



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Pratique des infiltrations de corticoïdes en médecine générale:  
représentations du patient.**  
Etude qualitative réalisée en Nord Pas de Calais

Présentée et soutenue publiquement le 16 novembre 2017  
Au Pôle Formation de la faculté de médecine Henri Warembourg, Lille 2.  
**Par Benjamin Vieillard**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur CORTET Bernard**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur MIGAUD Henri**

**Monsieur le Docteur BAYEN Marc**

**Monsieur le Docteur GROSBETY Jean-Yves**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur BAYEN Marc**

---

## **Avertissement**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :  
celles-ci sont propres à leurs auteurs.

## Liste des abréviations

<b>WONCA</b>	World Organization of Family Doctors
<b>AINS</b>	Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
<b>OARSI</b>	Osteoarthritis Research Society International
<b>CRP</b>	C- Réactive Protéine
<b>INR</b>	International Normalized Ratio
<b>HAS</b>	Haute Autorité de la Santé
<b>DES</b>	Diplôme d'Etude Spécialisé
<b>ECN</b>	Epreuve Classante Nationale
<b>AMO</b>	Assurance Maladie Obligatoire
<b>FMC</b>	Formation Médicale Continue
<b>IFOP</b>	Institut Français d'Opinion Publique
<b>DREES</b>	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
<b>CCAM</b>	Classification Commune des Actes médicaux

# Table des matières

<b>PREAMBULE</b> .....	<b>2</b>
1. Définition et pratiques en médecine générale .....	2
2. Historique des infiltrations et apport en thérapeutique .....	3
3. Contre-indications, complications et effets indésirables .....	4
4. Information et consentement du patient .....	6
5. Pratique en médecine générale .....	8
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>10</b>
<b>MATERIEL ET METHODES</b> .....	<b>12</b>
1. Type d'étude .....	12
2. Contexte de l'étude .....	12
3. Population .....	12
4. Réalisation des entretiens.....	12
5. Analyse des données .....	13
6. Ethique .....	13
<b>RESULTATS</b> .....	<b>14</b>
1. Caractéristiques de la population .....	14
a) Taille de l'échantillon .....	14
b) Caractéristiques des entretiens .....	14
c) Caractéristiques de la population.....	14
2. Catégories.....	15
a) Améliorer la qualité de vie du patient en réalisant l'infiltration .....	15
b) Souhaiter être plus informé avant le geste infiltratif .....	16
c) Nécessiter des conditions matérielles pour réaliser le geste .....	17
d) Suivre le parcours de soins.....	18
e) Avoir la compétence pour réaliser le geste .....	19
f) Etre orienté vers un spécialiste pour réaliser l'infiltration.....	21
g) Consulter un autre médecin spécialisé pour réaliser l'infiltration.....	21
h) Avoir un meilleur accès aux soins chez le médecin généraliste.....	22
i) Avoir confiance envers le médecin qui réalise le geste .....	23
j) Avoir un coût moindre de l'infiltration chez le médecin généraliste .....	24
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>26</b>
1. Méthode.....	26
a) Type d'étude et question de recherche.....	26
b) Recrutement.....	26
c) Recueil de données .....	27
d) Analyse des données.....	27
2. Discussion des résultats .....	28
a) Souhaiter être plus informé avant le geste infiltratif .....	28
b) Nécessiter des conditions matérielles adaptées.....	28
c) Suivre le parcours de soins.....	28
d) Avoir la compétence pour réaliser le geste .....	29
e) Etre orienté vers un médecin spécialiste autre que le médecin généraliste .....	30
f) Consulter un médecin spécialisé pour réaliser l'infiltration .....	31
g) Avoir un meilleur accès aux soins chez le médecin généraliste.....	31
h) Avoir confiance envers le médecin qui réalise le geste .....	31
i) Avoir un coût moindre de l'infiltration chez le médecin généraliste .....	32
<b>Conclusion</b> .....	<b>33</b>
<b>Références bibliographiques</b> .....	<b>34</b>

# Préambule

## 1. Définition et pratiques en médecine générale

La définition européenne des caractéristiques de la discipline de médecine générale et du rôle du médecin généraliste ont été données en 2002 par la WONCA Europe (Société Européenne de médecine générale – médecine de famille).(1) C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. Les caractéristiques de la médecine générale sont d'être le premier contact avec le système de soins, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.

Les compétences fondamentales de la médecine générale comprennent la gestion des soins de santé primaires, les soins centrés sur la personne, l'aptitude à la résolution de problèmes, l'approche globale, l'orientation communautaire et l'adoption d'un modèle holistique.

La médecine générale est devenue une spécialité en France depuis 2004.(2)

Les problèmes qui se présentent aux médecins spécialistes en médecine générale sont très différents de ceux rencontrés dans les services de soins de seconde ligne. (3)

Les médecins spécialiste en médecine générale agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins de santé et les ressources disponibles. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.

Selon la WONCA, ses compétences sont d'exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en médecine ambulatoire.

Le développement du savoir et de la pratique médicale implique que le médecin spécialiste en médecine générale ne peut pas maîtriser l'ensemble des actes auxquels il est habilité.

Le code de déontologie rappelle, à l'article 32 relatif à la qualité des soins, que « le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétent. »(4) C'est la compétence propre de chaque médecin qui définit ainsi s'il est à même de pratiquer certains gestes techniques tels que les infiltrations de corticoïdes.

## 2. Historique des infiltrations et apport en thérapeutique

La première injection de cortisone a été faite chez un patient en 1948, souffrant de polyarthrite rhumatoïde. Le patient, après un traitement de 5 jours par cortisone injectable, présente une nette amélioration et peut à nouveau se lever et marcher après le traitement. (5)  
Les corticoïdes sont utilisés pour la première fois en intra articulaire en 1951 par Hollander.(6)

A ce jour, l'utilisation des corticoïdes reste une des thérapeutiques indiquée dans la prise en charge des rhumatismes inflammatoires.

On distingue les infiltrations de corticoïdes intra articulaire et les infiltrations péri tendineuses.

L'intérêt des infiltrations cortisoniques locales est d'obtenir une concentration maximum du corticoïde sur le site inflammatoire en réduisant les effets secondaires généraux du produit. Le mode d'action des corticoïdes serait une action directe sur le noyau des cellules synoviales avec réduction de la synthèse des dérivés pro-inflammatoires.(7)

L'efficacité des infiltrations de corticoïdes est débattue selon les indications.

Concernant le genou, les études sont discordantes dans les méta-analyses.

Dans certaines, il n'est pas retrouvé d'effets significatifs sur la douleur versus placebo.(8)

Mais les traitements intra articulaires sont supérieurs aux AINS, probablement en raison de l'effet placebo induit par l'injection à l'aiguille.

A l'inverse une autre revue de littérature évoque un niveau de preuve A+ dans l'arthrose et la polyarthrite rhumatoïde.(9)

Pour les infiltrations dans la rhizarthrose, une revue de littérature trouve des résultats hétérogènes : il n'y a pas de différence entre les corticoïdes et le placebo (2 essais, 164 patients) sur la douleur ni sur la capacité fonctionnelle.(10)

La prise en charge des tendinopathies est discutée dans la littérature. Peu de recommandations existent pour la prise en charge de la tendinopathie par infiltration de corticoïdes. Une méta-analyse de 2010 a compilé 41 essais et conclut que la variation d'effet selon les sites de tendinopathie ne permet pas de conclure sur l'efficacité de l'injection.(11)

Les recommandations cliniques parues en 2015 dans American Family Physician (12) ont un niveau de preuve B (présomption scientifique) dans :

- L'avantage à court terme des infiltrations de corticoïdes à l'épaule dans la capsulite et la tendinopathie de la coiffe des rotateurs.
- Les injections de corticoïdes pour l'épicondylite médiale et latérale apporte une

amélioration à court terme mais ne sont pas meilleures que d'autres options à long terme.

