

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE : 2024

N° 28

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention : Médecine générale

PAR

JOST Marco René Jean-Pierre Roland
Né le 28/11/1994 à COLMAR

***Limites à la pratique des sutures en cabinet de médecine générale dans la
région colmarienne : les freins des patients.***

Président de thèse : Professeur Pascal BILBAULT

Directeur de thèse : Docteure Anne-Elisabeth SANSELME



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Édition SEPTEMBRE 2022
Année universitaire 2022-2023

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Premier Vice Doyen de la Faculté** M. DERUELLE Philippe
- **Doyens honoraires :** (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)

Directeur général : M. GALY Michaël

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique
DOLLFUS Hélène Génétique clinique

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRD6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif	NRD6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RD6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu	NRD6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRD6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRD6	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRD6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RD6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak	NRD6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRD6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRD6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRD6 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François	NRD6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice	NRD6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles	RD6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRD6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RD6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRD6 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRD6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRD6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRD6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRD6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRD ⁰ CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRD ⁰ NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRD ⁰ CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRD ⁰ NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRD ⁰ NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil	NRD ⁰ CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRD ⁰ NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRD ⁰ NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRD ⁰ NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRD ⁰ CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRD ⁰ CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRD ⁰ NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation , Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRD ⁰ NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRD ⁰ CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RP ⁰ CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRD ⁰ CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RP ⁰ CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RP ⁰ NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique, gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRD ⁰ CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu	NRD ⁰ NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRD ⁰ NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRD ⁰ CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRD ⁰ CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François	NRD ⁰ NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRD ⁰ NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRD ⁰ NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoît	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RP ⁰ CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRD ⁰ NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRD ⁰ NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRD ⁰ CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRD ⁰ NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRD ⁰ CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRD ⁰ CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRD ⁰ CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RP6 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
RELACCIA Thierry	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Haute-pierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IG BMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBLIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - CSP : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépto-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BENOTMANE Iliès		• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DELHORME Jean-Baptiste		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILUSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS ²	Servicios Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte - biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme PORTER Louise		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
TALHA Samy		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---	-----	---

B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
M. DILLENSEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pr Ass. DUMAS Claire
 Pr Ass. GRIES Jean-Luc
 Pr Ass. GROB-BERTHOU Anne
 Pr Ass. GUILLOU Philippe
 Pr Ass. HILD Philippe
 Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
 Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
 Dr GIACOMINI Antoine
 Dr HOLLANDER David
 Dre SANSELME Anne-Elisabeth
 Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr DEMARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Haute-pierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Haute-pierre
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (*membre de l'Institut*)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOCO Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 - MULLER André (Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur)
 - ROUL Gérard (Cardiologie)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACOMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

ICANS - Institut de CANcérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 68 76 67 67

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**



SERMENT D'HIPPOCRATE

(version historique)

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Pascal BILBAULT, président de thèse.

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. Mes stages dans votre service ont été extrêmement formateurs, votre disponibilité et votre sens de la pédagogie m'ont été précieux à un moment clef de ma formation. Soyez assuré de ma grande reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Philippe HILD,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Merci pour votre implication dans la formation des médecins généralistes Strasbourgeois. J'ai pu apprécier votre façon de transmettre votre savoir, toujours bienveillante, aussi bien au cours des formations théoriques, que sur votre terrain de stage.

Veillez recevoir ma plus grande considération.

A Madame le Docteur Anne-Elisabeth SANSELME, directrice de thèse.

Je vous remercie de m'avoir accompagné en dirigeant ce travail. Merci pour votre expertise, vos conseils et votre gentillesse. Ce fut un plaisir de partager ce travail avec vous.

A Marion,

Mon âme sœur. Tu embellis ma vie à chaque instant. Ta sincérité, ta joie de vivre, ton sourire sont une source inépuisable de motivation.

Tu as le don de rendre meilleurs ce, et ceux, qui t'entourent.

Merci de partager ma vie.

Je t'aime.

A mes parents,

Ma mère, Françoise,

Merci pour l'amour et les valeurs que tu m'as toujours apporté, merci d'avoir toujours voulu et obtenu le meilleur pour nous. Je sais ce que je te dois.

Mon père, Dominique,

Merci de m'avoir toujours fait confiance, de m'avoir transmis ton amour de la médecine mais surtout nos passions communes. Je suis conscient de la chance que j'ai de partager autant avec toi.

A Raphaëlle,

Pour ta présence à mes côtés depuis toujours. Pour tout ce que tu m'as déjà apporté, et ce que tu m'apporteras encore. Nos caractères sont aussi proches que différents, c'est notre force.

A Stéphane, pour ton calme olympien qui dénote dans notre famille.

Je vous aime.

A mes grands-parents,

A Papy Roland, d'avoir toujours été aimant et bienveillant envers moi.

A ma regrettée Mamité, pour m'avoir témoigné l'amour sincère d'une grand-mère, pour ta joie de vivre.

A Papy JP, merci de m'avoir transmis la richesse de ton savoir en matière de nature et, disons-le, de braconnage. Tu n'es pas étranger à mon goût pour le travail manuel, toi qui sais tout faire, et qui parviens à transformer les « ça pourra toujours servir » en objets du quotidien.

A Mamy Colette, tu as laissé un grand vide derrière toi. Ton exigence a été un moteur pour me faire évoluer dans bien des domaines.

A ma marraine Nelly,

Merci pour tout ce que tu as déjà fait pour moi. Je te dois beaucoup.

Je ne te remercierai jamais assez de m'avoir initié très jeune aux plaisirs de la grande gastronomie.

Une pensée émue pour **Pierre**, qui avait toujours l'art de manier le verbe. C'est vrai ou ce n'est pas vrai ?

A mon parrain Patrice,

Pour ta joie de vivre permanente et communicative, ton humour a rythmé mes week-end d'automne depuis bien des années.

A **Geneviève**, pour ton poulet Basquaise et ta tarte au citron meringuée, et surtout pour ta présence auprès de nous en des temps difficiles.

A mes oncles et tantes, cousin, cousines

Caroline, Cathy, Joanne, Louise, Marylou, Victoria.

Isabelle, Gaby, Cécile, Baptiste.

Vous avez tous, de près ou de loin, contribué à la réussite dans mon parcours qui m'a mené jusqu'ici.

A Tata Yvette et Tonton Armand

Merci pour toutes ces années passées chez vous. Je sais la chance que l'on a eu d'avoir pu grandir à vos côtés.

A Danielle et Dominique, pour m'avoir accueilli chaleureusement au sein de votre famille.

A tous mes amis,

Les plus anciens, toujours fidèles depuis presque 20 ans.

Adrien « Pitch », **Alexandre** « Pingou », **Louis**, **Quentin**, **Mérim**, **Oppermac**, **Pfist (Seb-Dave)**, **Benji**.

Que d'aventures depuis toutes ces années ; à la pêche, la chasse, en France, en Australie, en ville, à la campagne. Nos retrouvailles sont toujours riches. Un remerciement tout particulier à toi Quentin pour tes talents d'infographiste.

Marine et Xavier, toujours prompts à proposer de décompresser, quel que soit le jour de la semaine.

Jérôme, pour ta bonne humeur permanente et communicative, pour ton amour de la médecine générale ; ton exemple m'a grandement aidé à faire mon choix de spécialité ! Pour l'inspiration que tu as su m'apporter dans la rédaction de ce travail.

Camille, Max et Anatole, pour votre amitié et votre fantaisie.

A ceux de la Fac,

Cédric et Aurélie, pour le beau couple que vous formez, pour ce que Cédric a apporté de folie tout au long de notre cursus.

Guillaume, merci pour ta fidélité, ta sincérité. Je t'admire pour ton engagement, tes sacrifices pour toujours chercher l'excellence et atteindre tes objectifs.

Je sais les valeurs que l'on partage et je suis fier que tu m'aies choisi comme témoin.

Hélène, ton soutien dans des moments difficiles m'ont permis de découvrir un peu plus ta personnalité, continue de rendre Guillaume heureux.

Ludo, mon co-externe. Confrère de pitrerie depuis la première heure. C'est un regret de ne pas avoir pu continuer cette association de malfaiteurs en tant qu'interne, mais je sais que tu t'épanouis dans ta spécialité.

Charlotte, merci d'être là pour Ludo, vous vous correspondez à la perfection. C'est toujours un plaisir de partager des moments avec vous.

Pauline, la maman du groupe.

Toutes **les coloquintes**, Julia, Margaux, Arthur, Etienne, Vautour, Dark Christian, Tristan, Mulot, Morue, Pierre... Pour avoir rendus ces années folles.

Anaïs et Franck, merci d'assurer la permanence des soins vétérinaires aujourd'hui encore.

A mes amis de l'AS HATTSTATT, joueurs actuels ou gloires passées. Julien, merci de m'avoir soutenu et épaulé pour relancer le club. Guillaume, Colin, Thomas, Antoine, Pablo... je ne pourrais tous vous citer.

A ma deuxième famille du Haut Doubs

Mathieu et Alex,

Quel miracle d'avoir sacrifié un week-end de révision en D4. Nous pourrions déjà écrire un livre de nos aventures.

Vous avez été présents à des étapes cruciales de ma vie, et vous m'avez aidé à faire des choix que je ne regrette pas.

Vous m'impressionnez chaque jour par votre énergie, votre talent.

Vous êtes ma plus belle rencontre, avec toutes les extensions qu'elle implique.

Flo,

Mon fillot ! Je t'ai vu évoluer en quelques années, tu peux être fier de l'homme que tu es devenu. Tu es impressionnant de maturité. Je sais que tu iras loin.

Romain, « le pote »

Il est loin le petit pote que j'ai rencontré lors de ma première venue au Montot ! C'est toujours un bonheur de passer des moments avec toi, de t'apprendre encore parfois certaines choses, même si l'élève a déjà largement dépassé le maître en matière de pêche !

A Doris et Philippe,

Pour votre hospitalité légendaire, pour votre générosité sans limite, pour ces repas de midi qui terminent tard dans la nuit. Merci d'assurer ma formation continue en œnologie. Vous êtes un exemple pour nous.

A Véro et Claude-Alain,

Dès notre première visite chez vous, je me suis senti chez moi. Merci pour tous ces moments passés au Tipi, tous ces repas partagés, toutes vos attentions. Vous êtes des personnes formidables et avez su le transmettre à vos enfants.

A **Pauline**, on ne pouvait espérer meilleure « pièce rapportée » au groupe. Merci pour ton soutien dans les moments difficiles, et pour ta joie de vivre au quotidien.

A **Gladys** et **Louis**, toujours prêts à faire la fête et partager une bonne bouteille.

A tous les nombreux compagnons de bringue, **Vincent, Jeanne, Rodrigue, Sacha, Cyrielle, Guib's, Cupi et tant d'autres.**

A Léo, comment ne pas te citer en parlant de suture, après l'intervention périlleuse que tu m'as laissé réaliser. Merci pour le brin de folie que tu as apporté à nos nombreuses retrouvailles !

A la famille Vallet,

Alain, Christiane, Loic, Damien et les Nathalie

Notre pèlerinage annuel est indispensable à mon équilibre. Merci pour votre accueil et les débriefings quotidiens. Merci pour la potion magique qui continue de faire ses preuves !

A tous mes amis chasseurs,

Les familles **STENTZ, BULLE, ROUSSEY,**

Alain Dervaux, pour ton sens de la justice et ton amour des chats.

Jacques Gaillard, tes harengs ont dû contribuer à mon développement cérébral.

Alex Mercier, pour ton engagement sans faille pour notre passion.

A Largo, Lord, Gala, Volca, Missouri, Tosca, Pablo pour ces émotions et l'amour inconditionnel qu'ils nous transmettent.

A mes maîtres de stage,

Le docteur **Yves DRENDEL**, pour ton enseignement, ta confiance, et l'accueil chaleureux que j'ai toujours reçu chez toi.

Le docteur **Jean-Christophe BOLE**, pour m'avoir montré une vraie médecine rurale, au sens noble du terme.

Les docteurs **BUCHLIN, CLAIRE, COUASNON, DEMARE, MENGIS**, votre enseignement m'a été précieux.

Mon tuteur, le docteur **Yves MERLE**, ainsi que le docteur **Camille LEPINE**, pour votre engagement dans notre formation.

A toute l'équipe du service d'accueil des urgences du CH de COLMAR

Pour leur accueil et leur formation lors de mon tout premier stage d'interne.

Pour leur aimable participation à ce travail.

Au service de médecine gériatrique du Diaconat

Quelle chance d'avoir traversé le confinement à vos côtés. Vous avez su rendre inoubliable cette période si particulière.

Dr Nadia MAHBOUBI, Dr Elhadji DIOUF, Dr Maurice HERTZOG,

Pour tout ce que vous avez pu me transmettre au cours de ces 7 mois.

A Pierre, pour la bonne humeur que tu as transmis tout au long de ce stage, pour tes chansons, les parties de Top Là ou de badminton.

A mon co-interne Bernie, un cœur qui bat, un nez qui flaire, une décision qui tombe.

A l'ensemble des IDE, AS, ASH

A Dorine, la meilleure des secrétaires.

Au service de Pédiatrie du CH de Colmar

Au service de Gynécologie du CH de Colmar

Au service de Cardiologie de l'Hôpital Albert Schweitzer

A tous mes chefs et co-internes m'ayant accompagné au cours de ces stages hospitaliers.

A Bastien et Thomas, que j'aurai tant aimé connaître.

A ma sœur Mariane,

Tu es la raison principale de mon engagement dans ce métier.

Ton passage éphémère sur terre continue de m'inspirer.

