

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2024

N° : 88

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention : Médecine Générale

PAR

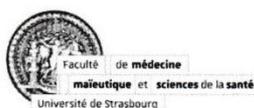
SIMON Gwendoline

Née le 24 Août 1994 à Saverne

**Connaissances et représentations des patients quand à la pratique des gestes
techniques réalisés par les médecins généralistes en cabinet libéral dans le
Bas-Rhin.**

Président de thèse : Professeur Pascal BILBAULT

Directeur de thèse : Docteur Jean TSOUKAS, Médecin généraliste



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition AVRIL 2024
Année universitaire 2023-2024

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Première Vice Doyenne de la Faculté** Mme CHARLOUX Anne
- **Doyens honoraires:** (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. HENNI Samir

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	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDEO Pietro	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RPô 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	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô 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 Séiamak	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle Hépatologie-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	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	NRPô 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	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô 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	NRPô NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRIANT-RODIER Catherine	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Hélène	NRPô NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabil	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AXS / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RPô 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	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
GALLIX Benoît	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô 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	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô 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	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô 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	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô 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	NRPô 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	RPô 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	NRPô 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	RPô 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	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIELX Laurent	NRPô 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
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépto-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 Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA 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 Hépto-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 / Hautepierre	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 Hautepierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
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'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	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 Hautepierre	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 Haute-pierre	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'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	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 TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	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)
VIDALHET 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 Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - 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 Hépatogastro-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
BAHOUGNE Thibault		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Ilios		• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / 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)
Mme BOICHARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
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)
CERLINE 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 Hautepierre	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 - Ophthalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
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 Hautepierre	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) - AXS / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
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 - Ophthalmologie / 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 ^o	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)
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 / 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'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - 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. DILLESEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mr KESSEL Niis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

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

Pre Ass. DUMAS Claire
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne
Pr Ass. GUILLOU Philippe
Pr Ass. HILD Philippe
Pr Ass. ROUGERIE Fabien

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

Dre CHAMBE Juliette
Dr LORENZO Mathieu

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

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

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr LEPAGE Tristan	- USN1 (UF9317) - Unité Médicale de la Maison d'arrêt de Strasbourg
Mme la Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Laboratoire de Biologie de la Reproduction
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle de 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	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'Assistance Médicale à la Procréation / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Dr WAECHTER Cédric	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

NOM et Prénoms	CS ²	Services 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-Vénérologie
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)
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)
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)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
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)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

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)**
 - BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 - MULLER André (Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur)
- 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)
- o **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 - HANNEDOUCHE Thierry (Néphrologie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - MOULIN Bruno (Néphrologie)
 - PINGET Michel (Endocrinologie)
 - ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
 - ROUL Gérard (Cardiologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr LECOCQ Jéhan	49-05
Pr MASTELLI Antoine	49-03
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS Jacques	49-01
Pre RONGIERES Catherine	54-03
Pre SEELIGER Barbara	52-02

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BECMEUR François (Chirurgie Pédiatrique) / 01.09.23	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 (Génétiq.ue) / 01.09.15
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	MARK Manuel (Génomique fonctionnelle et cancer-IGBMC) / 01.07.23
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
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
DUCLOS 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 (Génétiq.ue) / 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
JACQMIN 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	VEILLON Francis (Imagerie viscérale, ORL et mammaire) / 01.09.23
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VETTER Denis (Méd. interne, Diabète et mal. métabolique) / 01.01.23
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

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'Esau** : 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

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.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 restée fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

À mon président de jury, Monsieur le Professeur Pascal BILBAULT. Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse. Je vous remercie pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Veuillez trouver, cher Professeur, l'expression de mes sincères remerciements et de mon plus grand respect pour le temps que vous passez au service des étudiants.

À mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Jean TSOUKAS. Merci d'avoir accepté de diriger mon travail et de m'avoir guidé à chaque étape. Merci de m'avoir transmis la fibre de la médecine générale bien avant la faculté, et merci d'avoir cru en moi durant mes stages et remplacements. Je vous remercie de m'avoir enseigné la pratique des gestes techniques, ce qui me permettra d'avoir un métier très varié.

À Monsieur le Docteur Jean-Luc GRIES. Merci d'avoir accepté d'apporter votre jugement à ce travail. Merci de m'avoir donné votre confiance lors du stage de niveau 1 et par la suite. Je vous remercie pour vos conseils et votre écoute, et pour l'accompagnement tout au long de l'internat et au début de mes remplacements.

À Monsieur le Docteur Florent HERZOG. Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Je vous remercie pour votre disponibilité. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

À tous mes Maîtres de stage, en cabinet libéral ou dans les services hospitaliers. Merci pour vos enseignements et conseils qui ont façonné le médecin que je suis aujourd'hui.

Aux patients qui ont accepté de réaliser les entretiens. Merci à eux pour leur disponibilité, et ces échanges constructifs.

À ma Maman, qui est présente pour moi dans les bons et moins bons moments. Merci pour les bons petits plats, pour les moments de détente, et merci pour ton amour.

À mon Papa, j'espère que tu es fier de moi, je pense tout le temps à toi, j'aurais aimé passer beaucoup plus de moments avec toi, mais nous avons passé des instants inoubliables ensemble.

À ma famille, merci pour les moments partagés. C'est toujours un réel plaisir de passer du temps ensemble, autour d'un verre, d'une partie de jeu de société, ou lors de longues discussions.

À Mélanie, d'abord une voisine d'amphi, puis une co-externe, et maintenant une superbe amie, devenue ma témoin, merci d'être toi. Merci d'avoir été là tout au long de notre parcours en médecine, et par la suite également. J'espère que l'on partagera encore pleins de bons moments.

À mes amies d'enfance, Aude, Stéphanie, Solène, Alexia, Marine, Laura, Andréane, Sophie, Pauline, merci pour cette belle amitié, j'espère qu'elle se poursuivra jusqu'à nos cent ans, et peut-être plus. Merci pour tous ces beaux moments, remplis de belles émotions.

À mes amis un peu plus récents, mais que j'aime tout autant. J'aime nos soirées, nos week-ends, nos parties de jeux de société ou de Molky, les découvertes musicales parfois trop violentes à mon goût, ces moments de joie partagée.

À Iena, mon petit Bouli. Tu m'as beaucoup soutenu lors de mes révisions, allongé sur mes genoux. Tes léchouilles et câlins m'ont aidé à terminer ce marathon des études. Tu es une vraie boule d'amour.

Et enfin, à Nicolas, l'homme de ma vie. Mon amoureux depuis plus de 13 ans, et mon mari depuis 2 ans déjà. Les matchs de badminton nous ont rapprochés, puis les études nous ont éloignés mais seulement par la distance, l'amour était toujours là. Merci pour tous ces beaux moments, nos soirées en amoureux, nos week-ends à découvrir des jolis coins de France, les moments de partages avec nos amis et familles, et ce magnifique voyage de noces en Australie. Je t'aime et je t'aimerais toujours. Tu es toujours là pour moi, je t'en remercie infiniment.

Table des matières

TABLE DES ILLUSTRATIONS	21
ABREVIATIONS	22
INTRODUCTION	23
MATERIEL ET METHODE	26
I. Caractéristiques de l'étude	26
II. Choix de la population	26
III. Recueil des données	27
IV. Analyse des données	28
V. Aspects éthiques et réglementaires.....	28
RESULTATS	30
I. Population de l'étude	30
II. Le médecin généraliste : comment le caractériser.....	31
1. La relation médecin-patient	31
a. Le lien humain	31
b. Mettre en confiance.....	32
c. Être professionnel	32
d. Fidélité avec son médecin.....	32
2. Les rôles du médecin généraliste.....	33
a. Médecine de 1 ^{er} recours.....	33
b. Médecin chef d'orchestre	34
c. Être à l'écoute sans jugement.....	34
d. Une prise en charge globale	34
3. Les attentes des patients.....	35
a. La disponibilité	35
b. Un suivi personnalisé et continu.....	36
c. Obtenir des réponses aux questions	37
d. Avoir une médecine rapide.....	38
4. Un médecin différent selon l'époque et la localisation	38
a. Le médecin d'avant et d'aujourd'hui	38
b. Le médecin urbain et rural.....	39
c. Un métier dévalorisé	40
d. Une médecine modernisée	41

e.	Une méconnaissance du métier de médecin généraliste	41
III.	Qu'est ce qu'un geste technique ?	42
1.	L'examen clinique au centre des réponses	43
a.	L'auscultation en première réponse	43
b.	Un temps indispensable en consultation	43
2.	Une méconnaissance des gestes techniques	44
3.	Les gestes possibles par le médecin généraliste selon les patients.....	44
a.	La suture	44
b.	L'implant contraceptif	45
c.	Le frottis cervico-utérin	45
d.	L'infiltration	45
e.	L'excision d'une verrue ou d'un grain de beauté	46
f.	Mise à plat d'un abcès cutané.....	47
4.	D'autres gestes cités par les participants	47
IV.	La pratique des gestes techniques par différents praticiens.....	48
1.	Le médecin généraliste : un lien de confiance... ..	48
a.	La relation médecin-patient : un atout	48
b.	Un meilleur suivi, qui est adapté à chacun	49
c.	Se laisser guider par son médecin généraliste.....	50
d.	Désengorger le système de santé.....	50
2.	... mais pas toujours suffisant.....	51
a.	Limite de la sphère intime	51
b.	Les gestes de base pour le médecin généraliste	51
c.	L'étendue de la pratique des médecins généralistes est non connue	52
d.	Le médecin de 1 ^{er} recours vu en 2 ^e intention	53
3.	Une préférence pour le spécialiste	53
a.	L'expérience et la formation rassurent	53
b.	Une supériorité face aux médecins généralistes	54
c.	Reproduction du schéma des parents.....	55
d.	En demande d'être vu rapidement par le spécialiste	55
e.	... alors que d'autres aimeraient y aller moins régulièrement.....	56
4.	Les Urgences, parfois un passage obligé	57
a.	Pour les urgences vitales	57

b.	Pour les enfants	57
c.	Après un appel au 15	58
5.	... ou une facilité.....	58
a.	Disponibilité rapide et 24h/24	59
b.	Une notion de gratuité.....	59
c.	Si le médecin généraliste n'est pas disponible.....	60
V.	Les freins des médecins généralistes à la pratique des gestes techniques et leurs solutions selon les patients.....	61
1.	Les freins à la réalisation des gestes techniques du point de vue des patients	61
a.	Le manque de médecins généralistes.....	62
b.	Le risque médico-légal	62
c.	Un investissement coûteux	63
d.	Ne pas vouloir gérer les urgences.....	64
e.	Un manque d'assurance ou de formations.....	64
f.	Un manque de connaissance des patients.....	65
g.	La crainte de faire de la concurrence aux spécialistes	66
2.	Les solutions proposées par les patients.....	66
a.	Demander l'avis aux médecins	66
b.	Majorer les aides financières.....	67
c.	Valoriser le métier de médecin généraliste par les autorités	67
d.	Les maisons médicales de gardes et permanence de soins	68
e.	Responsabiliser les patients.....	69
f.	Entraide entre confrères.....	69
3.	La communication est la solution primordiale.....	70
a.	La communication orale	71
b.	La communication écrite	72
c.	La communication par internet.....	73
	DISCUSSION	75
I.	Confrontation aux données de la littérature	75
1.	Les freins du point de vue des patients et des médecins	75
a.	Liés au médecin lui-même	76
b.	Liés aux patients	81
c.	Liés à la société	85

2. Les solutions proposées par les patients et celles demandées par les médecins.....	91
a. Les solutions collectives.....	92
b. Les solutions personnelles.....	98
3. Les perspectives.....	100
II. Les forces et limites de l'étude.....	103
1. Les forces :.....	103
2. Les limites :	104
CONCLUSION.....	106
ANNEXES	108
I. Guide d'entretien initial	108
II. Guide d'entretien final.....	109
BIBLIOGRAPHIE.....	111

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : Caractéristiques de la population.....	30
Figure 1 : Les caractéristiques du médecin généraliste.....	31
Figure 2 : Les gestes techniques.....	42
Figure 3 : Les praticiens des gestes techniques.....	48
Figure 4 : Les freins des médecins généralistes et les solutions du point de vue des patients.....	61
Figure 6 : Les freins selon les patients et selon les médecins.....	75
Figure 7 : Les solutions du point de vue des patients et des médecins.....	92

ABREVIATIONS

ANDPC : Agence Nationale du Développement Professionnel Continu

ARS : Agence Régionale de Santé

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CCI : Commission de Conciliation et d'Indemnisation

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

DPC : Développement Professionnel Continu

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DU : Diplôme Universitaire

ECG : Electrocardiogramme

FMC : Formation Médicale Continue

MSP : Maison de Santé Pluri professionnelle

RCP : Responsabilité Civile Professionnelle

Px : Patient x

SUdF : SAMU-Urgences de France

INTRODUCTION

La médecine générale est une spécialité variée et polyvalente avec une approche globale et un rôle de premier recours. C'est pour cela que je l'ai choisie comme spécialité.

De nombreuses définitions de la médecine générale existent, dont celle de l'organisation mondiale des médecins généralistes (1). Elle regroupe plusieurs caractéristiques, dont le premier contact avec le système de soins, permettant une coordination des soins et d'avoir des ressources techniques à disposition. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires (2).

Les compétences théoriques acquises durant le socle commun de toutes les spécialités sont approfondies au cours du troisième cycle des études médicales, avec des stages personnalisés pour chaque spécialité permettant d'acquérir une meilleure approche technique.

Plusieurs départements de médecine générale ont créé un groupe de recherche national afin de définir les différentes compétences d'un médecin généraliste. Elles se regroupent en une marguerite de connaissances avec 6 catégories, dont le premier recours, et l'approche centrée sur le patient avec une relation basée sur la communication (3,4).

L'omnivalence du médecin généraliste est décrite dans l'article R.4127-70 du code de la santé publique (5), avec un discernement des limites propres à chacun.

Parmi les compétences des médecins généralistes, il y a la pratique des gestes techniques, qui est encadrée par l'article R.4127-71 du code de la santé publique (6).

Selon son parcours de stages, chaque médecin peut être formé pour pratiquer certains gestes techniques, ou alors se spécialiser grâce à un diplôme universitaire.

Il y a peu de lois qui encadrent ces pratiques, mais une information claire, loyale et appropriée est obligatoire, afin d'obtenir un consentement libre et éclairé (7).

Ces différences compétences du médecin généraliste sont présentes ailleurs dans le monde. Par exemple, en Angleterre (8), il y a les soins cliniques essentiels, les soins cliniques additionnels comme la prévention ou les actions de santé publique, et les soins facultatifs comme les petites interventions chirurgicales.

Cette omnivalence est importante de nos jours, suite à la pénurie de médecins en France (9). Notre pays compte environ 68 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2023 (10), avec 1.15 millions d'habitants dans le Bas-Rhin (11). Le nombre de médecins généralistes français est de 84.133 en 2022, avec une densité de 120.9 médecins généralistes pour 100.000 habitants. Dans le Bas-Rhin, la densité est de 142.4 médecins généralistes pour 100.000 habitants, avec une baisse de 9.4% entre 2010 et 2022 (12).

De plus, le délai de prise de rendez-vous chez les spécialistes comme les gynécologues, ou les dermatologues s'allonge de plus en plus, avec par exemple, plus de 60 jours de délai d'attente chez un dermatologue, pouvant aller jusqu'à 126 jours selon le motif (13). Il peut donc y avoir un retard de prise en charge, avec un risque pour la santé du patient.

La crise et l'insécurité sanitaire en France s'aggravent progressivement depuis plusieurs années, avec une nette accélération après la période COVID. La situation de l'hôpital public s'est encore dégradée avec les difficultés majeures de recrutement de ressources médicales et paramédicales, ainsi que la fermeture de lits d'hospitalisation (14).

Le médecin généraliste pourrait pratiquer des gestes techniques pour améliorer l'offre de soins, tout en ayant une activité diversifiée et stimulante.

D'autres thèses objectivent des freins à la réalisation des actes techniques par les médecins généralistes, comme celle de Solenne Mosser en 2019 qui trouve comme obstacle majeur le manque de formation théorique et pratique (15). Un autre frein objectivé est le manque de demande de la part des patients (16).

Il est important d'avoir l'avis des patients, et de savoir quelles sont leurs connaissances sur le métier du médecin généraliste. Il est également intéressant de faire le point sur leur connaissance de la pratique des gestes techniques en cabinet de ville par le médecin généraliste. Ce sera donc l'objectif principal de mon étude.

L'objectif secondaire est de trouver des solutions aux freins donnés par les médecins généralistes grâce aux idées des patients.

MATERIEL ET METHODE

I. Caractéristiques de l'étude

L'objectif de ce travail était de comprendre les connaissances et les représentations des patients du métier du médecin généraliste, et plus en détails la pratique des gestes techniques en cabinet libéral.

Il était intéressant de faire un constat des connaissances des patients pour aboutir à un modèle explicatif grâce à une démarche inductive. C'est pourquoi j'ai réalisé une étude qualitative inspirée de la méthode par théorisation ancrée de Glaser et Strauss (17). Il s'agit de comprendre un phénomène social dans une population donnée, identifiée comme capable d'apporter une information pertinente à la question de recherche. Le recueil des opinions et des ressentis pour faire émerger des hypothèses est une approche humaine et personnelle.

Cette méthode a trois spécificités, qui sont l'échantillonnage théorique, l'itération, et la comparaison constante, et qui sont détaillées dans la suite de ce travail.

II. Choix de la population

Le recrutement a été fait sur la base du volontariat. Les patients ont pu me contacter par mail grâce à des affiches déposées en salle d'attente de plusieurs cabinets de médecine générale ou dans des pharmacies.

Les patients ont été sélectionnés au fur et à mesure de l'analyse des données, pour avoir un échantillonnage théorique, ce qui nous permet d'avoir une diversité d'expériences.

Les participants devaient être majeurs, et avoir un médecin généraliste dans le Bas-Rhin.

III. Recueil des données

Le recueil des données a été effectué de janvier 2022 à novembre 2023. Il s'agissait d'entretiens individuels semi-dirigés, ce qui laisse place à l'écoute d'un récit de vie sans peur du jugement. Certains ont été fait en présentiel au domicile du patient ou une fois dans un café, les autres ont été réalisés en visioconférence. Le choix a été laissé au patient.

Les entretiens ont été enregistrés sur deux supports numériques, le dictaphone et l'enregistrement vocal d'un smartphone, afin de garantir une sécurité des données.

Un guide d'entretien a permis d'avoir une base commune à chaque entretien. Il était composé de plusieurs questions ouvertes et fermées, disposées en plusieurs parties. La première partie portait sur les connaissances des patients sur les compétences des médecins généralistes, ce qui permettait d'ancrer le participant dans le thème de la thèse et d'approfondir progressivement le sujet. La deuxième partie était axée sur la pratique des gestes techniques, la faisabilité en cabinet libéral selon eux, ou la préférence des Urgences et du spécialiste. La dernière partie traitait des solutions pour augmenter la pratique de ces gestes techniques, et la communication aux patients. Le guide d'entretien a évolué au cours des entretiens suite aux réponses des participants, ce qui a permis d'enrichir les entretiens suivants (18).

Le 11^{ème} entretien a permis la saturation des données, c'est-à-dire qu'aucune nouvelle propriété n'apparaît pour compléter une catégorie existante ou en suggérer une nouvelle. Un 12^{ème} entretien a permis de confirmer cela.

Les entretiens ont été retranscrits intégralement en verbatim et anonymisés.