- Les infiltrations de corticoïdes soulagent à court terme les symptômes de l'arthrose de genou et de hanche.
- Les infiltrations de corticoïdes pour la ténosynovite de De Quervain et le doigt à ressaut sont efficaces au début de la thérapie.
- Les infiltrations de corticoïdes peuvent être envisagées dans le syndrome du canal carpien pour éviter ou retarder un traitement chirurgical.

L'OARSI (*osteoarthritis research society international*), avec un niveau de preuve Ib pour la hanche et Ia pour le genou, émet des recommandations en 2009 (13) : les injections de corticoïdes peuvent être utilisées dans le traitement de l'arthrose de la hanche ou du genou. Elles doivent être envisagées en particulier lorsque les patients présentent des douleurs modérées à sévères qui ne répondent pas de manière satisfaisante aux antalgiques/anti-inflammatoires oraux ainsi que chez les patients atteints d'arthrose symptomatique du genou avec épanchement ou autres signes cliniques d'inflammation locale.

Les données de la science concernant la pratique des infiltrations de corticoïdes sont discutées mais leur apport en thérapeutique permet une alternative dans la prise en charge des patients.

L'apport de l'échographie est démontré par plusieurs études. Une méta-analyse dont le but est de déterminer l'effet des ultrasons sur la précision du positionnement de l'aiguille par rapport à un guidage grâce au repère anatomiques a compilé 13 études dont 5 étudiant le genou. Le guidage par échographie lors de l'infiltration de genou permet une meilleure précision que le guidage anatomique (95.8% contre 77.8%,  $P < 0.001$ ) (14)

Une seconde étude s'intéresse à l'injection intra articulaire dans l'articulation gléno humérale en comparant les injections de 2 chirurgiens dans des articulations gléno humérale de cadavre frais. Une plus grande précision de l'échographie est retrouvée par rapport au repérage anatomique (chirurgien A 90% vs 65%,  $P = 0.0058$  ; chirurgien B 95% vs 80%  $P = 0.15$ ) (15)

Ces travaux suggèrent un apport de l'échographie dans la précision du geste infiltratif.

Pour les localisations péri articulaires, peu de travaux pertinents existent.

### **3. Contre-indications, complications et effets indésirables**

### **a) Contre-indication**

Certaines contre-indications sont absolues (16) :

- Une infection articulaire ou sa suspicion : l'examen clinique permet de l'écarter. Au moindre doute, une radiographie standard et une biologie (formule sanguine et CRP) doivent être réalisées.
- Une infection générale ou viscérale : risque de dissémination par voie hématogène du germe
- Un état cutané fragile (infectieux, dermatoses)
- La présence d'une prothèse articulaire, d'un matériel d'ostéosynthèse. Ou lorsqu'une arthroplastie est prévue dans les mois suivants.
- Une allergie aux produits utilisés
- Une hypocoagulabilité majeure
- Une ostéonécrose

D'autres contre-indications sont relatives :

- Une hypocoagulabilité modérée : Un contrôle de l'INR le jour du geste infiltratif paraît indispensable.
- Un diabète : des études ont montrés le déséquilibre de diabète dans les suites de l'infiltration.(17) Par ailleurs, le diabète déséquilibré expose à un risque infectieux plus important. Une surveillance rapprochée de la glycémie dans les jours suivants le geste est nécessaire.
- Une psychose (risque lié au passage systémique des corticoïdes)
- Un patient dialysé : risque septique majoré
- Une absence d'efficacité du traitement : si, après la deuxième infiltration, on ne constate aucune amélioration, il est déconseillé d'en refaire une troisième

### **b) Effets indésirables**

Des malaises vasovagaux peuvent être observés selon le profil du patient

Des réactions vasomotrices peuvent s'observer. Elles correspondent au passage systémique du corticoïde injecté. On observe alors : céphalées, bouffées vasomotrices. Celles-ci disparaissent en 2 jours.

Chez les patients à risque, le geste sera réalisé en position couchée.



### **c) Complications**

- Générales :

Celles-ci sont les mêmes que pour la corticothérapie par voie générale, dans une étude de 2007 sur 29 patients ayant reçu trois infiltrations de corticoïdes espacées de 3 jours (18), on observe : une dépression prolongée de l'axe corticotrope qui persiste au-delà de 21 jours, une augmentation des glycémies post prandiales et une augmentation transitoire de la tension artérielle. Ces résultats justifient une attention particulière chez les patients souffrant de comorbidités telles que le diabète et l'hypertension.

- Locales : infectieuse, qui résulte d'une faute d'asepsie le plus souvent. Cette complication reste rare mais peut être grave (inférieur à 1/50000). Une large étude rétrospective menée en France en 1999 évoquait 1/77.300 infection. (19) L'utilisation d'une seringue stérile et la pratique par des rhumatologues plus âgés étaient associées à un plus faible risque de sepsis.
- Arthrite microcristalline : survient principalement après injection de corticoïdes retardés à base de micro cristaux.
- Atrophie sous cutanée au siège de l'injection (fréquente). Le syndrome de Nicolau est une nécrose cutanée péri articulaire qui résulte d'une injection de corticoïde en intra vasculaire de proximité.
- Allergie au produit (rare)
- Syndrome de Tachon : dans les suites de l'injection de cortivazol, il se révèle par des dorsalgies hyperalgiques, des flushs, des nausées, une asthénie intense.
- L'irritation d'un nerf (décharge électrique) qui disparaît en modifiant la position de l'aiguille
- Une atrophie musculaire ou une rupture tendineuse : si la technique de l'injection n'a pas été respectée
- Un hématome
- Des calcifications tissulaires

La fréquence de survenue d'effets indésirables est faible dans cette pratique. Elle justifie néanmoins des précautions d'hygiène et techniques afin de les limiter.

## **4. Information et consentement du patient**

### **a) L'information**

Le devoir d'information par les soignants est signifié dans le code civil, le code de déontologie, le code de santé publique et par la loi du 4 mars 2002.

Dans le code de déontologie médicale, à l'article 35 (article R.4127-35 du code de la santé publique), « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. »(20)

Le droit du patient à l'information s'exerce a priori à l'occasion des soins et postérieurement par l'accès aux informations établies et détenues par le professionnel. Cette information porte sur les différents traitements, investigations proposées ; sur les intérêts de ces thérapeutiques ; sur leurs conséquences en terme de risques fréquents ou graves qu'ils comportent. Des alternatives au patient doivent lui être présentées.

L'information est réalisée lors d'un entretien individuel. La HAS a délivré un guide de bonne pratique en 2012 (21). Il précise notamment les qualités de cette information : le professionnel de santé s'assure que la personne a compris l'information délivrée, en lui demandant par exemple de dire ce qu'elle a compris. L'information doit être synthétique, hiérarchisée, compréhensible par la personne et personnalisée.

Concernant l'usage de documents écrits, la recommandation HAS insiste sur l'information orale, qui est primordiale. Des supports écrits permettent aux personnes de s'y reporter ou d'en discuter avec une personne de son choix. Il est recommandé d'en fournir.

D'autres supports, notamment des adresses de sites internet peuvent être communiqués. A ce propos la société française de rhumatologie propose une notice (22) rappelant des conseils généraux, les complications éventuelles et une notice d'information sur les infiltrations.