J'ai peine à imaginer que j'ai bientôt le double de ton âge, tant j'ai l'impression d'apprendre encore de ton histoire.

J'ai longtemps essayé d'imaginer notre vie sans ce drame, puis j'ai compris que tu étais une sorte d'ange.

Tu as su me transmettre, en quelques années, toutes les armes dont j'aurai besoin le reste de ma vie.

Tu m'as donné énormément d'amour, tu m'as appris l'humour, la répartie, la joie, la malice, la générosité. Tu m'as donné envie de me dépasser depuis toujours. Puis, sans aucune plainte, sans jamais en parler, tu m'as appris à gérer l'injustice, la haine, la colère, la peur.

Le deuil.

Tu me manques énormément,

Je t'aime.

TABLE DES MATIERES

I) <u>INTRODUCTION</u>	25
II) <u>MATERIEL ET METHODE</u>	28
<u>II.A) Étude réalisée</u>	28
<u>II.B) Trame des entretiens</u>	29
<u>II.C) Population étudiée</u>	29
<u>II.D) Recueil des données</u>	30
<u>II.E) Analyse des données</u>	31
III) <u>RESULTATS</u>	32
<u>III.A) Freins personnels</u>	32
<u>III.A.1) Sécurité du geste</u>	32
III.A.1.1) L'hôpital, un lieu plus sûr	
III.A.1.2) Craintes liées à l'asepsie	
III.A.1.3) Craintes liées à la douleur	
<u>III.A.2) Souhait de recourir à des examens complémentaires</u>	33
<u>III.A.3) Antécédent de refus/mauvaise expérience</u>	34
<u>III.A.4) Raisonnement par mimétisme</u>	34
III.A.4.1) Faire « comme tout le monde »	
III.A.4.2) Pression des proches	
<u>III.A.5) Lié à la gravité de la plaie</u>	35
III.A.5.1) Localisation de la plaie	
III.A.5.2) Abondance du saignement/profondeur de la plaie	
<u>III.B) Freins liés au médecin</u>	36
<u>III.B.1) Représentation du médecin dans la société actuelle</u>	36
III.B.1.1) Le généraliste n'est plus vu comme un omnipraticien	
III.B.1.2) Le généraliste serait moins disponible qu'autrefois	
<u>III.B.2) Freins liés aux compétences du médecin</u>	37
III.B.2.1) Par manque de formation	
III.B.2.2) Doutes sur les capacités de son médecin traitant	
III.B.2.3) Par manque d'habitude	
<u>III.B.3) Peur de déranger le médecin</u>	39
<u>III.B.4) Freins liés au mode d'exercice</u>	39
III.B.4.1) Limites liées aux consultations sur rendez-vous	
III.B.4.2) Limites liées à l'emploi du temps du médecin	
III.B.4.3) Limite liée à la fréquentation des cabinets médicaux	
III.B.4.4) Médecins remplacés/maître de stage	

<u>III.B.5) Freins liés à la joignabilité du médecin</u>	40
<u>III.C) Raisons organisationnelles</u>	41
<u>III.C.1) Frein géographique</u>	41
<u>III.C.2) Frein par manque d'information</u>	41
III.C.2.1) Manque de communication du médecin	
III.C.2.2) Manque de communication auprès du grand public	
<u>III.C.3) Frein protocolaire</u>	42
III.C.3.1) Plaie dans un contexte d'accident du travail	
III.C.3.2) Prise en charge initiale par les pompiers	
IV) DISCUSSION	44
<u>IV.A) Analyse des résultats</u>	44
<u>IV.A.1) Freins principaux</u>	44
- Le manque d'information des patients	
- Évolution du mode d'exercice de la médecine générale/représentation du médecin traitant	
<u>IV.A.2) Freins secondaires</u>	47
- Réticence de certains médecins	
- Absence d'avis médical préalable	
- Localisation de la plaie	
- Contexte de l'accident	
<u>IV.A.3) Le médecin généraliste au 21^{ème} siècle</u>	50
- État de la démographie médicale	
- Des généralistes de plus en plus spécialisés	
- Une pratique adaptable « à la carte »	
<u>IV.B) Axes d'amélioration, pour augmenter le recours au médecin généraliste en cas de plaie</u>	53
<u>IV.B.1) Améliorer la communication au sein du cabinet</u>	53
<u>IV.B.2) Améliorer la communication auprès du grand public</u>	54
<u>IV.B.3) Favoriser la collaboration avec les centres 15</u>	55
<u>IV.B.4) Augmenter l'usage de plateformes de coordination de soins primaire, exemple des plateformes entr'Actes et Parcéo</u>	56
<u>IV.B.5) Modifier les protocoles d'accident du travail</u>	58
<u>IV.B.6) Quid des assistants médicaux</u>	58
<u>IV.B.7) Rassurer les patients</u>	59
<u>IV.C) Limites de l'étude</u>	61
<u>IV.C.1) Limites de la méthode qualitative</u>	61
<u>IV.C.2) Biais de sélection</u>	61
<u>IV.C.3) Taille de l'échantillon</u>	62

IV.C.4) <u>La subjectivité du chercheur</u>	62
IV.C.5) <u>L'absence de validité interne</u>	63
V) <u>CONCLUSION</u>	65
VI) <u>ANNEXES</u>	68
VI.1) <u>Guide d'entretien</u>	68
VI.2) <u>Exemple d'entretien</u>	69
VI.3) <u>Pyramide des âges des médecins généralistes</u>	74
VI.4) <u>Exemple d'affiche destinée au grand public</u>	75
VI.5) <u>Exemple d'affiche adaptée à chaque cabinet</u>	76
VII) <u>BIBLIOGRAPHIE</u>	77

I) INTRODUCTION

La médecine, l'offre de soin, évolue. Les rôles des différents acteurs du système de soin ont bien changé au cours des dernières décennies.

Parmi ces changements, le statut de médecin généraliste, et plus précisément de « médecin de famille » tranche particulièrement avec la pratique de nos prédécesseurs.

S'il reste omnipraticien, le médecin généraliste tend vers une diminution de la diversité de ses actes, et particulièrement une diminution dans la réalisation de gestes techniques.

De nombreux travaux ont cherché à quantifier cette diminution et à en identifier les causes (1) (2).

Ces recherches concernaient notamment les freins que peuvent avoir les médecins généralistes à réaliser des sutures.

Pour rester dans le secteur géographique de notre travail, les Dr MOSSER et GERBER ont soutenu une thèse en deux parties, l'une qualitative et l'autre quantitative, portant sur les freins à la réalisation de gestes techniques dans les cabinets de médecine générale en Alsace.

(3)(4) Ces thèses ont été l'impulsion de notre travail.

Si l'on s'intéresse aux résultats de ces travaux, on constate que les médecins généralistes présentent une perte d'intérêt pour les gestes techniques et notamment des sutures. Cette perte d'intérêt est multifactorielle ; manque de temps, risques liés au geste, coût du geste, risques légaux, cotation complexes etc.

Aussi il apparait que l'offre de gestes techniques en cabinet diminue, mais qu'en est-il de la demande ? Pourquoi les patients semblent-ils moins solliciter leur médecin traitant pour ces gestes ?

Au cours de mes études, j'ai toujours apprécié les gestes techniques, les nombreuses sutures que j'ai réalisées en stage d'urgence ne m'apparaissent pas comme une corvée mais plutôt comme un exutoire au cours de journées souvent stressantes où la plupart des prises en charge requiert une réflexion, une gymnastique intellectuelle des plus prenante.

Sortir le temps d'une suture de ce tout « intellect » me faisait du bien, d'autant plus que la satisfaction du travail accompli est – quasiment – immédiate.

Par la suite, les stages en médecine libérale ont occupé la majeure partie de mon cursus. Cette période m'a montré que la demande de geste technique est très faible voire nulle dans certains cabinets. Les rares fois où l'occasion s'est présentée, j'ai eu le même sentiment qu'aux urgences, une réelle satisfaction de réaliser un acte technique au milieu d'actes purement intellectuels.

Au-delà de l'intérêt personnel que je porte à ce geste technique, mon passage en tant qu'interne aux urgences et la médiatisation des problèmes que rencontrent ces services, m'ont conforté dans l'idée qu'il y aurait tout intérêt à ce que les médecins généralistes de ville participent à la réalisation de ces actes actuellement effectués aux urgences.

Une étude prospective s'est penchée sur la prévalence des consultations traumatologiques aux urgences pouvant relever de la médecine générale ; sur 288 patients inclus, 61,1% ont pu être classés comme relevant de la médecine de ville. (5)

Orienter un certain nombre de ces patients vers leur médecin traitant permettrait de diminuer la situation de tension de ces services, qui ne cessent d'augmenter leur activité. Un rapport de la DRESS du ministère de la santé chiffre cette augmentation sur la période 2001-2011 passant de 13,6 millions à 18,5 millions recours annuels aux urgences, soit une augmentation de 10% de la fréquentation. (6)

Le médecin traitant, pourtant pierre angulaire du parcours de soin, n'est que rarement sollicité par les patients qui se rendent aux urgences, comme le révèle une enquête nationale sur les urgences réalisée en 2002, qui montrait que près de 75% des patients se présentent spontanément sans avis médical préalable. (7) Il faut évidemment pondérer ce chiffre en tenant compte des heures ouvrées des cabinets médicaux, cependant l'avis médical préalable peut être un avis pris auprès du centre 15 qui pourrait dans certains cas rediriger ces patients vers un praticien généraliste participant à la permanence des soins ambulatoires.

Notre travail va donc tenter d'identifier les freins que peuvent avoir les patients à solliciter leur médecin traitant pour la prise en charge d'une plaie aiguë.

L'objectif étant d'identifier des solutions permettant de s'affranchir de certains de ces freins pour augmenter le recours à la médecine ambulatoire dans ces situations et in fine décharger les urgences d'un certain nombre de consultations.

II) MATERIEL ET METHODE

A) Étude réalisée

Nous avons fait le choix de réaliser une étude qualitative, sur la base d'entretiens individuels semi-dirigés. Les patients interrogés ont tous été victimes d'une plaie qui a été prise en charge aux urgences. Ces entretiens ont été menés jusqu'à l'obtention d'une saturation des données.

Le choix d'une étude qualitative s'est imposé à nous, devant l'objectif recherché. Les freins que peuvent avoir les patients à consulter un médecin libéral pour la prise en charge d'une plaie sont dépendants de facteurs multiples, complexes et subjectifs que l'on ne peut pas mesurer par des données chiffrées. La recherche qualitative est adaptée à l'étude de facteurs difficiles à mesurer de manière objective. (8)

La recherche médicale est un vaste domaine au sein duquel les protocoles de recherche quantitatifs sont bien connus et utilisés de longue date. Ce type d'étude est indispensable notamment dans le cadre de recherche épidémiologique ou d'essais randomisés. Malgré tout, il existe tout un pan du domaine du soins qui ne pourra jamais être quantifié et qui pourtant joue un rôle prépondérant dans la prise en charge. Il s'agit notamment de ce qui a trait au domaine relationnel. La recherche qualitative, héritée des sciences humaines et sociales, permet d'étudier ces phénomènes-là.(9)

Dans notre cas, l'objectif principal était d'étudier le parcours de soin des patients victimes de plaies, et les raisons qui freinent ces derniers à recourir à leur médecin traitant pour la réalisation de sutures.

De nombreux facteurs non quantifiables interviennent au moment de prendre une telle décision, d'autant plus dans ce contexte d'urgence. Les représentations du patient, ses craintes, les normes vont guider sa décision. L'utilisation d'une étude qualitative sur la base d'entretiens semi dirigé semblait la plus adaptée pour couvrir cette complexité.

B) Trame des entretiens

Nous avons donc réalisé des entretiens semi dirigés composé de questions ouvertes laissant au patient la possibilité de développer tous les points qui lui semblaient pertinents. Pour mener ces entretiens, nous avons au préalable rédigé un guide d'entretien (disponible en Annexe 1.) afin de structurer l'échange en restant dans le champ de recherche défini.

Les premières questions permettaient de mieux caractériser les patients inclus, à savoir, leur sexe, âge, commune de résidence et lieu de l'accident.

Après cette brève description, le patient était invité dans un premier temps à raconter le jour de sa blessure, sans évoquer le rôle du médecin traitant, afin de tenter de retracer la démarche et la réflexion qu'avait eu le patient après sa blessure.

C) Population étudiée

Nous avons interrogé des patients ayant consulté pour une plaie au service d'accueil des urgences de Colmar. Tous les patients interrogés ont été suturés.

Nous avons volontairement exclu les patients ayant consulté en dehors des heures ouvrables des cabinets médicaux. Les patients inclus ont donc tous consulté en semaine, entre 8h et 18h.

Le recrutement s'est fait à l'aide des internes et séniors du SAU de Colmar, qui proposaient aux patients de laisser leurs coordonnées. Seuls les patients volontaires a priori ont été contactés. Malgré tout, une fois contacté, tous les patients n'ont pas accepté l'entretien.

Au total, 10 patients ont été interrogés, une femme et neuf hommes, de 19 à 66 ans.

D) Recueil des données

Les entretiens ont été réalisés pour la plupart en visio-conférence, seuls 3 entretiens ont eu lieu en présentiel. Évidemment, la pandémie de covid 19 a eu un impact fort sur ce mode de recueil, la généralisation du télétravail a eu pour effet d'habituer les gens à ces outils, souvent utilisé pour des réunions.

Les plateformes utilisées étaient Zoom et WhatsApp.

L'entretien en visioconférence permet d'être plus proche d'un entretien en face à face car il permet, au-delà du discours, de capter certains éléments non verbaux qui passeraient inaperçu dans un entretien téléphonique.