IV. Analyse des données

Afin d'avoir une comparaison constante des données, l'analyse a été faite en trois parties. La première est l'analyse ouverte, qui permet l'émergence de catégories caractérisées par leurs propriétés. Elle a été effectuée dans son ensemble grâce au logiciel de traitement de texte Word, et le logiciel tableur Excel. L'analyse axiale permet d'articuler les catégories et les propriétés entre elles autour des axes les plus porteurs de sens. J'ai effectué des allers-retours entre le recueil et l'analyse des données, afin d'enrichir les hypothèses à tester pour effectuer une démarche itérative. Pour finir, l'analyse intégrative permet de faire émerger un modèle explicatif intégrant différents axes.

Afin d'augmenter la validité interne de notre étude, l'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats de deux chercheurs indépendants. Les divergences étaient très peu nombreuses entre les deux chercheurs.

V. Aspects éthiques et réglementaires

Avant de démarrer un entretien, les participants ont consenti librement à leur participation en toute connaissance de cause. Ils ont signé un consentement éclairé lors des entretiens présentiels, et il y a eu un consentement oral lors des visioconférences.

L'anonymat et la confidentialité leur ont été garantis, avec une anonymisation des retranscriptions grâce à la suppression des noms propres, ainsi que des éléments très particuliers qui auraient permis une reconnaissance du participant.

Une déclaration simplifiée à la commission nationale d'information et des libertés (CNIL) a été effectuée le 23/07/2021 auprès du correspondant CNIL de l'université de Strasbourg.

RESULTATS

I. Population de l'étude

Au total, 12 entretiens ont été réalisés auprès de patients dans le Bas-Rhin. La durée moyenne des entretiens était de 27,6 minutes, avec une durée totale allant de 14,05 minutes à 56 minutes.

Un tiers des patients interrogés était de sexe masculin, et la moyenne d'âge était de 50,2 ans, le plus jeune ayant 24 ans, et le plus âgé avait 79 ans. La majorité était suivie en zone rurale, avec seulement 3 patients suivis en ville. L'ancienneté du suivi était également très variée, allant de 2 mois pour le plus récent, à l'enfance pour le plus ancien.

Sexe	67% de femmes	33% d'hommes
Age moyen	50,2 ans	
Lieu de suivi	75% en rural	25% en ville
Durée moyenne de suivi	8,6 ans	

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

II. Le médecin généraliste : comment le caractériser



Figure 1 : Les caractéristiques du médecin généraliste

1. La relation médecin-patient

a. Le lien humain

La relation entre le médecin et son patient est propre à chacun, avec une écoute empathique. La consultation permet un échange libre et en toute sécurité grâce au secret médical.

Patient 1 (P1) : Il sait parler aux gens, les calmer, leur donner confiance.

P2 : Je pense que déjà c'est important qu'il n'y ait aucun tabou, qu'il y ait une situation de confiance qui se soit mise en place, que l'on puisse tout dire à son médecin.

b. Mettre en confiance

Selon plusieurs patients interrogés, la confiance était le point primordial d'une bonne relation, qui permettait également un meilleur suivi, et donc une meilleure santé.

P7 : On se sent très bien à l'aise, quand on va chez lui.

P12 : Oui, oui je pense que c'est le plus important la confiance.

c. Être professionnel

En plus du lien de confiance et de l'écoute, les patients étaient attachés au professionnalisme du médecin. Un des participants m'expliquait que malgré le suivi long, il n'y avait pas de copinage avec son médecin.

P6 : On pourrait croire, que parce que ça fait des années que je vais là-bas ou qu'il me suit, qu'à un moment donné ou à un autre, le côté, comment dire, « copain-copine »

P11 : Avoir une réponse à ce que je ressens, à mes maux.

d. Fidélité avec son médecin

Certains patients étaient très attachés à leur médecin, avec parfois une méfiance envers les remplaçants. Plusieurs patients tutoient leur médecin, sans pour autant entacher le lien professionnel.

P5 : Comme moi j'ai tout le temps des remplaçants, donc quand je l'ai elle, je peux pas vraiment me confier à elle.

P1 : On se tutoie, mais ça n'amenuise pas la qualité de l'entretien.

P3 : On se connaissait déjà hors contexte médical, ça aide, on se tutoie.

P11 : Je ne suis pas du tout volage et c'est quand le Dr « X » a pris sa retraite, donc ça remonte à un bail, et entre temps il est décédé. C'était « Y », qui rentrait dans son cabinet donc voilà.

2. Les rôles du médecin généraliste

a. Médecine de 1^{er} recours

Le médecin généraliste est en première ligne de soins, il gère les urgences réelles et ressenties.

P4 : Comment dire, palier à l'urgence, plutôt que d'aller à l'hôpital.

P10 : Une voisine dans le lotissement qui a fait une chute en trottinette dans la rue, du coup sa femme qui est aussi sa secrétaire lui a téléphoné pour lui demander d'intervenir sur le cas. Et du coup, il est venu et il l'a automatiquement mis en position latérale de sécurité, et il est resté avec elle jusqu'à ce que les pompiers arrivent, en veillant à ce qu'elle reste bien sur le côté. Il a fait des tests pour savoir quel était le trauma qu'elle pouvait avoir.

Les patients recherchaient également des conseils pour prendre en main leur santé, ou trouver d'autres alternatives à la médecine allopathique.

P6 : Lorsque j'ai simplement besoin de conseils, il est là aussi.

P10 : C'était important pour moi d'avoir un médecin qui prescrit de l'homéopathie.

b. Médecin chef d'orchestre

Avec la mise en place du parcours de soins, le patient doit consulter son médecin généraliste afin d'avoir un avis, puis un courrier d'adressage vers le spécialiste. On peut donc dire qu'il est comme un chef d'orchestre qui dirige les soins, et centralise toutes les informations médicales du patient.

P2 : Savoir rediriger vers la bonne personne.

P3 : Pour moi, il est un peu le point de départ de la chaîne médicale par après.

P6 : Lorsqu'il n'est plus dans son domaine à lui, il sait m'orienter vers les bons spécialistes.

c. Être à l'écoute sans jugement

Les patients sont très attachés au temps qui leur est dédié pendant la consultation. Ils ont un endroit où ils peuvent se confier sans peur d'être jugé. Le lien avec le patient se crée et s'amplifie avec le temps, ce qui permet d'améliorer le suivi.

P4 : C'est l'empathie (...) il n'y a pas que le savoir-faire, il y a aussi le savoir-être du médecin.

P8 : j'ai senti tout de suite le jugement, alors ça je trouve, attention, au niveau d'un médecin il faut être formé à ça aussi.

d. Une prise en charge globale

Le métier de médecin généraliste est très varié, et il implique une prise en charge complète, mais basique pour certains. La consultation peut aller d'un interrogatoire

pour trouver un diagnostic, à des prescriptions d'ordonnances, gérer les maladies du quotidien, ou encore un accompagnement psychologique. C'est ce que cherchaient beaucoup de patients.

P2 : Il a déjà toutes les bases de toutes les maladies plus communes.

P8 : Il faut quand même une relation, pour moi, de confiance, où j'ai envie de me (ne termine pas sa phrase), voilà, si j'ai un souci, oui, envie de me confier.

P9 : Le généraliste, pour moi c'est quand on est malade.

P10 : Prescrire des médicaments, l'auscultation, détecter des pathologies, prescrire des séances de kinésithérapie.

Un des participants a fait une comparaison du métier de médecin généraliste avec l'instituteur, ils sont pour un le pilier de la santé et pour l'autre celui de l'éducation.

P11 : Je compare un peu à l'institut qui est un généraliste aussi.

Et pour certains, le médecin est déjà un remède.

P3 : Des fois rien que d'entendre sa voix au téléphone, on est déjà rassuré.

3. Les attentes des patients

a. La disponibilité

Une des premières demandes du patient est d'avoir du temps avec son médecin, et qu'il soit disponible, avec l'aide de remplaçants si besoin.

P7 : Même quand il est absent, il a toujours des remplaçants, c'est ça qui est bien. (...) il prend beaucoup de temps pour chaque patient, vous savez, vous n'êtes pas liquidé en un rien de temps. Il prend vraiment les choses en détails.

Ils veulent du temps pour discuter avec leur médecin, pouvoir exprimer leurs symptômes, être examinés, mais le délai d'attente des rendez-vous ne leur convient pas. Plusieurs participants ont exprimé que les rendez-vous ont permis de diminuer l'attente dans la salle d'attente, mais le délai pour voir le médecin s'est allongé. Pour certains, une alternance entre consultations libres et rendez-vous serait l'idéal.

P9 : J'aimerais bien aller, parce je dors pas bien, ou trop de petits trucs plutôt qui sont pas à l'instant T où il faut un médicament immédiat. Mais j'y vais pas forcément, parce que il faut attendre.

P10 : C'est contraignant de devoir prendre rendez-vous, on a quelque chose aujourd'hui et pas demain ou dans 3 jours quoi. Et du coup, maintenant je m'y suis fait, et c'est très pratique, le médecin a plus de temps pour vous.

P11 : C'est ce qui me plaît chez lui d'ailleurs, on n'a pas besoin de prendre de rendez-vous.

b. Un suivi personnalisé et continu

Pour certains, le suivi avec leur médecin date de l'enfance ou de plusieurs années, et cela compte beaucoup pour eux. Ils sont attachés à leur médecin. Le fait que le médecin les connaisse les rassure. Ils pensent également qu'un suivi continu permet d'avoir une meilleure santé.

P2 : C'est important de bien savoir conseiller, et savoir rassurer aussi.

P11 : C'est là que le généraliste il a une place quand il est connaît le milieu familial etc et tout. On peut comprendre pleins de choses.

P12 : A force il sait qui je suis mais c'est important qu'il me connaisse bien.

c. Obtenir des réponses aux questions

Les patients se posent beaucoup de questions sur leur santé, et sur l'étiologie de leurs symptômes. Un des participants expliquait qu'il est important pour lui de comprendre ce que le médecin fait pour être en confiance. Un autre me confiait que certains médecins n'adaptent pas leur discours selon leur interlocuteur, et qu'il ne comprenait pas tous les termes techniques.

P9 : Je veux bien qu'on m'ausculte, je veux bien qu'on me touche, mais qu'on explique avant. J'aime pas être surprise en fait.

P10 : Quand on est dans son domaine et qu'on parle avec les patients et avec les praticiens ou les collègues, les autres médecins, on ne se rend plus compte des termes techniques, ou les abréviations qu'on utilise.

Le médecin devrait, selon eux, être capable de poser un diagnostic, seul ou avec une aide technique ou humaine.

P5 : Une fois on m'a dit que c'était une otite externe, et puis une fois on me dit qu'il y a rien. En fin de compte, je ne sais pas encore actuellement ce que j'avais. (...) Savoir poser le bon diagnostic quoi.

P10 : On va le consulter pour avoir des réponses à ce qu'on est entrain de vivre.

P4 : Qu'il puisse m'orienter sur un spécialiste s'il ne se sent pas à même de répondre à mes problèmes.

Mais certains comprennent que le médecin ne peut pas répondre à toutes les questions, il doit juste l'expliquer avec les bons termes.

P10 : C'est très difficile pour lui, je pense, de répondre à un patient, mais quand il ne sait pas, il a une manière d'amener les choses.

d. Avoir une médecine rapide

Les participants sont moins patients et en demande d'exams complémentaires ou de consultation chez un spécialiste. Un des participants serait même prêt à aller voir son médecin à son domicile s'il en ressent le besoin.

P5 : Au lieu de dire vous revenez, ça sert à rien de revenir, alors autant donner l'ordonnance pour le spécialiste.

P11 : L'autre soir, quand j'étais aux Urgences, il y avait une dame qui était tombée, elle avait le nez un peu égratigné, elle est venue aux Urgences quoi.

P12 : S'il y a un truc grave, je sais que j'irais sonner chez lui quand même.

4. Un médecin différent selon l'époque et la localisation

a. Le médecin d'avant et d'aujourd'hui

Certains participants expriment une différence entre le médecin d'il y a quelques années et le médecin d'aujourd'hui. Ils ont l'impression qu'il y a une plus grande utilisation des exams complémentaires, au détriment de la clinique. Le médecin de

nos jours est moins disponible, ne souhaite plus s'installer, et encore moins en campagne.

P8 : Et il y a quelque chose pour moi qui est très important et qui a été complètement arrêté, c'est de prendre, je sais pas, la tension, d'écouter. (...) Parce que dès qu'il y a quelque chose il nous envoie partout. On a le moindre truc, on est envoyé chez le spécialiste.

P11 : Ça remonte aux années 80, quand on lui téléphonait, il venait le soir, même à 9-10h à domicile quoi. (...) Quand on voit qu'aucun généraliste ne veut plus s'installer à la campagne, moi je trouve ça dommage.

Plusieurs patients décrivent le médecin d'avant comme notable, avec un respect plus grand des patients.

P10 : Les médecins pour la génération de mes parents, les gens qui sont nés dans les années 50-60, les médecins c'est encore quelqu'un de très sacralisé, on va dire, presque divin quoi. C'est lui qui sait tout, surtout le généraliste, c'est lui qui sait tout, c'est lui qui va nous guérir, c'est LE médecin quoi, il est là, il est dans la famille.

P11 : Faut dire ce qui est, il s'était fait un empire, une fortune.

b. Le médecin urbain et rural

Comme pour l'époque, les participants ressentent une différence de prise en charge entre la ville et la campagne. Deux des participants pensent que le médecin en campagne doit faire face à plus d'urgences, car il est éloigné des hôpitaux et des spécialistes. Il doit donc avoir plus de cordes à son arc.

P3 : A la campagne, ils ont tendance à être un peu plus polyvalents, je pense.

P9 : Je pense que les généralistes qui habitent en campagne, sont obligés d'avoir cette capacité de faire ces gestes techniques. Parce que soit ils ont affaire à des patients plus vieux (...) soit ils sont conscients qu'il n'y a pas de spécialistes dans le coin.

Un autre se sent privilégié d'avoir accès à un médecin traitant, et a conscience des difficultés de l'accès aux soins.

P7 : Ce qui est bien aussi, on est tout près aussi. Parce que quand on voit les déserts médicaux dans certains villages, nous on a de la chance encore.

c. Un métier dévalorisé

Selon un patient, il y a une perte de valorisation du métier de médecin généraliste par la société et les hautes autorités, avec beaucoup de normes à respecter, et une augmentation de la part administrative.

P11 : C'est rabaisser un peu le rôle du généraliste, qui devient celui qui va faire une petite ordonnance. (...) C'est un peu la société qui a fait que maintenant tout doit être certifié par le médecin.

Il est rejoint par un autre participant, qui ne comprend pas la gestion de la santé.

P10 : C'est bizarre la manière dont les politiques amènent la santé, et qu'il y a cette obligation de rentabilité, mais dans la santé c'est bizarre.

d. Une médecine modernisée

La médecine a évolué depuis plusieurs années, et le praticien peut s'aider de logiciels de prise de rendez-vous en ligne. Cela permet d'adapter le temps de la consultation selon la demande, ou de préparer le matériel nécessaire à un geste par exemple.

P10 : Qu'il y a un champ, enfin sur Doctolib, il y a un champ où vous pouvez écrire. Comme ça le médecin sait ce qu'il y a, marquer enlever verrue ou enlever grain de beauté, puis à la limite il vient déjà avec le matériel qu'il faut pour faire ce qu'il faut, et il l'a cherché à la pharmacie auparavant.

Il est également possible d'avoir des avis de spécialistes en ligne, via certaines applications, ou alors par mail sécurisé avec un spécialiste de notre réseau. Un des participants a pu avoir un avis grâce à une photographie.

P3 : Par photo interposée par portable, j'ai pu envoyer la photo, et il m'a envoyé une ordonnance.

e. Une méconnaissance du métier de médecin généraliste

Plusieurs patients ont exprimé le fait qu'ils ne connaissaient pas réellement le métier de médecin généraliste. Par exemple, deux participants pensaient que les gardes de week-end n'étaient plus d'actualités.

P10 : Je crois qu'à une certaine période, il y avait encore un médecin de garde que vous pouviez aller voir les soirs et les week-ends. (...) Vous voyez, si j'avais su ça, je ne serais pas allé aux Urgences quoi.

P11 : Est-ce qu'il faudrait remettre en place le médecin de garde ? Le généraliste de garde qui vient à la maison pour la bronchite.

De plus, pour certains patients, les remplaçants sont synonymes de médecins qui ne veulent pas s'installer ou alors de médecins non expérimentés. Selon eux, cela diminue encore le nombre de médecins en activité.

P5 : Que j'aie un remplaçant, oui que j'aie un remplaçant, on me prend pas la tension, il faut toujours que je demande.

P11 : La jeune génération, je vous mets dans le sac, se contente d'être remplaçante, finalement c'est une situation confortable.

III. Qu'est ce qu'un geste technique ?

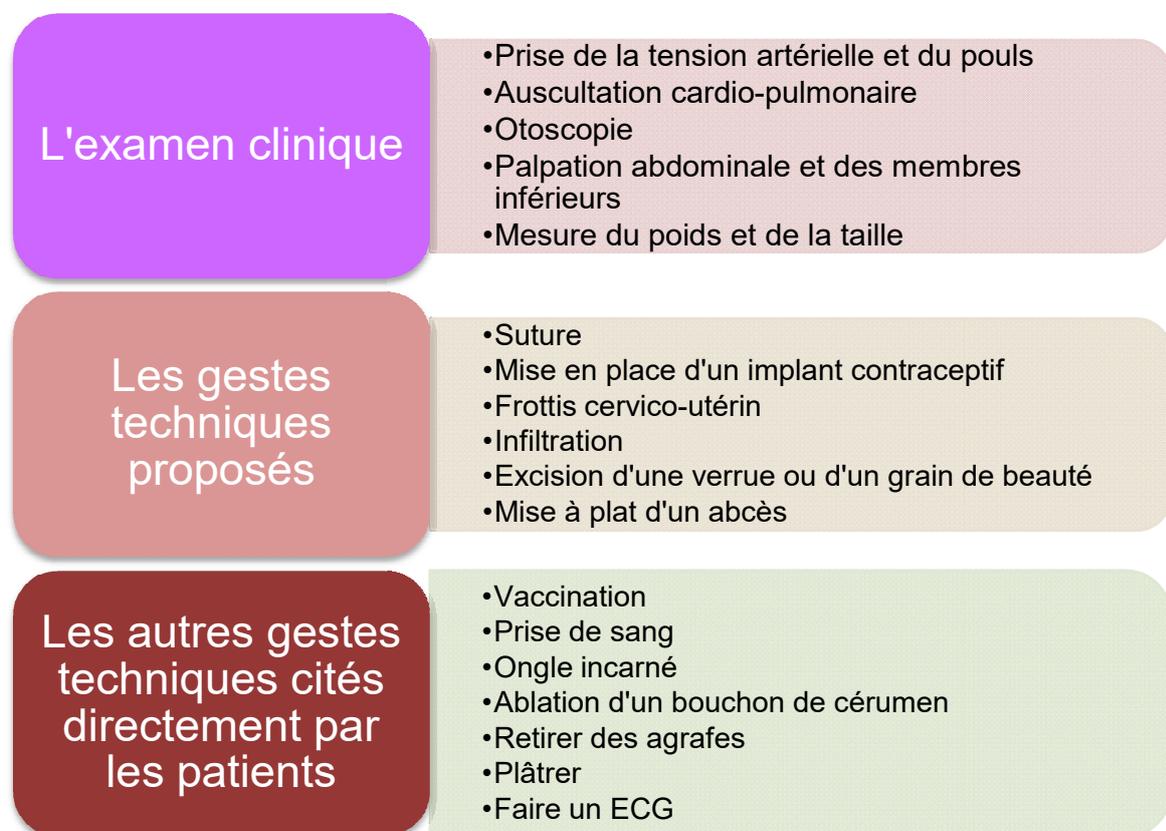


Figure 2 : Les gestes techniques

1. L'examen clinique au centre des réponses

a. L'auscultation en première réponse

Pour la plupart des participants, l'examen clinique fait partie des gestes techniques. Beaucoup ont parlé de l'auscultation, l'otoscopie, ou la prise de la tension. Il est important pour eux que ce soit bien fait. Sur les 12 participants, 8 ont cité l'examen clinique en geste technique.