### **b) Consentement**

A la suite de cette information sur le geste, le consentement du malade est recherché. Le consentement doit être "libre et éclairé". Le patient doit formuler son consentement après avoir reçu de la part du médecin, une information claire, compréhensible, adaptée à ses capacités de comprendre la nature des actes et prescriptions proposés, leur intérêt pour sa santé et les conséquences néfastes en cas de refus (article R. 4127-35).(23)

Le recueil d'un consentement écrit est conseillé pour des décisions d'importance, même si celui-ci n'a pas de valeur juridique absolue et s'il n'est pas exigé par la loi (sauf situation particulière, patients mineurs)

Pour la réalisation d'infiltration de corticoïdes, un consentement oral est suffisant.

## **5. Pratique en médecine générale**

Plusieurs thèses de médecine se sont intéressées aux infiltrations en médecine générale, en recherchant les déterminants de la pratique des médecins généralistes.

Les gestes techniques en médecine générale ont été étudiés lors d'une enquête auprès des médecins généralistes du Tarn en 2014. 64.4% des médecins généralistes pratiquaient le geste infiltratif au cabinet. Les raisons de non pratique étaient le risque médico-légal et le manque de formation. Les conclusions évoquaient la motivation du médecin généraliste comme principal moteur de cette pratique.(24)

Une seconde étude de 2013 dresse un état des lieux des gestes en médecine générale et les obstacles à leur réalisation. 62% des médecins ne réalisaient jamais d'infiltration de corticoïdes. Les obstacles à cette pratique étaient principalement le manque ou la perte d'expérience, le risque médico-légal, la proximité et l'accès au spécialiste.(25)

Une enquête quantitative descriptive a été réalisée auprès de 100 médecins généralistes maitres de stage de la région Nord-Pas de Calais en 2012 à Lille. L'objectif était de définir les déterminants de la pratique infiltrative. 51% des médecins interrogés déclarait une pratique infiltrative. Les raisons avancées par les médecins ne réalisant aucune infiltration sont l'absence de formation (63%), le manque de pratique (52%) et les craintes de complications (30%) ou d'ordre médico-légales (30%). Le lien entre la formation reçue et la pratique de gestes infiltratifs est fort puisque les médecins formés infiltrèrent 7 fois plus que les médecins n'ayant reçu aucune formation.(26)

Une étude qualitative réalisée en 2013 montre les barrières à cette pratique chez les non pratiquants : le manque d'envie, la peur de l'acte, le manque de preuve, le manque de formation. La formation idéale devrait être pratique, sur mannequin ou chez un rhumatologue en ville, dès la formation initiale. (27)

Une étude réalisée à Créteil auprès d'anciens étudiants du DES de médecine générale ayant passé l'ECN entre 2004 et 2009 a analysé la pratique d'infiltrations à la sortie de l'internat de

médecine générale. Le taux de réalisation d'infiltration était de 35%. La faible pratique semblait liée à une formation insuffisante durant l'internat. (28)

Les moyens de se former sont nombreux pour les médecins généralistes : lors de la formation initiale, par des organismes de formation, des Sociétés savantes, par la lecture, lors de congrès ou journées de formation, sur des mannequins type Présage à Lille. Ces outils sont accessibles et le médecin spécialiste en médecine générale peut renforcer ses compétences s'il est intéressé.

A la lecture de ces travaux, la pratique des infiltrations en médecine générale varie de 35% à 64% selon les séries. Le préalable à la pratique du geste semble être la motivation du médecin généraliste. S'en suivent le manque ou la perte d'expérience, le risque médico-légal.

Aucun travail ne s'est intéressé aux représentations du patient sur cette pratique. Pourtant, l'amélioration de la pratique d'infiltrations en médecine générale peut se faire grâce à une meilleure connaissance des facteurs favorisants et des facteurs limitants liés au patient.

## Introduction

Les infiltrations de corticoïdes ont été une aide précieuse pour la prise en charge de la maladie musculo-squelettique depuis plus de 50 ans. (29)

Les indications sont multiples : arthrite, arthrose, capsulite rétractile, tendinopathies...

Comme pour toute procédure, le succès dépend du fait de connaître le bon diagnostic, d'effectuer la procédure correctement et d'utiliser l'agent pharmacologique le plus approprié.

Il s'agit de l'injection de dérivés cortisonés ayant pour objectif de diminuer l'inflammation dans la zone atteinte. Leur action très rapide sur la douleur, l'inflammation et les possibilités de mouvement leur confèrent tout leur intérêt.(5)

Dans le contexte actuel de vieillissement de la population(30), en 2050, un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005. S'ajoute à cela l'augmentation de la prévalence des troubles musculo squelettiques considérée comme un enjeu de santé public.(31)

Le recours à cette alternative de soins devrait donc augmenter à l'avenir.

La pratique des gestes techniques a été étudiée en médecine générale.

Plusieurs études ont montré les facteurs influençant la pratique d'infiltrations de corticoïdes par le médecin généraliste. Les barrières évoquées par les médecins étaient le coût de l'assurance responsabilité civile, le manque de pratique, les difficultés d'asepsie, les difficultés à gérer les comorbidités et les limites du médecin lui-même.(27) Dans une seconde étude concernant la pratique des infiltrations de corticoïdes au cabinet de médecine générale, les principaux freins relevés étaient la mauvaise formation et le risque médico-légal.(32)

Le médecin généraliste peut améliorer la prise en charge de son patient en réalisant des infiltrations de corticoïdes au cabinet dès lors qu'il a reçu la formation suffisante.(26)

Dans le contexte de raréfaction des autres spécialités médicales(33), le médecin généraliste peut améliorer la prise en charge de son patient en réalisant des infiltrations de corticoïdes au cabinet de médecine générale.

Aucune étude ne s'est intéressée au ressenti des patients concernant la pratique d'infiltration en cabinet de médecine générale et n'a évalué les facteurs favorisant et limitant cette pratique.

Pourtant, une fois l'indication posée, la pratique d'infiltration de corticoïdes a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des patients.

L'objectif de cette étude était d'améliorer la pratique d'infiltrations de corticoïdes en cabinet de médecine générale. Ceci en évaluant les freins du patient à la pratique d'infiltrations de corticoïdes en médecine générale.

En réalisant ce travail de recherche, nous espérons répondre à la question : Quelles sont les représentations du patient concernant la pratique d'infiltrations de corticoïdes en cabinet de médecine générale? Existe-t-il des facteurs favorisants et des freins à cette pratique?

Aucune hypothèse préalable n'a été formulée car aucun travail de recherche ne s'est intéressé aux représentations du patient sur les infiltrations de corticoïdes.

# Matériels et méthodes

## 1. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude qualitative réalisée à l'aide d'entretien semi directif avec analyse thématique des données. L'interviewer était un médecin généraliste. Les données ont été codées par 2 chercheurs puis une triangulation des données a été réalisée. Le contre codage a été réalisé par un médecin généraliste.

## 2. Contexte de l'étude

*Méthode de recrutement* : des médecins installés ou médecins remplaçants ont fourni, après avoir vérifié les critères d'inclusion et d'exclusion, les coordonnées de patients susceptibles d'être interviewés.

Les participants étaient contactés, ensuite, par téléphone pour expliquer la méthode de cette étude et fixer une date et un lieu de rendez-vous pour réaliser l'entretien.

*Lieux* : le recrutement a été réalisé en Nord Pas de Calais, principalement sur la côte d'Opale.

*Dates* : les interviews se sont déroulées d'octobre 2016 à août 2017.

## 3. Population :

*Critères d'inclusion* : la population étudiée était des patients ayant reçu au moins une infiltration de corticoïdes et âgé d'au moins 18 ans.