Certaines de ces attitudes non verbales ont permis d'adapter les relances au cours de l'entretien. Les entretiens ont tous été enregistrés sur Dictaphone afin de pouvoir les retranscrire en totalité. Les patients étaient informés de cet enregistrement et ont tous donné leur accord. Nous leur garantissons l'anonymisation de leur participation.

E) Analyse des données

Les enregistrements des entretiens ont par la suite été retranscrits manuellement sur le logiciel de traitement de texte WORD.

La retranscription des entretiens s'est voulue la plus brute possible, les éventuelles fautes de français, silences ou rires venus ponctuer le discours des participants ont été conservés.

Un exemple de verbatim est disponible en Annexe 2.

Chaque interviewé est identifié par la lettre P (comme patient), allant de P1 à P10 dans l'ordre chronologique de réalisation des entretiens.

Une fois retranscrits, les verbatim ont été analysés. Dans un premier temps, nous avons pu « coder ». Le codage permet d'organiser les différentes idées qui ressortent à la lecture du verbatim. Cela consiste à regrouper des mots ou des phrases au sein des verbatim et en synthétiser la signification en un ou plusieurs mots : le code. (10)

III) RESULTATS

A) Freins personnels

Au cours des entretiens, un certain nombre de freins propres au patient sont ressortis. Ces freins trouvent leur origine dans le vécu personnel du patient et de son entourage, ainsi que dans certaines représentations sociétales.

1) Sécurité du geste

1.1) L'hôpital, un lieu plus sûr

De nombreux patients ont exprimé leur crainte par rapport au risque que peut représenter une suture (P2, P3, P4, P5, P6, P7). Pour beaucoup, le service des urgences et plus globalement l'hôpital, est une structure plus sûre pour la réalisation de gestes techniques.

P2 : « Alors pour moi, les urgences c'est le plus, c'est peut-être l'endroit le plus sûr, disons où on est sûr de tomber sur les gens qui connaissent »

P6 : « ça me réconforterai plus d'aller aux urgences, en fin d'aller à l'hôpital en fait je serai plus rassuré »

P7 : « Les hôpitaux sont plus diversifiés dans leur pratique et on a plus de gens spécialisés dans ce type d'intervention je pense »

1.2) Craintes liées à l'asepsie

Plus spécifiquement, les patients semblent inquiets quant au risque infectieux et les protocoles d'asepsie, d'hygiène.

P3 : « Je pense que c'est plus propre à l'hôpital »

P4 : « Tous les médecins je sais pas s'ils ont l'équipement et tout le matériel (...) pour que ça soit stérile »

P5 : « Je pense qu'il y a plus de risques à se faire suturer chez le médecin traitant si ça nécessite des soins d'asepsie »

1.3) Crainte liée à la douleur

On constate au cours des entretiens que certains patients craignent de ne pas bénéficier d'une anesthésie suffisante dans le cas d'une suture en cabinet de médecine générale.

P8 : « *Je sais pas s'il (le médecin traitant) peut faire l'anesthésie tout ça* »

P9 : « *Alors moi ce qui me fait flipper c'est vraiment la douleur. Je peux tomber dans les pommes juste à cause de la douleur donc c'est clair qu'il faut qu'il puisse faire une anesthésie parfaite pour que j'y aille* »

2) Souhait de recourir à des examens complémentaires

Certains patients craignent que des examens complémentaires soient nécessaires avant d'envisager une intervention. Ils expliquent se présenter aux urgences, afin de pouvoir bénéficier d'une prise en charge globale immédiate.

P3 : « *Là il y avait pas de radio ou autre à faire, juste une suture, mais s'il y a une radio à faire non* »

P4 : « *Il faut peut être une échographie ou je sais pas pour voir si le tissu est touché en dessous* »

P7 : « *C'est plus facile à l'hôpital (...) pour faire des radios je sais pas.* »

P8 : « *Là je pensais que l'os aurait quelque chose donc je pensais qu'on ferai des radios aussi quoi, donc forcément ça au médecin on peut pas faire* »

3) Antécédent de refus/Mauvaise expérience

Malheureusement, certains patients ne souhaitent plus solliciter leur médecin en raison d'un antécédent personnel de refus ou réorientation responsable d'une perte de confiance. (P1, P2, P7)

P1 : « Une fois j'étais au médecin parce que je m'étais coupé et en fait il a pas voulu me prendre donc maintenant je sais que c'est mieux direct les urgences quoi »

P2 : « J'étais tombé sur une jeune généraliste qui n'avait pas l'air sûre d'elle, qui tremblait, elle avait peur de me faire mal »

P7 : « C'était pas mon médecin traitant mais un remplaçant et il se sentait pas de faire quoi que ce soit »

4) Raisonnement par mimétisme

4.1) Faire comme « tout le monde »

L'habitude et la pression sociale influe sur certaines décisions. Il semble communément admis, au regard des résultats des entretiens, qu'une plaie nécessite une prise en charge aux urgences.

P1 : « Quand on fait un accident ou un truc on pense tout de suite aux urgences on va dire »

P2 « à chaque fois qu'on s'est blessé sur une coupure ou autre plaie on sait que c'est là-bas qu'il faut aller »

P6 « Tous ceux que je connais qui ont eu des sutures c'était aux urgences » « En fait, par réflexe pour une suture on va directement aux urgences »

P7 : « La majorité des gens vont quand même aux urgences à l'hôpital »

4.2) Pression des proches

Souvent, la décision de consulter et donc le parcours de soin choisi se fait après concertation avec les proches. Plusieurs patients rapportent que leurs proches semblaient plus inquiets que le patient lui-même.

Cette pression des proches semble orienter également vers une consultation en milieu hospitalier.

P1 : « *C'est quand ma femme et ma belle mère ils ont vu et elles ont dit « nan-nan, ça s'arrête pas, ça s'arrête pas, vas-y aux urgences » »*

P6 : « *Ma copine voulait absolument que j'aille aux urgences »*

P10 « *J'avais pas de voiture à ce moment-là donc j'avais d'abord appelé ma mère, c'est elle qui m'a dit tu rigoles faut aller aux urgences »*

5) Lié à la gravité de la plaie

5.1) Localisation de la plaie

Une plaie est toujours une blessure traumatisante, mais certaines localisations de ces blessures peuvent entraîner une crainte supplémentaire ; c'est notamment le cas des blessures à la tête, la face et à la main (P6, P10). La crainte liée à un préjudice esthétique ou fonctionnel explique ce raisonnement.

P6 : « *Pour une plaie de la tête ou l'arcade tout ça je pense que c'est mieux les urgences. »*

P10 : « *après là c'était la main aussi, je pense que c'est assez technique donc j'ai préféré direct l'hôpital »*

5.2) Abondance du saignement/profondeur de la plaie

Lorsqu'on questionne les patients sur la gravité de leur plaie, l'abondance du saignement revient régulièrement comme un facteur de gravité nécessitant une prise en charge hospitalière (P1, P4, P8). Selon eux, une plaie avec saignement abondant justifie un accès direct à l'hôpital.

P1 : « *Quand ça s'arrête pas de saigner (rire) »*

P4 : « *Une plaie vraiment grave, très grande ou profonde avec perte de sang conséquente, je pense que là forcément il faut aller aux urgences. »*

P8 : « *Genre si c'est une petite, une petite coupure comme ça je pense que j'irai plus voir le médecin »*

B) Freins liés au médecin

D'autres freins, plus centrés sur la personne du médecin ont été évoqués. Il peut s'agir des représentations qu'a le patient de son propre médecin et plus généralement de la représentation du métier de médecin généraliste dans notre société actuelle.

1) Représentation du médecin dans la société actuelle

1.1) Le généraliste n'est plus vu comme un omnipraticien

Plusieurs patients ont exprimé leur vision du métier de médecin généraliste au cours des entretiens. Il apparaît que le médecin ne semble plus considéré comme un omnipraticien.

P1 : « Eux on va dire c'est plus les maladies, après je sais pas s'il est spécialisé là-dedans »

P4 : « J'ai déjà eu écho que tous les médecins ne suturent pas forcément quoi »

P5 : « Je pense plutôt que c'est le généraliste qui veut plus trop s'embêter avec ça »

P6 : « Quand on dit médecin traitant, c'est plus pour « un peu malade » on va dire, c'est plus comme à l'époque le médecin qui faisait tout »

1.2) Le généraliste serait moins disponible qu'autrefois

Au-delà de ce ressenti d'une diminution dans la diversité des actes proposés, le médecin généraliste serait également moins disponible notamment pour la gestion de situations urgentes.

P5 : « Moi j'ai 58 ans, j'ai connu l'époque où les médecins avaient des tours de garde on savait à qui s'adresser quand on avait un problème »

P9 : « Mon ancien médecin je pouvais l'appeler et même lui envoyer des photos mais là c'est plus pareil tous les nouveaux médecins veulent plus trop s'embêter avec les urgences »

2) Freins liés à la compétence du médecin

Cette idée que le médecin ne pratique plus de gestes techniques dans son cabinet entraîne des questionnements relatifs à ses compétences. Une partie des patients interrogés ne savent pas si un médecin généraliste est formé à la réalisation de sutures.

2.1) Par manque de formation

Certains patients se questionnent sur le niveau de formation d'un généraliste en matière de gestes techniques. L'apprentissage des sutures est-il obligatoire ? Lié à une spécialisation particulière ? (P1, P4, P6)

P1 : « *Je pense ils savent pas tous faire, j'pense ça dépend de leurs études la spécialisation tout ça* »

P4 : « *Peut être que tous les médecins généralistes sont pas formés à la suture* »

P6 : « *Est-ce qu'ils sont formés pour ça ? Enfin je sais pas est-ce que dans leur apprentissage de la médecine ils sont formés pour ça ?* »

2.2) Doutes sur les capacités de son médecin traitant

Si certains patients se posent la question du niveau de formation des médecins généralistes de manière générale, d'autres indiquent que certains médecins peuvent se sentir individuellement limités dans la pratique de gestes techniques.

P5 : « *Je sais que dans l'équipe là-bas y en a un bah il a la réputation de tomber dans les pommes quand il voit le sang, donc je serai pas allé le solliciter* »

« *Il peut aussi se sentir, je dirai pas incapable, mais peut être limité dans ce geste là* »

P7 : « *ils sont pas toujours, je dirai pas pas habilité mais qui se sentent pas de faire ça* »

2.3) Perte de compétence par manque d'habitude

Enfin, indépendamment du niveau de formation ou des freins personnels que peuvent avoir les médecins, certains patients estiment que les compétences d'un médecin généraliste vont diminuer en raison d'un manque de pratique. (P7, P10)

P7 : « *Je pense qu'ils ont pas forcément l'habitude de faire ça* » « *Je pense qu'ils manquent d'habitude pour ce geste* »

P10 : « *S'il fait genre une suture tous les mois je pense qu'il est moins habitué que ceux des urgences* »

3) Peur de déranger le médecin

Certains patients expriment leur crainte de déranger leur médecin en le sollicitant pour un geste chronophage. (P2, P3, P6, P8)

P2 : « *Mon Docteur m'aurait pris de toute façon mais j'avais pas envie de l'embêter avec ça* »

P3 : « *Parfois on sentait qu'on le dérangeait* »

P6 : « *Peut-être que eux ça les encombrerait aussi* »

P8 : « *Il y a souvent du monde aussi alors je sais pas trop si je peux venir comme ça* »

4) Freins liés au mode d'exercice

Nous l'avons vu, l'image du médecin traitant semble avoir évolué au cours du temps, s'il n'apparaît plus aux yeux de tous comme un omnipraticien, c'est aussi l'évolution du mode d'exercice de la médecine libérale qui a changé et qui peut dans certains cas constituer un frein pour les patients.

4.1) Limites liées aux consultations sur rendez vous

Certains patients estiment que la pratique de la médecine générale sur rendez-vous est incompatible avec des soins urgents. (P1, P5, P7)

P1 : « *Là sans rendez-vous je pense que ça l'aurait saoulé que je vienne avec ma main en sang quoi* »

P5 : « *Les médecins généralistes de nos jours travaillent tous la plupart du temps sur rendez-vous donc euh en général quand vous êtes sur quelque chose qui ressemble à de l'urgence euh il est pas toujours forcément disponible* »

P7 : « *Avec les rendez-vous c'est pas toujours facile quand on a une urgence* »

4.2) Limites liées à l'emploi du temps du médecin

Certains patients ont indiqué que leur médecin ne travaille pas tous les jours, ou du moins n'est pas présent au cabinet, et que cela peut constituer un frein.

P3 : « *C'est aussi plus dur pour avoir un rendez vous comme les médecin traitant y a des journées comme le mercredi matin où elle ne travaille pas* »

P5 : « *Dans la plupart des cas le généraliste (...) c'est voilà je fais des consults de 15h à 17h et si vous vous cassez le bras bah il faut pas que ça soit en dehors de ce créneau-là quoi* »

4.3) Limites liées à la fréquentation des cabinets médicaux

P6 : « *C'est très encombré. [Être vu] le jour même c'est vraiment pas facile, au mieux le lendemain je pense.* »

4.4) Médecin remplacés, maitre de stage

Un patient a évoqué le fait que les remplaçants ou interne en stage seraient plus réticents qu'un médecin titulaire pour réaliser des sutures.

P7 « *Il est pas mal remplacé en fait par des internes ou d'autres médecins (...) qui se sentent pas de faire ça.* » « *C'était pas mon médecin traitant mais un remplaçant et il se sentait pas de faire quoi que ce soit* »

5) Freins liés à la joignabilité du médecin

La généralisation des secrétariats et notamment des télésecrétariats fait que les patients peuvent plus difficilement contacter leur médecin directement. Pour certains, cette difficulté à avoir un avis oral immédiat du médecin limite le recours à ce dernier en cas d'urgence.