P1 : Quand il prend la tension, ou écouter le cœur.

P5 : Bah en geste technique, regarder les oreilles, voir s'il y a rien.

P9 : Le geste technique, ça serait justement tout ce qui est pour ausculter, pour connaître l'origine, pour détecter la maladie. Donc ce serait regarder les oreilles, le stéthoscope, toucher le ventre si on a mal le ventre.

b. Un temps indispensable en consultation

L'examen clinique est tout aussi important que l'interrogatoire et l'écoute du patient. Ces deux moments de la consultation sont liés, et permettent d'émettre des hypothèses pour trouver un diagnostic.

P9 : Les gestes techniques ils vont avec la parole aussi. On peut pas faire des gestes techniques sans parler, et sans forcément expliquer.

Deux des participants expriment l'impression que ce temps-là est de moins en moins fréquent lors des consultations.

P8 : Et il y a quelque chose pour moi qui est très important et qui a été complètement arrêté, c'est de prendre, je sais pas, la tension, d'écouter.

P11 : On pose pas plus de questions, on regarde pas plus.

2. Une méconnaissance des gestes techniques

En leur posant la question « pour vous, qu'est-ce qu'un geste technique », une des premières réponses était « je ne sais pas ». En réfléchissant un peu, les participants ont pu trouver des réponses, tout en admettant qu'ils ne connaissaient pas réellement ce domaine de compétence.

P1 : Je ne pourrais pas vous dire ce qu'est un geste technique.

P2 : Je pense qu'il y en a pas mal de gestes, et que nous en tant que patients, on ne s'en rend pas vraiment compte.

P12 : Je me demandais si tout le monde était équipé ou faut quelque chose de plus professionnel pour le faire.

3. Les gestes possibles par le médecin généraliste selon les patients

Lors de l'entretien, je leur ai demandé si pour eux, il était possible de réaliser certains gestes techniques en cabinet libéral par le médecin généraliste. Voici leurs avis sur sept gestes.

a. La suture

Pour tous les participants, les sutures sont réalisables par le médecin généraliste, et la moitié les ont cités directement. Certains ont eu une expérience personnelle ou un de leur proche.

P9 : Je trouve pas ça surprenant qu'un médecin généraliste le fasse.

P11 : Je me suis fait suturer le menton chez le généraliste.

b. L'implant contraceptif

Pour la plupart des participants, ce geste est réalisable, mais un des participants pensait que c'était plutôt le rôle du gynécologue.

P9 : Oui je pense que c'est faisable, après c'est peut-être quand même mieux que ce soit fait par un gynéco.

c. Le frottis cervico-utérin

Les réponses pour ce geste ci sont plus mitigées. Un tiers des réponses était favorable à la réalisation du geste par le médecin généraliste. Un autre tiers pensait que c'était réservé aux gynécologues. Le dernier tiers exprime le fait que cela puisse être réalisable mais pas personnellement.

P7 : J'ai jamais fait de frottis avec le médecin généraliste, je suis en contact avec un gynécologue, que je consulte une fois par an. (...) Bon je pense qu'il serait capable de le faire aussi hein.

P12 : Moi c'est quelque chose qui me gênerait trop, enfin, je préfère aller chez mon gynéco.

d. L'infiltration

Comme pour le frottis, l'infiltration pose des questions aux participants. Cinq d'entre eux pensent que le geste est réalisable par le médecin généraliste. Deux autres

participants disent que c'est le travail du rhumatologue, et les derniers sont plus nuancés en disant que c'est possible mais avec une préférence pour le spécialiste. La pratique de ce geste va dépendre de l'expérience du médecin, de l'équipement nécessaire, ou de sa formation personnelle.

P8 : Alors je dis pas qu'un médecin généraliste qui a de la bouteille peut pas le faire quoi.

P11 : Je pense que oui, (...), c'est-à-dire qu'il y a des relations entre le généraliste et les spécialistes, qu'il se fasse conseiller.

P12 : J'imagine qu'il pourrait le faire, mais peut-être à l'hôpital. Je sais pas, la plupart des gens ils vont à l'hôpital, j'imagine que le cabinet n'est pas équipé.

e. L'excision d'une verrue ou d'un grain de beauté

Pour ces deux gestes, les réponses sont similaires. Le geste peut être possible par le médecin généraliste, mais il y a une inquiétude quant à l'analyse de la lésion. Le délai d'urgence et de gravité peut inciter un participant à aller consulter son médecin.

P4 : Si ça m'inquiète je vais quand même aller voir mon médecin généraliste, pour lui faire voir et je verrai ce qu'il me dit.

P7 : Je crois qu'il faut peut-être mieux d'abord aller voir un dermatologue, pour voir si c'est pas cancéreux, hein, parce qu'on sait pas trop.

f. Mise à plat d'un abcès cutané

Pour ce dernier geste, les participants étaient d'accord pour la pratique par le médecin généraliste. Un participant le savait car une personne de son entourage a eu besoin de ce geste, mais a été étonné.

P8 : Oui, ça oui, parce que ça n'engendre pas (...) de conséquences

P12 : Ah oui, ça oui. J'ai un patient qui avait ça, et euh oui ça m'avait étonné effectivement. Je pensais qu'il devait aller chez le dermato.

4. D'autres gestes cités par les participants

La moitié des patients ont cité directement un geste technique lorsque je leur demandais ce qu'est un geste technique pour eux. Il y avait notamment la suture, et l'excision d'une verrue ou d'un grain de beauté.

En plus des gestes que je leur ai proposés, ils ont également parlé de la vaccination, des prises de sang, de la prise en charge d'ongles incarnés, de la réalisation d'un ECG, ou encore de faire un plâtre pour un des participants.

P4 : (...) que le médecin généraliste, pour une petite plaie, pourra me faire quelque chose. Ou un ongle incarné.

P6 : Alors le geste technique c'est bien sûr le prise de tension, entre autres, une palpation si besoin, une prise de sang. Qu'est-ce que ? Une suture si besoin. Une injection, parce qu'une prise de sang et une injection ce n'est pas pareil.

P11 : Il réduisait des petites fractures, le gamin qui venait avec un bras fracturé, c'est lui qui le traitait, il faisait la radio et il plâtrait.

IV. La pratique des gestes techniques par différents praticiens



Figure 3 : Les praticiens des gestes techniques

1. Le médecin généraliste : un lien de confiance...

a. La relation médecin-patient : un atout

Pour un bon nombre de participants, le geste technique peut être réalisé par un médecin généraliste. Cependant, il y a une différence entre la possibilité de le faire en général, et sur eux.

Beaucoup de patients me disaient qu'ils seraient prêts à le faire, si c'est leur médecin qui pratiquait le geste. Pour eux, la confiance est primordiale pour la réalisation du geste. Et ce principe se retrouve également pour d'autres motifs de consultation.

P1 : D'ailleurs pour les vaccins, je préfère que ce soit le médecin qui le fasse plutôt que le pharmacien, je fais d'abord confiance à mon médecin qui m'a prescrit le médicament.

P3 : A partir du moment où on est en confiance avec son médecin, qu'on pense qu'il est capable de le faire, on y va.

P9 : Je parle toujours du Dr X, si c'était un autre docteur peut-être pas, lui pour ce genre de geste technique, je pourrais lui faire confiance.

b. Un meilleur suivi, qui est adapté à chacun

Un des participants me disait que la pratique des gestes pourrait faciliter l'accès aux soins, avec une détection plus précoce de tumeur par exemple. Un deuxième patient m'a parlé de la proximité qui va améliorer la prise en charge avec des trajets en moins. En effet, le médecin peut noter dans son dossier la date du dernier frottis par exemple. Le suivi serait personnalisé à chacun, avec une vision plus globale de la prise en charge.

P8 : Il y aura plus de détection, même « tiens ça fait longtemps que tu n'as pas été, tu pourrais aller chez le gynéco, mais on peut déjà regarder au niveau du sein si vous sentez quelque chose ».

P9 : Après, maintenant que j'habite à la campagne, c'est complètement différent. C'est vrai, en fait des spécialistes il y en a pas, il faut tout de suite aller dans les grandes villes pour les trouver, c'est vrai que dans un premier temps, je vais aller chez le généraliste.

P7 : Il a tout qui est enregistré sur son ordinateur, donc quand on a un oubli, on fait des recherches et il trouve tout facilement oui.

c. Se laisser guider par son médecin généraliste

Les patients m'ont également parlé de l'importance du réseau de leur médecin généraliste. Ils sont attachés à l'avis de leur médecin sur le spécialiste conseillé.

Un des participants m'a indiqué que le généraliste recevait les comptes-rendus des consultations chez le spécialiste, ce qui permet un suivi partagé.

P3 : Savoir rediriger, je trouve ça très important de savoir rediriger un patient quand il a ses limites dans ses compétences à lui.

P6 : Ce qu'il sait pas, comme je le disais au départ, il va m'orienter vers la bonne personne.

P7 : Ce qui est bien aussi, c'est que le gynécologue se met toujours en rapport avec le médecin, il lui envoie les résultats.

d. Désengorger le système de santé

Lors de plusieurs entretiens, les participants sont d'accord avec le fait que la pratique des gestes techniques pourrait aider à désengorger les Urgences ou les spécialistes. Les délais s'allongent et les patients l'ont bien remarqué. Certains seraient prêts à changer leurs habitudes pour consulter leur médecin généraliste en premier lieu.

P5 : Parce que bon pour aller chez un dermatologue, il faut attendre parfois 6 mois pour avoir un rendez-vous. Donc si le généraliste le fait, je le ferai faire par le généraliste, d'enlever le grain de beauté.

P6 : Ça pourrait aussi permettre de désengorger les Urgences pour ce qui est de l'ordre de la bobologie quoi.

2. ... mais pas toujours suffisant

a. Limite de la sphère intime

Pour certaines participantes, la sphère gynécologique est quelque chose de difficile à partager avec son médecin généraliste. Dans ce contexte, le frottis ou l'examen gynécologique sont des freins envers son médecin.

P3 : Ça me gênerait presque un petit peu que ce soit mon généraliste qui fasse ça.

P4 : Ça me ferait bizarre d'aller chez mon médecin généraliste pour un suivi gynécologique.

Une des participantes m'a expliqué que cela pourrait être différent si son médecin était une femme.

P12 : Si mon médecin traitant est une femme, je saurais pas dire si, euh c'est un homme, je saurais pas dire si c'était une femme est ce que ça me gênerait autant.

b. Les gestes de base pour le médecin généraliste

Les patients sont prêts à aller consulter leur médecin, mais cela dépend du type de geste. Certains participants pensent que le médecin généraliste peut effectuer

uniquement des gestes basiques. Cela peut même s'étendre à d'autres motifs de consultation.

P6 : Je pense que dans un premier temps, il effectue les soins de base.

P7 : Pour les petites brûlures, ou les accrocs, ou des petites plaies, j'irais plutôt chez le médecin.

P10 : Après le médecin généraliste, il touche à tout tout le temps, donc (rires), est ce qu'il est bon dans tout ?

Un des participants m'a confié qu'il n'était pas toujours rassuré sur certaines pratiques par les médecins.

P10 : (...) en se disant mais comment est-ce qu'il fait pour savoir où est ce qu'il injecte son truc, alors qu'il a même pas d'échographie pour voir dans quel tissu il injecte.

c. L'étendue de la pratique des médecins généralistes est non connue

Un des participants m'a expliqué que pour lui ce n'était pas lié à un manque de confiance envers son médecin généraliste, mais plutôt au manque de connaissance des champs du métier. Il n'est pas le seul à penser cela, le premier participant m'a dit qu'il n'a pas pensé à en parler avec son médecin lorsqu'il a eu besoin de ce type de geste.

P1 : Oh parce que je n'ai même pas posé la question au médecin de me faire ça. Je me suis jamais dit « faudrait que je regarde si Mr X fait ça ou pas ».

P9 : Je pense que c'est plus une question d'ignorance que d'envie ou de confiance.

d. Le médecin de 1^{er} recours vu en 2^e intention

Beaucoup de participants ont parlé du médecin généraliste comme médecin de premier recours. Mais pour certains, c'est seulement le deuxième choix pour la réalisation du geste technique.

P9 : Si un jour, je trouve pas de gynécologue, c'est vrai que je peux me rabattre sur un médecin.

P5 : Je demande tout de suite "faites-moi une ordonnance chez le spécialiste", c'est plus simple, au moins je vais à la source.

3. Une préférence pour le spécialiste

a. L'expérience et la formation rassurent

Pour les patients, plus le médecin pratique le geste, meilleur il est. L'expérience va rassurer, ce qui est compréhensible. Un participant pensait que si le médecin généraliste acquérait de l'expérience, il pourrait aller chez lui.

P8 : J'irais vraiment chez une personne qui fait de l'infiltration, de l'abattage, qui en fait beaucoup. (...) Alors je dis pas qu'un médecin généraliste qui a de la bouteille peut pas le faire quoi.

P10 : Le dermato il traite la peau tout le temps, il doit mieux s'y connaître. Ce qu'on pratique le mieux, on le maîtrise le mieux.

Les participants avaient tendance à choisir le spécialiste car il a un meilleur équipement, ou une expertise plus poussée. Ils vont également laisser les gestes plus compliqués ou à risque de complications pour le spécialiste.

P2 : Je me dis que ça dépend peut-être de la gravité de la situation.

P3 : Chez le dermatologue, ils vont avoir la loupe, la lumière spéciale.

P8 : Je pense que si une infiltration est mal faite, est ce qu'il peut y avoir des conséquences ? (...) ça (parle de l'ablation d'un grain de beauté), je ne sais pas pourquoi, j'ai des petites réticences, le faire est une chose, mais savoir pourquoi on le fait en est une autre.

P12 : Je trouve qu'il a des conseils plus pointus que le médecin traitant.

b. Une supériorité face aux médecins généralistes

Certains participants ont des doutes sur la capacité du médecin généraliste à pratiquer les gestes techniques. Quelques patients m'ont exprimé que pour eux le médecin généraliste faisait des motifs basiques, et dès que c'était plus pointu, ils préféraient voir un spécialiste.

Un des participants a l'impression que le généraliste ne traite que la partie émergée de l'iceberg.

P2 : Dès que ça parle de trucs très spécifiques, il y a des spécialistes (...) les médecins généralistes c'est les trucs de base.

P5 : Je suis allée chez l'endocrinologue la semaine dernière, et ben lui savait son métier.

P5 : Quand moi je vais chez un généraliste, je ne suis jamais satisfaite, c'est toujours du superficiel.

Le deuxième participant a exprimé une remarque qu'il pense plus générale, qui est la non-formation des médecins généralistes.

P2 : Il y a des gens qui pensent qu'ils (les MG) sont peu formés.

c. Reproduction du schéma des parents

Quelques participants m'ont répondu franchement qu'ils avaient cette habitude car leurs parents faisaient la même chose. En leur posant la question, certains se sont rendu compte que c'était un automatisme.

P4 : Ma mère allait chez un dermatologue, donc j'allais chez un dermatologue, vous voyez ?

Un des participants a également exprimé le fait que pour sa famille chaque organe est pour un spécialiste.

P9 : Moi mes parents, t'as mal là, tu vas là, t'as mal à l'œil tu vas chez l'ophtalmo, t'as des problèmes de peau tu vas chez le dermato, tu as mal aux dents, tu vas chez le dentiste.

d. En demande d'être vu rapidement par le spécialiste ...

Une des compétences principales du médecin généraliste demandée par les patients est d'adresser rapidement à un spécialiste et de savoir passer la main.

P10 : Il faut avoir des notions partout, mais pas s'avancer de trop non plus dans les domaines qu'on ne maîtrise pas.

Pour un des participants, le spécialiste est celui qui sait, qui va pouvoir répondre aux questions, et il n'est pas d'accord d'attendre.

P5 : Faites-moi tout de suite une feuille pour aller voir l'ORL, ça m'évite de revenir chez vous.

Par contre, un autre se rend compte qu'il consulte peut-être trop rapidement un spécialiste, et qu'il faudrait se laisser guider par son médecin pour la suite de la prise en charge.

P6 : Et des fois, nous en tant que personne malade, on est en train de courir chez un spécialiste, et il n'y a pas toujours lieu.

e. ... alors que d'autres aimeraient y aller moins régulièrement

A l'inverse, trois patients ont l'impression qu'ils sont envoyés trop rapidement chez le spécialiste depuis quelques années.

P8 : Parce que dès qu'il y a quelque chose ils nous envoient partout. On a le moindre truc, on est envoyé chez le spécialiste.

Un des participants a beaucoup comparé la médecine d'avant avec le médecin d'aujourd'hui, en m'expliquant qu'avant le médecin généraliste pouvait gérer plus de motifs, dont des gestes techniques. Maintenant la médecine est surspécialisée selon lui, et donc le médecin généraliste va plutôt déléguer.

P11 : Moi je trouve que le généraliste il traitait plus avant que d'envoyer chez le spécialiste. (...) On spécialise trop les choses.

Un autre patient a l'impression que la jeune génération de médecins se sent moins capable de faire ce type de suivi, et donc d'envoyer rapidement chez un confrère.

P3 : (...) ou un jeune médecin (...) va se dire "oh non au secours, ce n'est pas à moi de le faire, je passe le relais".

4. Les Urgences, parfois un passage obligé ...

a. Pour les urgences vitales

Neuf participants sur douze ont cité "l'urgence vitale" comme motifs pour consulter aux Urgences. En discutant un peu plus longtemps avec certains, on peut retrouver la notion de douleurs importantes nécessitant d'être soulagées rapidement, ou de pathologies graves.

P4 : Si vraiment je souffre, ou si je suis tombée et que je suis vraiment ouverte quelque part et que ça saigne énormément.

P5 : Si j'avais vraiment vraiment mal, vraiment une douleur insupportable, j'irais aux Urgences

P8 : Je sais même pas pourquoi j'irais aux Urgences. Alors à la limite, un dimanche, j'ai (réfléchi), je sais pas, je fais un AVC, ou un truc comme ça.

b. Pour les enfants

Lorsqu'un tiers est impliqué, les patients ont tendance à aller consulter aux Urgences plus rapidement. Et c'est encore plus vrai quand cela touche des enfants. Ils sont plus inquiets, et souhaitent avoir un avis médical rapidement. L'enfant n'est pas en capacité d'exprimer le degré d'urgence, il peut donc être difficile de juger.

P4 : J'amènerai plus facilement aux Urgences un enfant que moi.

P10 : A 21h il (son fils) s'est réveillé en pleurant, et il m'a dit « papa j'ai mal à l'oreille, je veux aller à l'hôpital ». Alors, je lui ai dit ok, samedi soir ou dimanche soir à 18h, pas d'autres choix que d'aller aux Urgences si on veut qu'un médecin l'examine vite.

L'inquiétude peut également être plus importante pour un proche, on ne souhaite pas qu'il y ait des complications chez une personne que l'on aime.

P11 : Mon épouse était complètement affolée, j'avais déjà fait des hématuries, mais pas à ce niveau-là quoi.

c. Après un appel au 15

Deux participants ont pour habitude, ou essaient au maximum de contacter le 15 avant de se déplacer aux Urgences. Cela permet d'avoir un avis médical pour savoir si la situation mérite un passage à l'hôpital. Un adressage à un médecin de garde ou une permanence de soins est également possible.

P3 : Je vais peut-être pas me déplacer tout de suite, je vais d'abord appeler le 15 et après je verrais ce qu'ils me disent quoi.

P11 : L'autre soir, moi je serais même pas allé aux Urgences quand j'avais mon hématurie, il n'y avait pas d'autres solutions. On a fait le 15.