*Critères de non inclusion* : l'absence de réalisation d'une infiltration de corticoïdes, âge inférieur à 18ans

## 4. Réalisation des entretiens

Un premier contact téléphonique était pris pour leur expliquer le déroulement de l'entretien et définir une date et un lieu de rencontre.

Le lieu de réalisation de l'entretien était laissé au choix des participants à l'étude.

Avant l'entretien, un nouvel accord oral était demandé. Une fiche d'information (Annexe 3 : « Notice d'information ») et un feuille de consentement éclairé était distribuée. Un temps de lecture et de réflexion était laissé au participant. Puis il donnait son accord en datant et signant

la feuille de consentement. La notice d'information lui était laissée avec les coordonnées du chercheur. Les participants pouvaient ainsi retirer leur interview jusqu'à la publication des résultats.

Le dictaphone utilisé pour le recueil audio était un iPhone 5® grâce à l'application « Dictaphone »

Au fur et à mesure des entretiens, un ajustement du guide d'entretien a été réalisé (Annexe 2 : « Guide d'entretien »)

## **5. Analyse des données**

L'intégralité des propos recueillis lors des entretiens a été retranscrite, en verbatim, par l'investigateur à l'aide du logiciel Word 2013®. La retranscription s'est faite mot pour mot, ainsi que les silences et réactions non verbales. Chaque entretien a été anonymisé dès sa retranscription, associé à un chiffre. Un seul fichier Excel®, conservé par l'investigateur, permettait de faire le lien entre l'identité de l'interviewé et ses propos.

Les entretiens étaient ensuite analysés à l'aide du logiciel d'analyse qualitative Nvivo® de la société QSR. Le codage ouvert a été réalisé après chaque entretien jusqu'à l'émergence de catégories.

Une triangulation du codage a été réalisée pour s'accorder sur des codes communs. Le codage axial de ces codes communs a permis de générer les résultats.

## **6. Ethique**

Une déclaration a été effectuée auprès de la CNIL suivant la déclaration normale (Article 23 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004) sous le numéro 70#2099726q.

Une demande d'accord au CPP a été réalisée en mars 2017. Celle-ci est nécessaire depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017 avec l'application de la loi Jardé dans ce type de recherche non interventionnelle.

A ce jour, nous sommes dans l'attente de cet accord. Néanmoins, l'entretien test ayant été réalisé en octobre 2016, avant l'application de celle-ci.

L'accord des participants était recherché à l'oral lors du recrutement. Lors du contact téléphonique pour fixer le rendez-vous de l'entretien, un accord oral était à nouveau demandé. Le jour de l'entretien, une fiche d'information était remise (Annexe : « Notice d'information ») et un consentement signé était demandé.



# Résultats

## 1. Caractéristiques de la population

### a) Taille de l'échantillon

Onze entretiens ont été conduits. La saturation des données a été obtenue au neuvième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de vérifier qu'aucun nouvel élément ne soit apporté. (Annexe 1 : « Flow chart »)

### b) Caractéristiques des entretiens

Les entretiens se sont déroulés de mars 2017 à septembre 2017. Les lieux d'entretiens étaient : Calais, Etaples, Saint Léonard, Desvres, Baincthun, Longfossé.

Les entretiens ont eu lieu : dans le cabinet de leur médecin traitant ou au domicile de l'interviewé. La durée moyenne des entretiens était de 13 minutes. La durée des entretiens variait d'une durée minimale de 9 minutes à 22 minutes.

La saturation des données a été obtenue au neuvième entretien. Elle a été confirmée sur les catégories : améliorer la qualité de vie du patient en réalisant l'infiltration, souhaiter être plus informé avant le geste infiltratif, nécessiter des conditions matérielles adaptées, suivre le parcours de soins, avoir la compétence pour réaliser le geste, être orienté vers un médecin spécialiste autre que le médecin généraliste, consulter un médecin spécialisé pour réaliser l'infiltration, avoir un meilleur accès aux soins chez le médecin généraliste, avoir confiance envers le médecin qui réalise le geste, avoir un coût moindre de l'infiltration chez le médecin généraliste.

### c) Caractéristiques de la population

Onze participants ont été inclus pour ce travail de recherche. Une variation maximale a été recherchée concernant les caractéristiques des cas. (Annexe 4: « Feuille des caractéristiques »)

## 2. Catégories

Le codage des verbatim a permis de faire émerger 10 catégories, elles même divisées en sous catégories.

### a) Améliorer la qualité de vie du patient en réalisant l'infiltration

#### • Attendre une diminution des douleurs

La qualité de vie était souvent affectée par la pathologie qui nécessite une infiltration de corticoïdes. Un souhait d'amélioration des douleurs était le plus souvent retrouvé lors des entretiens.

I05 : « Parce que je vois au coude, j'avais une tendinite c'était, vraiment bloqué, ça me bloquait le coude c'était douloureux et là euh 3 jours après j'avais plus rien et ça n'est pas revenu, j'ai eu de la chance c'était vraiment efficace. Et c'était un généraliste qui me l'avait fait. »

Et plus précisément, un souhait d'amélioration rapide des douleurs.

I9 : « Bah je pense que c'est le but, avec de la cortisone en principe le but c'est d'atténuer la douleur »

I3 : « j'espérais que ça allait me donner un soulagement rapide »

#### • Retarder la chirurgie

Un des objectifs exprimé lors des entretiens était de repousser l'acte chirurgical en cas de pathologie dégénérative.

I4 : « ça évite l'opération, le docteur B dit « faut retarder au maximum, retarder le plus possible l'opération de l'épaule droite »

D'autres la réalise dans l'attente d'une chirurgie.

I1 : « pour mon genou, c'est pour attendre l'opération »

#### • Ne pas avoir observé d'amélioration après l'infiltration

Il convient de pondérer les attentes d'amélioration de la qualité de vie en citant ceux qui exprimaient n'avoir eu qu'un effet modeste ou aucun effet après le geste infiltratif

I4 : « Ça n'a toujours pas marché »

I6 : « ben là j'en ferais plus parce que ça n'a pas fait d'effet »

## **b) Souhaiter être plus informé avant le geste infiltratif**

### **• Ne pas recevoir suffisamment d'informations**

Un des freins à la pratique d'infiltration de corticoïdes fréquemment exprimé par les patients lors des entretiens était le manque d'information avant et pendant le geste. Dans les entretiens, le manque d'information était fréquemment retrouvé et diminue l'adhésion du patient au traitement.

*I06 : « Ben on n'en donne pas beaucoup d'informations, on dit : « il faut faire une infiltration, ça va vous soulager et c'est tout ». On ne m'a jamais dit on vous injecte tel produit, euh... »*

*I9 : « Parce que, euh, je ne veux pas critiquer mais c'est vrai que j'ai du mal à m'adapter à certains médecins quand on leur pose des questions on n'a pas de réponse ou c'est à côté »*

### **• Attendre plus d'information avant le geste**

Beaucoup ont exprimé le souhait de recevoir plus d'explication avant le geste. Cette information apparaissait lors des entretiens comme diminuant l'appréhension du geste et un facteur important d'adhésion au traitement.

*I9 : « ouais, peut être un petit peu plus d'explications, quand on fait chez un rhumato, peut être un petit peu plus d'explications au moment où il va piquer, à quel endroit il pique, pourquoi il pique comme ça. »*

*I6 : « Ben on n'en donne pas beaucoup d'informations, on dit : « il faut faire une infiltration, ça va vous soulager et c'est tout ». On ne m'a jamais dit on vous injecte tel produit,» [...] « Donc je ne sais pas ce qu'on m'a mis, à part les cristaux quand on m'a fait des cristaux je savais mais sinon euh... » [...] « Ben j'aurais bien aimé qu'on me dise le résultat, pourquoi on fait ça... »*

### **• Recevoir des conseils des paramédicaux**

Certains participants à l'étude évoquaient le fait qu'ils aillent chercher conseil chez leurs soignants paramédicaux.