P5 : « *Si vous n'avez pas de réponse du généraliste vous n'avez plus que la solution de l'urgence* »

P9 : « *Mon ancien médecin je pouvais l'appeler et même lui envoyer des photos* »

P10 : « *En fait mon médecin j'y vais quasi jamais, et puis on peut pas le joindre c'est toujours la secrétaire et elle sait pas quoi nous répondre s'il y a pas de créneau disponible* »

C) Raisons organisationnelles

Enfin, des freins purement pratiques sont apparus.

1) Frein géographique

Certains patients ont évoqué un frein géographique évident. Il s'agit des patients habitants à Colmar, ou ceux qui se sont blessé à proximité de l'hôpital, ou du moins ceux pour qui les urgences étaient plus proches que le cabinet de leur médecin.

P1 : « *Les urgences c'est plus proche que mon médecin traitant donc après du coup (rire) »* »

P2 : « *Là comme c'était au travail j'étais plus vite aux urgences que chez mon médecin »* »

P3 : « *Mon médecin il est à Marckolsheim donc de Colmar à Marckolsheim je sais pas comment je serais arrivé. Donc j'aurai quand même dû passer aux urgences. »* »

P6 : « *Quand c'est arrivé j'étais à moins de 10 minutes des urgences donc c'est sûr que ça facilite aussi la chose »* »

2) Frein par manque d'informations

Plusieurs patients ont exprimé ne pas être au courant qu'un médecin généraliste a la capacité de réaliser des sutures au cabinet, et qu'une meilleure communication aurait peut-être changé leur parcours de soin.

2.1) Manque de communication du médecin

Les médecins ne communiquent pas suffisamment sur les actes techniques ou geste qu'ils peuvent réaliser. (P1, P2, P4)

P1 : « *Si j'avais su qu'il fait (des sutures) peut être ouais j'serai allé chez lui* »

P2 : « *J'en suis pas sûr à 100% je lui ai jamais demandé (...) après c'est sûr que si j'étais sûr à 100% qu'elle en fait j'y aurai sûrement plus pensé* »

P4 : « *Je pense que ce serait bien que les médecins communiquent là-dessus, s'il sait faire et si ses locaux permettent de le faire* »

2.2) Manque de communication auprès du grand public

Si une communication plus claire semble utile à l'échelle d'un cabinet médical, il pourrait également être intéressant de communiquer à plus grande échelle sur les rôles que peut avoir le médecin traitant.

P10 : « *C'est vrai on entend partout qu'il faut pas surcharger les urgences mais en fait on sait même pas où aller d'autre pour ce genre de problème* »

3) Frein protocolaire

3.1) Plaie dans un contexte d'accident du travail

Plusieurs patients ont été victimes de plaie sur leur lieu de travail, en suivant les protocoles établis dans leurs entreprises, une prise en charge hospitalière semble inévitable.

P4 : « *J'ai fait appel au SST de mon secteur (...) à ce moment là ben on déclenche la chaîne des secours chez nous c'est-à-dire on appelle le 15, (...) c'est les pompiers d'une commune voisine qui vient me chercher avec une ambulance et qui me ramènent à ce moment là aux urgences.* »

« *J'avais déjà appelé mon généraliste en demandant si je pouvais venir me faire suturer (...) mais du coup je l'ai rappelé en disant nan en fait je peux pas me faire suturer parce qu'en fait le protocole chez nous au boulot c'est d'appeler les urgences, enfin le samu et le samu avait décidé de me transférer aux urgences plutôt que chez mon médecin traitant.* »

P7 : « *Là de toute façon c'était un accident de travail donc direct on a appelé les pompiers* »

3.2) Prise en charge par les pompiers

Nous venons de voir que les protocoles au sein des entreprises impliquent généralement l'intervention des pompiers et in fine une prise en charge hospitalière.

Un patient a également été pris en charge par les pompiers après une plaie sur la voie publique et l'intervention de témoins.

Là encore, une fois l'appel passé et la prise en charge par un VSAV décidée, le service d'accueil des urgences semble être la seule destination envisagée.

P3 : « *Ils (les témoins) ont appelé le 18 hein, puis c'est les pompiers qui m'ont soigné en premier (...) et puis les pompiers m'ont conduit alors aux urgences à l'hôpital Pasteur. »*

IV / DISCUSSION

L'analyse des entretiens a permis d'identifier des freins limitant le recours au médecin généraliste pour la prise en charge de plaie, l'étude de ces limites nous permet d'imaginer des axes d'amélioration envisageable pour que les patients puissent solliciter leur médecin, ou du moins un médecin généraliste, pour la prise en charge de petites urgences comme les sutures.

A) Analyse des résultats

Les résultats obtenus au cours de ces entretiens nous renseignent sur les rapports et les représentations que peuvent avoir les patients avec la médecine générale, et d'une manière plus globale avec le système de soin. Cette problématique concernant la prise en charge d'une plaie aigüe s'intègre dans une problématique plus globale : l'orientation des patients dans le cadre de soins non programmés.

On peut distinguer les freins en deux catégories ; des freins principaux qui de manière globale vont naturellement guider les patients vers une prise en charge hospitalière, et des freins secondaires ou annexes qui dépendent de certaines situations particulières.

1) Freins principaux

- Le manque d'information des patients

Un des freins principaux si ce n'est le frein principal est le manque d'information des patients.

Plusieurs ont évoqué le fait qu'ils ne savent pas si leur médecin pratique des sutures.

Ce manque d'information en amont est préjudiciable au recours au médecin de ville, car il est vrai que dans le contexte de l'urgence, il est rarement question de se renseigner, la victime choisira le mode de prise en charge qui lui vient en premier à l'esprit.

Au gré des interrogatoires, plusieurs patients expriment qu'ils auraient apprécié savoir que leur médecin peut les prendre en charge, aussi on pourrait envisager une communication à deux échelles : auprès du grand public, en rappelant qu'un médecin généraliste est en mesure de réaliser des gestes techniques, et à l'échelle d'un cabinet, en affichant par exemple les actes techniques que chaque médecin accepte de réaliser et sous quelles conditions (tarif, rendez-vous etc.)

Une thèse de 2015, portant sur la prise en charge de la petite traumatologie en médecine de ville a montré que parmi les patients consultants aux urgences 83% avaient un médecin traitant et parmi ces patients, 71% ne savaient pas si ce dernier pratiquait des soins de petite traumatologie. (11)

Ce manque de communication fera l'objet des axes d'amélioration proposés en B).

- Évolution du mode d'exercice de la médecine générale/ représentation du médecin traitant

Nous analyserons plus précisément l'évolution du métier de généraliste au paragraphe 3), mais la représentation que les patients peuvent avoir du métier de médecin généraliste semble constituer un frein majeur à sa sollicitation en cas de plaie.

Une thèse réalisée en 2007 par C. MOUSEL, étudie la représentation que peuvent avoir les patients de leur médecin traitant (12). Même si ce travail date d'il y a plus de 15 ans, il montrait déjà que les patients ne voient pas leur médecin comme un technicien. Lorsqu'on demandait au patient de choisir parmi une liste d'adjectif ceux pouvant correspondre à l'image qu'ils se font de leur médecin traitant, seul 29,6% ont choisi le terme de technicien. Il apparaît que l'image que se font les patients de leur médecin traitant est davantage basée sur ses

compétences relationnelles que technique. Ainsi 81,5% des patients considéraient leur médecin comme un conseiller, et plus de 50 % comme un confident.

Ce résultat est intéressant car ce travail reprenait en partie un travail datant des années 1980, et si l'on compare les résultats et cette qualification de « technicien » on constate que lors du questionnaire de 1981, plus de 40% attribuaient ce qualificatif à leur médecin traitant.

Il est probable que cette image du médecin généraliste « technicien » soit encore moins présente aujourd'hui.

- Peur du geste

De nombreux patients expriment une crainte liée au geste. Plusieurs éléments peuvent nourrir cette crainte ; la peur de la douleur, la crainte liée à l'asepsie, la crainte liée à la compétence du médecin.

Toujours dans la thèse d'Isabelle Priour, 18% des patients interrogés ont indiqué qu'ils estiment que la prise en charge est meilleure à l'hôpital. (11)

Nous avons vu dans notre travail que cette idée tient surtout au fait que les patients estiment que les protocoles d'asepsie seront mieux respectés à l'hôpital qu'au cabinet.

Nous avons également vu que la gestion de la douleur est un facteur influençant la crainte du geste en cabinet, les patients ne sachant pas si leur médecin est en mesure de réaliser une anesthésie locale efficace. Pour les patients, le fait de consulter aux urgences les assure qu'ils bénéficieront d'une anesthésie locale.

Enfin, plusieurs patients ont exprimé ne pas savoir si leur médecin est formé pour la réalisation de sutures. Ce constat est intimement lié au manque d'information des patients et à la modification des mœurs. D'autres études portant sur les sutures en soin primaire ont fait le même constat, par exemple dans le travail de thèse de Louis-Alexandre Mendez présenté en 2016, l'étude épidémiologique descriptive réalisé a montré que 50% des patients admis aux

urgences pour une plaie ne savaient pas que leur médecin est capable de réaliser une suture en cabinet (13). Cela rejoint ce rôle du généraliste « technicien » qui semble être oublié.

2) Freins secondaires

De nombreux freins secondaires ont été évoqués par les patients au cours des entretiens. Ces freins ont été classés en freins secondaires car ils semblent plus subjectifs et liés à l'histoire de chaque patient.

- Réticence de certains médecins

Un antécédent de refus du médecin de suturer une plaie constitue une raison évidente d'un accès direct aux urgences en cas de nouvelle blessure.

Dans notre étude qualitative qui ne se veut pas statistiquement représentative, deux patients ont évoqué un antécédent de refus de la part de leur médecin.

Par ailleurs, d'autres patients estiment a priori que leur médecin risque de refuser de pratiquer un tel geste.

Si l'on se réfère aux différents travaux menés sur le sujet, on peut constater que cette crainte a priori reflète une certaine réalité : les médecins pratiquent moins de sutures, les causes sont multifactorielles et débouchent sur une perte d'intérêt des médecins pour ce geste. (14)(4)(3)

- Absence d'avis médical préalable

L'étude épidémiologique de Louis-Alexandre Mendez montre que seul 19% des patients ayant consulté aux urgences pour une plaie ont contacté leur médecin traitant au préalable. (13)

Cette valeur semble cohérente avec nos entretiens où seuls 2 patients ont contacté leur médecin au préalable. L'absence d'avis médical préalable, s'il peut être lié comme nous l'avons vu à une difficulté à joindre le médecin, occasionne une sur-fréquentation des services d'urgence, comme le montre l'étude réalisée par les Docteurs HURSTEL, MATARESE et PAULAUD-BAYARD où presque 2 patients sur 3 ayant consulté aux urgences sans avis médical préalable auraient pu relever d'une prise en charge en médecine générale. (5)

Un avis médical préalable au passage aux urgences pourrait donc décharger ces services d'un nombre conséquent de consultations.

- Localisation de la plaie

La localisation de la plaie semble être un facteur limitant le recours au médecin traitant. Plusieurs patients de l'étude ont été victime de plaie du visage ou de la main. Ces localisations sont considérées, à juste titre, comme des plaies à plus grand risque de préjudice. Préjudice esthétique pour les plaies du visage, préjudice fonctionnel pour les plaies de la main qui nécessitent souvent une exploration.

Cependant, un certain nombre de ces plaies sont malgré tout suturées sur place aux urgences, sans intervention d'un chirurgien. La plupart des internes de service d'urgence sont des internes de médecine générale, qui ne sont donc pas plus formés qu'un médecin généraliste installé.

Malgré tout, l'avantage d'une prise en charge hospitalière dans ce contexte semble peu discutable, car même si ce type de plaie peut être suturée par un médecin généraliste, elles le seront souvent après un avis spécialisé préalable qu'il est difficile d'avoir rapidement sur le temps d'une consultation médicale en cabinet.

Si on se réfère au nombre d'acte de suture réalisé en France en 2021 disponible sur le site de la sécurité sociale (15), on constate que 61 615 plaies superficielles de la face ont été suturées

(codes QAJA013, QAJA005, QAJA002), contre 169 859 plaies superficielles d'autres localisations (codes QZJA002, QZJA015, QZJA017). Les plaies superficielles de la main entrent dans ces codes, seules les plaies profondes font l'objet de cotation particulière, réservée dans la majorité des cas à une prise en charge spécialisée par un chirurgien de la main.

Au total, en 2021 231 474 plaies superficielles ont donc été suturées, et les plaies de la face représentent un peu plus d'un quart de ces plaies.

Aussi, même en excluant ces plaies de localisation réputées plus complexe, un grand nombre d'actes restent à la portée du médecin généraliste.

- Contexte de l'accident

Le lieu de survenu de l'accident conditionne évidemment le parcours de soin, plusieurs patients ont fait valoir l'argument de la proximité géographique, argument peu contestable dans ce contexte. D'autres sources montrent que la proximité du service d'accueil des urgences est corrélée à une diminution de la pratique des sutures en cabinet. (16)

Ce frein géographique semble peu modifiable, bien que les patients expriment tous leur crainte du temps d'attente aux urgences. Ce frein géographique pourrait devenir caduc si les patients pouvaient être assurés d'être pris en charge plus rapidement dans une autre structure. Nous verrons dans la partie B) quelles solutions pourraient être envisagées en ce sens.