5. ... ou une facilité

La santé est devenue un service de prestation.

a. Disponibilité rapide et 24h/24

Pour certains patients les Urgences sont une facilité, car elles sont ouvertes à n'importe quelle heure. Ils ont envie d'avoir un avis rapide dès qu'ils ressentent un symptôme. Et cela est encore plus accentué quand c'est pour les enfants.

P3 : Moi j'entends beaucoup dans mon travail, les patients foncent aux Urgences car "mon enfant à 37,5°".

P10 : J'y étais samedi soir parce que j'avais du mal à avaler, j'ai une angine rouge.

Pour un des participants, son médecin travaillait en consultations libres et la salle d'attente était vite remplie. L'attente pouvait être longue, donc pour lui les Urgences sont la solution.

P6 : Pour éviter l'attente, ça c'est sûr aussi, parce qu'il y en a quand même pas mal chez lui.

b. Une notion de gratuité

Selon le premier participant, les personnes vont consulter aux Urgences car ils n'ont pas besoin de payer la prise en charge, c'est du confort pour l'utilisateur.

P1 : J'ai bien l'impression que les gens vont aux Urgences parce qu'ils n'ont pas besoin d'avancer quoi que ce soit, les honoraires notamment de consultation.

Il est rejoint par un autre participant, qui pense que la gratuité du passage dans le service des Urgences engendre une consommation des soins.

P8 : Moi ça fait longtemps que j'aurais mis, que j'aurais fait payer les urgences quoi.

Cette gratuité est mise en contradiction avec le système de soins aux États-Unis, où les citoyens doivent payer la prise en charge pré-hospitalière également. Cela choque le dixième participant, qui ne comprend pas ce fonctionnement.

P10 : C'est un peu ça le paradoxe, derrière vous avez des médecins qui ont le serment d'Hippocrate, qui sont là pour aider le vivant, aider à la vie, et de l'autre côté il faut payer avant d'avoir des soins.

c. Si le médecin généraliste n'est pas disponible

En parallèle des urgences vitales citées à neuf reprises, six participants ont déclaré aller aux Urgences le soir ou le week-end lorsque le cabinet est fermé. Ils y vont également quand le médecin généraliste n'est pas là en journée.

P6 : Je vais directement aux Urgences lorsque je sais que le cabinet est fermé.

P9 : Sinon moi, je suis déjà allé aux Urgences, pour moi, mais c'était parce que c'était au milieu de la nuit.

P12 : Si c'est le week-end, si il est pas là, j'irais plutôt aux Urgences.

Un seul participant a parlé de SOS médecins pour avoir une consultation en urgence.

P9 : Du coup avec SOS médecins maintenant, je vais plus aux Urgences, sauf si vraiment c'est très grave.

V. Les freins des médecins généralistes à la pratique des gestes techniques et leurs solutions selon les patients

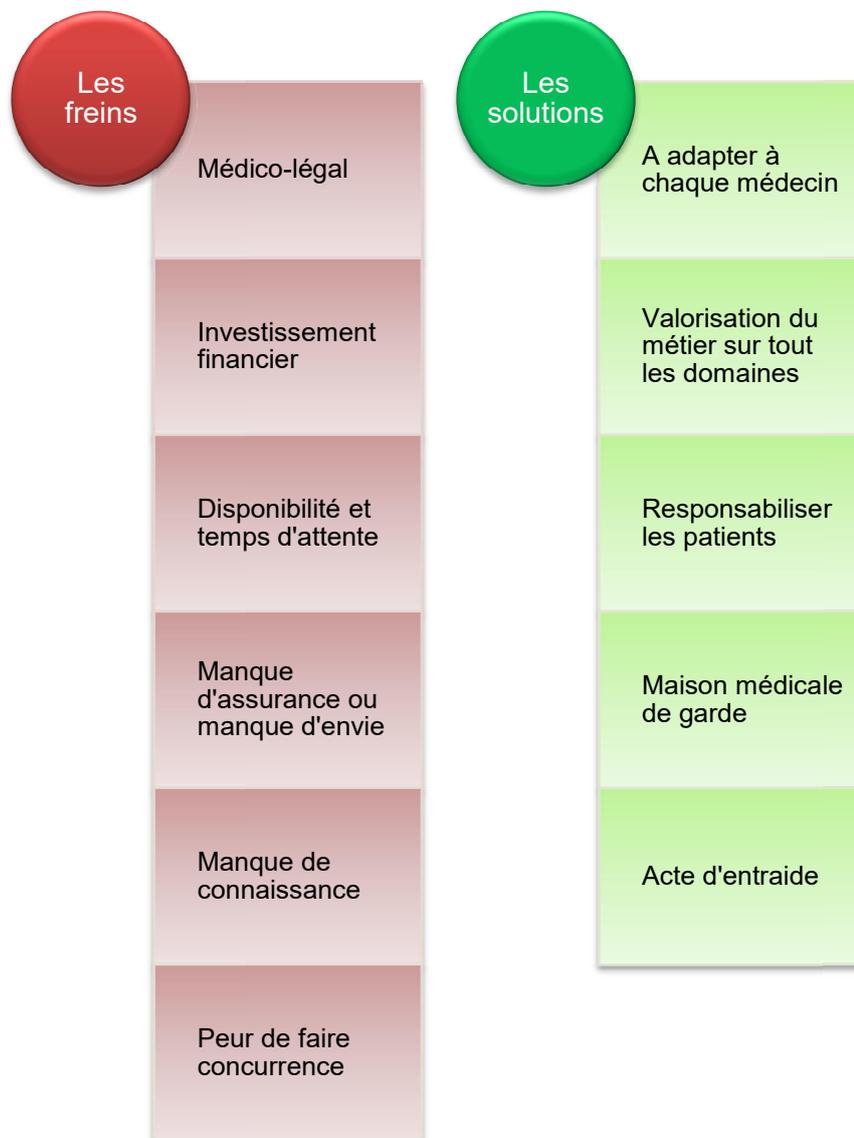


Figure 4 : Les freins des médecins généralistes et les solutions du point de vue des patients

1. Les freins à la réalisation des gestes techniques du point de vue des patients

Les participants ont trouvé sept raisons qui pourraient empêcher la réalisation des gestes techniques dans un cabinet en libéral par un médecin généraliste. Elles sont détaillées ci-dessous.

a. Le manque de médecins généralistes

Le frein le plus cité lors des différents entretiens est la diminution du nombre de médecins généralistes en France. Exprimé à cinq reprises, le manque de disponibilité du médecin ne lui permet pas de pratiquer ce type de gestes, qui peuvent être chronophages. Pour les médecins qui consultent en consultations libres, il y a le risque que la salle d'attente se remplisse, avec une journée de travail qui se termine bien plus tard. Pour ceux qui travaillent sur rendez-vous, le retard risque de s'accumuler et une tension peut se créer avec les patients.

P7 : Oui quand vous avez la salle d'attente pleine, et qu'il faut encore faire des gestes comme ça, hein.

P9 : Les médecins ont pas forcément le temps de prendre en charge un patient comme ça.

P10 : Et puis derrière il y a du monde qui veut être vu, et les journées ne font que 24h quoi.

b. Le risque médico-légal

Les patients ont noté qu'il y a beaucoup plus de dépôts de plaintes pour erreur médicale. Un des participants pense que les personnes ne prennent plus leurs responsabilités et se déchargent sur les autres, notamment le médecin.

P11 : Je pense que le pire des freins c'est ça, cette société de sur-protection et puis d'irresponsabilité des gens. Il y a un médecin généraliste qui est en justice, parce qu'une dame de 82 ans n'a pas été (ne termine pas sa phrase), le médecin

généraliste n'aurait pas fait son boulot quoi. Donc ça je pense que c'est des freins, donc plus personne n'ose prendre de risque parce qu'on est plus couvert quoi.

P8 : On est rentré aussi dans une époque, j'allais dire pas procès, mais s'il arrive quelque chose, attention danger, je préfèrerais, ohlala je touche pas, parce que s'il arrive quelque chose, ça va me retomber dessus.

Un des participants pense que le risque est plus grand pour les libéraux par rapport aux médecins salariés de l'hôpital. Pour lui, l'hôpital peut dissuader de porter plainte.

P9 : C'est assez simple de se retourner contre son médecin généraliste, qui est seul dans son cabinet, plutôt que par exemple aux Urgences. L'Urgence c'est un peu une institution.

c. Un investissement coûteux

Le coût du matériel et du local peut être très important selon les patients. De plus, un des participants a insisté sur les normes d'hygiène qui obligent à avoir l'équipement nécessaire. Les médecins ne sont pas assez rémunérés pour l'acte par rapport à l'investissement en argent et en temps selon certains participants.

P1 : C'est une question d'honoraires, de suppléments d'honoraires à demander, je ne sais pas.

P4 : Ils n'ont pas le matériel adéquat, ça occasionne peut-être des frais.

P10 : L'équipement qu'il faut avoir, et même les normes, les normes d'hygiène ou sanitaires quoi.

Pour un des participants, ce n'est pas une question d'argent, car pour lui le médecin n'en manque pas.

P12 : La plupart des médecins ont les moyens de se payer une secrétaire, peut-être même encore Doctolib à côté, euh, je pense qu'il faudrait qu'il y ait plus, et puis une femme de ménage aussi, et plus leur cabinet, donc pour moi financièrement c'est pas vraiment le souci, c'est même peut-être pas du tout.

d. Ne pas vouloir gérer les urgences

Pour trois participants, les médecins n'auraient peut-être plus envie de gérer ces actes qui, pour certains, doivent être faits dans l'urgence. Le manque de pratique des gestes techniques par les médecins généralistes peut être vu comme une recherche de tranquillité. Ou alors comme une forme de protection pour ne pas être surchargé par les demandes.

P8 : On est loin des médecins qui travaillaient de 8h à 22h hein.

P12 : Je pense que c'est ça aussi, pour être un peu tranquille on peut dire.

P6 : Effectivement, on lui en demanderait trop.

e. Un manque d'assurance ou de formations

Certains participants pensent également que cette pratique doit convenir au médecin, qu'il doit se sentir à l'aise pour faire ces gestes. Cela dépend donc de sa formation initiale et continue au long de sa carrière. Certaines pratiques sont propres à chacun selon son ressenti ou son attrait pour un domaine précis.

P3 : S'il n'est pas à l'aise, si c'est quelque chose qu'il ne pratique pas souvent.

P6 : Il sait faire déjà tellement de choses, donc si effectivement la suture n'est pas dans la liste de ce qu'il pourrait être amené à faire, franchement... Je comprendrais. (...) Pour en avoir déjà parlé avec mon médecin, tout ce qui est de l'ordre de la gynécologie, ça il ne le fait pas.

Un des participants ne comprend pas cette réticence des médecins. Pour lui, c'est juste un manque de motivation.

P5 : S'ils sont réticents, c'est qu'ils sont pas sûrs d'eux, du côté technique justement. Moi je pense que c'est ça. (...) Je ne vois pas pourquoi ils seraient réticents.

f. Un manque de connaissance des patients

Comme cité plus haut comme une limite à aller consulter son médecin généraliste pour la pratique d'un geste technique, deux autres participants l'ont exprimé lors de l'entretien.

Le manque de connaissance des patients, et donc le manque de demande de leur part, pourrait entraîner une diminution de la pratique par les médecins. Donc pour les participants, c'est un manque de communication.

P3 : C'est une méconnaissance !! Je pense que les gens ne pensent pas que le médecin soit capable de le faire.

P10 : Si on sait pas que vous faites ça, on va pas vous le demander quoi.

g. La crainte de faire de la concurrence aux spécialistes

Cet argument n'a été cité qu'une seule fois, mais il est intéressant. Pour ce participant, le médecin généraliste pourrait refuser de pratiquer un domaine de peur de prendre le travail d'un spécialiste. Il fait un lien avec l'industrie, qui exerce le respect du principe de libre concurrence au sein d'une économie de libre marché, ce qui ne serait pas le cas en médecine selon lui.

P8 : Je touche pas, c'est du domaine du gynéco et pas aller empiéter sur ses plates-bandes.

2. Les solutions proposées par les patients

De nombreuses réticences ont été trouvées par les patients que j'ai interrogés. Ils ont également imaginé plusieurs solutions pour favoriser les gestes par les médecins généralistes dans leur cabinet.

a. Demander l'avis aux médecins

Comme la relation médecin-patient, les pratiques de chaque médecin généraliste sont personnelles, selon leurs envies, leurs formations, et les possibilités qui s'offrent à eux. Certains médecins vont avoir une sensibilité à la pédiatrie, d'autres à la gynécologie, ou encore à la petite chirurgie. Le métier offre un vaste champ de possibilités pour que chacun puisse s'épanouir dans son domaine.

P3 : Si on ne se sent pas à l'aise avec ces gestes techniques, il ne faut pas le faire quoi, Ce n'est pas donné à tous les médecins.

P8 : Concerter les médecins, est ce qu'aujourd'hui vous seriez prêt à faire, je sais pas il y a des listes de choses qu'on peut faire, qu'on peut pas faire. (...) Je sais pas,

faites un référendum au niveau des médecins pour des formations, etc. Leur proposer, leur demander ce qu'ils attendent.

b. Majorer les aides financières

Certains participants ont exprimé le fait que le métier de médecin généraliste est dévalorisé par la société depuis quelques années. Ils pensent qu'il faudrait, premièrement, une revalorisation financière.

En effet, quatre patients interrogés ont parlé de revaloriser la cotation des actes de petite chirurgie par exemple. Il faudrait également un financement des formations pour les médecins qui sont volontaires.

P6 : Et puis la reconnaissance de l'acte hein, clairement.

P8 : Pour la formation, avoir une formation payée, encore être indemnisé.

P11 : C'est vachement matérialiste mais je pense qu'ils soient rémunérés d'une manière correcte, pas 25€.

Pour un autre, une aide humaine comme un assistant ou une infirmière pourrait également être financé par la Sécurité Sociale.

P12 : Des aides médecins, ou plus de médecins, ou plus (réfléchis) ou plus d'internes.

c. Valoriser le métier de médecin généraliste par les autorités

En plus de mieux rémunérer les médecins, les participants ont également l'impression d'un manque de soutien par les autorités françaises.

Afin de donner plus de moyens aux médecins, un participant a proposé d'augmenter le numéris clausus pour qu'il y ai plus de temps disponible.

P12 : Qu'il y ait plus de médecins.

Deux participants ont parlé d'une campagne de revalorisation des médecins, en les mettant en avant, et en rassurant les citoyens sur leurs capacités.

P6 : Les rassurer en leur disant que la suture qui serait faite en cabinet serait la même qu'à l'hôpital.

P9 : Comme une campagne d'information pour revaloriser le métier de médecin généraliste, et en fait, de montrer tout ce qu'ils peuvent faire, tout ce de quoi il est capable. Je pense que c'est aussi un peu l'inconnu.

d. Les maisons médicales de gardes et permanence de soins

Un participant a exprimé qu'il serait peut-être plus simple pour le médecin de pratiquer des gestes s'il peut les faire dans un lieu dédié avec tout le matériel nécessaire. Cela engendrerait moins de frais pour lui.

P2 : Je ne sais pas comment ça marche, mais leur faire faire des permanences aux Urgences pour justement ces gens qui vont aux Urgences avec ce genre de chose et qu'ils puissent être reçus par un médecin généraliste.

Une solution plus égoïste pour les patients a été proposé par un des participants, c'est de rendre obligatoires les gardes, et donc la pratique des gestes techniques si un patient en avait besoin.

P11 : je pense que le généraliste pourrait avoir sa place dans ce système quoi. Avec des tours de gardes pour qu'on soit sûr d'avoir un généraliste.

e. Responsabiliser les patients

Lors de certains entretiens, certains trouvaient qu'il y a une surconsommation de soins depuis quelques années, ce qui entraîne un allongement des délais chez les médecins. Les patients ont besoin d'avoir des réponses à leurs questions très rapidement, avec si besoin un recours au service des Urgences, sans réelle urgence. Pour un des participants, une responsabilisation des patients serait nécessaire, pour le bien de tous, notamment pour rassurer les médecins par rapport au risque médico-légal.

P11 : Parce qu'on a déresponsabilisé les gens, et puis tout le monde est tout de suite responsable. Celui qui devrait être responsable ne l'est pas, et celui qui prend des risques, s'il lui arrive quoi que ce soit, on lui tombe dessus.

f. Entraide entre confrères

La dernière solution proposée par un participant pourrait venir de chacun, c'est l'entraide entre confrère. Que chaque médecin puisse réaliser quelques tâches en plus pour soulager un confrère ou un service hospitalier, en sachant qu'il pourra être aidé également s'il en a besoin dans le futur.

P10 : ça serait pour le bien commun, d'avoir une sorte de motivation collective. Attention, je sais j'en demande beaucoup en France, mais de vouloir désengorger d'autres services, et du coup de prendre des tâches qui ne sont pas forcément propres ou qu'on n'a pas l'habitude de faire, mais pour soulager d'autres services où il y a moins de moyen par exemple.

3. La communication est la solution primordiale

Tout au long des entretiens, les participants étaient surpris de certaines compétences que pouvaient avoir le médecin généraliste. Plusieurs ont évoqué l'importance de la communication afin que les rôles du médecin soient connus, même avant ma question sur les possibilités d'informer les patients.

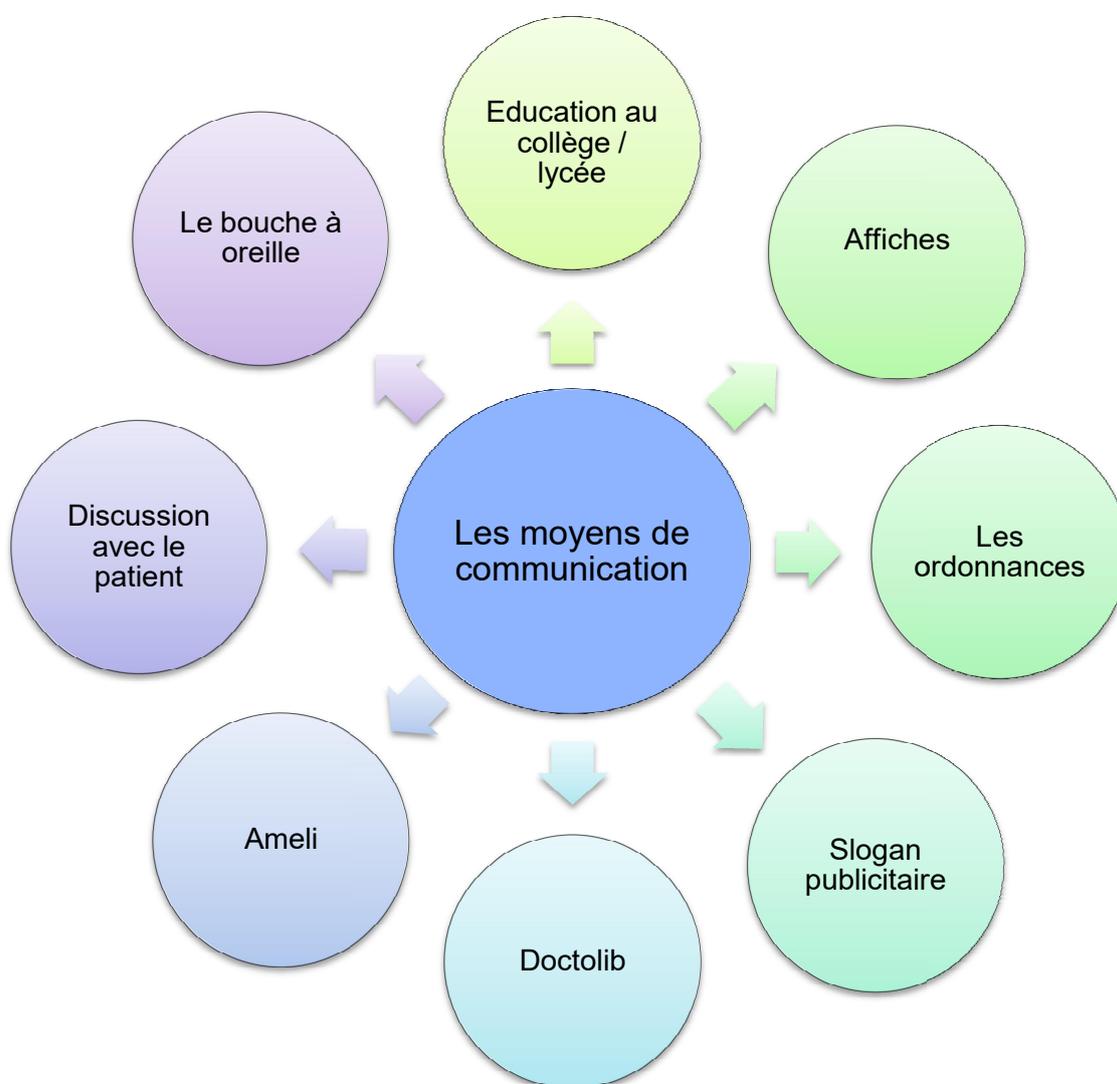


Figure 5 : Les moyens de communication

a. La communication orale

Elle peut se faire à différents moments, que ce soit lors d'une consultation de contrôle si on remarque qu'un geste peut être fait, ou si le patient demande une prise en charge. Les participants ont insisté sur l'importance de la relation médecin-patients pour la réalisation de certains gestes techniques. Donc une information personnelle à chaque praticien est une première idée. Ces données pourraient également être entendues lors de l'attente téléphonique ou sur le répondeur du médecin.

