 2) 29

3. Définitions des filières de soins en place *31*

3.1. Choix des acteurs 31

3.2. Communication 33

4. Perspectives d'amélioration de la prise en charge *35*

4.1. Utilisation d'outils 35

4.2. Traitement probabiliste par faute de mieux 35

4.3. Proposition de filières locales de soins dédiées ? 35

Discussion **36**

1. Réponses aux objectifs et validité externe *37*

2. Validité interne *39*

2.1. Choix de la méthodologie 39

2.2. Qualité des entretiens 39

2.3. Scientificité 40

3. Perspectives *42*

Conclusion **43**

Bibliographie **44**

Annexes **47**

Annexe I : Journal de bord *48*

Annexe II : Lettre de présentation *55*

Annexe III : Canevas d'entretien *56*

Annexe IV : Formulaire de consentement d'enregistrement audio *59*

Annexe V : Recueil des entretiens *60*

Introduction

En 2016, le retentissement économique mondiale de la maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV) est estimé entre 7 et 10 milliards de dollards américains par an (1). En France, en 2013, l'incidence de la MTEV est de 1,57/1000personnes/an. L'incidence de la thrombose veineuse profonde (TVP) seule est en diminution, en dépit d'un risque de survenue majoré par l'âge, au sein d'une population française vieillissante. (2,3)

La TVP est un mode d'entrée aigu dans la MTEV, et bénéficie d'une prise en charge idéalement ambulatoire. De la suspicion diagnostique à la prévention des complications, de nombreuses recommandations encadrent la prise en charge globale des TVP (4–10).

Le médecin généraliste (MG) se trouve en première ligne dans la prise en charge des TVP. Il y mobilise ses compétences en soins primaires : soins de premiers recours adaptés à la globalité d'une situation donnée, coordination des soins, suivi, prévention des complications et de la iatrogénie (11,12).

Cependant, la pratique des MG se heurte quasi systématiquement à des difficultés d'applicabilité brute des recommandations (13). De nombreux travaux font état de prise en charge des TVP divergentes des recommandations (14–19).

Le médecin vasculaire (MV) est le médecin spécialiste compétent dans la prise en charge des affections vasculaires périphériques (20). Par conséquent, la prise en charge optimale des TVP en soins primaires nécessite une communication interdisciplinaire entre MG et MV (21). Dans certaines régions, comme la région Stéphanoise et la Bretagne Occidentale, des groupes de travail sont mis en place afin d'étudier la prise en charge des TVP en soins primaires, respectivement l'étude GUSTAVE et le Groupe d'Étude de la Thrombose de Bretagne Occidentale (GETBO) (2,21).

Sur notre territoire, la densité de population médicale est faible dans la Manche et l'Orne. Le Calvados semble préservé de cette carence, concernant les MG et MV. Les MV en Basse-Normandie sont moins de 0,5 MV /100000 hab, tandis que la densité moyenne sur l'ensemble du territoire français est de 2,4 MV /100000hab. (22)

Peu de données de la littérature étudient les paramètres perçus par les MG comme impactant sur la prise en charge des TVP. Il est donc légitime de se demander :

quels sont les déterminants de la prise en charge des TVP en soins primaires en Basse-Normandie ?

Objectifs

1. Objectif principal

L'objectif principal est d'identifier les éléments déterminants de la prise en charge globale des TVP en soins primaires en Basse-Normandie.

2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont de :

- Définir les filières de soins mobilisées par les MG aux différents temps de la prise en charge des TVP en soins primaires
- Identifier les perspectives éventuelles d'aide et d'amélioration des prises en charge

Matériels et méthodes

1. Type d'étude

La méthode utilisée est une étude qualitative par analyse inductive générale (Annexe I : Journal de bord). La méthodologie qualitative permet la conceptualisation des modes réactionnels secondaires à l'exposition d'un phénomène. Répondre à la problématique du « Comment », nous permet d'identifier les différentes prises en charge et leurs déterminants.

L'analyse inductive générale a pour but d'apprécier de façon globale la réalité de terrain. Elle simplifie diverses approches qualitatives et permet d'explorer à travers le discours d'un individu, ses perceptions et les processus sociaux secondaires à un phénomène ou une expérience de vie. L'analyse inductive générale explique les réactions factuelles des individus dans leur environnement *via* la création d'un modèle explicatif global thématique et expérientielle. La réalisation d'une carte heuristique permet ainsi de conceptualiser les déterminants de la prise en charge des TVP en soins primaires.

2. Population

La population cible regroupe l'ensemble des MG libéraux installés ou remplaçants, dont les internes en Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de Médecine Générale titulaires d'une licence de remplacement et ayant réalisé un stage ambulatoire en soins primaire en autonomie supervisée (SASPAS), au sein des trois départements bas-normands : la Manche, le Calvados et l'Orne.

Une méthode d'échantillonnage raisonné à variation maximale a été employé. Par définition, un échantillonnage raisonné est utilisé afin que chaque praticien soit exemplaire d'une pratique. Pour permettre l'expression de la diversité des pratiques des médecins interviewés, ils ont été sélectionnés en fonction de leurs profils, lieux et types d'exercice.

Les participants ont été recrutés de diverses manières : soit par convenance *via* le répertoire personnel de l'investigatrice, soit sur la base du volontariat par le biais d'un message de recrutement (Annexe II : Lettre de présentation). Ce message de recrutement a été publié sur les groupes Facebook de MG remplaçants des départements cités ci-dessus et relayé aux maîtres de stages universitaires (MSU) par

mail *via* la scolarité du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de l'Université de Caen Normandie, dès le 1 avril 2021.

3. Recueil des données

3.1. Modalités de recueil

Les données ont été recueillies par des entretiens individuels semi-dirigés. Les entretiens individuels permettent d'atténuer l'effet de groupe et de cerner la portée du discours verbal infra-verbal de chacun. Le caractère semi-dirigé est défini par des questions semi-ouvertes entrecoupées de reformulations et de reflets pour faire préciser des données. Cette caractéristique permet d'obtenir des informations ciblées sans diminuer drastiquement le temps de parole du participant.

Les entretiens ont été réalisés par l'investigatrice du *1er au 30 avril 2021*, selon les disponibilités des participants. Ils ont été enregistrés via un dictaphone appartenant à l'investigatrice et stockés sur le disque dur personnel de l'investigatrice. La taille de l'échantillon, le nombre d'entretien n'ont pas été définis au préalable et ont été conditionnés par la saturation des données.

Les entretiens ont été retranscrits manuellement *ad integrum*, incluant le discours verbal et infra-verbal, sur Word® par l'investigatrice. Ils ont été anonymisés au fur et à mesure, par l'investigatrice. Les entretiens n'ont pas été soumis et donc modifiés *a posteriori* par les participants.

3.2. Canevas d'entretien

Le canevas d'entretien (Annexe III : Canevas d'entretien) a été réalisé à partir de données issues de recherches bibliographiques, notamment des recommandations. Les éléments investigués ont été regroupés en 6 parties : démarche diagnostique, attitude thérapeutique et suivi, organisation de la recherche étiologique, appréciation et prévention des complications, mobilisation des filières de soins et autoévaluation. Chaque entretien a été le fruit d'une analyse brute en association à une prise de note, permettant une reformulation des questions ouvertes afin de faciliter la compréhension de celles-ci.

À chaque entretien, le canevas a été utilisé comme une *check-list* nous permettant ainsi de laisser les MG s'exprimer en s'assurant d'aborder l'intégralité des points suscités.

4. Analyse des résultats

L'analyse ouverte de chaque verbatim est l'étape de codage, soit la création d'unité de sens au sein des données brutes. Le codage a été réalisé de manière thématique et expérientielle, permettant de « synthétiser » les éléments abordés et vécus par le participant. Puis, les codes ont permis la création de propriétés permettant la conceptualisation des données. Le codage thématique a été réalisé à l'aide du logiciel TAMSAnalyzer® en association avec le module Word®. Le codage expérientiel et la définition des propriétés théoriques ont été réalisé manuellement sur Word®.

L'analyse axiale étudie les propriétés expérientielles issues de chaque entretien afin d'en extraire des catégories, des axes communs. Afin d'éviter l'indexation thématique, les analyses ouvertes et l'analyse axiale ont bénéficié d'une triangulation des données, avec le directeur de thèse. L'analyse ouverte a été réalisé par comparaison constante aux différents entretiens, la rendant indissociable de l'analyse axiale. L'analyse axiale et intégrative ont été réalisées manuellement.

Enfin, l'analyse intégrative a pour but d'articuler les différentes catégories pour faire émerger un modèle explicatif.

5. Éthique et informatique

Préalablement à l'entretien et systématiquement après la présentation du projet de thèse, le consentement des participants a été recueilli via la signature d'une lettre d'information incluant un accord à l'enregistrement audio (Annexe IV : Formulaire de consentement d'enregistrement audio).

Afin de garantir la confidentialité, l'anonymisation des données a abouti à la suppression des noms des participants et à l'attribution d'un acronyme d'identification.

Les demandes d'autorisations réglementaires pour la réalisation de ce travail de thèse ont été étudiées par le Guichet d'Orientation de la Recherche en Santé de l'Université de Caen Normandie. Conformément aux règles énoncées dans le texte de

référence TG_COMPO_PEDAGO_SANTE_14-20180529-01R1, aucune formalité éthique n’a été nécessaire.

Résultats

1. Description des entretiens et des participants

1.1. Caractéristiques des participants

Douze médecins généralistes ont été interviewés, dont les caractéristiques sont recensées ci-après (*Tableau I*). Cinq participants ont été recrutés sur la base du volontariat et sept ont été sélectionnés par convenance. La saturation des données thématiques a été obtenue au 10ème entretien et confirmées par les 2 derniers entretiens.

Le *sex ratio* est de 5/1 en faveur des hommes. L'âge moyen des participants est de 45,1 ans (rang 27-72 ans). Trois médecins sont des remplaçants, dont un interne en DES de Médecine Générale. Parmi les médecins installés, six exercent une activité de groupe, deux ont une activité seule et un a une activité mixte sur deux cabinets.

Concernant les lieux d'exercice, six praticiens exerçaient dans la Manche, cinq dans le Calvados et un dans l'Orne (Figure 1). Le type d'activité a été défini par les médecins, quatre décrivent une activité rurale, cinq se définissent avec une activité semi-rurale, deux d'entre aux qualifient leur activité d'urbaine. Le praticien ayant une activité sur deux cabinets décrit une activité rurale sur un site et urbaine sur l'autre site. Le temps de travail moyen des MG est de 4 jours par semaine (rang 1 - 5,5 j/sem).

Concernant les activités et formations annexes, sept MG ne rapportent pas de formations spécifiques. Deux possèdent un DESC en médecine du sport : l'un rapporte une ancienne activité aux urgences, et un autre DU en ostéopathie. Un des MG déclare une formation courte à l'échographie en médecine générale, et un autre praticien a pour projet de la réaliser. Enfin, un des MG possède un DPC en médecine du sommeil.

Neuf médecins interrogés ont réalisé au moins une partie de leur formation initiale à la Faculté de Médecine de Caen, un praticien a fait ses études à Rouen. La moitié des praticiens interrogés sont des MSU.