Au-delà du frein géographique, plusieurs patients ont été victime de plaie sur leur lieu de travail.

Selon un rapport de l'assurance maladie qui analyse les risques au travail en 2019, sur un total de 655 715 accidents du travail reconnus, on comptait 59 796 plaies soit 9%. Ces plaies

survenues sur le lieu de travail représentent sur la seule année 2019 1 915 916 journées de travail perdues. (17)

Il y a donc en moyenne 163 plaies liées à un accident du travail chaque jour, encore plus si on rapportait ces valeurs aux jours ouvrés.

Les patients interrogés dans notre étude ayant été victimes d'une plaie sur leur lieu de travail nous ont fait part des protocoles existant dans ce contexte. Systématiquement, la prise en charge protocolisée nécessite de passer par le 15, puis un transport en ambulance ou VSAV pour une prise en charge aux urgences.

Le respect de ces protocoles ne laisse aucune place au médecin traitant pour la prise en charge de ces patients.

3) Le médecin généraliste au 21^{ème} siècle - État de la démographie médicale

La société et le rapport que l'on peut avoir au travail évolue, la médecine générale n'est pas épargnée. Le métier de médecin généraliste, qui se modifie avec ces modifications sociétales, a également la particularité de suivre une démographie dépendante de décisions politiques. Aussi, l'instauration du numéris clausus a entraîné une limitation du nombre de médecins généralistes alors même que la population est vieillissante et que la demande de soins augmente.

Entre 2010 et 2021, le nombre de médecins généraliste en activité régulière a diminué de 9%, et le creux de la vague devrait être atteint seulement en 2025 avec une estimation à 82 018 médecins généralistes inscrits. (18) Toujours dans le même rapport du CNOM, apparaît une pyramide des âges des médecins généralistes. (Annexe 3). On peut constater qu'un quart des effectifs a 60 ans ou plus.

Un autre fait démographique notable et décrit dans ce rapport est la féminisation de la profession, il apparaît que la part de femmes inscrites en activité régulière augmente. Pour le Haut-Rhin, les femmes représentaient 47,6% des inscrits en 2021.

La féminisation du métier s'accompagne également d'une modification du rythme de travail. Une étude réalisée dans la région Rhône-Alpes montrait par exemple que les femmes médecins travaillaient en moyenne 12 heures de moins par semaines que leurs confrères masculins, qu'elles sont plus nombreuses à choisir une activité salariée à temps partiel et qu'elles sont plus souvent amenées à interrompre leur activité professionnelle (seuls 7% des hommes interrogés avaient interrompu leur activité pour une période supérieure à 3 mois contre plus de 50% pour les femmes). (19) Ces différences sont la plupart du temps liées à la maternité (80% des arrêts d'activité).

Ce constat est – logiquement – statistiquement plus important chez les femmes, pour autant, la majorité de la nouvelle génération de médecins – indépendamment de leur sexe – souhaite avoir une meilleure qualité de vie, et cela passe par une diminution de leur temps de travail. (20). Les jeunes médecins ne veulent plus travailler comme leurs prédécesseurs. Ils cherchent davantage de confort dans leur pratique et cela passe par un meilleur contrôle de leur temps de travail, les consultations sur rendez-vous, l'exercice en association, la présence d'un secrétariat a minima téléphonique. (21)

Si l'on se réfère aux rapports de la DRESS, en 2012 la moyenne était de 57 heures de travail par semaine et 57% des répondants déclaraient vouloir travailler moins.(22) La moyenne du temps de travail déclaré est passée à 54 heures dans le rapport de 2019. (23)

L'attractivité du métier de médecin généraliste libéral a récemment été mis sur le devant de la scène, il est vrai que de nombreux médecins formés font le choix de ne pas s'installer, privilégiant par exemple des postes hospitaliers avec les avantages du salariat. Sans entrer

dans le vaste débat des moyens à mettre en œuvre pour contrebalancer ces tendances démographiques, il apparaît que l'offre de soins ambulatoires diminue alors que la demande est croissante. Cette situation de tension démographique oblige les médecins à adapter leur pratique, c'est une des raisons arguées lorsqu'on étudie les freins que peuvent avoir les médecins à pratiquer un acte chronophage comme une suture.

- Des généralistes de plus en plus spécialisés

Nous l'avons vu, le métier de généraliste évolue avec une modification du rythme de travail et des conditions d'exercice. Le médecin généraliste a de nos jours une moins grande diversité d'actes, en revanche de nombreux généralistes se « spécialisent ».

On voit apparaître des généralistes qui orientent leur pratique vers une activité particulière, qui peut devenir l'activité exclusive ou du moins représenter la majorité des actes. C'est le cas par exemple de médecins orientant leur pratique vers la médecine du sport, la pédiatrie, la gynécologie médicale voire la médecine esthétique.

Souvent, cette spécialisation se fait après des formations complémentaires (DU, DIU, FMT etc.), sans que cela ne soit obligatoire.

- Une pratique adaptable, « à la carte »

L'intérêt de la pratique libérale est justement cette liberté d'exercice, la possibilité de pratiquer la médecine que l'on souhaite. C'est souvent ce qui motive les nouveaux médecins installés. La pratique d'un généraliste au 21^{ème} siècle peut être plus facilement modulable. Par exemple sur le type d'exercice, comme nous venons de le voir, il est possible d'orienter sa pratique vers un domaine particulier, mais elle est aussi plus adaptable en temps de travail,

avec le développement des consultations sur rendez-vous, il est possible d'anticiper son emploi du temps en amont selon son désir. (24)

Les réformes concernant le cursus de médecin généraliste ont fait également se développer les stages ambulatoires en soins primaire, cela a aussi permis au généraliste de diversifier sa pratique, en encadrant des étudiants de façon directe ou indirecte.

Les avancées technologiques modifient la pratique en médecine de ville ; par exemple la télé-expertise permet une meilleure communication avec des spécialistes ; les avancées en termes d'imagerie permettent à certains médecins généralistes formés de se munir d'un échographe. Cette grande malléabilité et diversité de pratique fait la richesse de ce métier.

B) Axes d'amélioration, pour augmenter le recours au médecin généraliste en cas de plaie.

Notre travail a révélé un certain nombre de freins qui limitent le recours au médecin généraliste en cas de plaie, l'objectif de notre travail au-delà de les identifier est de s'en affranchir. À la lumière de ces résultats, nous avons évoqué un certain nombre d'axes à développer pour augmenter le recours au médecin traitant dans ces situations.

1) Améliorer la communication au sein du cabinet

Le manque d'information des patients est un des freins les plus récurrent. Les patients ne savent pas que leur médecin généraliste est en mesure de suturer une plaie. Pour pallier ce manque d'information, une meilleure communication semble nécessaire.

Cela peut se faire au cas par cas, oralement. Par exemple pour un médecin qui est sollicité par un patient pour un retrait de fils de suture, qui est une situation relativement fréquente, il est possible de l'informer que ce type de plaie pourrait être prise en charge au cabinet et

de lui en expliquer les modalités (prise de rendez-vous sur créneau d'urgences, consultation libre etc.) Évidemment, cette communication individuelle ne peut avoir qu'une portée limitée, c'est pourquoi la communication peut se faire également sous forme d'affiche en salle d'attente. Ce moyen de communication permet de toucher l'ensemble de la patientèle, il permet également d'apporter des informations complémentaires comme la cotation et le tarif spécifique à chaque plaie.

Une autre approche de communication plus large pourrait être de proposer un service de site internet du cabinet médical qui reprendrait les informations importantes et serait consultable à tout moment par les patients.

2) Améliorer la communication auprès du grand public

Une communication au sein du cabinet permet de cibler spécifiquement ses patients en délivrant l'information la plus adaptée à la pratique souhaitée par le médecin. Il serait toutefois envisageable d'organiser des campagnes de communication auprès du grand public, par exemple sous forme de spots publicitaires à la radio ou télévision, rappelant que les médecins généralistes peuvent prendre en charge des petites urgences comme des sutures. Cette option permettrait de toucher un vaste public, mais aurait l'inconvénient de ne pas adapter l'information à la pratique individuelle de chaque médecin.

Il est probable qu'une telle campagne soit mal perçue par les nombreux médecins généralistes qui ne souhaitent pas pratiquer de sutures en cabinet. L'option qui semblerait la plus adaptée pour à la fois toucher le plus grand nombre et respecter la liberté de pratique de chaque médecin serait de faire une campagne de communication qui rappelle que le passage aux urgences n'est pas systématique pour tous les traumatismes, couplée à une communication au sein des cabinets qui précise les urgences effectivement acceptées par le médecin.

Nous avons réalisé une proposition d'affiches qui pourrait répondre à ce type de communication, une affiche à destination du grand public (Annexe 4.) et une affiche adaptable par chaque médecin (Annexe 5.)

3) Favoriser la collaboration avec les centres 15

La communication auprès du grand public et dans les cabinets est importante mais il pourrait également être intéressant de favoriser la collaboration entre les centres d'appels d'urgence et les médecins généralistes. En effet, de nombreux patients ont le réflexe d'appeler ces numéros dans des situations qu'ils estiment urgentes.

Le métier de régulateur est difficile car évaluer précisément le degré d'urgence sur le seul critère d'un interrogatoire téléphonique n'est pas aisé, pouvoir proposer des rendez-vous rapides chez un médecin de ville pourrait permettre aux patients d'avoir accès à une prise en charge ambulatoire plus facilement et ne pas engorger les services d'accueil des urgences. Là encore, nous pensons que les médecins partenaires doivent l'être sur la base du volontariat. Il est fréquent que la régulation via les centres 15 soit assurée par des médecins généralistes, cela présente comme avantage de proposer un interlocuteur qui connaît parfaitement les problématiques liées au soins non programmés pouvant relever d'une prise en charge ambulatoire.

Tous les médecins généralistes ne sont pas à l'aise avec des situations d'urgences et tous les médecins n'ont pas des plannings permettant d'y intégrer des soins urgents. L'intérêt d'une telle démarche serait de fluidifier la prise en charge du patient et de ne pas engorger les hôpitaux, pour une bonne qualité de soins nous pensons qu'il faut que le médecin soit volontaire.

Il existe actuellement une cotation permettant de valoriser ce type de démarche, G + MRT, permettant une rémunération à hauteur de 40 euros.

Nous retrouvons cependant un certain nombre de critiques à apporter à cette cotation ; premièrement, elle ne peut s'appliquer que si le médecin sollicité est le médecin traitant du patient, et elle ne peut s'appliquer que pour les actes G et VG. (25)

Aussi, cette cotation ne permet pas une réelle redistribution de l'offre de soin, l'intérêt serait justement que le patient puisse consulter un médecin disponible, même si ce dernier n'est pas son médecin traitant, de même il semble intéressant de valoriser la prise en charge urgente par un médecin qui accepte de voir un patient ne faisant pas partie de sa patientèle. Les cotations concernant les actes techniques que sont les sutures comprennent une majoration d'urgence, cotation « M » qui n'est pas cumulable avec la cotation MRT et qui peut sembler insuffisamment attractive pour réaliser un geste chronophage et potentiellement coûteux comme une suture.

4) Augmenter l'utilisation de plateformes de coordination des soins primaires, exemple de la plateforme Entr'actes et Parceo

Nous l'avons vu, tous les médecins généralistes ne souhaitent pas réaliser de sutures. Toujours pour faciliter l'accès au soin et solliciter un professionnel à l'aise avec de type de geste, il pourrait être envisagé de favoriser l'usage de plateforme de coordination des soins primaires. Ces plateformes, par exemple, Entr'actes, permettent actuellement un échange entre professionnels de santé pour déclencher des « missions » de soin primaire.

« Un professionnel de santé qui sollicite la compétence d'un autre professionnel de santé, via une plateforme numérique, pour une prise en charge coordonnée du patient. Une demande qualifiée pour un temps soignant optimisé » (26)

Dans le cas des sutures, développer l'usage d'une plateforme permettrait de cibler les praticiens qui souhaitent pratiquer des sutures.

On pourrait envisager un accès direct du patient à ce type de plateforme, mais le risque serait d'ouvrir la porte à des demandes abusives ou injustifiées.

L'usage de la plateforme prévoit un échange entre professionnels de santé, dans le cas d'une suture, cela pourrait par exemple concerner un généraliste qui ne souhaite pas ou n'a pas le temps de prendre en charge une suture, un médecin régulateur, une infirmière libérale qui proposerait la prise en charge sur la plateforme, avec une alerte aux médecins à proximité acceptant ce type de geste. Il pourrait même être envisagé d'intégrer les pharmaciens à ce dispositif, leur statut de commerce garantit un accès aisé aux patients, qui peuvent déjà avoir l'habitude de s'y rendre pour des conseils. Dans le cas d'une plaie, le pharmacien pourrait être le professionnel de santé intermédiaire, qui déclenche la demande de mission sur la plateforme.

Évidemment, l'intégration de ces autres professionnels de santé pose la question de la rémunération, l'action d'établir la demande étant forcément chronophage.

Parceo est un dispositif numérique soutenu par l'agence régionale de santé du Grand-Est et la direction générale de l'offre de soin. Cette plateforme vise à dématérialiser et coordonner le parcours de soin d'un patient. Elle permet un échange entre les différents professionnels médicaux et paramédicaux intervenant auprès d'un patient.

Cette plateforme prévoit des « parcours » prédéfini adaptés à certaines prises en charge. Par exemple, sont déjà disponibles des parcours « réseaux de prise en charge SEP », « Soins intégrés pour la personne âgée » etc.

D'autres parcours sont en cours d'élaboration et peuvent être édités en fonction d'une problématique de santé publique. Par exemple un parcours « Covid long » est en cours d'élaboration.