*I4 : « je vais en parler à ma kiné aussi, parce qu'elle me connaît, elle me donne des conseils »*

- **Diminuer l'appréhension avant le geste grâce à l'information du patient**

L'explication avant la réalisation du geste permettait pourtant de lever l'appréhension du patient.

*I03 : déjà on a toujours une petite appréhension je pense, le premier que j'ai été voir il m'a vraiment mis à l'aise je vous dis, il m'a dit : « je vais vous mettre un petit produit pour endormir un peu, pour que ça fasse moins mal, parce que c'est quand même un endroit assez douloureux où on pique donc moi je pense que ça c'est important. Déjà de mettre les gens à l'aise et de leur expliquer ce qu'on va leur faire. Après il m'avait dit qu'on pouvait en refaire une mais d'abord avec une radio pour faire où vraiment on allait bien piquer.*

### c) Nécessiter des conditions matérielles pour réaliser le geste

- **Ne pas attendre d'équipement spécifique**

Certains participants à l'étude n'attendaient pas de moyens particulier pour réaliser le geste. Ce sont ces mêmes participants qui jugeaient le geste facile. A la question « Quelles conditions à sa réalisation vous paraissent nécessaire ? », la réponse était succincte.

*I1 : « pas grand-chose »*

*BV : « Il faut des choses particulières au niveau des locaux, de la préparation... ? »*

*I3 : « non »*

- **Attendre une asepsie lors de l'infiltration de corticoïdes**

Les conditions d'asepsies apparaissaient primordiales pour certains. Les locaux ne semblaient pas déterminants mais les conditions d'hygiènes retenaient l'attention.

*I6 : ben une fois que l'hygiène, tout est propre, je ne vois pas pourquoi je ne la ferais pas ici*

C'est une compétence maîtrisable pour un médecin selon les participants à l'étude.

*I7 : « au niveau asepsie je suppose qu'un médecin il doit savoir. Moi quand je suis allé chez G (chirurgien) il l'a fait dans son cabinet. Il n'y a pas besoin de, l'environnement, il n'y a pas besoin. Quand vous faites sous scanner c'est pareil. Au niveau stérile je pense qu'un médecin il doit être capable de... malgré que j'ai vu certaines choses mais bon. Euh, il doit prendre des précautions, mettre des gants »*

- **Réaliser le geste avec une aide radiographique**

L'aide d'un appareil d'échographie lors de l'infiltration de corticoïdes ressortait comme importante à de nombreuses occasions.

I5 : « *parce que bon, il faut que ça soit bien ciblé, c'est quelque chose de très, ben moi je le conçois comme ça. C'est quelque chose de très... Là je vous dis il m'avait piqué ici, c'était vraiment millimétré. [...] Maintenant je sais que ça peut être fait sous échographie ou des choses comme ça mais bon je n'irais pas forcément voir un échographiste, enfin un spécialiste en échographie pour faire une infiltration, je ne sais pas, je ne sais pas.* »

L'utilisation du scanner était aussi citée.

I8 : « *Ben ce n'est pas plus mal qu'à l'hôpital. Puis toute façon c'est un truc comme l'hôpital mais en plus petit. Ce qu'il y a c'est qu'il n'y a pas de scanner.* »

- **Avoir un support matériel et humain hospitalier**

L'aide humaine était citée comme support à la préparation du geste.

I1 : « *après ben l'infirmière elle a préparé tout sur sa table et puis bah le docteur a venu et ça a duré 5 minutes pour faire l'infiltration.* »

Lors d'un entretien, le support hospitalier paraît important. Avec la possibilité d'une aide d'autres spécialités (sous-entendu réanimation ou urgence) rapide, par téléphone.

I8 : « *il a peut être qu'un défaut c'est qu'il n'est pas équipé comme à l'hôpital. S'il arrivait quelque chose bon bah à l'hôpital on peut agir tandis que lui... il appelle euh...* »

#### **d) Suivre le parcours de soins**

- **Consulter le médecin traitant en première intention**

Le premier relais pour résoudre le problème médical du patient était le médecin traitant. Cela apparaissait comme très ancré dans l'esprit des interviewés.

I7 : « *Mais il y a un courrier du médecin traitant* »

I10 : « *automatiquement c'est le médecin traitant !* »

- **Etre contraint par le parcours de soins coordonnés**

Le parcours de soins coordonnés, permettant le remboursement au tarif de la sécurité sociale, était ressenti comme un impératif. Le passage par le médecin traitant étant une obligation, les

participants à l'étude s'en remettaient à l'avis et l'orientation de leur médecin traitant.

I4 : « Et puis, euh de toute façon le rhumato, on ne peut pas y aller sans courrier, euh, donc ça évite l'attente... »

I7 : « Déjà au départ au niveau de la sécurité sociale vous êtes obligés de passer par votre médecin traitant. Donc après c'est lui qui jugera. »

- **Subir un parcours de soins long et complexe**

Nombreux étaient ceux qui trouvaient le parcours de soins trop long pour résoudre leur problème médical.

I2 : « il faut aller à la radio, faire l'échographie, faut y retourner, ... »

### e) Avoir la compétence pour réaliser le geste

- **Attendre une compétence spécifique**

La plupart des participants à l'étude attendaient un savoir-faire particulier pour réaliser le geste infiltratif.

I7 : « ben je ne sais pas, apprendre à piquer et à vraiment savoir situer la zone, vraiment à traiter. Après il y a peut-être des aiguilles spéciales, ou je ne sais pas. Après des produits spécifiques, je ne sais pas mais je pense qu'ils doivent savoir... »

A l'inverse, certains n'attendaient aucune compétence supplémentaire.

I1 : « pour moi non, ben moi je ne vois pas un diplôme pour ça ! »

- **Avoir un médecin généraliste formé spécifiquement pour réaliser les gestes infiltratifs**

Lors des entretiens, certains exprimaient que les médecins généralistes avaient les compétences suffisantes. Ils exprimaient même la nécessité du médecin généraliste d'avoir une pratique importante pour accroître son expérience.

I8 : « Ben il a toutes les compétences, [...] Plus il en réalisera plus il aura d'expérience, plus il a d'expérience mieux il le fait. Fin c'est mon avis ! »

I3 : « à partir du moment où le médecin traitant le propose, on peut le faire chez le médecin traitant, on n'a pas besoin d'aller voir un spécialiste pour ça. »

- **Ne pas avoir la compétence suffisante pour le médecin généraliste**

A l'inverse, pour d'autres, une compétence spécifique était attendue. Le médecin spécialiste en médecine générale n'apparaissait pas suffisamment formé dans le domaine des infiltrations de corticoïdes.

I05 : « bah justement, le geste, un généraliste, c'est plus ça la question je pense. Pour moi est ce qu'un généraliste, euh, je réponds franchement, hein [...] euh est assez spécialisé dans le, pour faire des infiltrations, pour vraiment injecter. Parce que bon, le docteur que j'étais allé voir, il était médecin sportif, ostéopathe, donc il avait une spécialisation derrière, »

La pratique des infiltrations de corticoïdes nécessiterait des formations plus spécifiques que celle d'un médecin généraliste. Ce préjugé était entretenu par l'orientation fréquente vers un spécialiste pour résoudre un problème de santé plus spécifique.