P5 : Que le médecin généraliste dise au patient, qu'il est spécialiste en ça, au cas où vous aurez un problème.

P9 : Leur dire s'ils voient un patient avec une verrue, proposer de lui enlever la verrue.

P10 : Le répondeur téléphonique aussi, dire « Si vous appelez pour ça, enfin, sachez que le cabinet pratique les interventions, telle, telle, telle, telle, telle ».

Les patients peuvent également communiquer entre eux, et les informations peuvent circuler avec le bouche à oreille, qui est encore plus simple dans les petits villages.

P1 : Le bouche à oreille.

P10 : Il suffit qu'une ou deux personnes le sachent, discutent avec l'entourage, qui va discuter autour, c'est un peu du bouche-à-oreille.

Un des participants pense qu'il est important d'éduquer la jeune génération pour que les habitudes changent. Il a donc pensé à faire des cours ou des ateliers au collège ou au lycée, pour inciter les jeunes à voir leur médecin en premier lieu.

P2 : Je pense que ça passe déjà par l'éducation simplement, comme au collège ou au lycée, en SVT je pense que c'est le meilleur endroit. Leur expliquer ce qu'est un médecin généraliste, ce qu'il peut faire, comme ce qu'on a fait là, faire un petit quiz.

b. La communication écrite

La solution la plus citée lors des entretiens, à neuf reprises, est une affiche avec la liste des gestes et compétences du médecin dans sa salle d'attente. Plusieurs participants ont plaisanté en disant qu'ils avaient le temps de lire pendant l'attente, et qu'on pourrait l'utiliser à bon escient. Pour la dernière personne interrogée, cela serait même suffisant en termes de communication.

P4 : Dans les salles d'attente, on voit les prix des consultations, donc pourquoi pas marquer aussi tous les actes qui peuvent être dispensés par le médecin généraliste.

P7 : Le médecin devrait faire une petite liste, quelque chose en salle d'attente, les gens attendent, ils ont le temps de regarder autour d'eux.

P10 : C'est bête à dire, mais on a le temps dans la salle d'attente, lire un truc intéressant.

P12 : Ses affiches dans la salle d'attente, je pense que c'est suffisant, parce que c'est ses patients à lui qui ont besoin de le savoir.

Ils ont également exprimé la possibilité de faire des affiches ou des slogans publicitaires qui seraient visible à plus grande échelle, soit dans les hôpitaux, soit à la télévision ou à la radio par exemple. Certains ont fait un lien avec le slogan « les antibiotiques ne sont pas automatiques ».

P3 : Comme on disait pour les antibiotiques, c'est pas automatique, bah le 15 c'est pas automatique, le 15 c'est un service vital.

P11 : Des spots publicitaires pour qu'on voit comment fonctionnent les Urgences.

Une autre solution écrite serait d'utiliser l'en-tête des ordonnances pour noter les actes pratiqués, ou sur les cartes de visite pour les rendez-vous. Le patient aurait un mémo chez lui, et en cas de besoin, il pourrait contacter son médecin.

P5 : Faudrait qu'ils le marquent à l'ordonnance. De côté, ce qu'ils font.

P10 : Moi ça me choquerait pas que j'ai Dr X avec son numéro de téléphone, et je sais pas, 8-10 spécialités qu'il a et qu'il pratique tout le temps.

c. La communication par internet

La dernière partie concerne l'information via des sites internet ou des mails.

Certains patients ont dit qu'il serait bon qu'il y ait une communication nationale, soit par des spots publicitaires, comme cité plus haut, ou via la Sécurité Sociale. Un des participants avait reçu un mail via Ameli concernant la vaccination peu de temps avant l'entretien, il a donc fait un rapprochement pour notre situation.

P1 : C'est aussi à la Sécu, à la CPAM d'informer. Ameli est là pour ça.

Deux participants ont également pensé à utiliser le logiciel de prise de rendez-vous, tel que Doctolib, pour afficher ses compétences. Il est même possible de prévoir des créneaux adaptés au temps nécessaire pour le type de consultation.

P4 : Ça peut être aussi marqué, par exemple quand je prends rendez-vous sur Doctolib, pourquoi ne pas mettre aussi à la connaissance, des lignes sur les actes qui sont pratiqués par le généraliste.

P10 : Doctolib pour ça, je trouve ça sympa, il peut catégoriser ses rendez-vous en fonction de pourquoi les gens viennent le voir. Et du coup je trouve ça vachement bien, parce que lui il sait pourquoi on vient le voir, mais nous aussi on voit pourquoi, on peut voir ce qu'il fait en fait.

Le dixième participant avait beaucoup de solutions à proposer, il en a cité une petite dizaine. Il a encore proposé que le médecin généraliste fasse un site internet, ou créer une newsletter mensuelle à envoyer au patient, par exemple par mail.

P10 : Il y a certains médecins qui ont des sites internet, que je trouve bien faits, avec la liste des actes qu'ils pratiquent. (...) Pourquoi pas faire un mail mensuel sur la base de toute la patientèle, en leur disant « Ce mois-ci parlons d'une euh, pas capacité, d'une... ».

L'idée d'écrire un mail aux patients a été réfutée comme moyen de communication par un autre participant.

P8 : On va pas envoyer un mail aux patients.

DISCUSSION

I. Confrontation aux données de la littérature

1. Les freins du point de vue des patients et des médecins

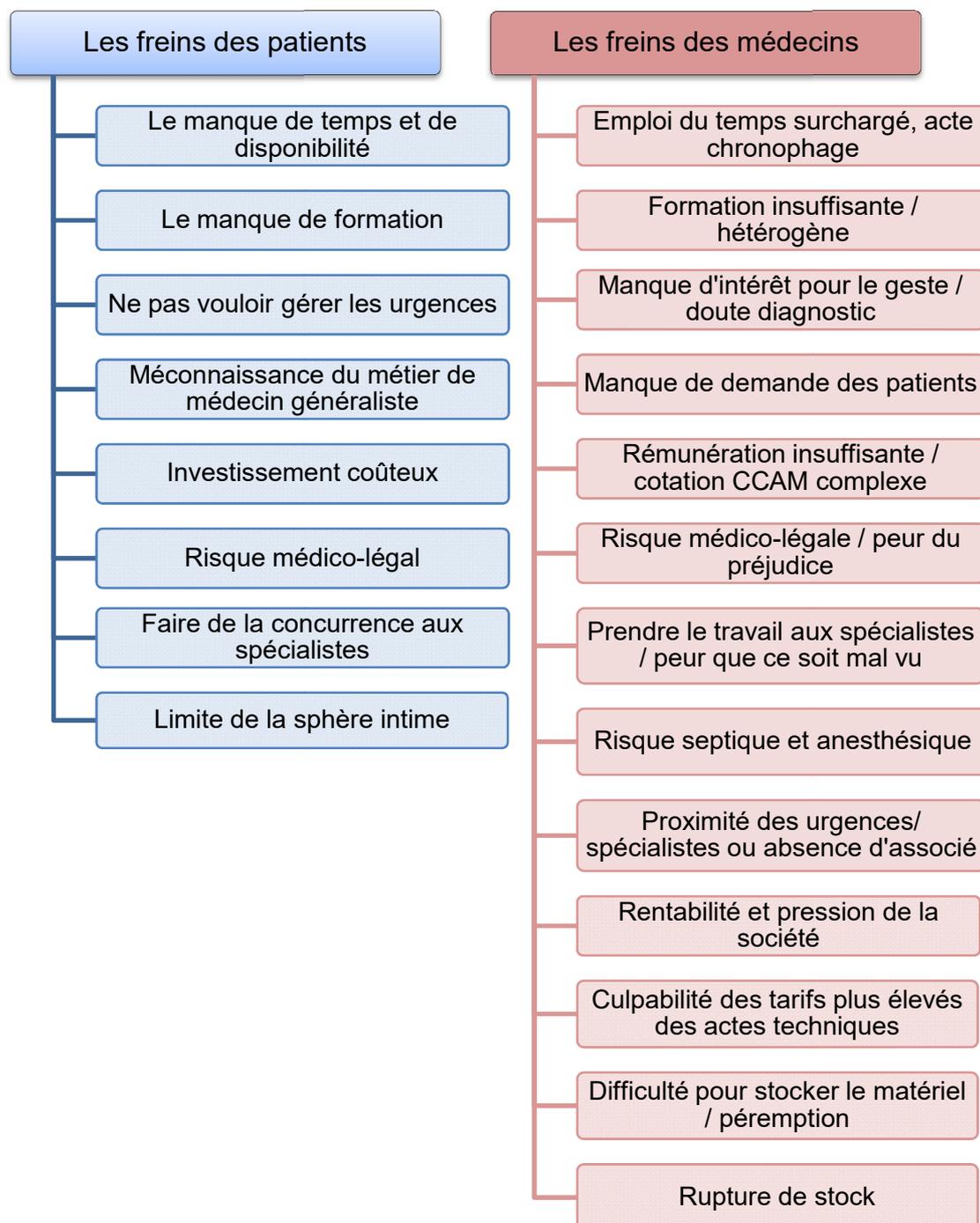


Figure 6 : Les freins selon les patients et selon les médecins

a. Liés au médecin lui-même

Il est intéressant de confronter les obstacles à la réalisation des gestes techniques par les médecins généralistes perçus par le patient et ceux cités par des médecins généralistes dans d'autres travaux de thèses.

Dans notre travail, le frein le plus cité est le manque de disponibilité du médecin généraliste, qui peut être corrélé à la baisse de la démographie médicale perçue par le patient. L'acte technique peut être chronophage, et le médecin peut ne pas le pratiquer car il a un emploi du temps surchargé. Pour certains participants, le médecin d'avant était plus disponible, en faisait plus pour ses patients, sans tenir compte de la hausse de la demande de soins, et du manque de médecins. Pour d'autres, les consultations sur rendez-vous ne permettent pas de gérer les urgences, comme la pratique des sutures.

Ces points ont également été relevés dans d'autres travaux, que ce soit du point de vue des patients (19,20), ou des médecins eux-mêmes (21–23). La gestion de l'emploi du temps des médecins est un atout primordial.

Il y a une réelle ambivalence entre la pratique des consultations sur rendez-vous ou libres. Les deux approches ont des avantages et des inconvénients, et les participants aimeraient pour certains que les deux soient réalisées. Selon eux, les consultations sur rendez-vous permettent d'éviter l'attente, et de gérer le suivi par exemple. Les consultations libres permettent, elles, de pouvoir solliciter le médecin en urgence pour une pathologie aiguë.

Avant la pandémie de la Covid 19, la consultation sur rendez-vous représentait environ 70-80% des consultations en médecine générale. Ces dernières ont augmenté par la suite pour contrôler le flux de patients dans la salle d'attente.

Selon la thèse de Benbih Samia, les consultations libres permettraient de réduire le nombre de passage aux Urgences. 70% des patients ayant consulté aux Urgences auraient une préférence pour aller voir leur médecin traitant s'il y avait des créneaux de consultations libres. Les principales raisons sont le lien de confiance, la prise en charge globale car le médecin les connaît, et la rapidité de la prise en charge (24).

Le travail de Bahut Karine et Abadie Sébastien porte sur les choix des médecins généralistes concernant le mode pratique des consultations. Pour eux, les rendez-vous permettent d'organiser plus facilement leur journée, et d'adapter le temps de la consultation par rapport au motif. Mais les rendez-vous non honorés augmentent et les délais pour obtenir un rendez-vous sont allongés. Avec les consultations libres, la gestion de l'afflux des patients est difficile, mais elles permettent de rendre service aux patients. L'éducation thérapeutique et la prévention ne sont pas la priorité lorsque la salle d'attente est pleine (25).

Le mode de fonctionnement est propre à chaque médecin, c'est un sujet plutôt complexe. L'idéal serait que les médecins généralistes puissent proposer des consultations sur rendez-vous et libres en alternance, ce qui est déjà le cas chez certains praticiens.

Certains participants ont pris en compte le fait que tous les médecins ne sont pas formés à la pratique des gestes, que cela dépend de leur formation initiale et continue. Le manque de formation pourrait même inciter les patients à aller consulter de préférence un spécialiste, comme l'a indiqué un des participants : « *P10 : Le dermato il traite la peau tout le temps, il doit mieux s'y connaître. Ce qu'on pratique le mieux, on le maîtrise le mieux* ».

Le manque de formation continue est un des freins régulièrement retrouvé dans les travaux de thèse concernant les médecins (15,26), avec la peur d'une mauvaise interprétation ou d'une prise en charge incorrecte. Certains praticiens peuvent ressentir un manque de légitimité. Dans cette thèse (22), l'obstacle principal est la discontinuité dans la formation théorique sur mannequin et la pratique sur le patient. Il faudrait associer une simulation sur mannequin et une pratique à l'hôpital avec des patients. La formation postuniversitaire, les méthodes de formation et la capacité à maintenir les compétences en matière de gestes techniques semblent être des déterminants affectant la confiance des médecins généralistes et la quantité des gestes qu'ils effectuent.

Les médecins sont dans l'obligation de se former tout au long de leur carrière, mais cela n'est pas connu par tous les patients. Durant les entretiens, les participants n'étaient pas sûrs de la formation des médecins, et pour certains ils ne pensaient pas que cela était possible ou obligatoire : « P2 : *Il y a des gens qui pensent qu'ils (les médecins généralistes) sont peu formés* ».

Selon l'article 11 du code de déontologie médicale, le médecin doit donner des soins conformes aux données acquises par la science.

Le Développement Professionnel Continu (DPC) est mis en place par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire le 21 juillet 2009, puis actualisé le 26 janvier 2016. C'est un processus essentiel qui vise à maintenir et à améliorer les compétences, les connaissances et les pratiques médicales tout au long de la carrière des professionnels de santé, dont les médecins. Cela comprend la participation à des formations, des conférences, des séminaires et d'autres activités d'apprentissage

pour rester à jour avec les avancées médicales et les pratiques cliniques. Il y a également la revue de la littérature médicale, et les groupes de pairs.

Le DPC est réglementé par des organismes professionnels, comme l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC) et des autorités de santé, comme l'Agence Régionale de Santé, pour garantir que les médecins maintiennent des normes élevées de soins et de compétences tout au long de leur pratique (27).

Le financement du DPC est en grande partie réalisé par les deux agences ci-dessus, ainsi que par les organismes de formations agréés. En tant que médecins libéraux, ils peuvent bénéficier d'une indemnisation financière pour leur participation à des programmes de formations, en plus de la prise en charge des frais d'inscription.

Il peut y avoir des sanctions en cas de non-respect du DPC, comme des amendes, des restrictions de privilèges hospitaliers ou une répercussion sur l'assurance responsabilité professionnelle (28).

Dans sa thèse (15), Solenne Mosser se demande si cette formation sur quelques jours est suffisante pour maintenir ses compétences techniques.

En complément de la formation continue obligatoire, les médecins peuvent avoir des diplômes universitaires (DU) en plus de leur spécialité. Ils peuvent être réalisés durant l'internat et tout au long de leur carrière. Chaque université a une liste de DU ouverts à toutes ou certaines spécialités.

Les DU peuvent apporter plusieurs avantages aux médecins. Le premier est la spécialisation d'un domaine pour renforcer leurs compétences et leur expertise, ce qui permet de mettre à jour ses connaissances, et d'avoir une reconnaissance

professionnelle. Il peut donc y avoir une opportunité de carrière, comme la recherche clinique ou l'enseignement universitaire. Les programmes universitaires offrent souvent l'occasion aux médecins de rencontrer d'autres professionnels de la santé, ce qui peut favoriser les échanges d'expériences et de bonnes pratiques, ainsi que la création de réseaux professionnels.

A Strasbourg, il existe de nombreux diplômes universitaires, dont une douzaine accessibles aux médecins généralistes (29). Cependant, il n'y en a pas pour la formation des gestes techniques. Il n'y en a pas non plus dans la liste des diplômes interuniversitaires.

Un autre problème lié à la formation des médecins est qu'elle est hétérogène entre les étudiants. La pratique des gestes techniques peut surtout être réalisée chez le médecin généraliste durant l'internat, mais tous les maîtres de stage ne sont pas formés à cette pratique. Les gestes en gynécologie pourraient être plus développés si on pouvait faire des stages avec des sages-femmes ou chez un gynécologue libéral (30).

De plus, la maquette de stage ne nous permettait pas d'aller en stage en rhumatologie ou en dermatologie par exemple. Elle a été modifiée suite à l'arrêté du 3 août 2023, qui introduit une quatrième année d'internat avec un stage couplé en gynécologie-pédiatrie et un stage libre, durant la deuxième et troisième année respectivement (31). Le stage libre pourrait se faire dans un service de rhumatologie pour apprendre à infiltrer, ou en gynécologie pour approfondir ces connaissances et leur pratique dans les soins de la femme.

Selon une étude qui a recueilli la perception des internes de médecine générale concernant les compétences à acquérir durant l'internat, plus un geste technique est

effectué, et plus on se sent à l'aise. Les infiltrations et les poses de dispositifs intra-utérins sont les compétences techniques les moins acquises, mais elles sont améliorées avec le temps d'exposition à la pratique des gestes chez le praticien notamment (32).

Un dernier frein lié au médecin lui-même est le manque d'envie de pratiquer des gestes techniques, de ne pas y voir un intérêt pour sa pratique. Cet aspect est souligné dans la thèse de Gerber Benjamin (21) sous différents freins secondaires, comme l'environnement inadapté, le manque de temps et de rémunération, ou encore le doute diagnostic. Ce dernier point est également retrouvé lorsqu'on interroge les médecins lors des entretiens (15), surtout pour la pratique des infiltrations.

Lors de mes entretiens, quelques patients ont souligné l'idée que les médecins n'ont plus envie de gérer les actes dans l'urgence, soit pour se protéger et ne pas avoir un emploi du temps ingérable, soit parce qu'ils ne veulent plus être dérangés entre les rendez-vous. Une des premières attentes des patients envers leur médecin est la disponibilité.

b. Liés aux patients

Un des principaux freins cités par les médecins dans d'autres thèses (26,33,34) est le manque de demande des patients pour la réalisation des gestes techniques, et donc la perte de l'acquisition par manque de pratique. La réalisation des gestes semble directement influencée par la demande des patients. Certains internes de médecine générale ne sont pas au courant que cette pratique entre dans les

compétences du médecin généraliste (22), donc cela est encore moins connu par les patients.