Ces outils numériques ont l'avantage d'être facilement modifiable pour répondre à une problématique contemporaine. On pourrait donc envisager un « Parcours suture », pour coordonner une prise en charge de ces soins non programmés.

5) Modifier les protocoles d'accident du travail

Nous l'avons vu, les plaies sont fréquentes dans un contexte d'accident de travail, dans ces situations, des protocoles sont établis pour chaque entreprise.

Comme expliqué par les patients concernés, ces protocoles débouchent généralement sur une intervention des pompiers, et un adressage aux urgences en cas de plaie à suturer.

Modifier ces protocoles pourrait permettre une meilleure redistribution de la demande vers les cabinets libéraux.

Lors d'une prise en charge initiale par un référent sécurité en entreprise (SST), on pourrait proposer dans le protocole une liste de médecin libéraux du secteur volontaires pour réaliser ces gestes.

6) Quid des assistants médicaux ?

Le métier d'assistant médical a vu le jour à la suite du projet de loi « Ma santé 2022 » présenté en 2018. (27)

Auparavant, une délégation de tâche était déjà possible, notamment avec le dispositif ASALEE existant depuis 2004.

Le projet de loi présente une liste des missions pouvant incomber aux assistants médicaux

Cette liste est non exhaustive, l'article 9-1 de l'arrêté du 14 août 2019 précise que « les missions que les médecins confient à l'assistant médical sont laissées à leur appréciation en

fonction de leurs besoins et de leur mode d'organisation, et selon le profil soignant et/ou administratif des personnes recrutées dans le cadre du référentiel métier ».

L'assistant médical pourrait donc aider le médecin pour des gestes techniques et notamment pour une suture, par exemple en installant le patient, mettre en place le matériel stérile, procéder à une désinfection de la plaie.

Cette collaboration permettrait de s'affranchir d'un certain nombre de freins que peuvent avoir les médecins à pratiquer des gestes techniques. Dans le travail du Dr MOSSER, le fait de ne pas avoir d'aide humaine représentait un frein majeur pour 19,8% des médecins interrogés.

(4)

Nous pouvons imaginer que la confiance des patients pourrait être améliorée avec une telle collaboration. Une prise en charge par deux professionnels de santé, éventuellement dans une salle dédiée, permettrait de proposer un cadre plus proche du cadre hospitalier qui – d'après les résultats de notre travail – semble rassurer les patients.

7) Rassurer les patients

Nous l'avons vu, la crainte du geste par les patients représente un frein majeur à la prise en charge de suture en milieu extra hospitalier.

Il semble difficile de s'en affranchir. Pourtant, aucune étude ne prouve une plus grande sécurité à la prise en charge hospitalière d'une plaie simple. De plus, et les patients semblent l'ignorer, le niveau de compétence des intervenants hospitaliers n'est pas forcément plus élevé qu'en médecine libérale, les plaies étant souvent suturées par des internes en médecine générale, voire des externes, dans les services d'accueil des urgences.

Le réflexe « urgence » dans le cadre de plaie a sûrement été renforcé par le fait que l'usage était de dire qu'une plaie doit être suturée dans les 6h, cette notion est profondément ancrée dans l'imaginaire collectif car elle date de travaux datant de la fin du 19^{ème} siècle, avec l'étude réalisée par Friedrich PL. (28)

Plusieurs études montrent qu'il est possible de suturer une plaie au-delà de ce délai. En 2009, une équipe néerlandaise a étudié l'incidence d'infections de plaies suturées indépendamment du temps de suture, il est apparu qu'il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre le temps de blessure et les complications infectieuses, et notamment pas de différence entre une prise en charge avant et après 6h. (29)

Cela renforce encore le fait qu'une plaie simple est une urgence relative.

Les craintes liées à l'asepsie sont également un frein identifié dans notre travail, là encore, l'imaginaire collectif fait que les patients imaginent une suture réalisée en bloc opératoire, pourtant, un geste comme la suture ne nécessite pas une asepsie chirurgicale. Il faut évidemment une désinfection rigoureuse de la plaie, mais ce prérequis est tout à fait réalisable en cabinet de médecine générale. Une étude américaine suggère même que l'usage de gants stériles n'est pas indispensable pour la pratique d'une suture cutanée.

Dans cette étude prospective randomisée multicentrique, 816 patients ont été inclus et présentaient des plaies qui ont été suturées soit par un médecin équipé de gants stériles, soit équipé de gants simples.

Le résultat montrait un taux d'infection de 6,1% dans le groupe « gant stérile » contre 4,4% dans le groupe « gant simple », sans différence statistiquement significative. (30)

Ces éléments doivent parvenir au grand public afin de désacraliser ce geste qu'est la suture.

En rassurant le patient quant aux délais, aux risques infectieux, et aux compétences des

médecins généralistes il semble possible d'atténuer bon nombre de freins identifiés dans ce travail.

C) Limites de l'étude

1) Limites de la méthode qualitative

Nous l'avons vu précédemment, le type d'étude choisi ne permet pas d'identifier une vérité quantifiable et statistiquement indéniable. En opposition avec une étude quantitative, elle est le reflet et le fruit de la subjectivité des patients interrogés.

L'étude de ce vécu subjectif – bien que non quantifiable – constitue tout l'intérêt de la démarche, et plutôt qu'une limite, il peut être vu comme une force.

L'analyse de ces éléments subjectifs permet d'accéder à la compréhension d'un processus complexe.

2) Biais de sélection

Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat, via le service d'accueil des urgences. Il fallait que les patients acceptent a priori d'être rappelé pour participer à l'étude.

Ce mode de recrutement a possiblement entraîné un biais de sélection, en ciblant par exemple des personnes d'un certain niveau d'éducation, à l'aise avec l'expression orale, car plus enclin à accepter un entretien qui peut être vécu comme une expérience stressante.

Nous n'avons par exemple eu aucun retour de patient en situation de précarité ou migrant dans notre entretien, alors qu'ils représentent un nombre conséquent de passage aux urgences et que leur lien avec le monde médical est souvent différent de la population générale. (31)

Dans notre étude, une femme a été interrogée pour neuf hommes. Seules deux femmes figuraient sur les coordonnées de patients fournies par le service d'accueil des urgences. Sur ces deux femmes une a finalement refusé l'entretien par manque de temps.

Nous n'avons pas retrouvé d'étude qui analyse le sexe ratio parmi les patients consultant pour une plaie aux urgences. Nous pouvons imaginer qu'effectivement les hommes sont plus exposés aux risques de plaies en raison d'une plus grande représentation masculine dans les métiers manuels et plus largement dans les travaux manuels domestiques.

Une étude Québécoise s'est penchée sur les indicateurs de lésion professionnelle selon le genre, ce travail tend à confirmer notre hypothèse ; les hommes sont deux fois plus victimes de plaie ouverte que les femmes sur leur lieu de travail. (32)

Cette sous-représentation des femmes dans notre travail est-elle due à ces seuls facteurs ? D'autres hypothèses peuvent être évoquées ; utilisent-elles un autre parcours de soin ? Sollicitent-elles davantage leur médecin traitant ?

3) Taille de l'échantillon

Au total, 10 entretiens ont été réalisés au cours de notre étude. Cet échantillonnage peut paraître restreint et interroger sur la puissance de l'étude. Pourtant, malgré le faible nombre de patients interrogés il est apparu que les derniers entretiens n'ont pas apporté de nouveaux éléments, permettant d'obtenir la saturation des données.

4) La subjectivité du chercheur

L'impact de la subjectivité du chercheur est important dans une étude qualitative. La pertinence des questions posées et des relances, le respect – ou non - des silences et des temps de réflexion, peuvent influencer sur le contenu des entretiens.

« La théorie qualitative remet en question la notion d'objectivité parce qu'elle soutient le fait que tout chercheur a ses propres intentions qui l'amènent à faire telle recherche plutôt que

telle autre. Ainsi, aucune situation de recherche n'est totalement « neutre » et elle est toujours interprétée par le chercheur à partir de sa perception des résultats, chiffrés ou non.

» (33)

Aussi, il est impossible de s'affranchir de cette part de subjectivité. Nous avons œuvré pour la minimiser, mais elle a pu être à l'origine de certains biais dans les réponses des participants.

(34)

Au-delà de cette subjectivité, se pose la question de l'expérience du chercheur. Dans notre cas, le chercheur était novice en la matière. Plusieurs articles et ouvrages de méthodologie déjà cités ont été consultés, prérequis indispensable mais insuffisant par rapport à une expérience pratique. Nous avons pu améliorer la méthodologie de l'entretien au moment de l'élaboration du guide d'entretien avec l'aide de la directrice de ce travail qui présente une plus grande expérience de ce type de recherche. Par la suite, nous avons également pu développer notre propre expérience au cours des entretiens successifs.

5) L'absence de validité interne

La validité interne correspond au degré de concordance entre le sens attribué par l'investigateur et sa plausibilité aux yeux des sujets.

« Lors de l'interprétation, le chercheur qualitatif soumettra les résultats de son analyse aux acteurs qui ont participé aux événements en vue d'une corroboration (validité phénoménologique ou validité de signifiante des interprétations). Il sera vigilant quant à la cohérence interne de ses déductions » (9)

Dans notre étude, nous n'avons pas pu obtenir de validité interne, faute à des contraintes de temps et de moyens, nous n'avons pu procéder à une triangulation des données.

Il existe également un probable biais d'interprétation, l'analyse des données n'ayant été réalisée que par un seul chercheur.

V/ CONCLUSION

La pratique des sutures en cabinet de médecine générale est-elle une pratique dépassée ? Les limites à la réalisation de ce geste technique en médecine libérale sont nombreuses. Ces contraintes sont indéniablement à l'origine d'une perte d'intérêt de la part des médecins généralistes pour ces gestes, entraînant une diminution de l'offre en la matière. Notre travail s'est intéressé aux limites concernant la demande. Au terme de cette étude qualitative, nous avons pu identifier un certain nombre de freins qui limitent le recours au médecin traitant dans ces situations.

Ces freins exprimés par les patients sont divers, et renseignent sur l'évolution de la distribution de l'offre de soin et l'évolution de notre société. La plaie traumatique semble être vécue par les patients comme un événement stressant, urgent, et nécessitant une expertise technique particulière. Les patients ont exprimé leur crainte d'une prise en charge extra hospitalière, par exemple en matière de sécurité, d'asepsie, de compétence de l'opérateur.

Au-delà de ces craintes d'ordre technique, les patients expriment clairement leur vision de la pratique de la médecine générale actuelle, que beaucoup considèrent comme incompatible avec la prise en charge de geste technique urgent. Cette évolution du rôle du médecin généraliste ressentie par les patients tient en partie son origine de tensions démographiques, où l'offre de soin est nettement limitée comparativement à la demande. Ces tensions compliquent l'accès au médecin traitant en urgence et encore davantage pour un geste potentiellement chronophage.

Nous avons également mis en lumière les protocoles d'accident du travail qui excluent systématiquement le médecin généraliste. Cette orientation hospitalière systématique peut sembler surprenante à l'heure où les tensions des services hospitaliers, et en particulier des services d'urgence, sont majeures.

L'objet de ce travail, au-delà d'identifier ces freins, est d'offrir une base de réflexion sur les solutions envisageables pour les limiter, et donc augmenter le recours au médecin traitant en cas de plaie.

Nous avons pu voir que la réassurance des patients est primordiale, afin de désacraliser ce geste technique qui ne nécessite pas obligatoirement de prise en charge hospitalière, ni asepsie chirurgicale. De nombreux patients semblent ignorer que leur médecin traitant présente les compétences nécessaires à ce type de prise en charge.

Ces informations et cette réassurance doivent passer par une communication auprès des patients. Nous avons imaginé des solutions de communication qui pourraient permettre d'informer les patients sur les compétences de leur médecin, avec des exemples d'affichage à destination du grand public.

Le frein lié à la disponibilité du médecin ou son désintérêt pour le geste pourrait également être limité si l'on organisait une plus grande collaboration avec les centres 15, ou encore en encourageant l'usage de plateforme de coordination de soins, afin de rediriger les patients vers des médecins disponibles et à l'aise avec ce geste.

Enfin, il pourrait également être intéressant de travailler en collaboration avec le monde de l'entreprise, où les protocoles d'accident du travail ne laissent pas de place au médecin libéral.

Les plaies survenant au travail sont nombreuses, proposer aux salariés secouristes au travail (SST), une liste de médecins de proximités pouvant être contactés dans ces situations permettrait également de modifier le parcours de soin.

Certains pourraient penser que ce travail est une régression face à l'évolution du rôle de médecin généraliste. Notre motivation n'est pas de revenir à un rôle de médecin généraliste

ubiquiste qui gèrerait seul toutes les situations, mais bien de laisser le choix à chaque mèdecin de pratiquer la mèdeicine qui lui correspond le plus.

La mèdeicine gènèrale offre cette possibilitè de diversitè de pratiques, il convient de la conserver car elle constitue toute l'attractivitè de ce mètier.

VU
Strasbourg, le 5 fev. 2024
Le prèsidant du jury de thèse
Professeur Pascal BILBAULT



VU et approuvé
Strasbourg, le 19 JAN. 2024
Le Doyen de la Facultè de
Mèdeicine, Maieutique et Sciences de la Santè
Professeur Jean SIBILLA



Annexe 1)**GUIDE D'ENTRETIEN****1) Présentation de l'étude et de l'investigateur**

Je m'appelle Marco Jost, je suis étudiant en 9^{ème} année de médecine générale. Merci d'avoir accepté de participer à mon travail de thèse.