I9 : « ben c'est du généraliste, je n'ai pas fait vos études mais vous voyez beaucoup de choses et ce n'est pas approfondi. [...] oui voilà un petit complément, parce que je vous dis un généraliste, il survole. Il apprend tout mais il survole. La preuve, c'est qu'à chaque fois il nous envoie voir un spécialiste. »

I06 : « ils sont peut-être pas bien qualifiés, ils ont peut-être pas encore bien appris la méthode où... »

- **Ne pas être informé de cette pratique par les médecins généralistes**

Les participants à l'étude, notamment celles ayant été infiltrées par un médecin spécialiste autre que le médecin traitant, découvraient pour certains cette pratique.

I7 : « Ah on rentre dans le vif du sujet, parce qu'il y a des généralistes qui les font ? »

D'autres regrettaient de ne pas savoir qu'un généraliste pouvait réaliser le geste.

I5 : « maintenant on est peut-être pas assez informé sur le fait que le généraliste est à même de faire ce geste là ; »

Certains participants à l'étude, au courant de cette pratique, auraient aimé être informés quel médecin généraliste pratique les infiltrations de corticoïdes.

I4 : « Vous savez une liste des médecins traitants qui fait des infiltrations, »

## **f) Etre orienté vers un spécialiste pour réaliser l'infiltration**

- **En seconde intention, après l'échec de prise en charge chez le médecin traitant**

Après l'échec d'une infiltration chez le médecin généraliste, l'avis du rhumatologue était pris.

*I4 : « Ça n'a pas marché, après il m'a envoyé voir le Dr L le rhumato il m'en a fait une 3ème. »*

Et cette orientation vers le spécialiste semblait nécessaire en cas de non résolution du problème médical chez le médecin généraliste. Plus particulièrement lorsqu'une certaine gravité était perçue par le patient.

*I10 : « ben non, disons qu'avec le spécialiste que j'ai vu c'est si vraiment ça recommence à enfler, que je puisse plus plier les mains ou des trucs comme ça. »*

- **Car le médecin traitant ne pratique pas le geste**

Lorsque le médecin généraliste ne propose pas de réaliser le geste car il ne réalise pas d'infiltrations au cabinet de médecine générale, le participant à l'étude était alors orienté vers un autre médecin spécialiste.

*I3 : « à partir du moment où le médecin traitant le propose pas, ben on se retourne automatiquement sur un rhumato qui en fait régulièrement. »*

## **g) Consulter un autre médecin spécialisé pour réaliser l'infiltration**

- **Pour sa compétence spécialisée dans le domaine des infiltrations de corticoïdes**

Les participants à l'étude évoquaient la compétence plus spécifique du rhumatologue pour réaliser l'infiltration de corticoïdes

*I3 : « quand même un rhumatologue, parce que c'est plus sa spécialité peut-être, il est basé là-dessus, il a fait des études là-dessus »*

Et notamment les participants ayant été infiltrés par leur médecin traitant, à la recherche d'une expertise plus importante sur le geste mais aussi la pathologie.

*I4 : « ce qu'il m'a manqué c'est d'aller voir le rhumato, pour voir un peu, pour avoir un peu plus de détails sur l'épaule. »*



- **Pour son expérience du geste plus importante**

Certains parlaient de la qualité de réalisation du geste chez le médecin spécialiste. Notamment la précision et l'absence de douleur ressentie lors du geste.

*I2 « ben là vraiment j'avais mal, il m'a trouvé le passage pil poil quoi. Ah je n'ai pas eu mal quand il m'a piqué, pas du tout, pas du tout. »*

D'autres évoquaient la fréquence plus importante à laquelle les spécialistes en rhumatologie pratiquaient le geste infiltratif. Cela leurs accordaient une plus grande compétence.

*I3 : « Ben je vous dis peut être, la compétence, de savoir que lui c'est sa spécialité, les infiltrations il en fait régulièrement »*

- **Pour bénéficier d'une aide technique lors du geste**

L'utilisation d'une aide technique (échographie) était plébiscitée pour la réalisation du geste.

*I1 : « je sais bien qu'il y a comme un genre de radio en face hein euh, un écran comme ça quoi (elle montre sa radio de genou) »*

Elle paraissait même indispensable chez certains.

*I10 : « parce qu'il faut quand même un suivi, une échographie ou quelque chose comme ça. »*

## **h) Avoir un meilleur accès aux soins chez le médecin généraliste**

- **Avoir une facilité d'accès**

La facilité d'accès au cabinet médical où se réalise l'infiltration paraissait importante pour un bon nombre. Notamment les plus âgés.

*I1 : « je ne serais pas obligé de trouver une personne pour m'amener à B (ville) le faire, je pourrais y aller moi-même. Là on n'est pas très loin du cabinet. »*

*I3 : « ben non, parce que, là pour conduire, je n'aurais pas dû me déplacer, on n'a pas toujours quelqu'un, vous voyez là c'était Boulogne donc ce n'est pas très loin mais faut quand même se déplacer. »*

Mais aussi relationnelle.

*I1 : « l'habitude avec son généraliste »*

- **Par un délai de prise en charge rapide**

Très souvent, le délai de prise en charge pour l'infiltration était évoqué. L'infiltration chez le médecin traitant était réalisée plus rapidement selon les participants à l'étude.

I4 : « *Je pense que c'est bien que les médecins traitants fassent des infiltrations, ça évite d'attendre* »

I6 : « *ben j'y suis, je vais aller là, le rhumatologue il faudrait que j'attende d'avoir un rendez-vous* »

I9 : « *On gagne du temps* »

- **En raison de la démographie médicale**

La démographie des médecins spécialistes pratiquant les infiltrations de corticoïdes était évoquée comme un frein à l'accès aux soins. Notamment pour les rhumatologues qui étaient évoqués dans les entretiens.

I4 : « *dans les hôpitaux mais bon on ne connaît pas trop les médecins ou alors un rhumato à l'hôpital... plus facilement car des rhumatos il n'y en a plus beaucoup déjà* »

I9 : « *Il faut prendre rendez-vous, on ne l'a pas tout de suite. Vous voyez, c'est... c'est tout un contexte...et puis des rhumatos il n'y en a pas des masses non plus.* »

## **i) Avoir confiance envers le médecin qui réalise le geste**

- **Avoir une relation de confiance avec le médecin qui réalise le geste.**

Spontanément, la confiance envers le médecin qui réalisait le geste apparaissait primordiale.

I6 : « *Ben il faut avoir confiance en son docteur, c'est important, c'est comme dans tout, si vous n'avez pas confiance euh, faut que ça passe...* »

Ce rapport de confiance était mis en exergue à la question « Quelles conditions à sa réalisation vous paraissent nécessaire ? ».

I10 « *Ben oui, je pense qu'il y a un rapport de confiance entre aussi bien le patient que le médecin [...]*

Sans cette confiance, la réalisation du geste semblait difficile, quel que soit le médecin qui la réalisait.

*Comme je vous dis c'est une question de confiance, si on n'a pas confiance, ce n'est pas la peine ! »*

- **Avoir confiance en son médecin traitant**

Avoir confiance, en particulier, en son médecin traitant était une occurrence très retrouvée dans les verbatim. Cela semblait un préalable indispensable qui facilitait le geste infiltratif.

*I3 : « Non, parce que je pense que quand on a l'habitude avec son médecin traitant, on lui fait confiance et à partir du moment où il me dit, euh, « ben vous savez moi j'en fais régulièrement au cabinet » non ça ne m'aurait pas fait peur. »*

La confiance ressentie envers son médecin traitant s'élargissait au membre du cabinet de groupe où il exerce.