C'est ce qui ressort également dans mon travail. Les participants ont précisé que c'était une méconnaissance de cette pratique qui les empêchait de demander au médecin, et non un manque de confiance ou d'envie. Sur les douze patients interrogés, seulement la moitié sait que leur médecin fait des gestes techniques, le plus souvent grâce à une expérience personnelle ou celle d'un proche. Nous retrouvons cet aspect dans les deux thèses réalisées auprès des patients (19,20).

Ils ne connaissent pas non plus les champs de compétences du médecin généraliste, ni les possibilités de consulter un médecin sans passer par les urgences lorsque leur médecin n'est pas disponible ou que le cabinet est fermé.

En France, les médecins de garde assurent les soins médicaux en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux traditionnels, généralement les soirs, les week-ends et les jours fériés.

Les permanences de soins sont contrôlées par l'Agence Régionale de Santé (ARS), mais ce sont les médecins généralistes qui élaborent un tableau de garde par secteur géographique. Les patients vont le plus souvent appeler directement la permanence de soins, ou alors contacter le 15, qui va transférer les appels au médecin de garde. Il existe également un numéro d'appel national, le 116-117, ou encore des numéros spécifiques locaux (35).

La rémunération de la garde est en deux parties. Il y a un forfait minimum de 150€ brut pour 12h de garde, associé à la rémunération de chaque acte réalisé, qui sont majorés en garde (36). Mais quelles sont les conditions ? Lors des gardes de nuit en semaine, le médecin généraliste n'a pas de repos de sécurité, et doit gérer ses

consultations le lendemain. S'il est de garde le week-end, il doit rester à proximité de son cabinet pour pouvoir gérer les urgences dans un temps défini. Les secteurs sont de plus en plus étendus, et la rémunération peut être faible si la fréquentation est basse. Dans leur thèse, les médecins expriment d'autres freins, comme la crainte de l'insécurité d'un exercice seul de nuit ou de week-end, ou la prise en charge de patients hors patientèle habituelle (37).

Le taux de participation à la permanence des soins ambulatoires est en baisse d'environ 3% depuis plusieurs années selon l'Ordre des médecins. En 2022, 72 départements ont déclaré avoir connu des carences de couverture sur certains secteurs de permanence des soins au cours de l'année, et parmi eux, 50 conseils départementaux ont dû intervenir auprès des médecins pour obtenir la complétude des tableaux de garde. Il existe des exemptions de permanence de soins selon l'article R.6315-4 du Code de la Santé publique, selon l'âge, l'état de santé et les conditions d'exercices de certains médecins (38,39).

En plus des médecins de garde, il y a SOS médecins, qui a également pour objectif d'assurer la permanence des soins. Ils sont répartis sur l'ensemble du territoire en 63 associations, qui assurent 80% de la couverture libérale de permanence de soins en milieu urbain et périurbain. En plus des centres de consultations dans beaucoup de grandes villes, ils assurent les consultations à domicile (40). L'activité constante et étendue de SOS Médecins atténue significativement l'engorgement des services d'urgence hospitaliers et évite au Samu C 15 d'être submergé d'appels ne justifiant pas la mise en œuvre de moyens lourds et coûteux. De plus, le coût pour la collectivité d'une association SOS est beaucoup plus faible que les autres dispositifs (maisons médicales et urgences hospitalières) (41).

Il est important de noter que selon le rapport de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) de juin 2023, la diminution du nombre de médecins généralistes n'est pas liée au taux de recours aux Urgences. Il est important de prendre cette information avec précaution, car elle a été établie selon des indicateurs comme l'activité du praticien et le temps d'accès au praticien (42).

L'éducation du patient est primordiale pour préserver au maximum notre système de soins. Plusieurs participants de mon étude ont expliqué qu'ils consultaient très facilement un spécialiste car ils reproduisent le schéma de leurs parents. L'éducation doit se faire le plus tôt possible. Lors d'un entretien, l'un des participants a exprimé l'importance d'en parler dès le collège ou le lycée, pour que les jeunes générations soient au clair avec le système de soins, et enlever les automatismes acquis par leurs aînés.

Pour éduquer les patients, il est crucial de mettre en place des programmes de sensibilisation et des initiatives éducatives accessibles à tous. Cela peut se faire à travers des consultations médicales dédiées à l'éducation, des brochures informatives, des campagnes de prévention, des ateliers de gestion de la santé ou encore des plateformes en ligne et des applications mobiles. L'éducation des patients revêt plusieurs avantages. Tout d'abord, elle favorise l'autonomie et la responsabilisation des individus dans la gestion de leur propre santé. En comprenant mieux leur état de santé et le système de soins, les patients sont plus enclins à adopter les bons comportements et suivre les recommandations médicales. De plus, elle favorise une meilleure collaboration entre les professionnels de santé et les patients. Il semble indispensable aujourd'hui de réaliser une vraie campagne de sensibilisation sur les différents parcours de soins qui s'offrent aux patients pour des pathologies pouvant s'avérer urgentes mais ne mettant pas le pronostic vital en jeu. Il

est important de les informer ou de leur rappeler qu'ils ont la possibilité d'avoir recours à un médecin dans des délais adaptés sans avoir besoin de recourir systématiquement aux Urgences.

c. Liés à la société

L'un des freins retrouvé par les patients est le coût important du matériel et de tout l'équipement nécessaire. Un des participants a pensé aux normes d'hygiène qui sont associées aux gestes, et qui doivent être respectées. Pour la pratique des sutures, il faut soit un kit jetable, soit des instruments durables et le stérilisateur médical. Il faut également des gants stériles, et de quoi désinfecter la peau. Cela engendre un investissement coûteux. Ce frein est également cité par les patients dans d'autres thèses (19,20), mais surtout par les médecins eux-mêmes. Il y a plusieurs freins regroupés lorsqu'on parle de l'investissement financier pour la pratique des gestes techniques, comme la rémunération insuffisante de l'acte, le coût du matériel et les cotations complexes dans la grille CCAM.

Il existe plus d'une centaine de cotations dans la table CCAM, qui peuvent se cumuler, mais le deuxième acte est tarifé à 50% de sa valeur. Cette difficulté de cotation peut freiner la pratique des gestes par les médecins généralistes. Ils peuvent s'aider en prenant le temps de rentrer les cotations les plus fréquentes dans leur logiciel.

Pour une suture d'une plaie de moins de 3cm, le tarif est de 25,52€ ; pour une infiltration dans une articulation du membre inférieur, il est de 30,82€ ; pour la pose d'un dispositif intra-utérin, le tarif est de 38,40€, et l'ablation n'est pas rémunérée (43). Les tarifs sont à peine plus élevés que la consultation clinique à 26,50€, alors

que les gestes techniques sont chronophages et plus coûteux. De plus, les connaissances nécessaires pour la réalisation de ces gestes ne sont pas valorisées à leur juste valeur.

L'aspect financier et ses freins reviennent régulièrement, avec des pourcentages de réponses différentes selon les thèses (21,22,34,44). L'acte n'est pas assez rémunéré au vu du temps pris pour la réalisation du geste, des risques encourus, et des moyens intellectuels mis en place.

Cet aspect est discordant. Pour un de mes participants, l'aspect financier n'est pas un problème, car le médecin a les moyens pour avoir une secrétaire par exemple, donc il devrait également les avoir pour pratiquer des gestes techniques. Pour certains médecins, le coût du matériel peut être rentabilisé par la bonne cotation de l'acte, ou par l'achat en frais professionnel (26).

La peur d'un procès est un frein important pour les médecins. Les patients en sont conscients, et expriment cet obstacle lors des entretiens. Pour l'un des participants, notre société est surprotectrice et engendre un manque de responsabilité des patients, qui vont se décharger sur les médecins. Le risque médico-légal et la peur du préjudice pour le patient sont des freins majeurs dans certains travaux, avec des obstacles associés, comme la nécessité d'une assurance spécifique pour certains gestes comme l'infiltration ou la difficulté à assumer un échec ou une complication (15,33).

Un rapport de la MACSF note une plus grande sévérité des juridictions civiles, avec 71% des décisions qui condamnent un professionnel de santé. Il y a une hausse de 16% de condamnations au civil et pénal en 2019. Les spécialités médicales qui subissent le plus grand nombre de poursuites sont la chirurgie notamment en

orthopédie et neurochirurgie, la médecine générale et l'anesthésie-réanimation plus loin derrière. L'année 2021 est marquée par une baisse de la sévérité des tribunaux, une première depuis 2017. En effet, les condamnations au civil sont en baisse, mais les indemnisations allouées aux victimes sont en hausse de 67%. Les demandes d'avis et de procédures sont en franche augmentation à la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI) (45).

Les erreurs médicales sont un sujet sensible et complexe, et peuvent aboutir à une plainte. Ces plaintes peuvent être liées à des fautes directement imputables au médecin, comme une erreur de diagnostic ou une mauvaise gestion de traitement. Il est également possible que les fautes soient liées au service de santé dans son ensemble, par exemple des erreurs administratives ou des problèmes d'organisation.

Depuis la loi du 4 mars 2002, les professionnels exerçant en libéral sont dans l'obligation de souscrire à une assurance responsabilité civile professionnelle (RCP). Elle est également fortement recommandée aux médecins salariés en cas de fautes détachables du service (46). Les victimes peuvent être mal informées et peuvent engager des poursuites contre le médecin, alors qu'elles devraient chercher réparation auprès des établissements. La RCP peut dans ce cas être utile pour avoir les conseils d'un avocat spécialisé. Elle est également importante en cas de procédure pénale.

L'une des préventions de la plainte est l'information donnée au patient, il est donc important de bien communiquer ensemble. Le consentement libre et éclairé du patient doit toujours être recherché, que ce soit pour un examen, un geste ou un traitement, ce qui permet de réduire le risque de plaintes.

Depuis la création du statut de médecin traitant, la responsabilité du généraliste s'est vue franchement s'alourdir, car il est au cœur de la coordination. Les motifs de plainte les plus fréquents sont en rapport avec le diagnostic, avec soit un retard de prise en charge ou une erreur de diagnostic. La réalisation des gestes techniques par les médecins généralistes est aussi une source de plainte en raison des complications survenues. Dans ce cas, les compétences et formations du médecin sont analysées (47).

Le dernier frein retrouvé par les participants de mon étude est la peur de faire concurrence aux spécialistes.

La France, comme de nombreux pays, est confrontée à une situation où la demande de soins de santé dépasse souvent l'offre disponible. Dans ce contexte, la concurrence entre médecins est un élément crucial à considérer. Elle peut être perçue comme un moyen de garantir la qualité des soins, d'encourager l'innovation médicale et de répondre efficacement aux besoins des patients.

Le principe de concurrence a beaucoup évolué au cours des années. A la fin du 18^{ème} siècle, tout le monde peut se déclarer médecin, il n'y a plus d'obligation d'un diplôme. Avec l'apparition de nombreuses épidémies, les français s'inquiètent, et le statut officiel est à nouveau mis en place. La concurrence est rude entre les docteurs, les officiers de santé et les guérisseurs, avec une médecine à deux vitesses durant le 19^{ème} siècle (48).

Par la suite, plusieurs réglementations et politiques de santé publique ont encadré la concurrence entre médecins, pour maintenir un équilibre entre l'offre et la demande de soins de santé. Le numérus clausus, ou la répartition géographique en incitant les praticiens à exercer dans des zones sous-dotées font partie des quelques mesures

de gestion de la concurrence. Certains médecins généralistes peuvent se spécialiser dans des domaines spécifiques de la médecine, ce qui peut également créer de la concurrence entre les professionnels de santé dans ces domaines particuliers (49,50). La concurrence reste un sujet de préoccupation actuel, car elle pourrait créer une baisse de la qualité des soins, en privilégiant la quantité, ou la pratique de tarifs de consultations exorbitants.

On retrouve cette crainte de faire concurrence lorsque certains médecins sont interrogés (26), mais avec le temps ils remarquent qu'ils sollicitent le spécialiste uniquement lorsque cela est nécessaire ou pour l'hyper-spécialité. Cela pourrait donc permettre de réduire les délais chez les spécialistes.

Le parcours de soin va également dans ce sens. Il a été mis en place par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie (51). Il permet au médecin généraliste d'être le coordinateur de la prise en charge dans sa globalité.

Le parcours de soins s'applique pour les consultations en libéral et à l'hôpital.

Certains spécialistes sont en dehors du système, comme les gynécologues, les psychiatres ou les ophtalmologues. Les autres exceptions sont les consultations pour les enfants de moins de seize ans, les bénéficiaires de l'AME (Aide Médicale de l'Etat) ou encore les consultations entrant dans le protocole de soins pour les affections de longue durée.

Un des objectifs est la rationalisation des soins. Le remboursement est à son maximum quand on passe par ce système. Sinon il peut y avoir une diminution des remboursements, par exemple de 40% si le montant de la consultation est inférieur ou égal à 26.50€, ou de 10€ s'il est supérieur à 26.50€. Il y a toutefois des exceptions, comme l'urgence ou l'éloignement géographique qui peut éviter les

pénalités financières (52). Le patient est hors parcours de soins quand il n'a pas déclaré de médecin traitant, s'il consulte un autre médecin sans prescription, ou s'il est adressé à un médecin par une sage-femme.

Les avantages du parcours de soins pour le patient sont un meilleur remboursement, et une prise en charge globale pilotée par le médecin traitant, et pour le médecin correspondant, il peut appliquer une cotation plus intéressante au niveau tarifaire.

Un autre objectif est de permettre aux Français de recevoir les bons soins par les bons professionnels au bon moment. Le système de soins s'adapte au patient, qui est le centre de la prise en charge. Le ministère promeut les maisons ou centres de santé afin de coordonner les différentes spécialités (53).

Cependant, certains patients trouvent que le parcours de soins est plus contraignant pour aller voir un spécialiste. Ils ne comprennent pas pourquoi ils doivent avoir un courrier du médecin traitant, et ont l'impression qu'il y a une perte de temps.

Les mêmes obstacles ont été retrouvés dans les autres travaux qui ont interrogé les patients (19,20,54), ce qui montre que le métier de médecin généraliste n'est pas connu dans son ensemble, et que la communication sur nos compétences n'est pas optimale. Ils semblent juger capables les médecins généralistes de réaliser ces actes, ou tout du moins, ils ont suffisamment confiance en eux pour leur confier la réalisation.

D'autres freins ont été exprimés par les médecins, que ce soit lors des études qualitatives (21,22,26), ou quantitatives (15,33,44), avec quelques différences selon qu'ils pratiquent ou non les gestes. Il y a notamment la proximité des urgences ou le fait de travailler seul qui peut limiter la pratique des gestes techniques, ainsi que l'obligation de productivité et de rentabilité en libéral. De plus, ils ressentent une

certaine pression des patients avec une société de plus en plus consommatrice de soins. Des freins liés aux gestes n'ont pas été cités par les patients, comme le risque anesthésique ou septique, le stockage du matériel, ou encore l'accessibilité des produits suite aux ruptures de stock par exemple.

2. Les solutions proposées par les patients et celles demandées par les médecins

Afin de trouver de nouvelles solutions, j'ai demandé aux patients quels seraient, selon eux, les leviers qui inciteraient à pratiquer des gestes techniques. Dans les deux autres travaux qualitatifs sur les patients (19,20), peu de solutions ont été évoquées, hormis une communication plus importante, ou l'aide d'une tierce personne par exemple.

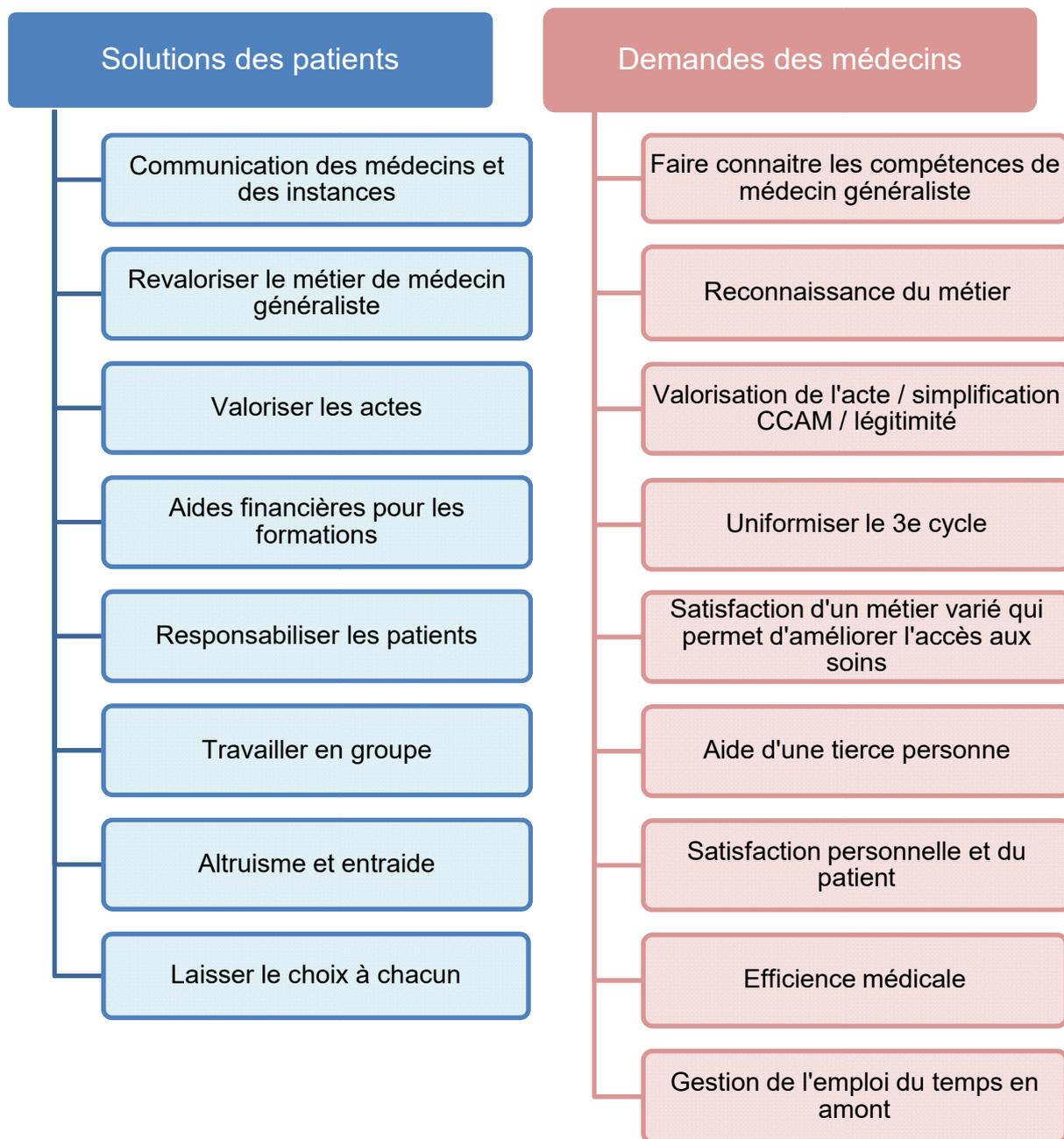


Figure 7 : Les solutions du point de vue des patients et des médecins

a. Les solutions collectives

Pour les patients, le plus important est la communication, et ils ont trouvé de multiples façons de faire connaître notre métier, que ce soit au cabinet, ou par des slogans publicitaires. Ils pensent également que les instances gouvernementales ont le devoir d'informer les patients sur cette pratique. Certains sont même allés plus loin

que dans les autres études (19,20), en privilégiant internet, et la possibilité de créer un site web ou faire des newsletters adressées à leur patientèle.