Vous avez récemment consulté pour une plaie qui a été suturée au service d'accueil des urgences de Colmar. Je vais vous poser des questions sur l'accident qui vous est arrivé et sur votre prise en charge. Je vous laisserai me donner le plus de détails possibles sans vous interrompre.

2) Présentation du patient

Age

Lieu de résidence rural/urbain

Profession

3) Prise en charge d'une plaie

Racontez-moi comment s'est déroulé le jour où vous avez consulté pour votre plaie, du moment où vous vous êtes blessé jusqu'à votre prise en charge aux urgences.

4) Questions de relance

- *Quel est votre ressenti sur votre prise en charge aux urgences ? Avez-vous été satisfait ?*
- *Savez-vous quels sont les différents endroits où il est possible de consulter pour une plaie ?*
- *Avez-vous envisagé de consulter ailleurs qu'aux urgences ?*
- *Selon vous, quels sont les critères de gravité d'une plaie ? Qui nécessite un passage obligatoire aux urgences ?*
- *Vous êtes-vous rendus par vos propres moyens aux urgences ?*
- *D'après vous, quelle est la spécialité du médecin qui vous a suturé ?*
- *Avez-vous contacté votre médecin traitant avant et/ou après votre prise en charge ?*
- *Comment décririez-vous votre relation avec votre médecin traitant ?*
- *Pensez-vous qu'un médecin généraliste serait compétent pour la gestion de petites urgences ? Par exemple la réalisation de suture ?*
- *Savez-vous si votre médecin en pratique dans son cabinet ?*
- *Pensez-vous que votre plaie aurait pu être prise en charge plus rapidement ou au contraire moins rapidement chez votre médecin ?*
- *Pensez-vous qu'il y ai plus de risque à vous faire suturer dans un cabinet de médecine générale ?*
- *D'après vous, pour quelles raisons un médecin généraliste pourrait refuser de pratiquer une suture ?*
- *Votre médecin est-il joignable facilement ?*
- *Le fait de n'avoir aucun frais à avancer a-t-il pesé dans votre décision de vous rendre aux urgences ?*

Annexe 2) Exemple d'entretien, Patient 5

Patient 5 – 20 minutes 52

Homme

58 ans

Le Bonhomme – Rural

Résidence 30 km du SAU

Alors pour commencer je vais vous demander comment ça s'est passé le jour où vous avez consulté pour votre plaie, du moment où vous vous êtes blessé jusqu'à votre prise en charge aux urgences

C'est relativement simple hein c'est une blessure de bricoleur, donc j'étais en train de faire un plancher sur une remorque que je voulais donner à mon fils, et en voulant couper à la meuleuse vous savez les petites meuleuse, je voulais couper les vis qui dépassaient... et voilà j'ai et sans euh comment dire je n'ai pas été assez précautionneux et j'ai dérapé et me suis fait une entaille d'environ 1cm sur le dos de la main... Donc ça a saigné pas mal c'était pas trop douloureux. Et donc dans un premier temps je m'étais dit pour éviter de me retrouver aux urgences avec des éventuels temps d'attente relativement long je m'étais dit que j'allais passer par le médecin traitant qui pourrait me mettre 2-3 points de suture étant donné qu'il a travaillé comme urgentiste à une période de sa vie et euh donc c'est ce que j'ai fait j'ai appelé la secrétaire qui m'a proposé une prise en charge tout de suite en début d'après midi à 14h. Donc je suis allé d'abord chez le médecin traitant qui a essayé de voir euh ce qu'il en était et devant la quantité de sang il pensait qu'il y avait une veine – ouais une veine ou une petite artère- qui avait été touchée donc c'est lui qui m'a orienté vers les urgences. Voilà donc il a refait le pansement et donc je suis descendu aux urgences de Colmar dans la foulée. Arrivé sur place donc la prise en charge moi je l'ai trouvé plutôt rapide enfin en tout cas la partie médicale. Parce que avant moi j'étais taxi donc j'ai amené pas mal de monde à l'hôpital et j'ai toujours été choqué que à l'hôpital avant qu'on s'occupe des gens il y a tout le côté administratif enfin le côté on veut être sûr qu'on va être payé sinon on vous fait rien enfin voilà quoi ... Passer la carte vitale et les différents renseignements nécessaire. Après la prise en charge a été plus ou moins rapide. Visiblement l'interne me disait que c'était un jour où il y avait pas beaucoup de problème d'orthopédie. Donc après ils m'ont interrogé examiné quant à savoir si un nerf était touché ou pas et euh quand donc c'était un interne apparemment qui s'occupait de ça et donc il avait quand même un doute par rapport à ça donc ils ont quand même fait venir leur supérieur hiérarchique je sais pas comment on dit, leur pair enfin voilà et euh bon voilà il a été décidé de suturer que c'était pas problématique et c'est ce qui a été fait dans la foulée. J'ai eu droit à 3 petits points de suture avec anesthésie donc voilà parcours plutôt assez positif

D'accord, donc le ressenti sur votre prise en charge est plutôt positif

Oui oui plutôt positif comme dit le seul truc un peu choquant on a toujours un peu le sentiment que l'administratif passe avant le soin lui-même, j'ai tendance à penser que ce serait peut-être mieux que ça se passe dans l'autre sens

D'accord, ce qui est intéressant c'est que d'abord vous avez consulté votre médecin traitant, donc vous vous saviez que lui était en mesure de prendre en charge des plaies ?

Ah écoutez oui je le supputais, après moi dans un premier temps c'était pas une plaie euh j'ai tout de suite vu que c'était une plaie qui nécessitait des points de suture parce que oui c'était une plaie de 2-3 cm d'ouverture, c'était pas très profond mais voilà après coup on m'a dit ah mais t'aurais du aller à SOS main plutôt que à Pasteur et tout ça mais en même temps j'avais tout de suite eu le sentiment que c'était plutôt superficiel, ça saignait beaucoup mais c'était pas bien méchant quoi

Et oui je savais qu'il était susceptible de le faire pour en avoir déjà discuté avec lui et sachant que c'était un ancien urgentiste de Colmar, bon maintenant il est généraliste à Orbey mais encore maintenant il rend service à l'antenne du SMUR quand ils ont pas assez de véhicule dans la vallée c'est lui qui est sollicité donc euh non j'avais après c'est toujours pareil c'est un problème de disponibilité, il était pas disponible non plus tout de suite tout de suite mais comme j'avais fait un pansement voilà franchement c'était pas mortel donc j'étais pas dans l'urgence absolu donc j'ai préféré attendre pour aller chez lui plutôt que d'aller sur Colmar où on sait quand même de réputation qu'a priori les urgences c'est quand même souvent long

Hmm vous auriez habité plus près des urgences, votre raisonnement aurait été différent ?

Ah certainement, j'aurai habité Colmar je serai certainement allé aux urgences oui sans doute. Après là euh ouais je suis quand même à presque 40 minutes de Colmar et le médecin c'est 10 minutes quoi

Après je peux même pas vous dire ça parce qu'en fait y a 2 ans quand il y avait le covid j'ai trouvé le moyen de me casser le bras et c'était pareil je suis tombé d'un arbre euh vous allez dire que je suis maladroit (rises) et donc du coup bah c'était pareil j'avais voulu éviter les urgences mais c'était pour d'autres raison... Colmar était un des premiers hôpitaux impacté par la crise du covid donc j'avais voulu éviter les urgences mais bon j'avais quand même du y aller parce que là j'avais une fracture du radius et du cubitus et euh donc j'avais pas le choix j'ai dû aller là-bas

D'accord, si votre médecin... si vous n'aviez pas su que votre médecin avait ce passé d'urgentiste si ça avait été un médecin généraliste classique disons... vous l'auriez quand même sollicité pour une plaie ?

Oui je pense que ça fait partie de leur cursus... après c'est toujours pareil on connaît son médecin, par exemple je sais que dans l'équipe là-bas y en a un bah il a la réputation de tomber dans les pommes quand il voit le sang ... Donc celui-là peut être que je serai pas allé le solliciter. Mais pour moi dans ma tête dans la formation d'un généraliste... bon je dis pas qu'il doit savoir faire un acte chirurgical majeur mais disons mettre 3 points de suture c'est quelque chose qui me semble à sa portée

D'accord, et est-ce que vous avez une idée de la spécialité du médecin qui vous a fait les points de suture ?

C'était un interne, après euh non voilà il s'est présenté il était en 2^{ème} année je crois de mémoire, je veux pas raconter de connerie, en fait ils étaient 2, il y avait un gars et puis une fille et bah ils ont travaillé de manière collégiale et puis euh maintenant après dans quelle spécialité je sais pas visiblement ils étaient encore entrain de tourner dans les différents services quoi. Il y a un jour où ils faisaient ça et le lendemain ils auraient fait un autre truc quoi

D'accord, hm et est ce que vous pensez qu'il y a plus de risque à se faire suturer chez son médecin traitant que dans une structure hospitalière ?

Oui je pense qu'il y a plus de risque à se faire suturer chez le médecin traitant si ça nécessite des soins d'asepsie enfin jveux dire ça dépend de la taille de ce qu'il y a à suturer mais disons si c'est la petite plaie superficielle non je vois pas pourquoi il y aurait plus de risques disons les procédures me semblent ... mais après quand c'est des prises en charge plus lourdes bah c'est sur qu'on est mieux à l'hôpital mais non non moi je pense qu'un généraliste est tout à fait apte à faire ce genre de petite intervention

D'accord, hm et d'après vous quelles pourraient être les raisons qui feraient qu'un médecin généraliste refuse de pratiquer une suture ?

Pff bah ... de disponibilité déjà pour commencer, parce que a priori déjà les médecins généralistes de nos jours travaillent tous la plupart du temps sur rendez vous donc euh en général quand vous êtes sur quelque chose qui ressemble à de l'urgence euh il est pas toujours forcément disponible donc ça c'est déjà la première raison... Ensuite il peut aussi se sentir, je dirai pas incapable mais peut être limité dans ce geste là et euh, bah d'ailleurs c'est ce qu'il s'est passé pour moi euh mon médecin traitant dans un premier temps était prêt à faire ce geste et en fin de compte il l'a pas fait car il estimait qu'il était pas équipé pour faire le geste technique. Donc c'est toujours pareil c'est lui je pense qui est le mieux placé pour juger s'il peut faire l'intervention ou pas. Après c'est sur qu'il y a forcément un degré de confiance à avoir...

D'accord

...Et moi je fais partie des gens qui pensent que euh, pour répondre à la question autrement euh, à mon sens il n'est pas absolument nécessaire de toujours orienter les gens aux urgences. Vous voyez nous on habite dans une vallée où le comment dire la présence médicale est un peu difficile, il y a un peu moins d'offre le SMUR est moins disponible aussi quand il faut qu'ils viennent là donc je trouve que c'est bien que le médecin généraliste puisse intervenir sur des petites urgences. Et puis il y a aussi que moi j'ai 58 ans j'ai connu l'époque où les médecins avaient des tours de garde on savait à qui s'adresser quand on avait un problème, surtout le week end ou la nuit y a plus de permanence, y a plus de généraliste et tout le monde est orienté vers les urgences...
Et encore on vient d'une région où Colmar c'est pas encore la grosse ville mais je viens d'une

région vers strasbourg et strasbourg les urgences c'est parfois 3 ou 4 heures d'attente pour des problèmes qui auraient bien pu être géré par le généraliste

D'accord, et donc vous pensez que les généralistes devraient peut être plus communiquer sur les petites urgences qu'ils peuvent prendre en charge ? Vous pensez que les gens ne savent pas ce que peuvent faire les généralistes ?

Si je pense que les gens savent, je pense plutôt que c'est le généraliste qui veut plus trop s'embêter avec ça... Aujourd'hui passé 19h et encore moi j'ai changé maintenant je suis dans une maison médicale donc il y a 3 ou 4 médecins parfois un externe ou 2 donc il y a quand même une capacité mobilisable sur les urgences mais le médecin précédent que j'avais il travaillait seul et s'il partait en vacances fallait appeler le 15 il s'embêtait même pas à trouver un remplaçant... Donc oui c'est vrai que si vous n'avez pas de réponse du généraliste vous n'avez plus que la solution de l'urgence mais l'urgence pour moi c'est pas, y a plein de situations qui ne justifient pas de se déplacer aux urgences. Si je prends l'exemple de je tombe et je me fais mal au bras, soit c'est cassé c'est évident et je vais à l'hôpital direct mais si j'ai un doute et que j'ai mal je pourrai très bien aller chez le généraliste avant d'aller à l'hôpital mais ça le généraliste il sait plus faire ou ne veut plus faire je sais pas ... Dans la plupart des cas le généraliste c'est sur rendez vous ou alors c'est voilà je fais des consult de 15h à 17h et si vous vous cassez le bras bah il faut pas que ça soit en dehors de ce créneau-là quoi

D'accord, donc pour vous le frein il vient plus du côté du médecin que des patients qui ne feraient pas la démarche de demander à leur médecin

Ah oui clairement, clairement... Clairement c'est la disponibilité. Après ils ont certainement leur raisons d'organisation, après voilà ils ont peut être plus non plus envie d'être corvéable à merci à toute heure. Après je pense qu'une organisation qui dans lesquelles ils auraient une astreinte ce serait pas aberrant d'avoir un médecin de garde qui pourrait recevoir les urgences, ça existait quand j'étais gamin, on appelait son médecin et on avait un renvoi d'appel vers celui qui était de garde. Là maintenant on tombe sur un disque qui dit « appelez le 15 » ou « Appelez SOS Médecin » et après on nous dit éventuellement s'il y a un médecin de garde mais c'est pas le généraliste qui est au cœur du processus quoi, après est ce que c'est lui qui a voulu se décharger ou est ce que c'est l'ARS qui a mit les choses comme ça en place mais la fait est que c'est comme ça quoi

Hm d'accord, et est ce que vous savez si le médecin généraliste est mieux rémunéré pour ce genre d'acte ? Qu'une consultation normale

Alors là me concernant il a pas été rémunéré du tout parce que quand j'ai voulu lui proposer ma carte vitale il m'a dit non c'est bon laissez
Après non je pense que euuuh, après ce que je sais c'est qu'il peut être mieux rémunéré si c'est dans des horaires définis le dimanche jours fériés et ainsi de suite après non je crois pas qu'il est mieux rémunéré

D'accord, et est-ce que justement vous trouveriez normal que le médecin soit mieux payé pour un acte de petite chirurgie qu'une consultation standard ?