*I4 : « nan nan y'a pas de soucis. Si vraiment je souffrais et que le docteur B était pas là, je préférerais prendre un médecin qu'il y a ici dans le cabinet ici, parce que sinon je n'ai pas très... [Sous-entendu : confiance] »*

- **Accorder sa confiance après une explication du geste**

L'information avant le geste était ressentie comme facilitant la relation de confiance.

*I5 : « pourquoi pas le généraliste, c'est toujours une question d'explication. Parce que sur le principe, on fait confiance au médecin, voilà. »*

Pour certains, c'était un préalable indispensable à la réalisation du geste.

*I6 : « C'est que je ne suis pas chaude. Pourtant je devrais. Oui, il va falloir que lui il me mette en confiance. Parce qu'à ce niveau-là, euh »*

## **j) Avoir un coût moindre de l'infiltration chez le médecin généraliste**

- **Diminuer le coût pour le système de santé**

Nombre de patient avait une pensée pour notre système de santé solidaire. En réalisant l'infiltration chez leur médecin traitant, ils attendaient aussi une économie pour la sécurité sociale.

*I1 : « ben ça va coûter meilleur marché à la sécu, après je vois pas pourquoi. »*

Le surcoût de la consultation chez un spécialiste était relevé. En particulier afin de diminuer le coût pour la sécurité sociale.

*I7 : « Autre chose : niveau coût, puisqu'il faut faire la chasse aux... Je ne sais pas un généraliste ça revient moins cher que d'aller prendre rendez-vous chez un radiologue. »*

- **Diminuer le coût pour le patient**

A titre individuel, les patients, en réalisant l'infiltration chez leur médecin traitant, espéraient une économie.

*I9 : « on gagne de l'argent. Parce que automatiquement il faut payer un peu plus cher parce qu'un rhumatologue c'est un peu plus cher. »*

# Discussion

## 1. Méthode

### a) Type d'étude et question de recherche

La méthode qualitative permet d'explorer un certain nombre de questions complexes de médecine générale. Cette méthode nous a permis d'explorer les aspects relationnels des soins réalisés en médecine générale.

Grâce à cette méthode, nous avons pu explorer des phénomènes sociaux impossibles à recueillir en méthode quantitative. Nous avons choisi cette méthode pour comprendre les émotions, les sentiments des patients ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles lors d'infiltrations de corticoïdes.

Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et leurs interactions entre eux. Un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins en médecine générale est ainsi possible.(34) (35)

L'abord quantitatif dans le contexte de cette recherche, où aucun travail ne s'était intéressé aux représentations du patient lors de geste technique en médecine générale, a fait émerger des thématiques difficilement objectivables par une autre méthode.

La méthode qualitative, grâce à son abord inductif, nous a permis de créer des hypothèses à partir de ce travail de recherche.

### b) Recrutement

Le recrutement a été réalisé à l'aide de médecins généralistes exerçant sur la côte d'Opale dans le Nord Pas de Calais. Les critères d'inclusion et de non inclusion étaient contrôlés lors du recrutement puis lors du contact téléphonique du participant à l'étude.

Onze participants ont été interviewés pour répondre à la question. Il s'agit d'un faible échantillon qui n'est pas représentatif des sujets ayant reçu une infiltration mais ce n'est pas ce qui est recherché dans une thèse qualitative.

Il existait une variation maximale sur l'âge, les antécédents d'infiltration par le médecin traitant ou un autre spécialiste, le type d'habitat, la localité du médecin traitant, la pathologie infiltrée, le sexe et la distance d'un centre hospitalier. Une force de cette étude est la diversité des profils interviewés.

Pour certains participants qui avaient donné leur accord verbal lors du recrutement, trouver

une date de rendez-vous n'a pas été possible lors du rappel téléphonique par le chercheur.

(Annexe 1 : « Flow chart »)

Si une partie des participants a évoqué le manque de temps pour participer à l'étude, pour d'autres, la raison n'est pas connue. Pour ne pas créer de résistance, les participants à l'étude ont eu le choix du lieu et de la date de l'entretien.

### **c) Recueil de données**

Le recueil de données a été réalisé par un médecin généraliste. Un guide d'entretien semi directif a été régulièrement mis à jour au cours du travail de recherche (Annexe 2 : « Guide d'entretien ») en l'adaptant au codage et aux thématiques retrouvés.

Un point fort de cette étude était son guide d'entretien, composé de questions ouvertes.

L'attitude neutre de l'interviewer et l'écoute active ont permis une expression complète des ressentis.

Une des faiblesses de ce travail est l'absence d'expérience préalable du chercheur dans le domaine de la recherche qualitative, ce qui peut créer un biais de recueil.

Pour diminuer ce biais, un entretien test a été réalisé au préalable afin de donner une expérience au chercheur et d'affiner le guide d'entretien mais aussi la population étudiée.

Les entretiens ont été réalisés par un chercheur médecin généraliste. Un biais d'interprétation a été possible, l'expression des sujets interviewés a pu être incomplète. Une critique du médecin généraliste a pu être plus difficilement exprimable pour certains (étant face à un médecin généraliste).

L'enregistrement audio peut aussi affecter la sincérité de l'expression des sentiments lors des entretiens.

### **d) Analyse des données**

Cette étude étant le premier travail de recherche qualitative du chercheur, un biais d'interprétation est possible lors du codage.

L'analyse des données avec un logiciel de référence (Nvivo®11) et la triangulation du codage par un médecin généraliste sont un atout pour cette étude.

## **2. Discussion des résultats**

### **a) Souhaiter être plus informé avant le geste infiltratif**

Une information pertinente et personnalisée doit être délivrée au patient afin d'obtenir son consentement. L'utilisation de documents standards (une fiche d'information est proposée par la Société Française de Rhumatologie) (22) ne dispense pas des explications orales. Il est préférable de laisser un temps de réflexion de quelques jours au patient. L'information doit être courte, simple et bien comprise. Doivent figurer les effets secondaires et complications possibles. De nombreux textes (36) consacrent le droit à l'information.

Le code de déontologie médicale rappelle le devoir d'information à l'article 35.(4) Dans cette étude, les participants attendent une information plus importante. Ils soulignent que leurs appréhensions avant le geste sont diminuées avec des explications.

### **b) Nécessiter des conditions matérielles adaptées**

Concernant l'hygiène et les locaux nécessaires, certaines règles notamment d'asepsie sont indispensables. A savoir, lavage des mains, préparation du matériel, puis phase de déterSION-désinfection de la zone de ponction. (37) Les participants à l'étude, conformément à la littérature sur le sujet, attendent des conditions d'hygiène adaptées. Ces conditions d'hygiène leur paraissent à juste titre à la portée de tout médecin.

Le guidage échographique apparaît important pour les participants à l'étude. L'utilité du guidage a été prouvée pour certaines localisations : le genou (38), l'épaule pour l'abord sous acromial(39), l'épaule pour l'abord gléno huméral(40). Pour d'autres localisations, les études n'ont pas montré d'utilité à ce guidage échographique lors de l'infiltration.