Médecins comme patients sont d'accord sur l'importance de la revalorisation du métier. Un des participants a mis en avant que le geste peut être exécuté de la même façon, que ce soit au cabinet de son médecin ou chez un spécialiste. Certains médecins expriment un manque de confiance envers les généralistes de la part de la communauté médicale (26). Le geste technique permet également d'apporter un savoir que les patients ne peuvent pas trouver sur internet.

Pour plusieurs participants, l'aide financière est une solution intéressante. Ils ont pensé à plusieurs possibilités pour diminuer le coût global de la pratique des gestes techniques. Pour eux, il est possible que l'acte ne soit pas assez bien payé. La valorisation des cotations est très régulièrement citée par les médecins (15,34). Ces derniers demandent également une simplification de la grille CCAM, car pour le moment, il y a une réelle perte de temps pour rechercher les différentes cotations adéquates. En utilisant les bonnes cotations, cela permet de refléter l'étendue des compétences du médecin généraliste, et de montrer son implication dans les actions de dépistage avec la réalisation des frottis cervico-utérin, ou de suivi avec la réalisation des ECG chez les patients diabétiques par exemple (26).

Les participants pensent qu'il est important que les médecins puissent se former tout au long de leur carrière pour maintenir leurs compétences, il faudrait donc proposer une aide pour les financer. La formation va augmenter le sentiment de légitimité à la réalisation du geste technique. Cette légitimité passe également par le mimétisme de groupe via des groupes de pairs par exemple, ou lors de FMC.

On parle de plus en plus des unités de simulation, qui sont des outils inestimables pour la formation, en reproduisant un environnement clinique réaliste et la possibilité de s'exercer aux gestes techniques sans risque pour les patients. On constate une augmentation de ces installations dans les centres de formation médicale et les hôpitaux. Selon cette étude (22), l'unité de simulation a permis d'établir des bases théoriques, et la possibilité d'acquérir quelques automatismes en répétant les gestes, mais elle n'est pas suffisante. Il manque le côté humain au mannequin, qui n'exprime pas de craintes ni de réactions d'angoisse, et ce n'est souvent pas assez précis. L'idéal serait de combiner des formations sur mannequins avec des stages chez un confrère qui pratique les gestes ou à l'hôpital pour approfondir les connaissances. Il faudrait faire des formations courtes mais sur le long terme, avec un formateur qui observe et corrige les gestes.

La dernière solution collective proposée par certains des participants est de responsabiliser la population sur la consommation des soins. Un des participants a souligné que d'aller consulter aux Urgences est une solution de facilité, avec un sentiment de gratuité des soins. Pour un autre, il serait important de faire payer le passage aux Urgences, et qu'il l'aurait fait depuis longtemps.

Depuis le 1^{er} janvier 2022, le « forfait patient urgences » est mis en place, suite à l'arrêté du 17 décembre 2021 relatif aux montants du forfait patient urgence prévu à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale. Les patients qui ne sont pas hospitalisés suite à leur passage aux Urgences devront payer 19.61€. Ce montant est pris en charge dans sa totalité par les mutuelles. En 2022, 68% des patients sont rentrés à domicile après leur passage aux Urgences (55).

Dans certains cas, il peut être minoré, par exemple pour les patients en ALD, ou alors non appliqué, par exemple pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou les nouveau-nés de moins d'un mois (56).

Avant la mise en place de ce forfait, la facturation se faisait en décalé, avec parfois des paiements qui n'aboutissaient jamais. C'est un réel enjeu économique, car seulement 33% des factures sont recouvrées. C'est également intéressant pour les patients, car désormais ils connaissent le montant à payer pour leur passage aux Urgences, ce qui n'était pas le cas avant, avec des montants pouvant être fluctuants selon les soins et actes réalisés. Le forfait patient urgences permet donc d'harmoniser le reste à charge des patients. Il n'a pas l'objectif de faire baisser le nombre de passages aux Urgences.

Il est intéressant de voir comment fonctionnent les Urgences dans d'autres pays.

Aux Etats-Unis, les assurances ont mis en place une taxe pour chaque passage aux Urgences, d'environ 50\$, ce qui a permis de réduire les passages de 15%. Mais cela a un effet pervers, car les assurés les plus précaires vont renoncer aux soins, notamment ceux de prévention, ce qui au long terme pourrait augmenter les coûts (57). Dans de nombreux pays comme la Suisse, le Canada, les frais médicaux sont très élevés, et pour certains il faut présenter une carte d'assurance maladie avant d'être admis dans un hôpital (58).

Durant mon internat, j'ai fait un semestre aux Urgences, et j'ai pu réaliser qu'un certain nombre de consultations aurait pu être réalisé par un médecin généraliste, ou dans un centre de permanence de soins non programmés.

Depuis plusieurs années, le nombre de passages aux Urgences est en augmentation progressive, avec un effet rebond en 2021, après la pandémie de la Covid 19. Dans

le Grand Est, il y a eu 1.551.609 passages aux Urgences en 2022, avec une augmentation globale d'environ 8% par rapport à 2021. Parmi ces passages, il y a eu 29% d'actes de traumatologie (55).

Selon la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), 20 à 30% de l'activité d'un service d'urgences est liée à une pathologie non urgente qui requiert une consultation chez un médecin généraliste. Dans son article, le Dr Naouri, médecin urgentiste, est plus large, avec un taux de 10 à 30% environ. Elle explique également que les patients ne viennent pas pour rien, ils se déplacent pour une demande de soins. Une personne qui présente des douleurs ou une forte anxiété ne réagira pas de la même manière qu'une autre (59).

Dans son travail de thèse, Mendez Louis-Alexandre a évalué le cheminement du parcours de soins des patients ayant eu recours aux Urgences pour une suture. Il en ressort que plus de 57% des patients y sont allés directement, et que seulement 19% ont d'abord contacté leur médecin traitant. Un fait plus marquant est que la moitié des participants à son étude n'était pas au courant que le médecin généraliste pouvait pratiquer ces gestes, et 61.5% ne l'aurait de toute façon pas contacté. Il y a donc une éducation à faire chez les patients pour désengorger le système hospitalier (60).

Un autre travail de thèse a recherché les motifs de recours aux Urgences pour la traumatologie liée au sport, et la prise en charge dans un même lieu et sa rapidité, la prise en charge de la douleur, l'accès aux examens complémentaires radiologiques et aux spécialistes sont les principales raisons données par les patients. Il est important de communiquer sur les compétences des médecins généralistes, car la

traumatologie fait partie intégrante de la formation initiale du médecin de premier recours (61).

Une tendance alarmante se dessine en France, la fermeture de certains services d'Urgences. Cette situation découle de plusieurs facteurs interconnectés. Il y a déjà le manque chronique de personnel médical et paramédical qualifié, aggravé par l'épidémie de la Covid 19. Cette pénurie rend difficile le maintien de services d'urgence fonctionnels à temps plein, surtout dans les zones rurales et périurbaines. De plus, des pressions financières exercées sur les hôpitaux publics ont conduit à des réductions budgétaires, ce qui a souvent abouti à la fermeture de services jugés non rentables (62,63).

Le SAMU-Urgences de France (SUdF) a fait une enquête durant l'été 2023 auprès de médecins urgentistes via un questionnaire en ligne pour faire le bilan de la situation dans les structures d'urgences. Durant l'été 2023, environ 160 services d'urgence ont été obligés de fermer, et quasiment la moitié à plus de dix reprises. Dans 75% des cas, ils étaient fermés uniquement la nuit. Certains ont mis en place une régularisation médicale d'accès par le 15, ou une réorientation des patients vers un autre centre pour diminuer l'importance du flux. Il en est de même pour les lignes SMUR, avec 70% qui ont dû fermer au moins une ligne SMUR durant l'été. Le SUdF a plusieurs demandes, dont des ouvertures de lit en aval, la régularisation d'accès aux Urgences, et de revoir le fonctionnement des Urgences dans son ensemble sur le territoire national (64).

La fermeture des services d'urgences en France a également un impact significatif sur les médecins généralistes. Le premier est la surcharge de travail, avec des journées plus longues et une pression supplémentaire sur les ressources des

cabinets médicaux. Le médecin généraliste va devoir se former en médecine d'urgence, ce qui peut être intéressant pour certains gestes techniques si cela est apprécié par le médecin.

L'éducation des patients est donc primordiale pour améliorer le système de soins.

b. Les solutions personnelles

Un des leviers à la pratique des gestes techniques selon les patients serait l'exercice en cabinet de groupe ou en maison médicale. Cette solution ne fait pas consensus que ce soit dans les thèses auprès des patients (19) ou des médecins (21,34). Les aspects positifs sont de pouvoir se partager les frais d'achats de matériel, d'avoir un professionnel de santé aidant comme un infirmier, et de mieux appréhender le flux des patients. Mais ce regroupement risque d'augmenter le nombre de patients et donc de multiplier le problème, et il ne permet pas d'augmenter la durée d'une journée. Mais l'aide d'une tierce personne est souhaitable pour certains médecins, notamment l'aide d'un assistant médical.

Les assistants médicaux sont une profession relativement nouvelle en France, introduite dans le cadre des réformes de santé pour renforcer les équipes médicales. Ils ont été officiellement reconnus par la loi de financement de la Sécurité sociale en 2019. Ce statut a été établi par le décret du 10 mai 2019, qui définit leurs missions et conditions d'exercice. Ils travaillent en collaboration avec les médecins généralistes et spécialistes pour améliorer l'organisation des soins et l'accès aux traitements. Leur rôle principal est d'assister les praticiens dans la gestion des tâches administratives et logistiques, ce qui leur permet de consacrer plus de temps à leurs patients. Ils peuvent également réaliser des actes simples sous la supervision des médecins.

Leur proportion est en constante évolution depuis 2019. Il existe des freins à l'adoption généralisée des assistants médicaux, comme le coût pour les cabinets libéraux, la réticence de certains médecins à déléguer des tâches, la complexité administrative de la collaboration entre médecins et assistants ou encore la formation et le recrutement de ces professionnels de santé (65).

Plusieurs pays ont des professions similaires à celle des assistants médicaux. Aux Etats-Unis, les « Physician Assistants » sont des professionnels de santé autorisés à pratiquer la médecine sous la supervision d'un médecin, ils peuvent diagnostiquer, traiter et prescrire des médicaments. On les retrouve également au Royaume-Uni ou au Canada.

Pour l'un des participants, une des solutions serait l'altruisme, avec une entraide entre confrères : *« Ça serait pour le bien commun, d'avoir une sorte de motivation collective. Attention, je sais j'en demande beaucoup en France, mais de vouloir désengorger d'autres services, et du coup de prendre des tâches qui ne sont pas forcément propres ou qu'on n'a pas l'habitude de faire, mais pour soulager d'autres services où il y a moins de moyens par exemple »*. Cela va également avec le rôle de premier recours, qui a été décrit dans les principales compétences des médecins généralistes.

La dernière solution proposée par une patiente, et pour moi la plus importante, est de laisser le choix à chacun quant à la pratique ou non des gestes techniques. Chacun doit se sentir libre et à l'aise avec ces gestes.

D'autres solutions ont été proposées par les médecins dans les autres travaux. L'organisation de l'emploi du temps est importante pour ne pas être stressé par le

retard lié à une urgence, en gardant des créneaux pour les urgences du jour, et en ayant des créneaux programmés en avance pour les gestes non urgents (21).

Pour les médecins, il y a la satisfaction de réaliser des gestes techniques, avec la gratification lors d'un diagnostic posé par exemple. De plus, cela permet d'élargir l'offre de soins en étant actif dans la prise en charge, sans multiplier les lieux de rendez-vous. Le patient est content de cette prise en charge globale par son médecin traitant, c'est l'une des compétences demandée lors des entretiens. La réalisation des gestes techniques permet une meilleure efficacité médicale, et donc de diminuer les dépenses de santé (26).

3. Les perspectives

De nombreux freins et solutions ont été mis en évidence par les patients, parfois partagés par les médecins dans d'autres études. Certaines idées pourraient être explorées par les décideurs politiques, les syndicats ou encore les facultés de médecine.

La compréhension adéquate des cotations des actes techniques est cruciale pour une pratique médicale efficace. Une formation détaillée offrirait aux internes en médecine une connaissance des systèmes de codage, leur permettant de tarifier correctement les actes effectués. De plus, il est nécessaire de simplifier ce système de cotations afin de le rendre moins complexe, et ainsi réduire le temps qu'il consomme.

De plus, les logiciels médicaux jouent également un rôle important dans la pratique quotidienne des professionnels de santé, en simplifiant notamment la cotation des actes techniques. Cela permet une facturation précise et efficace des gestes

pratiqués. Il y aurait des possibilités d'amélioration pour optimiser davantage ce processus. Par exemple, les logiciels médicaux pourraient être enrichis avec des capacités d'intelligence artificielle pour analyser de manière proactive les données cliniques et suggérer automatiquement les codes de cotations les plus pertinents. Il serait intéressant de pouvoir personnaliser les algorithmes de suggestion de codage en fonction des préférences des médecins. On pourrait également intégrer aux logiciels médicaux des modules de formation continue sur la cotation des actes techniques. Ils fourniraient des conseils pratiques, des exemples de cas et des mises à jour régulières sur les changements dans les systèmes de cotation.

Dans la thèse de Foucher Samuel (26), les médecins ont cité la télé-expertise comme aide possible pour certains actes, comme l'ECG par exemple. La télé-expertise est possible depuis sa légalisation en 2010, et offre de nombreux avantages aux professionnels de santé. Elle permet au médecin de solliciter l'avis d'expert lorsqu'une situation médicale est trop complexe. Cela permet un accès rapide à un spécialiste et une meilleure collaboration des soins entre les différents acteurs de la santé. Les actes de télé-expertise sont facturables à l'Assurance Maladie depuis le 10 février 2019 (66).

Les médecins sont souvent accablés par des tâches administratives chronophages qui limitent leur interaction avec les patients. En identifiant ces tâches non essentielles, il devient possible de les déléguer à d'autres professionnels, comme les infirmières, les assistants médicaux et les personnels administratifs qualifiés. Cela permettrait aux médecins de se concentrer sur leur domaine d'expertise : la prise en charge des patients.

La relation de confiance entre le patient et son médecin est primordiale, et elle influence l'observance des soins proposés ainsi que la prise en charge dans sa globalité. Selon l'étude de Leloup Morgane (67), la vision du risque d'erreur est différente pour les patients. En effet, 66,5% des patients pensent qu'il est peu probable d'être victime d'une erreur médicale de la part de leur médecin généraliste. Les patients sont plus inquiets d'être victime d'une erreur médicale à l'hôpital, et changeraient de médecin traitant dans moins d'un tiers des cas lors d'une erreur de leur part.

Face aux défis rencontrés par les médecins généralistes dans la pratique des gestes techniques, les patients se sont montrés innovants et proactifs dans la recherche de solutions. Ils jouent un rôle de plus en plus actif dans leur propre santé, et sont devenus des partenaires dans l'amélioration des soins de santé. Cette évolution reflète un changement de mentalité des patients, qui aspirent de plus en plus à être des acteurs actifs dans leur propre prise en charge médicale. Ils ne se contentent plus de suivre passivement les recommandations des médecins, mais cherchent à comprendre leur état de santé, les traitements proposés et les alternatives disponibles. En comprenant les difficultés rencontrées par les médecins, ils sont mieux équipés pour collaborer de manière constructive avec eux.

Cependant, cette collaboration ne peut être efficace que si la population dans son ensemble est sensibilisée aux défis auxquels est confronté le système de santé. La dégradation des services de santé, la surcharge des Urgences et le manque d'accès aux spécialistes sont des problèmes bien connus, mais qui nécessitent une action collective pour être résolus. En fin de compte, la recherche de solutions nécessite un effort global de la part des patients, des professionnels de santé et des décideurs politiques.

La pratique variée en médecine générale offre donc de nombreux bienfaits tant pour les médecins que pour les patients, notamment lorsqu'elle intègre la réalisation de gestes techniques, qu'ils soient diagnostics, préventifs, ou thérapeutiques.

Cette pratique peut jouer un rôle important dans la prévention du burn-out chez les praticiens. En diversifiant leurs activités et en étant en mesure de s'impliquer dans des tâches plus pratiques et immédiates, les médecins généralistes peuvent retrouver un sentiment de satisfaction professionnelle et de valorisation. Cette variété dans la pratique médicale permet également de maintenir l'intérêt et la motivation des praticiens, en évitant la monotonie et la routine qui peuvent parfois conduire à l'épuisement professionnel.

II. Les forces et limites de l'étude

1. Les forces :

Mon travail est original car il s'inscrit dans une démarche de recherche en médecine générale où le patient est replacé au centre du soin et acteur du sujet étudié. Il y a des travaux sur la pratique des gestes techniques, mais surtout du point de vue du praticien pour trouver les facteurs incitants et limitants à cette pratique. En analysant ces données sous un nouvel angle, nous pouvons identifier les points faibles et proposer des améliorations qui seraient bénéfiques pour le professionnel de santé et les patients. Il y a trois thèses sur le point de vue du patient, en focus-group, en entretien individuel avec des patients ayant eu une expérience d'un geste technique, et en quantitatif (19,20,54).

Mon travail, sous forme d'entretiens individuels semi-dirigés, inclut tous les patients. Il est intéressant de savoir leurs connaissances sur le métier de généraliste, et s'ils

sont prêts à aller consulter leur médecin pour la pratique d'un geste technique. De plus, un bon nombre de leviers à la pratique des gestes techniques ont été proposés par les participants, ce qui est moins le cas dans les trois autres travaux.

La méthode qualitative était la méthode la plus appropriée pour explorer en profondeur les perceptions et les comportements des patients, et donc fournir des informations riches et nuancées sur ce sujet.

Le choix d'entretiens individuels a permis une plus grande liberté d'expression pour les participants, mais pour certains il était difficile d'avoir des réponses claires ou de les faire parler.

L'analyse des résultats a été faite en double codage par une deuxième personne non experte du sujet, mais compétente dans l'analyse des données. Les différences étaient mineures, et ont abouti à un consensus.

2. Les limites :

Avec une méthode qualitative, il faut accepter la subjectivité des participants et du chercheur. Elle a été en partie limitée par le double codage et la saturation des données.

L'échantillon n'est pas représentatif de la population, les résultats ne peuvent donc pas être généralisés, mais cela n'est pas l'effet recherché. Le but ici est la diversité des réponses, pour recueillir le plus d'expériences et d'opinions possibles.

Il existe un biais de sélection, car les patients qui m'ont contactée étaient intéressés par le sujet et par la possibilité d'exprimer leurs opinions, certains l'ont même explicitement dit durant l'entretien. Il y a également un biais de désirabilité sociale

avec les entretiens individuels, car les participants peuvent vouloir faire plaisir au chercheur en essayant de donner des réponses attendues.

Un autre biais présent est le biais d'investigation, car le chercheur n'avait pas d'expérience en recherche qualitative, mais il a pu se former avec l'aide de l'ouvrage « Initiation à la recherche qualitative en santé » (18).

Au départ les entretiens étaient courts avec des réponses peu détaillées par les participants, le questionnaire a donc été modifié pour que les questions soient plus ouvertes et permettent donc une richesse des données plus importante.

CONCLUSION

Le médecin généraliste est au cœur du soin, avec un rôle de coordinateur de la prise en charge entre les différentes spécialités médicales, et il assure un suivi global de ses patients. Les gestes techniques font partie intégrante des compétences du médecin généraliste.

Les attentes des patients sont multiples avec en priorité une relation de confiance, d'empathie, et personnalisée, ainsi qu'une disponibilité et un professionnalisme sans failles.

Au cours de cette étude, les patients ont pu exprimer leurs connaissances sur le métier de médecin généraliste, ainsi que leurs représentations de la pratique des gestes techniques par celui-ci, afin de définir l'origine du manque de sollicitation de leur part.