Tableau I : Caractéristiques des participants

Participants	Sexe	Âge	Mode d'exercice	Type d'exercice	Temps de travail (j/sem)	Lieu FI	Formation spécifique	Modalités formation continue	MSU
MG1	H	41	Seul / Groupe	Rural / urbain	4,5	Caen	Aucun, projet de formation échographie en MG	Groupe qualité, DPC	Oui
MG2	H	29	Groupe	Rural	4	Caen + Rennes	Aucune	Groupe qualité, lecture en autonomie, DPC	Non
MG3	H	67	Groupe	Semi-rural	4	NP	DESC médecine du sport	Lecture en autonomie	Oui
MG4	F	32	Groupe	Semi-rural	3	Amiens + Caen	Aucune	Groupe qualité /mois, DPC	Non
MG5	F	27	Interne, Remplaçante	Rural	1	Caen	Aucune	Lecture en autonomie	Non
MG6	H	30	Remplaçant	Semi-rural	3,5	Caen	Aucune	DPC	Non
MG7	H	72	Seul	Semi-rural	5	NP	Aucune	Lecture en autonomie	Non
MG8	H	56	Groupe	Urbain	4	Caen	DPC médecine du sommeil	Groupe qualité, DPC, EPU	Oui
MG9	H	35	Groupe	Urbain	4,5	Caen	Échographie en MG	Groupe qualité, DPC, lecture en autonomie	Oui
MG10	H	61	Seul	Rural	5,5	Caen	DU ostéopathie, ex-activité de SMUR	DPC	Oui
MG11	H	32	Remplaçant	Rural	4	Caen	Aucune, mais projet DU soins palliatifs	DPC, lecture en autonomie	Non
MG12	H	58	Groupe	Semi-rural	4	Rouen	DESC médecine du sport	Groupe de pairs, lecture en autonomie, congrès	Oui

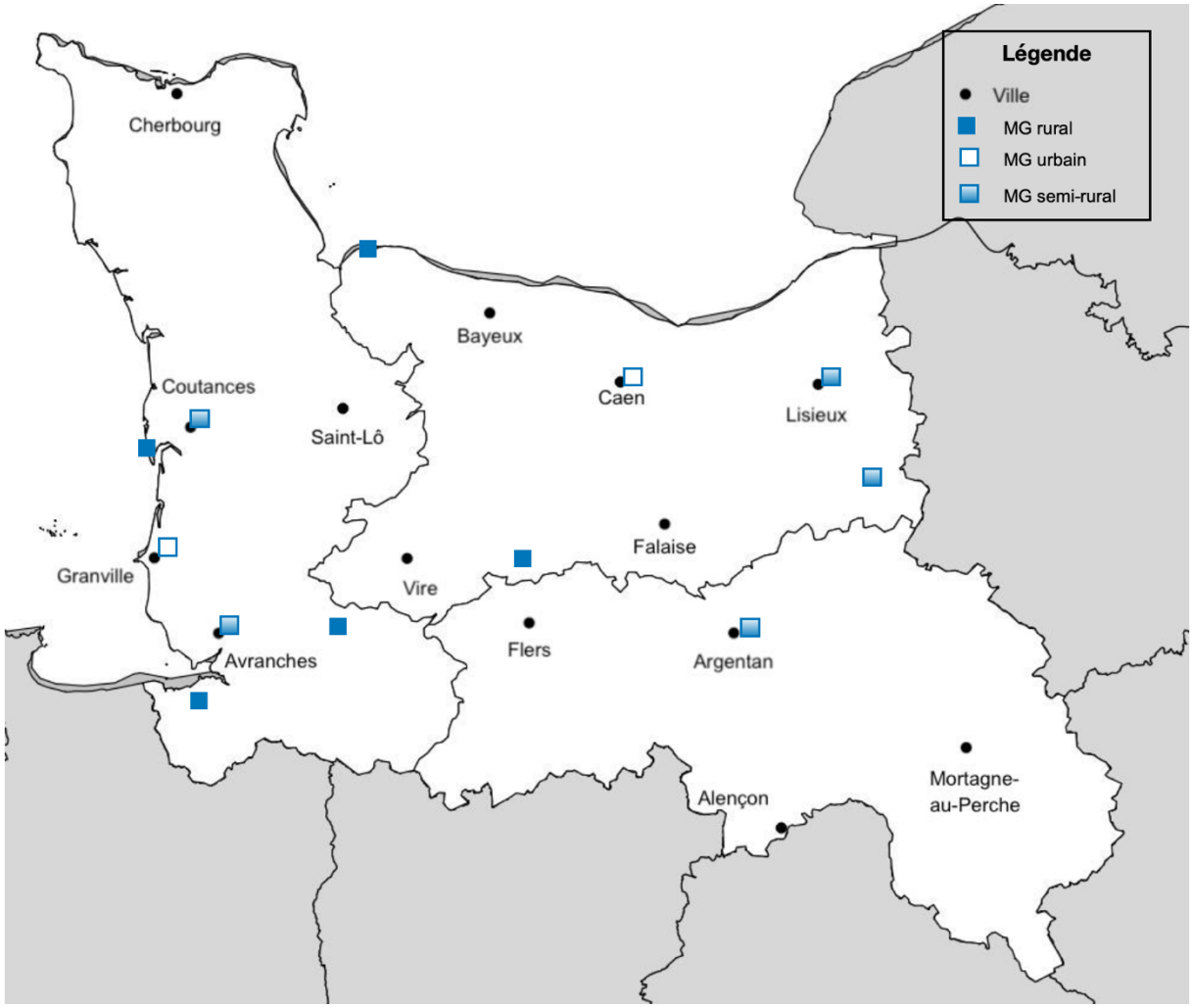

Figure 1 : Carte des MG interviewés

1.2. Caractéristiques des entretiens

Les caractéristiques des douze entretiens sont recensées dans le *Tableau II*. La durée moyenne des entretiens est de 34 minutes (rang 19 – 57 minutes), dont quatre ont été interrompus avec une reprise spontanée du discours.

Les lieux d'entretiens ont été choisi par les participants. Six ont eu lieu dans le cabinet des MG interviewés, où l'investigatrice était assise à la place du patient. Un a été réalisé dans la salle de conférence d'un pôle santé. Deux ont été réalisés au domicile des praticiens. Enfin, trois entretiens ont eu lieu en distanciel, dont deux en visioconférence et un téléphonique.

Tableau II : Caractéristiques des entretiens

Participants	**Recrutement**	**Modalités, lieu d'entretien**	**Durée**	**Interruption**	**Présence d'un tiers**
MG1	Convenance	Cabinet	30min09	Non	Non
MG2	Convenance	Cabinet	38min32	Non	Non
MG3	Volontariat	Salle de réunion du cabinet	30min46	Non	Non
MG4	Convenance	Cabinet	28min54	Non	Non
MG5	Convenance	Visioconférence	18min39	Non	Non
MG6	Volontariat	Téléphonique	33min18	Non	Non
MG7	Convenance	Cabinet	29min43	Oui	Non
MG8	Convenance	Cabinet	33min11	Oui	Oui, interne
MG9	Volontariat	Domicile du participant	36min38	Oui	Oui
MG10	Convenance	Cabinet	41min16	Non	Non
MG11	Volontariat	Visioconférence	57min27	Non	Non
MG12	Volontariat	Domicile du participant	38min14	Oui	Non

2. Identification des déterminants de prise en charge des TVP

2.1. Approche ontologique : le clinicien et ses perceptions

2.1.1. Être médecin dans un environnement donné

L'environnement du MG à plusieurs échelles impacte sur sa prise en charge des TVP. En effet, le mode d'exercice impacte sur l'appréhension d'une situation clinique donnée : « Ma collègue à côté, a fait une formation d'écho-Doppler. Elle a acheté un appareil d'écho et donc j'espère qu'un de ses jours, on pourra lui envoyer les phlébites pour qu'elle nous les trouve. » (MG8).

A contrario, l'aisance lors de la prise en charge et l'autonomie y sont variables, selon le mode d'exercice et le type d'activité : « Je suis un petit peu à distance de l'hôpital, donc je suis amené à voir souvent des urgences immédiates qui ne passent pas directement par l'hôpital ou par le SMUR. » cite MG10 qui a eu une activité en SMUR.

Comme attendu, au temps diagnostic, l'environnement médical local est le paramètre clé du questionnement de l'adressage : « On savait qu'il fallait l'anticoaguler, fallait qu'on fasse un Doppler… Après on a réfléchi et on s'est adapté au cas particulier. Euh … Ce qu'on avait de plus facile dans le coin... » (MG1).

2.1.2. Des connaissances théoriques au raisonnement clinique

2.1.2.1. Connaissances théoriques

La mobilisation des connaissances au temps diagnostic, à savoir émettre l'hypothèse de la suspicion de TVP, est l'étape commune et semble être la moins disparate. Les notions de facteurs de risques cardiovasculaires et facteurs de risques thrombo-emboliques sont souvent confondus par les MG : « Bah ça dépend de l'âge essentiellement, donc c'est individualisé un petit peu ! Donc, je vais rechercher des

facteurs de risques, ça va être le tabac, la sédentarité, le surpoids, le diabète, d'autres facteurs de risques comme ça … » (MG10).

Les connaissances concernant la durée de traitement et la recherche étiologique sont disparates : « Chez une jeune, je chercherai une pathologie type lupus ou anticorps antiphospholipide ou des choses comme ça. En débrouillage, ce que j'avais lu, je m'arrêtais aux grandes familles de débrouillage de maladie auto-immune. » (MG1) en opposition à « On a accès facilement à l'angiologue, en un mois ou deux … Donc, je préfèrerai laisser faire tous les facteurs et tous les trucs … Je ne me lancerai pas dans un truc que je ne fais pas fréquemment … » (MG4).

2.1.2.2. Utilisation pratique : mise en place de « red flags »

Dans la pratique, de nombreux MG ont développé des signes d'alarmes, des « red flags » afin d'évaluer l'urgence, notamment l'importance du caractère aigu : « Ce qui compte avant tout c'est l'aigu, tout ce qui est brutal, pour moi, est potentiellement grave » cite MG1 en accord avec MG5 « C'est le caractère aigu, la douleur importante, et les signes cliniques de rougeur, d'œdème, de douleur sur un trajet … ».

Un autre MG utilise comme signe discriminant la récidive d'une douleur identique chez un patient ayant un antécédent personnel de TVP : « Le mollet était resté souple, mais elle avait déjà présenté un épisode phlébite qui s'était présenté sous la même forme, il y a un an et demi… » (MG6).

Sans surprise, l'évaluation de l'urgence, avec notamment la présence de signes d'EP oriente vers une prise en charge hospitalière : « Rho, bah le mec, le 31 décembre, le mec essoufflé qui a mal au mollet. J'en ai eu un, une fois, le 31 décembre, le mec qui a mal au mollet, c'était « Bougez pas d'là ». Ambulance ! 15 ! Et puis, basta, à l'hosto ! » (MG8).

2.1.2.3. Évolution constante : place de la FMC

Les MSU interviewés dédient une place particulière à la présence d'interne et l'intègre même comme un type de formation continue et une aide à la remise en cause des pratiques. « Et, en formation continue, maintenant, j'ai un GAAP par mois, qui fait

qu'en tant qu'animateur, ça remue les méninges … Et on a les étudiants qui nous ramènent régulièrement les recos et les machins … » cite MG3, opinion partagé par le MG8 « Quand on ne se fait pas avoir et qu'on ne se fait pas embarquer par « Le, je renouvelle et je renouvelle » et qu'on fait le point dans les traitements. D'où l'intérêt de 2 cerveaux, parce qu'un cerveau jeune, ça aide les cerveaux vieux (en regardant son interne). ».

Comme attendu, l'intégralité des participants développent un sens critique accru sur leur connaissance : « La douleur avec l'œdème, souvent j'ai constaté qu'à chaque fois que c'était positif, c'est plutôt un œdème froid qu'un œdème inflammatoire. » (MG11).

2.1.3. Pratique clinique intuitive

« Après en ville, les probabilités cliniques, elles sont très intuitives marquées par l'expérience » cite le MG1.

2.1.3.1. Place des habitudes et de l'expérience

Comme attendu, la clinique a une place de choix dans la prise en charge et prépondère à l'utilisation des scores et des D-dimères : « Je suis clinicien, moi ! Je ne suis pas technicien. Voilà ! » (MG7). Derrière la pratique clinique sous-tend également la notion de confiance en soi et ses compétences cliniques : « Non j'utilise pas les scores, ça c'était une règle au football, on regardait jamais le score. Le match, il dure jusqu'au bout. » (MG3).

On constate également le caractère évolutif des habitudes avec l'expérience. Le cumul d'exposition à la suspicion de TVP influe l'évaluation d'une situation, comme le dit MG11 « La douleur avec l'œdème, souvent j'ai constaté qu'à chaque fois que c'était positif, c'est plutôt un œdème froid qu'un œdème inflammatoire. »

On note également la notion de « biais de disponibilité » chez les participants. En effet, des participants ayant une activité annexe chercheront des diagnostics

différentiels en rapport, comme le dit MG12, médecin du sport : « Si on a une douleur du mollet et qu'on voit que ce n'est pas une tendinite ou une déchirure musculaire ».