Oui à partir du moment où il y a un acte un peu plus spécialisé pourquoi pas oui ça me poserait pas de problème.

Dans quelle tranche d'âge se situe votre médecin traitant ?

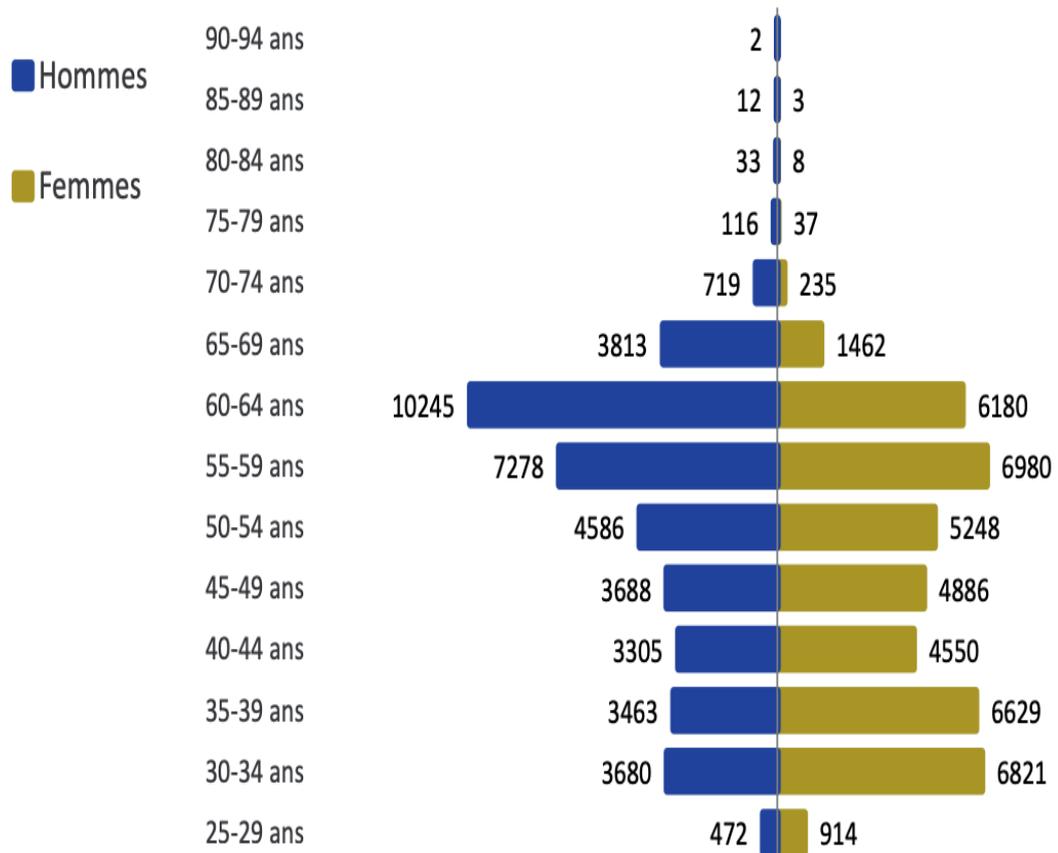
Alors il est un peu plus jeune que moi je dirai la cinquantaine, peut être 45 50 ans.
En tout cas j'ai été très satisfait, la cicatrisation s'est bien passé on voit quasiment plus rien donc le boulot a été bien fait malgré que ce soit des jeunes internes

Les fils de suture c'est votre médecin traitant qui les a retirés ?

Oui tout à fait j'y suis allé 10 jours après.

(...)

Annexe 3 : Pyramide des âges du nombre de médecins généralistes en activité régulière en 2021 (18)



Annexe 4. Proposition d'affiche à destination du grand public (salle d'attente des hôpitaux, pharmacies etc.)



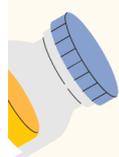
ENTORSE, PLAIE, BRÛLURE, ...



CES URGENCES SONT FRÉQUENTES
DOIS-JE ME RENDRE À L'HÔPITAL ?



BIEN SOUVENT LA
PETITE TRAUMATOLOGIE
PEUT ÊTRE PRISE EN
CHARGE CHEZ VOTRE
MÉDECIN TRAITANT.



RENSEIGNEZ VOUS DÈS QUE POSSIBLE SUR
LES PATHOLOGIES QU'IL PEUT - OU NON -
PRENDRE EN CHARGE

Annexe 5. Proposition d'affiche adaptée à chaque cabinet



CHAQUE ANNÉE, PLUS DE 20 MILLIONS DE PASSAGE AUX URGENCES SONT RECENSÉS.

UNE GRANDE PARTIE DE CES CONSULTATIONS POURRAIENT ÊTRE RÉALISÉES PAR VOTRE MÉDECIN TRAITANT.

DANS CE CABINET, VOTRE MÉDECIN PEUT PRENDRE EN CHARGE :

- BRÛLURE SUPERFICIELLE PEU ÉTENDUE
- ENTORSES (CHEVILLE, GENOU, POIGNET)
- SUTURES
- SUTURES DE LA MAIN OU DU VISAGE
- SAIGNEMENT DE NEZ PERSISTANT (MÉCHAGE)
- BLESSURE MUSCULAIRE (CLAQUAGE, ÉLONGATION)



DANS TOUS LES CAS, VOTRE MÉDECIN RÉÉVALUERA LE DEGRÉ D'URGENCE ET SAURA VOUS RÉORIENTER SI UNE PRISE EN CHARGE PLUS SPÉCIALISÉE EST NÉCESSAIRE.



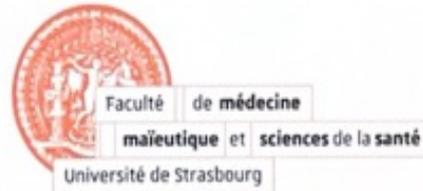
VII/ BIBLIOGRAPHIE

1. Fabien G. Les sutures par les médecins généralistes du Maine et Loire. :27.
2. Boulard B. Réalisation des gestes techniques en cabinet libéral: étude des pratiques des médecins généralistes en Haute-Normandie. :91.
3. Gerber B. Freins à la réalisation des gestes techniques, infiltration et sutures dans les cabinets de médecine générale en Alsace, première partie, étude qualitative. 2019.
4. Mosser S. Freins à la réalisation des gestes techniques, infiltration et sutures dans les cabinets de médecine générale en Alsace, deuxième partie, étude quantitative. 2019.
5. Hurstel A, Matarese O, Paulaud-Bayard R. Prévalence des consultations traumatologiques aux urgences pouvant relever de la médecine générale: une étude prospective sur 288 patients. :38.
6. Vuagnat A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? :18.
7. Carrasco B. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. 2003;8.
8. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
9. DRAPEAU M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. Prat Psychol. 1 mars 2004;
10. Allard-Poesi F. Coder les données. In 2003. p. 245-90.
11. Priour I. Prise en charge de la petite traumatologie en médecine de ville [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2015.
12. SCDMED T 2009 MOUSEL CATHERINE.pdf [Internet]. [cité 28 févr 2023]. Disponible sur: [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED T 2009 MOUSEL CATHERINE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2009_MOUSEL_CATHERINE.pdf)
13. Mendez LA. Evaluation des déterminants chez les patients se rendant aux urgences pour des sutures réalisables en ambulatoire [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2016 [cité 28 févr 2023]. Disponible sur: <https://ecm.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/8d3657a7-d9eb-40cb-9614-a30c542c0454>
14. Daviau S. La pratique des sutures non programmées au cabinet du médecin généraliste en milieu urbain: identification des obstacles et détermination de leur importance respective au moyen de deux enquêtes connexes [Thèse d'exercice]. [UPEC, France]: Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 2009.

15. Actes techniques de la CCAM - 2015 à 2021 | L'Assurance Maladie [Internet]. 2022 [cité 6 mars 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/actes-techniques-ccam>
16. Tasei F. Prise en charge des plaies en médecine générale à partir d'une enquête téléphonique réalisée auprès de 337 médecins généralistes du département de la Vienne [Thèse d'exercice]. [S.l, France]: sn; 2000.
17. Statistiques de sinistralité 2019 tous CTN et par CTN - Accidents du travail, Accidents de trajet, Maladies professionnelles. 2019;
18. atlas demographie medicale - cnom - 2021.pdf [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas demographie medicale - cnom - 2021.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf)
19. 6 ETUDES-2003-Feminisation-de-la-profession.pdf [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur: [https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/10/6 ETUDES-2003-Feminisation-de-la-profession.pdf](https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/10/6_ETUDES-2003-Feminisation-de-la-profession.pdf)
20. Donnio J. Les déterminants du temps de travail des médecins généralistes en Savoie.
21. PP.4-7 EXERCER 85.pdf [Internet]. [cité 21 mars 2023]. Disponible sur: [https://www.campus-umvf.cnge.fr/materiel/PP.4-7 EXERCER 85.pdf](https://www.campus-umvf.cnge.fr/materiel/PP.4-7_EXERCER_85.pdf)
22. Jakoubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes.
23. Les médecins généralistes libéraux travaillent au moins 50 heures par semaine [Internet]. 2019 [cité 7 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-medecins-generalistes-liberaux-travaillent-au-moins-50-heures-par-semaine>
24. Lortholary C, Chiaverini P, Devaux B, François D. Être médecin généraliste aujourd'hui. Laennec. 2010;58(3):28-43.
25. MRT: Majoration sur appel du centre 15 - MG France [Internet]. [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/exercice/toute-la-nomenclature/1795-mrt-majoration-sur-appel-du-centre-15>
26. Entr'Actes - Votre plateforme de coordination des soins primaires [Internet]. Entr'Actes. [cité 25 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.entractes.fr/>
27. Ministère des Solidarités et de la Santé. MA SANTÉ 2022 UN ENGAGEMENT COLLECTIF [Internet]. 2018. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_synthese.pdf
28. Henry B, Cotton M, Della Santa V. Mythes et traditions des urgences chirurgicales cutanées. Rev Med Suisse. 9 août 2017;570:1381-4.
29. Baar MTM van den, Palen J van der, Vroon MI, Bertelink P, Hendrix R. Is time to closure a factor in the occurrence of infection in traumatic wounds? A prospective cohort study in a Dutch level 1 trauma centre. Emerg Med J. 1 juill 2010;27(7):540-3.

30. Perelman VS, Francis GJ, Rutledge T, Foote J, Martino F, Dranitsaris G. Sterile versus nonsterile gloves for repair of uncomplicated lacerations in the emergency department: a randomized controlled trial. Ann Emerg Med. mars 2004;43(3):362-70.
31. Vallejo R, Granie A, Cannier O, Josset C, Duval G. Urgences et précarité : tri et gestion de la salle d'attente. 2007;
32. Duguay P, Prud'homme P, Boucher A, Gagné C, Savoie L. INDICATEURS DE LÉSIONS PROFESSIONNELLES SELON LE GENRE.
33. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale. mai 2002;3(2):81-90.
34. Pelaccia T, Paillé P. Les approches qualitatives : une invitation à l'innovation et à la découverte dans le champ de la recherche en pédagogie des sciences de la santé. Pédagogie Médicale. nov 2009;10(4):293-304.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : JOST Prénom : Nauco

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.
Signature originale :

À Pfaffenhauim, le 04/03/2024

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ :

Cette étude qualitative a été réalisée afin d'identifier les freins qui limitent le recours au médecin traitant en cas de plaie traumatique aigue.

Nous nous sommes basés sur des entretiens semi dirigés de patients ayant consulté au service d'accueil des urgences de l'hôpital de Colmar, dans le département du Haut Rhin.

L'étude de ces entretiens a permis d'identifier un certain nombre de freins. Les principaux concernent le manque d'information des patients, qui ne savent pas que leur médecin traitant est en mesure de proposer de tels soins, la peur du geste qui oriente les patients vers une prise en charge hospitalière ressentie comme plus sécurisante, et enfin, l'évolution du métier de médecin généraliste et de la représentation que peuvent en avoir les patients. D'autres freins, plus secondaires, ont également été évoquées : l'absence d'avis médical préalable, la réticence de certains médecins, la localisation de la plaie, le contexte de l'accident, sont autant de paramètres qui peuvent orienter le patient vers une prise en charge hospitalière.

Au-delà de l'identification de ces freins, l'objet de ce travail a été de proposer des axes d'amélioration pour s'en affranchir, et in fine, augmenter le recours au médecin traitant.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-clés : Médecin généraliste - Médecine Générale – Suture – Plaie – Service d'accueil des urgences – Urgences – Patients – Accès au soin – Médecin traitant

Président : Professeur Pascal BILBAULT, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Assesseurs : Docteur Anne-Elisabeth SANSELME, Docteur Philippe HILD

Adresse de l'auteur : 10 rue du Centre, 68250 PFAFFENHEIM