Selon eux, la principale raison est le manque d'information sur cette pratique, donc un manque de communication de la part des médecins, mais également de la Sécurité Sociale ou des décideurs. Certains ne pensent pas que le médecin généraliste puisse le faire, mais que c'est plutôt le rôle des spécialistes qui pratiquent au quotidien, ou alors par habitude et reproduction du schéma des parents.

Ils sont conscients des difficultés qu'éprouvent les médecins généralistes à pratiquer ces gestes. Ils évoquent la baisse de la démographie médicale, les emplois du temps devenus surchargés, ainsi qu'un investissement coûteux du matériel et des formations au long cours. Certains sont moins compréhensifs et comparent l'ancienne et la nouvelle génération de médecins avec un certain fatalisme.

Un grand nombre de solutions a été proposé par les participants pour aider et motiver les médecins à faire des gestes techniques, tout en leur laissant le choix. Ils ont trouvé de nombreux moyens de communication, pour que la population soit au courant de ces pratiques. La formation initiale et continue doit être promue et améliorée, avec des aides financières si besoin. La majoration des tarifs a été évoquée, et plus encore la revalorisation du métier de médecin généraliste par la société dans son ensemble.

La plupart des patients souhaitent que leur médecin pratique davantage de gestes techniques, car il y a une réelle relation de confiance entre eux.

Est-ce qu'il faudrait envisager une formation systématique dédiée aux gestes techniques dès l'internat, voir l'externat, puis tout au long de la carrière des médecins désirant les réaliser ? Ceci est une piste de réflexion pour les années à venir, et permettrait de renforcer le sentiment de légitimité des médecins généralistes.

Cette analyse qualitative pourrait servir à l'élaboration d'un questionnaire fermé et faire l'objet d'une seconde étude quantitative pour avoir un échantillon plus représentatif de la population bas-rhinoise.

VU et approuvé
Strasbourg, le **03 JUIN 2024**
Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILIA



VU

Strasbourg, le

23 mai 2024

Le président du jury de thèse

Professeur Pascal BILBAULT

ANNEXES

I. Guide d'entretien initial

I) Présentation rapide du patient

- Âge, sexe, milieu de vie (urbain / rural)

II) Connaissances générales sur le métier de médecin généraliste

- Depuis combien de temps êtes-vous suivi par votre médecin traitant ? Comment définiriez-vous votre relation médecin-patient ?
- Pour vous, quels sont les rôles et les compétences du médecin généraliste ? (Pour quels motifs allez-vous voir votre médecin ?)

III) Connaissances et représentations de la pratique des gestes techniques

- Pouvez-vous définir ce qu'est un geste technique selon vous ? Savez-vous si votre médecin généraliste fait des gestes techniques ? Si oui, lesquels ?
- Savez-vous que le médecin généraliste a les compétences pour faire une suture ? Une excision d'abcès ? Une pose d'implant contraceptif ? Un frottis cervico-utérin ? Une ablation d'une verrue ?
- Si vous aviez besoin d'un geste technique, vous préféreriez aller chez votre médecin, chez un spécialiste ou aux Urgences ? Pourquoi ?
- Pour vous, existe-il des freins à la réalisation de ces gestes pour les médecins généralistes ?

IV) Solutions proposées par les patients

- Auriez-vous des propositions pour favoriser les gestes techniques par les médecins ? Pour quelles raisons iriez-vous chez votre médecin pour un tel acte ?

II. Guide d'entretien final

- I) Je me présente rapidement puis présentation du patient
- II) - Consentement oral si visio
- Nom, âge, sexe, milieu de vie (urbain / rural)
- III) Connaissances générales sur le métier de médecin généraliste
- Depuis combien de temps est ce qu'il vous suit ?
 - Quelles sont vos attentes lors d'une consultation avec votre médecin généraliste ?
 - Pouvez-vous me décrire votre relation avec votre médecin ?
 - Selon vous, quels sont les rôles et les compétences du médecin généraliste ? (Pour quels motifs allez-vous voir votre médecin ?)
- IV) Connaissances et représentations de la pratique des gestes techniques
- En quoi consiste un geste technique pour vous ? Pouvez-vous me donner quelques exemples ?
 - Je vais vous citer quelques gestes, et vous allez me dire si pour vous ils sont faisables en cabinet de médecine générale : pratiquer une suture ? Mettre en place un implant contraceptif ? Faire un frottis gynécologique ? Enlever un grain de beauté ou une verrue ? Faire une infiltration ? Mettre en place un plâtre ? Exciser un abcès ?
 - Est-ce que vous savez si votre médecin traitant réalise ce type de gestes techniques ?
 - Avez-vous eu recours à ce type de geste ? Pouvez-vous me raconter votre expérience ?
 - Si oui : pourquoi être allé chez votre médecin généraliste ?
 - Si non : seriez-vous prêt à aller chez lui et pourquoi ?
 - Pour quelles raisons iriez-vous plutôt aux Urgences ? Ou chez un spécialiste, comme un dermatologue, gynécologue, rhumatologue ?
 - Pour vous, existe-il des freins/ des réticences à la réalisation de ces gestes pour les médecins généralistes ?

V) Solutions proposées par les patients

- Auriez-vous des propositions pour favoriser les gestes techniques par les médecins ?
- Pour quelles raisons iriez-vous chez votre médecin pour un tel acte ?
- Comment faire savoir aux patients la pratique de ces gestes par un médecin généraliste ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Allen DJ, Heyrman PJ. et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. :52.
2. fichier_fiche3_soins_primaires51e8e.pdf [Internet]. [cité 19 janv 2022]. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/805/fichier_fiche3_soins_primaires51e8e.pdf
3. Les compétences du MG | medecine.univ-lorraine.fr [Internet]. [cité 22 mai 2021]. Disponible sur: <https://medecine.univ-lorraine.fr/fr/dmg/les-competences-du-mg>
4. DMG-UVSQ [Internet]. [cité 11 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.dmg-uvsq.com/page/1--les-competences->
5. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 19 janv 2022]. Article 70 - Omnivalence du diplôme et limites. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-dexercice-art-69-84-0>
6. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 19 janv 2022]. Article 71 - Installation convenable. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-dexercice-art-69-84-1>
7. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.
8. 034000090.pdf [Internet]. [cité 19 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000090.pdf>
9. Bilan démographique 2021 - Insee Première - 1889 [Internet]. [cité 9 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6024136>
10. Population au 1er janvier | Insee [Internet]. [cité 4 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5225246>
11. Populations légales des départements en 2021 – Populations légales 2021 | Insee [Internet]. [cité 4 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7728787?sommaire=7728826>
12. [cnom_atlas_demographie_2022_tome_2_approche_territoriale_par_specialites.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/bnhcwi/cnom_atlas_demographie_2022_tome_2_approche_territoriale_par_specialites.pdf) [Internet]. [cité 9 sept 2022]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/bnhcwi/cnom_atlas_demographie_2022_tome_2_approche_territoriale_par_specialites.pdf

13. Prises de rendez-vous médicaux : délais d'attente moyens de 2 à 52 jours [Internet]. [cité 9 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/prises-de-rendez-vous-medicaux-delaiss-dattente-moyens-de-2-52-jours>
14. Sénat [Internet]. 2023 [cité 4 janv 2024]. Effondrement de l'offre de soins et fermeture de services d'urgence pour l'été 2023, symptômes inquiétants d'un système de santé au bord de la rupture. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2023/qSEQ230707812.html>
15. Mosser S. Freins à la réalisation de gestes techniques, infiltrations et sutures, dans les cabinets de médecine générale en Alsace: 2ème partie. Étude quantitative [Internet] [Thèse d'exercice]. [2009-....., France]: Université de Strasbourg; 2019. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/restreint/theses_exercice/MED/2019/2019_MOSSER_Solenne.pdf
16. Lecler AS, Diserbo A. Les freins et motivations des médecins généralistes d'Isère et Savoie à la réalisation d'actes techniques cotés par la classification commune des actes médicaux: sutures, petite chirurgie, et gestes de dermatologie [Internet] [Thèse d'exercice]. [2016-2019, France]: Université Grenoble Alpes; 2017 [cité 11 janv 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01537232/document>
17. Glaser B, Strauss A. La découverte de la théorie ancrée. 2e édition. Paris: Armand Colin; 2017.
18. Aubin-Auger I, Cadwallader J-S, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, Peltier A. Initiation à la recherche qualitative en santé. Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global Média Santé, CNGE Productions; 2021. 192 p.
19. Lopez A. Quelles sont les représentations des patients vis-à-vis des gestes techniques pratiqués par les médecins généralistes en cabinet ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [2012-....., France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01905911>
20. Jarry P. Représentations et attentes des patients concernant les gestes techniques réalisables au cabinet de médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2021 [cité 11 janv 2022]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/17d87fa5-9c62-4a5d-b20b-aa4763b32c20>
21. Gerber B. Freins à la réalisation des gestes techniques, infiltrations et sutures dans les cabinets de médecine générale en Alsace: 1ère partie. Étude qualitative [Internet] [Thèse d'exercice]. [2009-....., France]: Université de Strasbourg; 2019. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2019/2019_GERBER_Benjamin.pdf
22. Chibrard J. Exploration des freins à pratiquer les gestes techniques appris lors d'un atelier à PRESAGE pour les internes en médecine générale de l'Université de Lille [Internet] [Thèse d'exercice]. [2022-....., France]: Université de Lille; 2023 [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2023/2023ULILM105.pdf

23. 2021LILUM055.pdf [Internet]. [cité 2 mai 2024]. Disponible sur: https://pepitedepot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2021/2021LILUM055.pdf
24. 2022_Medecine_BenbihSamia.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: https://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2022_Medecine_BenbihSamia.pdf
25. 2019TOU31108-1109.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2757/1/2019TOU31108-1109.pdf>
26. Foucher S. Leviers à la réalisation des gestes techniques en médecine générale: entretiens avec 10 médecins généralistes : exemple de l'ECG, spirométrie, index de pression systolique et dépistage sensoriel chez l'enfant [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2020.
27. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 14 mars 2024]. Se former tout au long de sa carrière. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/carriere/former-long-carriere>
28. Sandra. Formation DPC : Qu'est-ce que je risque si je ne suis pas l'obligation triennale ? [Internet]. [cité 14 mars 2024]. Disponible sur: <https://blog.quantum-sante.fr/dpc-sanction-obligation>
29. [cité 5 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.unistra.fr/etudes/decouvrir-nos-formations/par-type-de-diplomes/diplome-duniversite/diplome-duniversite/cursus/FH190?cHash=50fe31681882b30b305b0ccb81f2eee8>
30. Robin O, Santamaria M, Université de Caen Normandie. UFR Santé. Évaluation de la pratique de trois gestes techniques de gynécologie (frottis cervico-utérin, pose de dispositif intra-utérin et pose d'implant contraceptif) en cabinet de médecine générale dans le Calvados [Internet]. 1971-....., France; 2024 [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04429387>
31. Maquette de l'internat de Médecine Générale – SRP-IMG [Internet]. 2024 [cité 15 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.srp-img.com/mgparis/maquette>
32. Hernandez E, Bagourd E, Tremeau AL, Bolot AL, Laporte C, Moreno JP. Perception de l'acquisition des compétences du métier de médecin généraliste par les internes de médecine générale : enquête nationale. Pédagogie Médicale. août 2017;18(3):109-20.
33. Barjoud G, Edé C. État des lieux sur la pratique des gestes techniques en cabinet de médecine dans les Hauts de France: enquête quantitative auprès de médecins généralistes. France; 2019.
34. Lebrun V. Identification des principaux facteurs qui inciteraient à la réalisation des sutures au cabinet de médecine générale. 3 juill 2020;77.
35. La permanence et continuité des soins - Ministère du travail, de la santé et des solidarités [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des->

usagers/permanence-et-continuite-des-soins/article/la-permanence-et-continuite-des-soins

36. Tarifs en métropole [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/tarifs/tarifs-generalistes/tarifs-metropole>
37. Laure B, Mathilde M. Freins et motivations des médecins généralistes à la participation à la permanence des soins ambulatoires en Sarthe.
38. De moins en moins de médecins de garde [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/conjoncture/2013/02/14/20002-20130214ARTFIG00493-de-moins-en-moins-de-medecins-de-garde.php>
39. cnom_rapport_pdsa_2022.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/ryu87g/cnom_rapport_pdsa_2022.pdf
40. Maiia [Internet]. [cité 26 mars 2024]. SOS médecin et médecin de garde : quelles différences ? Disponible sur: <https://www.maiia.com/medecin-generaliste/article/role/sos-medecin-medecin-de-garde/>
41. rapport_snp_vf.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
42. Actualités de l'Urgence - APM / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: https://www.sfmou.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/la-faible-densite-de-medecins-generalistes-n-accroit-pas-forcement-le-taux-de-recours-aux-urgences-cnam-/new_id/69178
43. La CCAM du Médecin Généraliste - MG France [Internet]. [cité 26 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/nomenclature/271-la-ccam-du-medecin-generaliste>
44. Cetier J. Etude de la petite chirurgie en cabinet de médecine générale dans le département du Loir-et-Cher [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2014. Disponible sur: https://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2014_Medecine_CetierJulien.pdf
45. Bilan 2022 sur la responsabilité médicale: retour à une situation d'avant cri [Internet]. [cité 12 avr 2024]. Disponible sur: <https://presse.macsfr.fr/actualites/bilan-2022-sur-la-responsabilite-medecale-retour-a-une-situation-davant-crise-sanitaire-725e-ddf57.html>
46. medecins_-_special_responsabilite.pdf [Internet]. [cité 12 avr 2024]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/bulletin/1ohmku3/medecins_-_special_responsabilite.pdf
47. TLMFMC. Nos Erreurs médicales - Les contours du risque en Médecine générale [Internet]. [cité 16 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.tlmfmc.com/dossier-article/les-contours-du-risque-en-medecine-generale.html,92>

48. Bizard F. Analyse historique et économique de la médecine libérale de la révolution à nos jours [Internet]. Frédéric Bizard. 2012 [cité 12 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.fredericbizard.com/analyse-historique-et-economique-de-la-medecine-liberale-de-la-revolution-a-nos-jours/>
49. Batifoulier P. Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin. *Rev Fr Socio-Économie*. 2012;10(2):155-74.
50. Les libertés médicales et l'organisation des soins en France | Conseil constitutionnel [Internet]. [cité 12 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.conseil-constitutionnel.fr/publications/titre-vii/les-libertes-medicales-et-l-organisation-des-soins-en-france>
51. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1). 2004-810 août 13, 2004.
52. DGOS. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 22 févr 2024]. Qu'est-ce que le parcours de soins ? Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/parcours-de-sante-vos-droits/liberte-de-choix-et-acces-aux-soins/article/qu-est-ce-que-le-parcours-de-soins>
53. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 11 mars 2024]. Parcours de santé, de soins et de vie. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
54. Di Natali J. Evaluation de la connaissance par les patients des gestes techniques réalisables par le médecin généraliste [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2019. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2019_DI_NATALI_JULIEN.pdf
55. Chiffres Clés Urgences - 2022 [Internet]. [cité 2 avr 2024]. Disponible sur: <https://fedoru.fr/chiffres-cles-urgences-2022>
56. Forfait patient urgences (FPU) [Internet]. [cité 11 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge/forfait-patient-urgences-fpu>
57. Hugli OW, Potin M, Schreyer N, Yersin B. Engorgement des centres d'urgences : une raison légitime de refuser l'accès aux patients non urgents? *Rev Med Suisse*. 9 août 2006;075:1836-9.
58. MSH International [Internet]. [cité 12 mars 2024]. Frais médicaux à l'étranger. Disponible sur: <https://www.msh-intl.com/fr/frais-medicaux-etranger-pays-les-plus-chers.html>
59. TF1 INFO [Internet]. 2022 [cité 18 mars 2024]. Passages aux urgences sans raison valable : vrai problème ou cas isolés ? Disponible sur: <https://www.tf1info.fr/sante/passages-aux-urgences-a-l-hopital-sans-raison-valable-vrai-probleme-ou-cas-isoles-apres-proposition-francois-braun-sur-le-triage-des-patients-2226385.html>

60. Mendez LA. Evaluation des déterminants chez les patients se rendant aux urgences pour des sutures réalisables en ambulatoire [Internet] [Thèse d'exercice]. [2016-2019, France]: Université Bretagne Loire; 2016 [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <https://ecm.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/8d3657a7-d9eb-40cb-9614-a30c542c0454>
61. Chetouani A. Pour quelles raisons les patients consultent-ils directement aux urgences plutôt que chez le médecin généraliste pour de la traumatologie en lien avec l'activité physique ? [Thèse d'exercice]. [Toulouse]. Faculté des sciences médicales Rangueil (....-2017, France): Université Paul Sabatier; 2021.
62. Actualités de l'Urgence - APM / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: https://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/plus-de-160-services-d-urgence-fermes-au-moins-une-fois-durant-l-ete-enquete-samu-urgences-de-france-/new_id/69282
63. Sénat [Internet]. 2023 [cité 18 mars 2024]. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html>
64. BILAN_ETE_2023_SUdF_vf.pdf [Internet]. [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/BILAN_ETE_2023_SUdF_vf.pdf
65. Article 14 - LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 7 mai 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000047561970
66. Téléexpertise [Internet]. [cité 14 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleexpertise>
67. Archive des Bibliothèques universitaires de Nantes [Internet]. [cité 30 avr 2024]. Disponible sur: <https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show/show?id=08285be8-49a2-42d6-9627-00651f54b7af>

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine

maïeutique et sciences de la santé

Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

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

Nom : SIRON Prénom : Gwendoline

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 Strasbourg, le 27/05/2024

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

RÉSUMÉ :

Introduction : La médecine générale est une spécialité omnivalente, comprenant les soins de premier recours, le suivi des pathologies chroniques, la prévention, et les gestes techniques urgents et programmés. Un manque de sollicitations des patients est objectivé par les médecins pratiquant ces gestes. L'objectif de ce travail est de s'intéresser aux connaissances des patients sur le métier de médecin généraliste et sur la pratique des gestes techniques dans les cabinets libéraux.

Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative menée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés, réalisée auprès de 12 patients dans le Bas-Rhin. Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité sous forme de verbatims grâce aux enregistrements, puis analysés sous forme de codage ouvert, axial puis intégratif.

Résultats : L'interrogatoire et l'examen clinique sont au centre de la prise en charge pour les patients. Les gestes techniques sont peu connus, et les patients sont souvent surpris par cette compétence que peut avoir le médecin généraliste. La relation médecin-patient est primordiale pour la réalisation de gestes techniques. Les patients ne connaissent pas tous les rôles qu'a le médecin généraliste, et sont peu informés sur ces pratiques. Dans certains cas, ils préfèrent consulter aux Urgences ou chez le spécialiste, car ils reproduisent le schéma des parents, ou par manque d'éducation sur le système de soins. Ils sont conscients des difficultés rencontrées par les médecins généralistes, et proposent de nombreuses solutions pour y remédier, avec en premier lieu une meilleure communication.

Conclusion : Les patients ont confiance en leur médecin généraliste, qui est l'acteur central du parcours de soins, avec un suivi personnalisé à chacun. Ils sont prêts à consulter leur médecin pour la réalisation d'un geste technique. Ce n'est pas un manque réel de sollicitation, mais un manque de connaissances sur cette pratique, avec une nécessité de communication par plusieurs voies. La valorisation du métier de médecin généraliste par la société, des formations plus spécifiques tout au long de la carrière, et des aides à la cotation sont des solutions pour améliorer la pratique des gestes techniques.

Rubrique de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Gestes techniques, patients, médecine générale, étude qualitative, connaissances et représentations

Président : Monsieur le Professeur Pascal BILBAULT, PU-PH

Assesseurs : Monsieur le Docteur Jean TSOUKAS

Monsieur le Docteur Florent HERZOG, MCA-MG

Invité : Monsieur le Professeur Associé Jean-Luc GRIES, Professeur Associé

Adresse de l'auteur : 33, rue de la Musau 67100 STRASBOURG