Les habitudes et l'expérience sont aussi la source du développement d'affinités muables, notamment au moment de la prescription médicamenteuse : « Alors j'ai une préférence pour l'Innohep® parce qu'on peut faire qu'une seule injection par jour, alors que le Lovenox® c'est 12heures donc c'est deux. Mais l'Innohep® coûte nettement plus cher que le Lovenox, et quand les gens sont pas en ALD, ils savent revenir te le dire une semaine après quand ils ont pris la note à la pharmacie. (…) j'étais parti sur l'Innohep® au départ, mais en ayant discuté avec des collègues et en ayant réfléchi un peu, je suis revenu au Lovenox. » (MG2). Ici, on relève également la notion d'échange inter-MG et de comparaison des pratiques locales.

2.1.3.2. « Soyez pragmatique, voyons ! » (MG7)

Une réflexion pratique est mise en place par les participants, afin de faire la part des choses devant la suspicion de TVP, comme l'exprime le MG5 : « Des gens qui arrivent avec des douleurs, on en a toute la journée, des douleurs musculaires *et cetera* … », renchéri par MG2 « Dans les faits, effectivement, on peut peut-être se faire avoir, pour parler familièrement, sur des gens que l'on connait qu'on sait qu'ils sont fibromyalgiques, qu'ils ont des troubles somatoformes. On peut peut-être minimiser la plainte de ces gens-là, alors qu'on ne devrait pas. Mais enfin, logiquement, je sais que j'examine systématiquement mes patients ; quoi qu'il arrive on peut partir avec un *a priori* mais de toutes façons on les examine cliniquement. Et si on a un doute, on applique les mêmes règles. ».

L'utilisation d'outils pour obtenir une réponse au cours des consultations est un des aspects pratique central, notamment au cours de la prescription : « De toute façon, clairement … Je vérifie à chaque fois sur VidalRecos®… Bêtement, avant d'instaurer le traitement … Parce que je ne me souviens jamais duquel, faut diminuer ou augmenter, de combien, donc c'est systématique … » (MG4).

Le sens pratique est constant dans la prise en charge, à plusieurs niveaux. La suspicion de TVP est le temps d'attente, où le MG est désireux d'une réponse binaire :

« Phlébite, pas phlébite. Calcul, pas calcul. Nodule de la thyroïde, pas de nodule de la thyroïde. (…) C'est pas pour faire du fric en plus, c'est pour un intérêt de la pratique. Donc, moi je veux faire de l'échoscopie ! » (MG9). Le choix de l'anticoagulation est également soumis au caractère de simplicité pour le prescripteur : « J'en maitrise un, pourquoi m'embêter à utiliser un autre » (MG7).

2.2. Gestion de l'incertitude diagnostique

2.2.1. Temporisation dans l'inconnu

Certains MG abordent le *timing* de la consultation où arrive le patient avec une suspicion de TVP, comme une difficulté. La temporisation et *a fortiori* le rôle de régulation en soins primaires sont mis à l'épreuve par l'incertitude diagnostique, notamment quand l'adressage immédiat n'est pas possible : « C'est typiquement le créneau d'urgence que tu vois le vendredi soir à 18h30 (*rire*). » (MG2).

Une aisance variable est constatée à l'incertitude diagnostique, notamment en ce qui concerne la prescription d'une anticoagulation probabiliste : « Et si c'est vendredi, après j'te dis, moi je mets les anticoagulants très vite. Donc ils passent un week-end avec des anticoagulants, avec les NACO … C'est pas non plus la mort (*rire*), il risque pas grande chose sur 3 jours … » (MG9) en opposition au MG11 « Vous avez une suspicion de phlébite, ce n'est pas une phlébite, vous l'anticoagulez et elle fait une hémorragie intracrânienne… Bah, ça fait un peu mal quoi ! ».

La plupart des participants utilisent les D-dimères pour infirmer le diagnostic, plutôt que pour l'orienter, avant d'initier une anticoagulation prophylactique : « Je m'en sers uniquement comme argument négatif. À 99,9%, si les D-dimères sont négatifs, ce n'est pas ça. Évidemment, pas chez une mamie de 90ans qui a de la fièvre … Donc c'est uniquement comme argument négatif, et surtout pas comme positif. S'il est positif, on est plus dans la merde ! (*rire*) » (MG1), notamment dans le contexte d'EP comme expliqué par le MG9 « Les D-dimères, ça m'arrive d'en faire quand je suis quasiment convaincu que … M'fin, j'en fais par exemple sur des dyspnées, quand je suis convaincu que ce n'est pas une embolie pulmonaire … Pour être dans les clous, c'est-

à-dire que t'as des gens plutôt … Plutôt qui rentre dans les clous, c'est des jeunes qui n'ont pas de pathologies chroniques, ça m'arrive d'en faire mais c'est rare … ».

Comme attendu, l'interprétation des D-dimères pour la plupart des participants est intuitive et corrélée à la clinique : « Ceux du laboratoire. Positif, je ne regarde même pas. Ils peuvent être à 10 000, 15 000, 20 000 … C'est l'indication … C'est moi qui pose l'indication de les faire, et je cherche l'argument négatif. » (MG1).

2.2.2. Protection

Derrière l'incertitude diagnostique, la nécessité de protection à la fois du patient et juridique du médecin est mise à l'épreuve. Des moyens alternatifs sont mis en place afin de pallier à l'incertitude et l'insécurité.

2.2.2.1. Protection juridique du médecin : désir d'irréprochabilité

Sans surprise, la nécessité d'éliminer la TVP devant une situation clinique évocatrice, est l'élément principal de protection : « À partir du moment où vous y pensez de toute façon, médico-légalement, si vous ne prenez pas en charge… justifier avec un score, c'est toujours… On vous reprochera toujours de pas avoir mis les moyens nécessaires. » (MG11). Par conséquent, derrière l'adressage et l'obtention de l'EDVMI sous-tend la notion de partage des responsabilités médicales avec l'opérateur.

Au temps étiologique, la plupart des participants se réfugie dans l'exhaustivité des explorations complémentaires : « Ça va de l'hémostase en passant par le scanner, ça c'est clair. Le scanner, systématique ! Y'a même pas à discuter ! Thoraco-abdomino-pelvien ! Ça m'a changé ma vie, ça ! Et puis, on passe par les PSA, les marqueurs digestifs et tout ce qu'on veut ! C'est la chasse ! » (MG7).

La recherche de néoplasie est orientée par la clinique : « Là encore… La personne de 70 ans qui se lève trois fois la nuit, on va déjà orienter vers la prostate … Celui qui va… Bon, voilà … C'est vrai que je vais pas faire IRM thoracique, thoraco-abdomino-pelvien ou machin … On devrait peut-être je sais pas… » (MG3). La mise à jour des dépistages est considérée comme insuffisante « Là… Je pense que le

dépistage de masse n'est pas adapté à cette situation-là ! Donc de toute façon, même s'il a un *sensor* négatif, je vais l'envoyer quand même chez le gastro, pour faire la recherche étiologique … » (MG10).

La recherche de thrombophilie est considérée comme le dernier recours étiologique, parfois systématique : « Typiquement, la personne relativement âgée qui a fait une phlébite après avoir retiré son plâtre, non. Mais sinon, j'avoue que… Je pense que je le fais quasiment à chaque fois. Si je suis amené à voir un patient qui a une phlébite, je le fais quasiment en systématique. » (MG11).

Derrière l'exhaustivité sous-tend le désir de compréhension en réponse à la frustration de l'incertitude diagnostique : « Bah, ça moi… Les thromboses, il me faut une explication… Toujours. » (MG3).

2.2.2.2. Protection du patient : anticipation des risques

La protection du patient passe par l'anticipation permanente des complications, notamment le risque embolique. La prédiction du risque embolique par les participants dépend des caractéristiques du thrombus, notamment la notion de « thrombus flottant » comme cité par le MG7 « C'était vraiment une phlébite vraiment importante qui montait jusqu'à la fémorale avec un caillot qui battait. Un caillot battant. Donc c'était immédiatement l'hôpital, car le risque d'embolie est certain ! (tape la main à plat sur la table) Voilà ! ».

La majeure partie des participants ont mis en place des moyens palliatifs afin de limiter le risque embolique perçu comme la mise en place de compression et la limitation des transports : « on est à 30 km du Doppler, j'ai pas envie de les envoyer en voiture avec une phlébite flottante (*rire*) ! … Et puis, je mets une contention (en riant) … » (MG10).

L'évaluation du risque de récidive, conditionnée par la recherche étiologique, est, comme attendu, souvent le fruit d'une décision partagée.

2.2.3. Place centrale de la balance bénéfice / risque : *Primum non nocere*

Tout au long de la prise en charge, la balance bénéfice / risque est un élément clé, selon des paramètres variables.

A tous les temps de la prise en charge, le paramètre central est fréquemment l'espérance de vie perçu par le MG : « Les personnes âgées, tout dépend du potentiel de vie derrière. Si c'est quelque chose qui risque de terminer dans les 5 ans qui viennent, stop. Un petit peu plus jeune avec un potentiel de traitement par chimio ou chose comme ça, généralement je fais un scan TAP injecté. » (MG1).

La balance bénéfice / risque intervient également au temps de la prescription, y compris des dispositifs de compression veineuse : « Alors c'est assez générique. Si j'ai les pouls, quasiment tous âges, je mets une classe 2. Alors je sais que normalement sur certains trucs un peu sévère, on peut aller vers le classe 3. La majorité des phlébites que j'ai, c'est pas des jeunes. C'est des très vieux, alors je préfère … le choix entre artériel et veineux est vite fait, je veux pas faire du garrot, d'autant plus que c'est in-mettable. » (MG1)

A contrario, le risque hémorragique au long court n'est pas toujours pris en compte : « Eurff… L'évaluation du risque hémorragique, non… Je t'avouerai… » (MG6). Il renvoie même à l'impossibilité de surveillance de l'activité anticoagulante sous AOD : « J'essaie de pas maintenir les HBPM, trop au long court chez les gens âgés, parce que là, on a plus le risque de thrombopénie. Donc, je repasse aux anticoagulants oraux pour cette raison-là. Et après, pour les anticoagulants oraux, on utilise plutôt les NACO. Je vais éviter les antivitamines-K, parce que maintenant c'est un peu désuet, j'trouve dans ce domaine-là. Et donc, j'utilise les NACO avec une surveillance de créatinine *et cetera*. » (MG10).

2.3. Réponses aux compétences du médecin généraliste

2.3.1. Suivi

La place et le rôle du médecin généraliste dans le suivi d'un événement thrombo-embolique veineux sont souvent mal perçus : « La surveillance de l'INR … Le renouvellement des bas-varices… Les trucs passionnants (rire) » (MG3).

Afin de s'adapter, les participants utilisent la « consultation *check-up* » pour surveiller au décours d'un renouvellement, par exemple, comme l'explique le MG11 : « Après y'a deux types de patients. Soit c'est des patients qui de toute façon sont suivi

pour un traitement chronique tous les 3 mois donc la question ne se pose pas trop. Je me mets un pense-bête pour y repenser et rediscuter de ça. ».

2.3.2. Prévention

L'appréhension du risque hémorragique, parfois variable, n'est pas toujours au premier plan : « Effectivement, on peut être vigilant sur le risque hémorragique (…) On le fait de façon intuitive, on se dit « bon c'est bon », on repose peut être pas systématiquement les questions » (MG 2).

Elle peut aller du conseil de gestion d'un saignement au temps de l'initiation du traitement, comme l'explique le MG12 « Je préviens les gens en fait que… Vu que c'est des anticoagulants, ils risquent de saigner si jamais ils se blessent ou autre et que si jamais ils ont un saignement faut qu'ils appellent aussitôt au cabinet. C'est plutôt des conseils en fait, de rappeler en cas de signes ou d'éviter de se blesser, de faire attention quand ils bricolent… (*rire*) », à la surveillance NFS chez les patients à risque hémorragique perçu « Pour peu que le patient soit déjà sous Kardegic®. Ça peut être un examen que j'aime bien faire. Pas chez tout le monde, chez certaines personnes. Par exemple, le diabétique qui vient tous les 3 mois avec une hémoglobine glyquée, je lui mets une NFS à la prochaine hémoglobine glyquée. ». (MG11).

Comme attendu, le SPT est méconnu pour la plupart des participants : « Post-thrombotiques… Je ne suis pas sûre de connaitre les signes … » (MG4). Cela renvoie également à la difficulté de réaliser de la prévention en soins primaires, expliqué par les mœurs et représentations des patients comme expliqué par le MG10 « On a beaucoup de gens âgés ici, qui n'étaient pas habitués à se soigner de façon préventive et qui sont arrivés aux stades des séquelles… Ces gens-là, c'est difficile parfois, ils ont toujours plus ou moins des douleurs chroniques dans le membre. » (MG10) et renchéri par le M12 qui aborde la nécessité de faits « Les gens, ils vont bien voir que y'a une jambe plus grosse que l'autre, ça peut leur donner plus envie de mettre la contention. (*rire*) ».

2.4. Des compromis pour une relation médecin malade optimale ?

2.4.1. « Connaitre son patient »

L'approche holistique est un point clé de la démarche clinique en soins primaires. Évidemment, les participants connaissant leurs patients, et notamment leurs antécédents et les autres traitements.

Au sein de la relation médecin-malade, les MG ont également des perceptions concernant leur patient. Comme l'explique le MG10, médecin généraliste de campagne, l'environnement du patient est déterminant : « Avant avec le Previscan® ou les antivitamines-K, la galère des interactions, ça c'est permanent ! Du coup, les INR faisaient yoyo. En plus, c'est des patients qui sont pas habitués à avoir ce type de traitement, alors ils font n'importe quoi au niveau alimentaire. » (MG10).

De plus, la compréhension perçue du patient et l'observance du traitement sont également des éléments déterminants à part entière : « Non, on va avoir quand même un passage avec les AVK avec quand même les habitats qui sont dispersés, avec des gens d'un niveau intellectuel très très différents. C'est vrai que la surveillance des INR, c'est parfois un petit peu… » (MG3), ou encore « Bizarrement, ils nous disent toujours qu'ils l'ont pas mis le jour où ils viennent nous voir, mais bon on les voit jamais avec (*rire*) ! » (MG9)

Les participants répondent également aux attentes des patients, et ont notamment un rôle de réassurance : « c'est des patients qu'on revoit quand même… Ils sont un peu inquiets… Je fais mon examen normal, je vérifie au niveau des mollets, le pouls… » (MG4).

2.4.2. Facteur d'adaptation majeur ?

La relation médecin-malade est également une source d'adaptation majeure de la prise en charge des TVP, à divers niveaux de la prise en charge. Le choix du traitement dépend des caractéristiques médicales du patient.

Pour d'optimiser l'observance des compressions, le médecin cherche des compromis afin de répondre aux attentes du patient : « Alors, moi, je leur montre parce que je sais jamais. Pas chaussettes, j'aime pas trop les chaussettes, je trouve que ça coupe. Donc, je suis plutôt collant ou bas. Chez les mecs, c'est plutôt bas quand

même, parce qu'ils gueulent si on met des collants, voilà ! (rire) Ça dépend des mecs, mais grosso modo c'est plutôt bas, classe 2. » (MG8).

La plupart des participants rapporte vouloir éviter l'hospitalisation en dehors de signes d'EP : « Généralement, si on a une thrombose veineuse profonde isolée mais que l'hémodynamique et l'examen général est rassurant, on va les gérer en ville en fait. Comme on a une population qui est quand même assez demandeuse d'être sur une gestion de proximité, je ne dirais pas qu'on attend le dernier moment pour hospitalier, mais on va plutôt vraiment hospitaliser la suspicion d'EP, ou les cas graves, ou alors s'il y a un traumatisme associé. » (MG2).

2.4.3. Rôle central de l'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est un point clé de la relation médecin-malade. Elle est un mode d'entrée dans la décision médicale partagée. Comme l'explicite le MG1, on retrouve les notions de discussion et de négociation : « En général, on reconvoque. Je leur dis quand on anticoagule, vous revenez me voir avec les résultats et puis on en rediscute. Et puis après, on négocie comme la plupart des traitements. Je leur présente le panel possible et je leur dis qu'est-ce qui vous paraitrait le plus simple ? pour savoir ce qu'ils préfèrent, moi ce que je suggère et puis tout le monde est d'accord. Donc c'est vraiment du cas par cas. ».

Un participant aborde l'intérêt de l'éducation thérapeutique : « L'Arixtra®, elle a quand même l'avantage de pouvoir être fait toute seule par les patients … Souvent, je mets l'infirmière … Mais souvent l'avantage c'est qu'on peut éduquer les patients aussi, quand c'est pour quelques jours … Voilà » (MG6)

2.5. Environnement local : Réseau de soins

2.5.1. Connaitre ses interlocuteurs sur son territoire

Comme explicité précédemment, l'organisation des participants pour l'obtention de l'EDVMI et donc l'environnement médical local est un élément clé. Les participants analysent les alternatives possibles sur leur territoire, afin de choisir l'interlocuteur adéquat : « Si on prend Saint-Lô, vous en avez un le Dr Y. On va dire sur toute la partie

Centre-Manche côte Ouest c'est le Dr X, globalement il opère de La-Haye-du-Puit jusqu'à Montmartin sur mer. Après le secteur de Granville, y'en a une autre aussi… Après par secteur comme ça, on n'en a pas beaucoup, quoi ! Après ça fonctionne par affinité, j'ai des collègues de La-Haye-Du-Puit qui préfère Y. Moi j'aime bien travailler avec X, après s'il n'est pas en vacances … » (MG11), renchéri par le MG1 « Ça dépend vraiment des circonstances locales : y'a Avranches à la Polyclinique, y'a également le docteur Y à Villedieu mais j'ai pas l'habitude donc je fais ce dont j'ai l'habitude. Et je sais que Vire, pour tout ce qui est radiologie est assez rapide. ». L'adressage est également soumis à l'expérience et aux habitudes, et donc à la relation de confiance entre les praticiens qui en découle.

2.5.2. Interactions

2.5.2.1. Échelle implicite de réponses attendues

L'autonomie des participants transparait sur les interactions avec les spécialistes d'organe, aboutissant à une échelle de réponse attendue. Aux différents temps de la prise en charge, plusieurs types de demandes sont abordés par les participants : confirmation d'une intuition notamment au temps diagnostique, demander un avis au spécialiste d'organe compétent « Je recherche un facteur déclenchant évident, et après s'il faut faire un bilan de thrombophilie, ça c'est les angiologues qui gèrent. Moi, je sais même pas ce qu'il y a dedans (*rire*) … » (MG9), ou recherche d'une conduite à tenir voire le partage des responsabilités « Ma question pour ce patient, c'était des phlébites récidivantes chez quelqu'un de 45 ans, travailleur de force avec des vibrations. Ça pourrait être un facteur favorisant, mais au bout de la 3ème ou 4ème, la question se posait : il est jeune, faut-il vraiment poursuivre à vie ? ou pas à vie ? donc j'ai posé la question à quelqu'un d'autre pour ne pas faire ça dans mon coin. » (MG1).

L'autonomie et l'habitude des interactions aboutissent à un désir de gain de temps dans la prise en charge, et parfois la notion de « faire du clé en main » : « Quand je me pose la question d'envoyer vers un spécialiste, ça dépend quel spécialiste. Parce que certains je sais qu'ils vont tout me faire, donc eux je leur fais zéro bilan, rien du tout. Je décris le contexte, les antécédents, le traitement et je leur dit, faut-il aller plus loin. Donc je les laisse gérer intégralement. » (MG1).

2.5.2.2. Perceptions

Les participants attachent de l'importance à la pertinence de leurs interactions : « Parce que c'est vrai que quand on demande des examens en urgences, faut pas non plus surcharger les confrères. Sinon au bout d'un moment, ils peuvent plus prendre les patients, donc je préfère leur réserver les vraies urgences (…) Et si je ne le surcharge pas, il me les prend rapidement. Faut être correct avec les confrères ! » (MG12).

Au sein des interactions, certains rapportent la perception de se sentir jugé sur leur pratique : « Et puis bien sûr, je ne le signale pas à l'angiologue que j'ai fait les D-dimères (en rigolant), qu'il ne me dise pas « Avec le score machin … » (MG11), renchéri par le MG7 « Il m'est arrivé une ou deux fois d'avoir une embolie pulmonaire, puis faire le diagnostic ensuite de la phlébite. Or qu'au moment de l'examen, il n'y avait pas de signe clinique de la phlébite. C'est vexant (rire) ! Et puis, vous avez le p'tit con des urgences qui vous appelle « ha il avait pas vu la phlébite », Bah non ! Voilà ! ».

2.5.3. Mobilisation des acteurs paramédicaux

2.5.3.1. Entre régulation et coordination : rôle pivot des secrétariats

Les participants disposant d'un secrétariat soulignent leur rôle central dans la coordination des soins, et notamment lors de la prise de rendez-vous pour obtenir l'EDVMI : « elle, le plus souvent, parce qu'on est un peu à la ramasse. Et puis, elle est pas mal forte pour trouver des mecs à gauche, à droite, en fonction de … Et puis, voilà … Moi je pique, je fais le courrier. Et, on met la secrétaire sur le coup qui prévient le patient et qui s'organise, c'est elle qui nous gère ça, en général ! » (MG8).

Un participant rapporte également leur place dans la régulation des rendez-vous et donc l'impact sur le timing de la consultation initiale afin d'optimiser la prise en charge : « Un secrétariat en amont qui sache déterminer où est l'urgence (*rire*). (…) Pour éviter de voir la phlébite trop tard (en riant) et le vendredi soir quand l'angiologue est parti, alors qu'il avait appelé la veille au soir. Ça, ça serait bien d'aller détecter le patient dès le début des symptômes ! » (MG10).

2.5.3.2. Rôles cachés des infirmiers diplômés d'état (IDE)

Les IDE ont une place importante au sein de la prise en charge ambulatoire. Au temps de la suspicion diagnostique, les participants rapportent utiliser une HBPM notamment afin de permettre une surveillance implicite : « Si j'ai envie de mettre une surveillance à domicile parce que j'le sens pas trop, je mets plutôt des injectables avec une surveillance infirmière » (MG1).

Les participants rapportent également vouloir être adapté dans les interactions avec les IDE, notamment dans la rentabilité de leur déplacement : « Le problème des infirmières à domicile, c'est qu'on est confronté au problème de la prise en charge, c'est-à-dire que maintenant pour faire passer une infirmière à la maison faut pondre un texte long comme ça avec les formulations qui sont admises par la Sécu. Donc, en fait, de toute façon … Je ne l'ai jamais fait et je pense que ça serait trop compliqué. » (MG11), « Sous réserve que, en ambulatoire, si on s'adresse à des personnes âgées, garder une contention 6 mois, sachant qu'il n'y a pas de cotation et de personne pour les mettre, c'est très très compliqué. » (MG1)

Des moyens adaptatifs sont mis en place, comme l'utilisation de prescription-type : « Et on a le problème avec les gens âgés, c'est que le fait de faire passer une infirmière pour mettre et des-mettre les bas de contention, ça a disparu de la nomenclature. Donc les infirmières ne sont plus payées pour ça. Et, des fois, ça constitue un frein : on a des gens qui sont pas capables de mettre leur contention, l'infirmière ne peut pas passer. Des fois, ça nous arrive même, on fait des surveillances cliniques quotidienne, pour gérer les médicaments, alors qu'en vrai c'est surtout pour mettre et des-mettre les bas de contention. Pour que ce soit fait, on est des fois obligés de faire une ordo pour un autre motif, ce qui est un peu dommage, mais c'est comme ça. » (MG2).

2.6. Mind-Map (Figure 2)

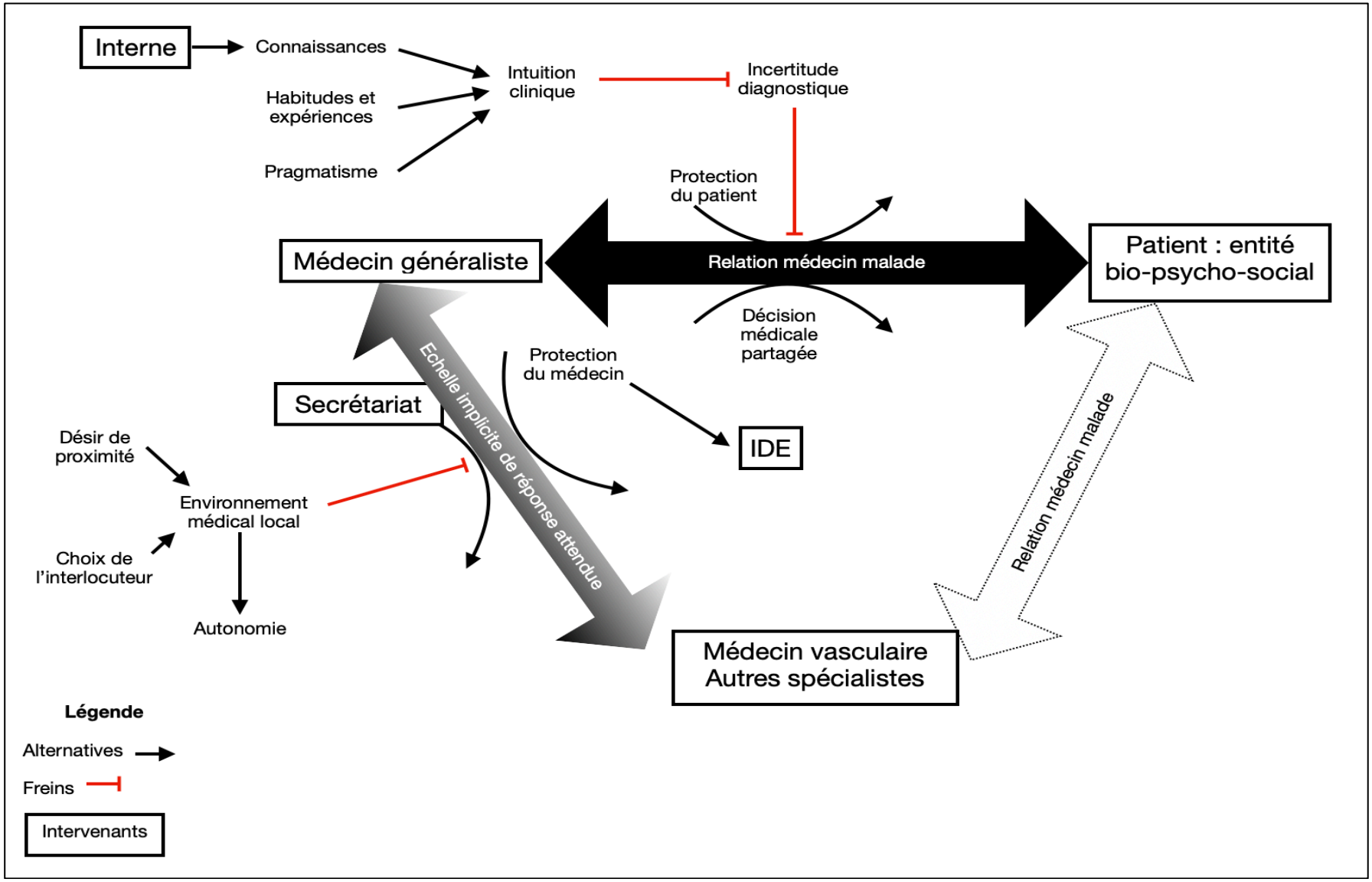

Figure 2 : Mind-map des déterminants de la prise en charge des TVP en soins primaires

3. Définitions des filières de soins en place

3.1. Choix des acteurs

3.1.1. Étape diagnostique : des interlocuteurs de proximité

Comme cité précédemment, l'obtention de l'EDVMI et l'environnement médical local sont des paramètres clé du temps diagnostic. A titre d'exemple, ces filières ont été décrites et cartographiées (Figure 3) afin de rendre compte des mouvements locaux de patients.

Ce choix est majoritairement lié à la connaissance de ses collègues et de leurs compétences, « c'est leur métier ! Pfff, je sais pas (…) Et puis, en plus, y'a le problème du suivi après ! Parce que le radiologue, va te le faire un coup, et puis après t'es dans la merde ! (…) Pfff, non moi c'est un angio ! Oui, j'me suis même pas posé la question, tiens. » (MG8) en opposition à d'autres qui recherche un opérateur « Alors ça c'est une très bonne question. Parce qu'on me dit, je passe un Doppler, mais je ne sais pas qui la passe : je ne sais pas si c'est un doppleriste, je ne sais pas si c'est un urgentiste, je ne sais pas si c'est un radiologue. » (MG1)

Cependant, d'autres participants rapportent choisir un interlocuteur en fonction du délai, de la réponse attendue et pertinente dans la prise en charge et en accord avec leur pratique : « L'angiologue, il va pouvoir en plus donner des conseils sur la thérapeutique. Et puis, il va insister aussi auprès des gens sur le port d'une contention, sur le traitement anticoagulant et donc il va renforcer un petit peu à mon avis… Alors que le radiologue, disons que je vais l'utiliser plutôt pour éliminer, quand je pense que ça pourrait être ça mais que je ne suis pas très convaincu, c'est plutôt pour avoir un diagnostic d'élimination en fait. (rire) » (MG12), renchéri par le MG11 « Je pense, là où je travaille, de pas faire le Doppler à la Clinique où y'a le centre de radiologie, sinon ça ne va pas m'aider, quoi ! ».

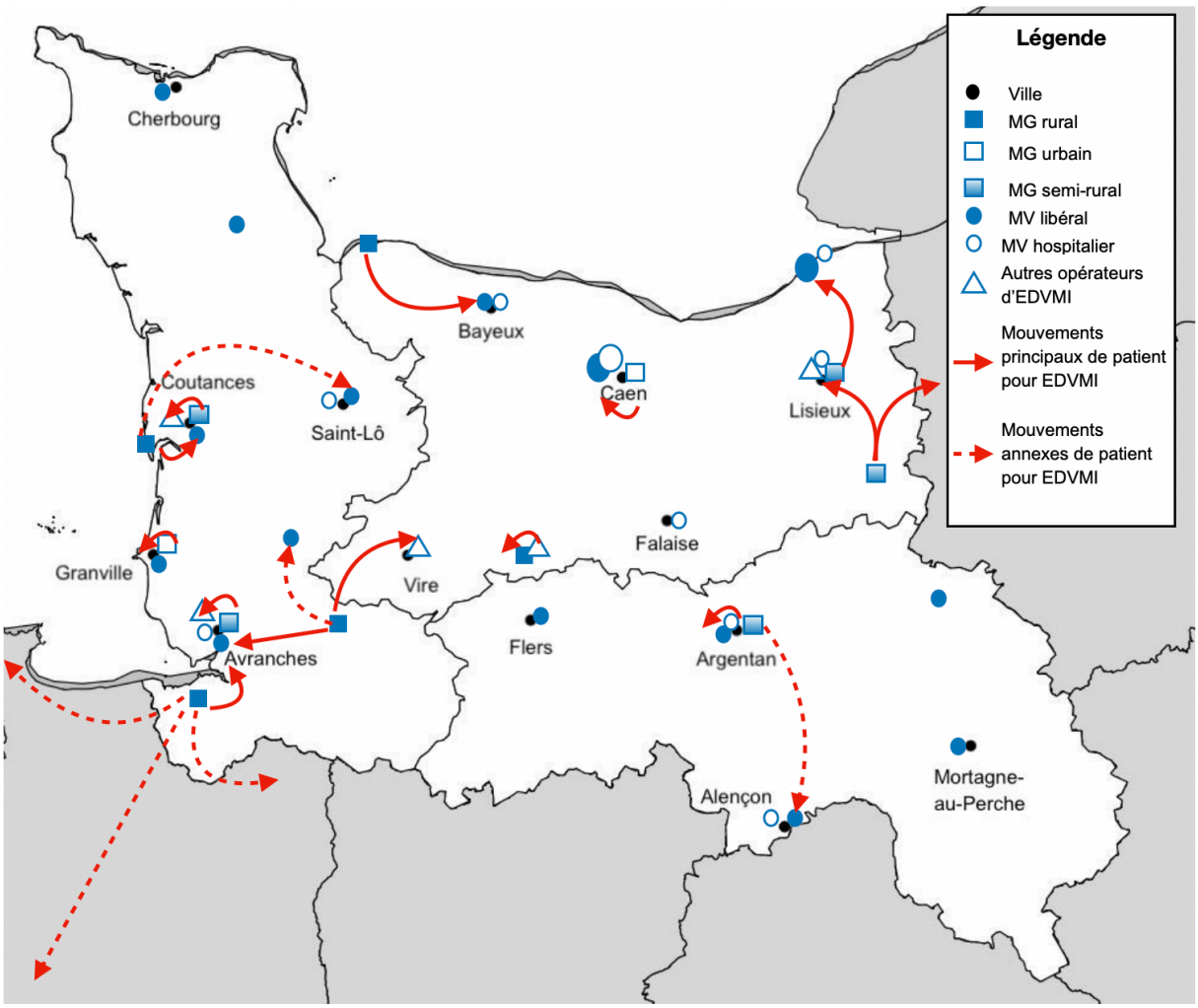

Figure 3 : Carte des filières de soins au temps diagnostic

3.1.2. Étape étiologique : la nécessité d'un diagnostic ?

L'exhaustivité abordée précédemment renvoie à la nécessité d'un diagnostic pour adresser son patient et être adapté dans sa demande : « Et puis après selon les étiologies, ça peut être le chirurgien, ça peut être le médecin interniste, ça peut être tout de sorte d'étiologie… » (MG12), « Si c'est un trouble de coag, je demande au mec d'hémato qu'est-ce qu'il faut faire, et puis il me dit quoi faire. En général, si on trouve l'étiologie, c'est qu'on a un autre copain qui est dans le coup. C'est-à-dire, soit y'a un hémato qui a dit que y'a un trouble de coag, alors comme je suis pas un pro de la coag, je le rappelle pour apprendre là-dessus. Mais, ils le disent des fois « anticoagulant en cas de moindre risque, on met tel traitement de fond » … Tac, tac. Après si y'a un cancer, bah pareil ! Je vais l'adresser au mec qui gère tel ou tel cancer. Si c'est une pilule, on essaie de voir pour changer de pilule. On essaie de voir tous les facteurs qui peuvent donner des phlébites. » (MG8).

Avec surprise, peu de participants abordent la place du MV dans l'enquête étiologique d'une TVP, pouvant traduire une méconnaissance des champs de compétences de ce dernier : « On fait parfois un scanner-TAP, soit sur conseil des angiologues soit parce qu'on sent que y'a un loup en-dessous. Mais souvent les angiologues aussi … Quand ils ont pas de facteurs déclenchants et qu'on arrive dans des âges à risques, ils balancent les scanners TAP » (MG9).

3.1.3. Place des acteurs hospitaliers

L'hospitalisation est considérée comme un dernier recours, comme le cite le MG7 « J'hospitalise rarement, ça c'est clair et net. Je suis tout à fait surpris de voir le nombre d'hospitalisation pour une phlébite. Alors là ! J'arrives pas à comprendre. Dieu soit loué, moi, j'ai jamais eu de pépin. Tant mieux ! Ceci étant, il m'est arrivé de faire le diagnostic de phlébite, parce que le patient est venu pour une embolie pulmonaire ! »

Les participants peuvent se sentir jugé, notamment par la sphère hospitalière comme le cite le MG7 « Il m'est arrivé une ou deux fois d'avoir une embolie pulmonaire, puis faire le diagnostic ensuite de la phlébite. Or qu'au moment de l'examen, il n'y avait pas de signe clinique de la phlébite. C'est vexant (rire) ! Et puis, vous avez le p'tit con des urgences qui vous appelle « ha il avait pas vu la phlébite », Bah non ! Voilà ! ».

3.2. Communication

Les moyens de communications utilisés sont majoritairement téléphoniques. Pour certains participants, connaitre directement leurs interlocuteurs facilitent les échanges : « Il est très accessible direct sur le portable, donc j'ai une relation un peu … J'le connais bien » (MG10), en opposition à d'autres qui laissent transparaitre un isolement.

Les participants relèvent cependant des difficultés d'accessibilité aux spécialistes d'organes, laissant transparaitre parfois leur isolement, comme le rapporte le MG1 : « Un numéro unique pour la prise en charge. Quand on veut avoir un avis sur … Bref, un portail unique, pour tout. Si on veut du social, un portail unique. Si on veut un spécialiste, un portail unique. Un secrétariat qui répond au téléphone et non pas

toujours une plateforme, parce qu'en ambulatoire ce n'est pas possible. On a 10-20minutes à tout casser (…) Donc si on n'a pas quelqu'un immédiatement, et qu'on attend la petite musique d'attente, on peut pas travailler. »

3.3. Respect de l'indépendance des acteurs ?

Les participants demeurent juge des propositions des spécialistes d'organes, notamment au sein du suivi du patient : « Là, pour la dernière prise en charge, il y avait des Dopplers de contrôle avant les 3 mois pour vérifier que le thrombus ne bougeait pas, machin ! Bon, je leur ai dit de pas y aller mais ils y sont allés quand même. Et on a constaté un thrombus ! Voilà, comme prévu ! » (MG1).

4. Perspectives d'amélioration de la prise en charge

4.1. Utilisation d'outils

Certains participants déclarent utiliser des outils au sein de leur consultation, notamment pour l'aide à la prescription : « Après, on a aussi des outils sur internet qui nous simplifie la vie, parce que les protocoles je sais que j'ai du mal à les retenir par cœur. Des fois je vais les rechercher sur thromboclic® ou ce genre de chose … C'est des outils qui nous facilitent la vie au quotidien, pour éviter de chercher les posologies, par exemple … » (MG2).

4.2. Traitement probabiliste par faute de mieux

Comme attendu, l'anticoagulation probabiliste au temps diagnostic a un accueil mitigé. Les participants attachent de l'importance au délai d'obtention de l'EDVMI et également à leur environnement local, laissant transparaitre leur isolement : « Un plateau d'angioscan au bout de la rue (rire) … Sérieusement, plus on a un plateau technique, et des spécialistes facilement disponible … plus c'est simple en tant que médecin généraliste de pouvoir gérer ça. » (MG2).

4.3. Proposition de filières locales de soins dédiées ?

Certains participants décrivent une forme de confort au cours de leur prise en charge initiale : « C'est exactement, comme quand tu parlais de formation continue tout à l'heure … Dans ce cas-là … C'est exactement la position inverse, parce qu'on est tellement confortable, qu'en fait on se forme pas du tout sur la thrombose … On se contente de … » (MG3), renchéri par le MG12 « Pour le vasculaire, on n'est pas trop embêté. (rire). »

D'autres peuvent exprimer des difficultés au cours du suivi, notamment pour évaluer la durée de l'anticoagulation et la prévention de la maladie post-thrombotique : « Pour la suite de la prise en charge, c'est vrai que s'il y a avait une filière dédiée, avec une réévaluation systématique par un spécialiste qui va juger ou pas de l'intérêt du bilan de thrombophilie et pouvoir faire un rappel sur la prévention de la maladie post-thrombotique. C'est vrai que ça serait idéal, ça c'est certain ! » (MG2).

Discussion

1. Réponses aux objectifs et validité externe

Les principaux déterminants de la prise en charge des TVP en soins primaires sont l'intuition clinique, la mise en place de moyens alternatifs à l'incertitude diagnostique, la sécurité du médecin et du patient dans le cadre d'une relation médecin-malade optimale et l'environnement médical local permettant une coordination des soins optimale.

L'intuition clinique des participants est sous la dépendance de l'expérience. Le type d'activité et la redondance de la situation « suspicion de TVP » aboutissent à l'émergence d'un sens critique du praticien, face à cette situation. Dans la littérature, de nombreuses études et thèses observationnelles font état des pratiques aux différents temps de la prise en charge, comparativement aux recommandations (14,16–19). En accord avec les études quantitatives, la non-utilisation des scores de probabilité clinique en soins primaires est connue en médecine générale (14,18) en dépit de tentatives d'émergence de nouveaux scores dit adaptés à la prise en charge ambulatoire (15,23). Delluc *et al* rapporte même que les scores n'améliorent pas l'appréciation de la probabilité clinique par rapport au jugement clinique d'un praticien entrainé (15).

Les alternatives employées au temps de l'incertitude diagnostique sont l'initiation d'une anticoagulation probabiliste et un usage à tâtons des D-dimères. La place majeure de l'intuition clinique et la probabilité clinique perçue semblent corrélées à l'initiation de l'anticoagulation prophylactique et à l'utilisation des D-dimères (17,18,24).

La mobilisation des IDE est également une adaptation, permettant une surveillance indirecte du patient. Par analogie au modèle de Reason, les rôles implicites des IDE peuvent être perçus comme des éléments barrière d'une erreur potentielle (25). Les secrétariats jouent également un rôle central dans la coordination des soins, notamment au temps diagnostic. Gravier *et al* décrit que la délégation des tâche et notamment la régulation représente un déterminant dans le choix du secrétariat (26). Au décours du suivi, les participants utilisent la « consultation *check-up* ».

La relation médecin-malade optimale est décrite selon les participants comme un compromis pour la sécurité du patient et du médecin. En effet, l'anticipation des risques encourus pas le patient sont déterminants : risque embolique perçu, risque hémorragique entre-aperçu... Cependant, les participants anticipent également d'éventuelles « retombées judiciaires » et y répondent *via* l'exhaustivité et la systématisation au sein de leurs pratiques.

La relation médecin-malade est abordée par d'autres travaux qualitatifs. L'étude de la qualité de vie des patients et leurs perceptions replace la communication et l'accueil de l'anxiété du patient au cœur de la prise en charge (27,28). Cependant, aucune étude qualitative sur la thématique des TVP n'a abordé les perceptions des MG. La force principale de cette étude réside dans son originalité, notamment de l'intérêt qu'elle porte à la « gestion de terrain » et aux moyens d'adaptation mis en place.

L'environnement médical local est déterminant. Les filières de soins mobilisés sont dites de proximité. Elles dépendent des habitudes de travail et d'interactions des participants. Au sein des interactions avec les spécialistes d'organe, on constate une échelle graduelle au sein des réponses attendues, variable selon l'autonomie des participants. Cette échelle graduelle de réponse peut demander un simple opérateur d'EDVMI à la demande d'une prise en charge jusqu'au suivi par le spécialiste d'organe. Les difficultés mises en évidence par les participants résident principalement dans la mise en place du suivi. Il s'agit notamment de l'indication de la durée de l'anticoagulation et la nécessité d'un diagnostic étiologique. En dépit de la création du DES de MV en 2016, la place et la diversité des rôles du MV au cours des prises en charge des TVP semble méconnu par les MG (20).

L'hospitalisation est considérée comme un dernier recours, notamment lié aux difficultés de communication. En Picardie, Canaple *et al* soulignent les difficultés d'accès perçues par les MG à la filière MTEV et une préférence à l'accès direct avec le MV (29). La réflexion autour de la mise en place de filières de soins locales au sein des hôpitaux périphériques, semble être un compromis entre désir de proximité, aide aux participants et la popularisation de l'intégralité des champs de la médecine vasculaire.

2. Validité interne

Afin de discuter au mieux la méthode employée, le travail est confronté aux grilles de qualité d'une recherche qualitative. La grille COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Resaerch) nous donne un cadre d'évaluation des travaux de recherche par entretiens semi-dirigés. (30,31)

2.1. Choix de la méthodologie

La méthode qualitative par analyse inductive générale a été choisie afin d'aborder la globalité des modes réactionnels au phénomène « prise en charge des TVP ». Les modes réactionnels englobent donc une approche ontologique du MG en tant qu'individu ayant ses connaissances et son expérience, mais également au sein de son environnement. L'approche par théorie ancrée aurait également pu être utilisée afin de répondre à notre problématique, notamment concernant la place du MG au sein des filières de soins. Cependant, un échantillonnage raisonné théorique et une itération constante aurait été nécessaire. De plus, cette approche n'aurait pas pris en compte les connaissances, mais les perceptions d'un groupe d'individu. (32,33)

La méthode d'échantillonnage réalisée est dite raisonnée à variation maximale et semble identifier plusieurs exemples de pratique. La compatibilité entre l'approche méthodologique et le mode d'échantillonnage sont une des forces de l'étude. Cependant, la multiplicité des modes de recrutement, initialement par convenance des participants peut être source de biais. En effet, les participants recrutés directement par l'investigatrice connaissaient les motivations et les objectifs personnelles de celle-ci, voire parfois sa pratique. Ces éléments ont pu influer sur leurs réponses. (32)

Certains médecins généralistes ont été contactés spécifiquement par l'investigatrice pour leurs caractéristiques. Leur non-participation est liée au manque de disponibilité au cours du mois d'avril. La courte période de recueil des données est une limite de cette étude.

2.2. Qualité des entretiens

Les entretiens semi-dirigés doivent permettre la libre expression des participants. La perception de la liberté d'expression des participants a systématiquement été interrogée en fin d'entretien. La liberté d'expression peut être évaluée par la durée des entretiens. Cependant en dépit d'une documentation préalable, l'investigatrice a pu dans ses attitudes et réactions influencer les réponses de ses interlocuteurs. Le caractère novice de l'investigatrice en méthodologie qualitative peut être perçu comme une limite en méthodologie qualitative.

Pour l'intégralité des entretiens, les participants ont choisi les modalités. Un lieu choisi par le participant semble être plus propice à l'échange, afin de le mettre en confiance. Pour certains entretiens, l'investigatrice a rencontré les participants sur leur lieu de travail, parfois positionnée « à la place du patient ». Ce positionnement peut altérer la qualité de l'échange, puisqu'indirectement le participant se place en position de « savant ».

L'ambiance perçue par l'investigatrice au cours des entretiens est bonne et semblaient propice à l'échange. L'attention particulière de l'investigatrice au discours infraverbal a permis une mise à l'aise des participants, puisque tous les participants ont ri au moins une fois au cours de l'entretien.

La retranscription *ad integrum* des entretiens, en langage parlé, permet de percevoir au mieux les perceptions des participants. Le vocabulaire, les éléments de langage oral ont donc été conservé pour répondre à un désir de fidélité de retranscription des rencontres. Les données n'ont pas été soumises aux participants après la retranscription, permettant le maintien d'un caractère brut de celles-ci.

2.3. Scientificité

Une itération intuitive des données brutes *via* la prise de note a été réalisée au fur et à mesure. En effet, les connaissances de l'environnement local ont permis à l'investigatrice d'adapter le canevas de manière intuitive au cours de chaque entretien. L'analyse des données a été réalisée *a posteriori*. L'absence de démarche itérative immédiate après chaque entretien est une limite de cette étude.

Cependant, le caractère méthodique et systématique de l'analyse des données brutes a permis de scruter l'intégralité des données. L'analyse est renforcée par la

triangulation. Elle a été réalisée avec le directeur de thèse à 58%, afin d'éviter l'indexation thématique.

La saturation des données, issues des propriétés de codage et de la catégorisation, a été obtenue lors du 10ème entretien et confirmée par deux derniers.

Non abordés dans la grille COREQ, les modalités éthiques ont été étudiées par le service de recherche du centre hospitalier universitaire (CHU) de Caen. Bien qu'aucune démarche éthique n'aie été jugée nécessaire, une déclaration à la CNIL référencée MR004 et une déclaration au CPP aurait pu être réalisé afin d'assurer une pleine protection des données.

3. Perspectives

La popularisation des missions et des champs de compétences du MV semble être un point majeur de la formation initiale et continue des médecins, notament en soins primaires

L'étude stéphanoise GUSTAVE, le GETBO et le Registro Informatizado de Enfermedad TromboEmbólica (RIETE) présente la limite majeure d'une population recrutée uniquement par les médecins vasculaires adhérents au projet (2,24). Les patients pris en charge par des opérateurs tierces et leur MG ne sont pas inclus. La mise en place de filière de soins locaux sur l'ensemble d'un territoire permet une centralisation des données.

Par la suite, ces filières de soins locaux peuvent nécessiter une validation par une étude mixte, similaire à une étude d'impact médico-économique. En effet, un second projet de recherche quantitatif au sein de ses filières permettrait d'évaluer le suivi des patients ambulatoires ayant présenté une TVP.

Conclusion

En soins primaires, la prise en charge des TVP divergent des recommandations. Les éléments déterminants de la prise en charge des TVP identifiés sont : l'intuition clinique, les alternatives mise en place face à l'incertitude diagnostique, la relation médecin-malade.

L'environnement médical local et l'incertitude diagnostique peuvent constituer un frein lors de l'anticipation du parcours de soins du patient. L'interlocuteur idéal est le MV, dont le rôle au temps de la recherche étiologique est parfois méconnu. La popularisation des champs de compétences du MV et la mise en place de filières de soins locales pourraient permettre un choix d'un interlocuteur local pertinent.

L'impact des modes de prise en charge des TVP est peu abordé dans la littérature. Une centralisation des données de patients ambulatoires ayant présenté une TVP semble nécessaire, afin de réaliser une étude d'impact comme d'évaluer la survenue de complications au long cours.

Bibliographie

1. Di Nisio M, van Es N, Büller HR. Deep vein thrombosis and pulmonary embolism. The Lancet. déc 2016;388(10063):3060-73.

2. Delluc A, Tromeur C, Le Ven F, Gouillou M, Paleiron N, Bressollette L, et al. Current incidence of venous thromboembolism and comparison with 1998: a community-based study in Western France. Thromb Haemost. sept 2016;116(11):967-74.

3. Bouée S, Emery C, Samson A, Gourmelen J, Bailly C, Cotté F-E. Incidence of venous thromboembolism in France: a retrospective analysis of a national insurance claims database. Thromb J. déc 2016;14(1):4.

4. AFFSAPS. Recommandations de bonnes pratiques : Prévention et traitement de la maladie thrombo-embolique veineuse en médecine.

5. Sanchez O, Benhamou Y, Bertoletti L, Constant J, Couturaud F, Delluc A, et al. Republication de : Recommandations de bonne pratique pour la prise en charge de la maladie veineuse thromboembolique chez l'adulte. Version courte. Médecine Nucl. sept 2019;43(4):323-50.

6. Kemp M. Thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires. nov 2020;(Tome 40 n°445):10.

7. PREVISCAN [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 31 janv 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2909822/fr/previscan

8. Kemp. Premier Choix Prescrire : Thrombose veineuse profonde d'un membre inférieur. 2020.

9. Appelen D, van Loo E, Prins MH, Neumann MH, Kolbach DN. Compression therapy for prevention of post-thrombotic syndrome. Cochrane Vascular Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 26 sept 2017 [cité 28 janv 2021]; Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004174.pub3

10. De Pooter N, Toulon P. Valeur seuil adaptée à l'âge pour l'interprétation du dosage des D-dimères dans l'exclusion de la maladie thromboembolique veineuse chez les patients âgés. Rev Francoph Lab. juill 2017;2017(494):25-32.

11. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Vo U M E. :8.

12. Allen DJ, Heyrman PJ. et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. :52.

13. Laure P, Trépos J-Y. Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes. Sante Publique (Bucur). 2006;Vol. 18(4):573-84.

14. Plewa G. Thromboses veineuses profondes des membres inférieurs : Anticoagulants oraux directs et pratiques des médecins généralistes en Picardie. [Thèse d'exercice pour le grade de docteur]. Université d'Amiens;

15. Delluc A, Le Pape F, Le Bras A, Gagne P, Taton G, Jaffrelot M, et al. Validation d'un score de prédiction clinique de la thrombose veineuse profonde des membres inférieurs spécifique à la médecine générale. Rev Médecine Interne. mai 2012;33(5):244-9.

16. Frappé P. Les médecins généralistes ont-ils intégré les anticoagulants oraux directs à leurs pratiques ? JMV-J Médecine Vasc. mai 2017;42(3):131-2.

17. Touzeau P, Doutrelon C, Vanquaethem H, Mestiri R, Chaara T, Le Burel S, et al. La prise en charge des thromboses veineuses profondes en ambulatoire : entre recommandations et réalité pratique. Rev Médecine Interne. déc 2020;41:A98-9.

18. Gaillac M, Mesthé P. Prise en charge des thromboses veineuses profondes du membre inférieur en médecine générale: enquête auprès des médecins généralistes de l'Aveyron. France; 2017.

19. Saada A. Etats des lieux de la prise en charge d ela thrombose veineuse profonde des membres inférieurs en Haute-Normandie en médecine générale [Internet] [Thèse pour le grade de Docteur en Médecine]. [Rouen]: Université de Rouen; 2012. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00709866/document

20. Laroche J-P. Naissance d'une nouvelle spécialité : la médecine vasculaire. J Mal Vasc. mai 2016;41(3):188-96.

21. Frappé P, Bertoletti L. Soins primaires et collaboration interdisciplinaire. JMV-J Médecine Vasc. mars 2017;42(2):86.

22. CNOM. Atlas de la démographie médicale 2020.

23. Constans J, Boutinet C, Salmi LR, Saby J-C, Nelzy M-L, Baudouin P, et al. Comparison of four clinical prediction scores for the diagnosis of lower limb deep venous thrombosis in outpatients. Am J Med. oct 2003;115(6):436-40.

24. Bruel S, Ginzarly M, Bertoletti L, Fayard P, Chapelier E, Seffert B, et al. Practical issues in suspected venous thrombosis in general practice: A multicentre prospective cohort in primary care. Thromb Res. oct 2017;158:19-21.

25. Larouzée J, Guarnieri F, Besnard D. Le modèle de l'erreur humaine de James Reason [Internet] [report]. MINES ParisTech; 2014 [cité 18 août 2021]. p. 44 pages. Disponible sur: https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/hal-01102402

26. Gravier M, Pigache C. Choix des médecins généralistes en matière de secrétariat médical [Internet]. Lyon, France; 2019 [cité 18 août 2021]. Disponible sur: https://n2t.net/ark:/47881/m6qj7gc4

27. Golemi I, Salazar Adum JP, Diaz Quintero L, Paz LH, Fuentes HE, Schmitt N, et al. Gaps of care in patients with venous thrombotic embolism: a qualitative study. Int Angiol J Int Union Angiol. août 2019;38(4):284-90.

28. Hunter R, Noble S, Lewis S, Bennett P. Long-term psychosocial impact of venous thromboembolism: a qualitative study in the community. BMJ Open. févr 2019;9(2):e024805.

29. Canaple A. Analyse des besoins et perspectives d'utilisation de la filière de soins de la maladie thrombo-embolique veineuse du CHU d'Amiens par les médecins généralistes de la Somme [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2019.

30. Wu S, Wyant DC, Fraser MW. Author Guidelines for Manuscripts Reporting on Qualitative Research. J Soc Soc Work Res. juin 2016;7(2):405-25.

31. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 16 sept 2007;19(6):349-57.

32. Lebeau J-P, Aubin-Auger I, Cadwallader J-S, Gilles de la Lande J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé. Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global Média Santé, CNGE. 2021.

33. Thomas DR. A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. Am J Eval. juin 2006;27(2):237-46.

Annexes

Annexe I : Journal de bord

Du 10/01/2021 au 03/03/2021 : **Élaboration de la question de recherche**

- Recherche et synthèse de la bibliographie. Noyade progressive dans la bibliographie … Émergence de nouvelles questions concernant, notamment les complications … Nombreuses thèses quantitatives sur le sujet avec état de pratiques divergentes des recommandations. Utilisation en introduction et/ou discussion dans partie confrontation aux données de la littérature
- Rédaction d'une revue de la littérature fastidieuse mais selon un plan pour logique au sein de la prise en charge des TVP
- Rencontre avec directeur de thèse aboutissant à la question de recherche, une sorte de « qu'est-ce qu'y est fait en pratique ? Et pourquoi ? ». Réponse adaptée par méthodologie qualitative.

03/2021 : **Choix de méthodologie : de la recherche à l'élaboration**

- Méthodologie qualitative : émergente en santé. Rigueur, pas si brouillon que ça en a l'air. Difficulté de se détacher du quantitatif. Dispersion vers méthodologie mixte … et élaboration d'un plan d'étude mixte de description d'impact des réseaux de soins sur la prise en charge de TVP, pouvant être utilisable dans la discussion, partie ouverture et perspective.
- Prise de contact avec le guichet d'orientation : pas de nécessité de formalité éthique, ni de proposition de soutien d'analyse.
- Rencontre avec le directeur de thèse : choix de méthodologie avec accord sur la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigées avec des profils de médecin différents. Conseil d'un livre « Initiation à la recherche qualitative en santé » (CNGE, 2021) pour aide méthodologique
- Lecture du livre conseillé et utilisation de ce dernier comme un appui principal pour rédaction :
    - Rédaction d'introduction en entonnoir (de l'épidémiologie vers rôle du MG et particularité de la subdivision), selon un modèle type article, de manière plus synthétique que la revue de la littérature réalisée précédemment.
    - Rédaction de la partie matériels et méthodes selon les conseils du livre. Appréhension d'analyse qualitative (+/- logiciel)

- Rédaction concomitante d'une introduction courte et de la partie « matériels et méthodes »
- Aide logiciel : N'vivo en tête d'affiche mais alternative gratuite sur Mac par TAMSAnalyzer®. Familiarisation fastidieuse avec logiciel …
- Préparation, anticipation du recueil
    - Demande d'aide pour le recrutement avec un sourire (et des cookies) à des praticiens de connaissance et leur répertoire dans leur secteur de prédilection. Création d'une liste progressive de MG interrogeables.
    - Entrainement en *free-style* (sans enregistrement) à l'exercice d'entretiens individuels semi-dirigés avec des co-internes et maîtres de stage. Difficultés à réfléchir à la formulation de questions ouvertes qui semble s'atténuer au cours des entretiens, parfois entretien semblant pauvre mais avec du recul, cela permettrait l'identification de facteurs personnels communs. Identification de difficultés de compréhension pour les internes d'appréciation de démarche globale, notamment sur les complications à long terme, influence majeure de leur pratique hospitalière. Ajout du critère d'avoir réalisé un SASPAS pour les internes titulaires d'une licence de remplacement.

04/2021 : **Recueil des données**

- Recrutement assez rapide de médecins répartis sur le territoire. Organisation en fonction des disponibilités et selon les modalités qui arrangent les praticiens, en raison de la crise sanitaire
- Réalisation des entretiens rapidement après autorisation de lancer le recueil :
    - Notes de chaque entretien inclus dans les verbatims
    - Réalisation des 5 premiers entretiens avant le 06/04/2021 marqué d'un 3ème entretien avec difficultés de compréhension des questions, des 5ème et 6ème entretiens en visio avec appauvrissement des données infraverbales
    - Pause entre 6ème et 7ème entretien d'une semaine mi-avril permettant retranscription des entretiens précédents, début d'analyse, itération avec évolution du canevas d'entretien… Poursuite de recrutement de 5 nouveaux médecins avec profils et secteurs d'exercices variés, avec des rendez-vous fixés avant fin avril

- À partir du 7ème entretien, retranscription au fur et à mesure permettant de tracker la saturation des données

Du 15/04/2021 au 15/07/2021 : **Analyse et appropriation des données**

- Analyse ouverte brute concomitante du recueil, à chaque entretien : ressenti et réactions perçues par l'investigatrice
- Analyse ouverte des entretiens
  - Codage thématique avec TamsAnalyzer® fastidieux, mais recoupement de données et appropriation
  - Codage expérientielle et création des propriétés manuellement sur Word® sous la forme d'un tableau en essayant d'éviter les différents pièges (indexation au temps du codage, omission expérientielle et perceptive lors de l'élaboration des propriétés)

Verbatim	Question = éviction d'indexation	Codage		Catégorisation
		Codage thématique « Que dit-il ? »	Codage expérientielle « Qu'exprime-t-il vraiment ? »	Propriétés « Quelle est l'action sous-jacente ? »

  - Sélection concomitante de verbatims pertinents à mettre dans le manuscrit final, avec élaboration d'un code couleur (jaune pour l'objectif principal, vert pour l'objectif des filières de soins, rose pour les « fausses croyances » et idées reçues)
- Triangulation progressive des données d'analyse ouverte avec le directeur de thèse

  - Difficultés pour l'investigatrice de comprendre le passage du codage à la catégorisation pour éviter le piège des « propriétés tiroirs », mais rattacher les éléments du codage à une propriété d'action >> Réalisation avec le directeur de thèse d'élaboration des propriétés de la moitié du 1er entretien
  - Relecture des entretiens avec difficultés d'élaboration des propriétés, aboutissant à une triangulation des données de 58 % (7 entretiens sur 12)

- Analyse axiale concomitante de l'analyse ouverte par recensement des propriétés sur un autre fichier Word, permettant augmentation de vitesse d'analyse ouverte et surveillance de saturation des données. Mise en relation des différents éléments sous-jacents (type cause/conséquence, frein) aboutissant à la création de catégorisation.
- Analyse intégrative manuscrite des catégories et mises en relation par la création du modèle explicatif, utiliser comme synthèse de l'objectif principal

Du 15/07/2021 à fin 08/2021 : **Rédaction**

- Rédaction des résultats
  - Recherche de thèses-articles de méthodologie qualitative publiée, pour observation de rédaction et attentes. Constatation de 2 types de modèles rédactionnels :
    - Plan calqué sur le canevas et apposition descriptive des différentes réponses, simplement observationnelle
    - Analyse ouverte regroupée et non-exhaustive, appuyé par des éléments de verbatim. Plan dépendant du modèle explicatif et des catégories mises en évidence.
  - Choix de réalisation d'un plan par catégorie plus pertinent pour cerner les éléments déterminants aux différents temps de la prise en charge, et donc leur impact
- Rédaction de la discussion
  - Difficultés au cours de la partie « Validité externe, confrontation aux données de la littérature », peu de recherche accessibles sur les données de soins primaires, peu de données de recherche qualitative publiées sur un thème similaire
  - Partie « Validité interne » : confrontation à grille de lecture COREQ

COREQ		**Manuscrit – Discussion**
Équipe de recherche et de réflexion	1. Enquêteur	Investigatrice
	2. Titre académique	Thésarde
	3. Activité	Interne
	4. Genre	Féminin
	5. Expérience	Novice en recherche qualitative

	6. Relation antérieure avec participants	Mode de recrutement variable
	7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Variable selon mode de recrutement
	8. Caractéristiques de l'enquêteur	Statut a minima +/- objectifs personnels
Conception de l'étude	9. Orientation méthodologique et théorie	Respect d'analyse inductive générale
	10. Échantillonnage	Respect d'un échantillon raisonné théorique à variation maximale, principalement par convenance
	11. Prise de contact	Variable selon le mode de recrutement, mais principalement par Mail et Messenger
	12. Taille de l'échantillon	12 participants, nombre acceptable pour du qualitatif et obtention saturation des données
	13. Non-participation	Non-abordé, mais principalement par manque de disponibilité sur période de recueil des données
	14. Cadre de la collecte de données	Choix des participants, parfois position du patient dans le bureau du participant, parfois chez le praticien
	15. Présence de non-participants	Présence de non-participant pour un entretien, apport +++

	16. Description de l'échantillon	Représentativité : âge moyen plus jeune, prédominance rural et exercice de groupe
	17. Guide d'entretien	Test préalable du guide d'entretien, reformulation progressive selon compréhension
	18. Entretiens répétés	Pas de répétitions des entretiens, pas de connaissance préalable des questions
	19. Enregistrement audio /visuel	Enregistrement audio, retranscrits manuellement
	20. Cahier de terrain	Prise de note sur chaque entretien permettant une analyse brute
	21. Durée	Moyenne de 34min pour aborder 6 grandes parties, un peu limite
	22. Seuil de saturation	10ème entretien saturation des propriétés et catégories
	23. Retour des transcriptions	Pas de retour de transcription, pas de modifications à posteriori des données
Analyse et résultats	24. Nombre de codeurs	Initialement 2, puis position du directeur en relecteur
	25. Arbre de codage	Arbre de codage disponible dans cette annexe
	26. Détermination des thèmes	Mixte, présence de thèmes définis et attendus, d'autres non-définis et obtenus à travers les données
	27. Logiciel	Aide pour les occurrence et recensement thématique
	28. Vérification par les participants	Pas de retour sur les résultats

	29. Citations présentées	Utilisation de citations pour appuyer les résultats, référés à un participant de manière anonyme
	30. Cohérence données /résultats	Choix de citation la plus représentative, et parfois volontairement « punchline »
	31. Clarté des thèmes principaux	Plan selon objectifs de l'étude permettant classification des thématique
	32. Clarté des thèmes secondaires	

  - Partie perspective ?

- Ping-pong de relecture et de reformulation
- Correction des fautes d'orthographe : relecture de la thèse par des non-médecins

Annexe II : Lettre de présentation

Bonjour,

Interne en médecine générale à l'Université de Caen, je vous sollicite dans le cadre de mon travail de thèse sur les thromboses veineuses profondes en soins primaires. J'ai besoin de médecins généralistes installés ou remplaçants pour des entretiens individuels afin d'apprécier au mieux le contexte locorégional et l'impact sur la prise en charge. Les entretiens sont d'une durée d'environ 45minutes, selon vos disponibilités et dans le lieu que vous souhaitez.
Merci de me contacter, si vous êtes intéressez.

Flavie Biron

Annexe III : Canevas d'entretien

Présentation :

Bonjour,

Le thème de ma thèse est, comme vous l'avez lu dans le message de recrutement, les TVP en soins primaires.

De nombreuses travaux font état de pratique divergentes des recommandations. Effectivement, les patients ne rentrent pas dans les cases et puis cela ne se passe jamais comme dans les livres … L'idée de ce travail est plutôt d'identifier en pratique courante les points clés de votre prise en charge, et notamment vos interactions avec les autres acteurs de soins.

Le recueil est réalisé par des entretiens individuels avec enregistrement audio, après signature de votre accord. Les données seront retranscrites manuellement et détruites après la soutenance.

Canevas d'entretien, **version 1** :

1. Caractéristiques du médecin interrogé : Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?
   - Quel âge avez-vous ?
   - Quel type d'exercice avez-vous (groupe, seul) ? Comment organisez-vous votre exercice ? Depuis combien de temps exercez-vous ?
   - Dans quel secteur travaillez-vous ? Quelle activité avez-vous (rural/urbain) ?
   - Dans quelle subdivision avez-vous été formé ? Avez-vous des formations spécifiques (DU, DIU, DESC …) ? Quels types de formation continue utilisez-vous ?

2. Démarche diagnostique : Quelle est votre attitude diagnostique devant une suspicion de TVP au cabinet ?
   - Notion de suspicion clinique : Importance des signes cliniques ? Utilisation de score ? Recherche de facteur de risques ? Dans quelle(s) situation(s) allez-vous écarter le diagnostic d'emblée ?
   - Place du dosage des D-dimères : quand ? comment ? qui ? interprétation ?
   - Organisation pour réalisation d'EDVMI : opérateur ? délai ?

3. Prise en charge thérapeutique : Pourriez-vous me décrire comment vous prenez en charge les TVP ? Facteurs influençant la prise en charge ?
   - Comment orientez-vous votre patient ? Quels sont vos critères d'hospitalisation ?
   - Stratégie anticoagulante : quel type ? facteur influençant ? prise en compte du risque hémorragique ? Si oui comment ? quel traitement ? pourquoi ? Quelle durée ? Modification du traitement ? A quel moment ?
   - Compression veineuse : mise en place ou non ? quel type ? quelle durée ? modalités ? pourquoi ?
   - Suivi : quelle modalité ? qui ? comment ?

4. Recherche étiologique : Comment organisez-vous le bilan étiologique d'une TVP ? Quelles situations pour quelle(s) recherche(s) étiologique(s) ? Opérateur ? Méthode utilisée ? Facteurs influant la recherche étiologique ? Interprétation de recherche étiologique ?

5. Évaluation des complications, devenir : Recherchez-vous des complications ? Lesquelles ? Quand ? Comment, quels paramètres d'évaluation ? Modification sur prise en charge ? Si oui comment ?

6. Filière de soins
   - Quels professionnels de santé ? Interactions (conduite à tenir, rôle dans le suivi) ? Influence de ses interactions sur votre prise en charge ?
   - Comment votre réseau de soins impacte-t-il sur votre prise en charge ?

7. Perspectives d'amélioration : Quels éléments faciliteraient votre prise en charge globale ? Quel serez votre prise en charge idéale ?

Canevas d'entretien version 2, après reformulation:

1. Caractéristiques du médecin interrogé : Pouvez-vous vous présentez ? Ajout d'une question de transition : pouvez-vous me racontez la dernière fois que vous avez pris en charge une TVP ? est-ce une situation fréquente ?

2. Démarche diagnostique : Pas de modifications
3. Prise en charge thérapeutique : Pas de modifications de la question ouverte principale.
4. Recherche étiologique : Pas de modifications de la question ouverte principale
5. Évaluation des complications, devenir : Devant difficulté de compréhension de la question, reformulation de question ouverte principale « comment vous organisez-vous pour la prévention des complications à terme ? ». Limitation aux moyens d'évaluation et de prévention utilisée. Remplacement du terme « syndrome post-thrombotique » par « insuffisance veineuse secondaire »
6. Filières de soin : Questions posées non systématiquement au travers des données obtenue au fur et à mesure. Résumé réalisé en fin d'entretien, avec plutôt recentrage sur « Comment votre réseau de soins influence sur votre prise en charge ? »
7. Perspectives d'améliorations : Pas de modification

Annexe IV : Formulaire de consentement d'enregistrement audio

Je soussigné(e) …… autorise Mme Flavie Biron à effectuer un enregistrement de l'entretien que nous avons eu ce jour à l'occasion de la réalisation d'une étude portant sur et entrant dans le cadre de la réalisation de sa thèse de médecine à l'Université de Caen Normandie.

Je reconnais avoir été informé que cet enregistrement sera détruit après retranscription écrite.

Si vous acceptez de participer à cette étude, je tiens à vous apporter les informations suivantes : l'ensemble des informations recueillies seront anonymisés et détruites dans un délai de trois mois suivant la soutenance. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données EU-2016/679, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation et de rétraction sur le traitement des données, droit que vous pouvez exercer en contact le secrétariat de Médecine Générale par téléphone au 02-31-56-82-21 ou par voie postale à l'adresse :

UFR Santé – secrétariat de Médecine Générale
Pôle de Formation et de Recherche en Santé (PFRS)
2 rue des Rochambelles
CS 14032
14032 Caen

En cas de contentieux, vous avez la possibilité d'introduire une reclamation auprès d'une autorité de contrôle.

Fait à
Le
Signature :

Annexe V : Recueil des entretiens

Les entretiens sous forme de verbatim ont été mis à disposition du jury au format PDF.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de la Faculté

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2021
NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : Flavie BIRON

TITRE DE LA THESE : **Prise en charge des thromboses veineuses profondes en soins primaires : une approche qualitative**

RESUME :
Introduction : La thrombose veineuse profonde (TVP) est une pathologie prise en charge en ambulatoire. De nombreux travaux objectivent des pratiques divergentes des recommandations. Le but de ce travail était d'identifier les déterminants de la prise en charge TVP en soins primaires et de caractériser les filières de soins mobilisées.
Matériels et méthodes : Douze médecins généralistes normands, recrutés selon un échantillonnage raisonné à variation maximale, ont été interrogés par des entretiens semi-dirigés au cours du mois d'avril 2021. Les verbatims ont bénéficié d'une analyse inductive générale, selon les axes thématique et expérientielle.
Résultats : Les principaux déterminants de la prise en charge des TVP en soins primaires sont l'intuition clinique, la mise en place d'alternatives, la sécurité du médecin et du patient dans le cadre d'une relation médecin-malade optimale et l'environnement médical local permettant une coordination des soins optimale. Les filières de soins mobilisées sont dites de proximité, et dépendent des habitudes de travail et d'interactions des participant avec les spécialistes d'organe.
Conclusion : En soins primaires, les médecins généralistes rapportent des difficultés à l'évaluation de la durée du traitement. La popularisation de la spécialité de médecine vasculaire et *a fortiori* la place du médecin vasculaire pourrait permettre à la création de filières de soin locales et l'optimisation des prises en charge.
MOTS CLES : thrombose veineuse profonde, soins primaires, étude qualitative

TITLE : Supported of deep veinous thrombosis in primary care : a qualitative approach

ABSTRACT :
Introduction: Deep vein thrombosis (DVT) is a pathology that is managed on an outpatient basis. Studies show that the recommendations are taken up differently. The aim of this work was to identify the determinants of DVT treatment in primary care and to characterize the care channels mobilized.
Materials and methods: A reasoned sampling witch maximum variation allowed the recruitment of twelve Norman general practitioners, who were interviewed by semi-structured interviews during the month of April 2021. The verbatims followed by a general inductive analysis, according to thematic and experiential axes.
Results: The main determinants of the management of DVT in primary care are clinical intuition, the implementation of alternatives means, the safety of the doctor and the patient within the framework of an optimal doctor-patient relationship and the local medical environment allowing optimal care coordination. The care channels mobilized are said to be proximity, and dependent on the work habits and interactions of participants with organ specialists.
Conclusion: In primary care, general practitioners report difficulties in evaluating the duration of treatment. The popularization of the specialty of vascular medicine and the place of the vascular doctor could allow the creation of local care channels and the optimization of care.
KEY WORDS : deep veinous thrombosis, primary care, qualitative study