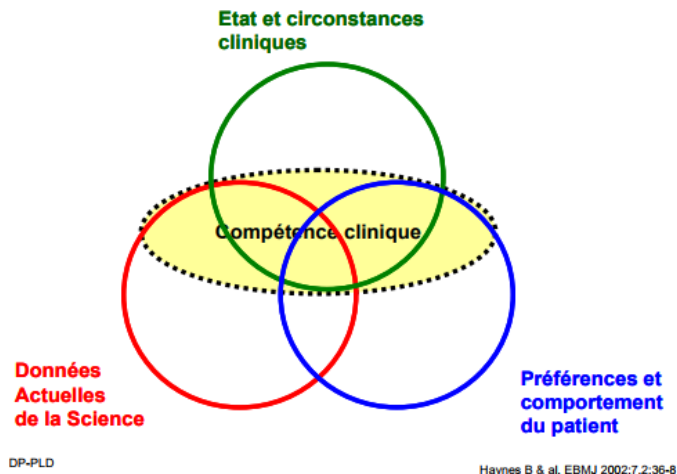
Il s'agit, pour le médecin spécialiste en médecine générale, d'un motif de recours à un autre spécialiste.

### **c) Suivre le parcours de soins**

Mis en place en 2005, le parcours de soins coordonnés place le médecin traitant au centre du suivi médical coordonné et de la prévention personnalisée. Le médecin traitant met en relation son patient avec d'autres professionnels de santé si besoin. En cas de non-respect du parcours, le remboursement de la part sécurité sociale (AMO) est amputé de 40%.(41)

Ce dispositif incite le patient à se rendre d'abord chez le médecin traitant pour résoudre sa problématique.

#### d) Avoir la compétence pour réaliser le geste



L'exercice de la médecine générale nécessite des compétences dans de nombreux champs notamment dans le savoir-faire contribuant au développement et au rayonnement de la discipline médecine générale.(42) Le médecin spécialiste en médecine générale, en réalisant des infiltrations de corticoïdes à son cabinet, contribue à son développement. Il dispose en parallèle d'autres compétences lui permettant de juger de l'opportunité d'un geste infiltratif. (Comportementales et contextuelles)

Cette obligation de compétence nécessite la mise en œuvre de savoir-agir complexes utilisant en même temps le savoir (connaissance), le savoir-faire et le savoir être en mobilisant des ressources internes.

Le code de déontologie à l'article 11 rappelle (43) « Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu. »

Dans un travail de recherche qualitatif, le mode de formation du médecin généraliste à la pratique des infiltrations apparaît comme divers (formation initiale, FMC, auto-formation). La formation du médecin généraliste était considérée comme suffisante par les pratiquants motivés.(27)

Les participants à l'étude attendaient, à raison, un praticien formé spécifiquement pour réaliser des gestes infiltratifs. La littérature montre que de multiples possibilités s'offrent au médecin spécialiste en médecine générale pour être formé à cette pratique.

La pratique d'infiltrations de corticoïdes au cabinet de médecine générale a été abordée dans plusieurs études. (26) (44) On retrouve 51% de médecin spécialiste en médecine générale pratiquant dans une étude réalisée chez des maîtres de stages en Nord Pas de calais en 2012. Parmi ceux-ci 55% réalisent au moins 1 infiltration de corticoïdes par mois.(26)

Dans une étude réalisée en Haute Normandie en 2014, 59.6% des médecins généralistes



pratiquent ce geste. 77,2% au moins une fois par mois.(44)

Dans une étude réalisée en Loire Atlantique, 54% pratiquent le geste, à une fréquence moyenne de 23 fois par an.(45)

Une étude réalisée en 2005 auprès de 70 médecins généralistes de la région Parisienne a objectivé une pratique infiltrative chez 44,3% d'entre eux.(46)

La pratique d'infiltration de corticoïdes en médecine générale est développée et la fréquence de cette pratique est très variable selon le médecin généraliste. Le médecin spécialiste en médecine générale dispose de nombreux outils pour renforcer cette compétence.

Les internes de médecine générale de la faculté de Lille bénéficient au cours de leur formation initiale d'un atelier de gestes pratiques des infiltrations sur mannequins au centre PRESAGE.

La formation est co-expertisée par un rhumatologue et un médecin généraliste. Une enquête est en cours pour évaluer le taux de réalisation du geste infiltratif après formation.

La formation initiale durant l'internat et l'apprentissage authentique par des maîtres de stage formés devrait développer cette pratique à l'avenir.

### **e) Etre orienté vers un médecin spécialiste autre que le médecin généraliste**

Basé sur l'étude ECOGEN (Eléments de la Consultation en Médecine GENérale)(47), une recherche réalisée en 2013 sur le recours aux médecins spécialistes lors des consultations de médecine générale montre que 11,67% (n=2425) des consultations ont donné lieu à un courrier pour un autre spécialiste.(48)

Une revue de littérature a été réalisée sur les méthodes efficaces pour améliorer le processus d'orientation des patients ambulatoires vers des soins spécialisés. Elle a relevé qu'en améliorant la formation en matière d'orientation, l'orientation des patients d'ambulatoire vers des soins spécialisés était optimisée. De même, en améliorant les services fournis avant l'orientation.(49)

Ces éléments suggèrent au médecin spécialiste en médecine générale qu'il possède tous les outils pour améliorer la prise en charge de son patient. La réalisation d'une infiltration de corticoïde dans son cabinet peut améliorer le service rendu au patient.

Aucune étude ne s'est intéressée à l'orientation vers le médecin spécialiste autre que généraliste pour la réalisation spécifique d'un geste technique comme l'infiltration de corticoïde.

### **f) Consulter un médecin spécialisé pour réaliser l'infiltration**

La compétence plus spécifique et l'expérience du médecin spécialiste tel que le rhumatologue est recherchée par certains, à juste titre. Le DES de rhumatologie compte 4 années de formation dont 2 ans dans des services de rhumatologie. Avec une formation en rhumatologie interventionnelle. Celui de radiologie comporte 5 années de formation.(50)

Une étude réalisée en Bretagne en 2003 chez des rhumatologues montrait la pratique de gestes techniques dans 22% des consultations. (51)

Les compétences et la pratique des médecins spécialistes (notamment rhumatologue) sont importantes. Devant des gestes plus difficiles, en raison du patient ou de sa pathologie, la compétence du médecin généraliste est de connaître ses limites et de savoir passer la main.

### **g) Avoir un meilleur accès aux soins chez le médecin généraliste**

Une étude réalisée dans le cadre de « l'observatoire de l'accès aux soins - Edition 2014 » par l'IFOP en 2014 sur un échantillon de 1012 personnes représentatif de la population âgée de plus de 18 ans montre un délai de rendez-vous de 4 jours en moyenne chez un médecin spécialiste en médecine générale. Le délai de rendez-vous chez un rhumatologue libéral était de 37 jours en 2014. Ce délai était en augmentation selon cette étude, passant de 28 jours en 2011 à 37 jours en 2014.(52) Ce délai est comparable pour le rhumatologue exerçant en hospitalier.

L'accès aux soins chez le spécialiste en médecine générale est jugé « facile » par 89% des sondés. Chez les autres spécialistes, il est jugé « facile » chez 51% des sondés.

Une étude de 2009 réalisée par la DREES à propos de la démographie médicale à l'horizon 2030 prédit une évolution du nombre de médecins spécialistes en médecine générale à +0.6% entre 2006 et 2030 avec un nadir en 2020. Concernant les médecins spécialistes, la projection du nombre de rhumatologues en 2030 envisage une baisse de -29.8% des effectifs par rapport à 2006. Concernant les radiologues, une projection en 2030 de -9.8% par rapport à 2006 est prévue.(53)

Au vu des projections à l'échelle 2030, l'accès aux soins chez le spécialiste risque de se dégrader. Dans ce contexte, le médecin spécialiste en médecine générale sera sollicité pour réaliser les infiltrations de corticoïdes afin d'améliorer la prise en charge de ses patients.

### **h) Avoir confiance envers le médecin qui réalise le geste**

La confiance envers le médecin qui réalise l'infiltration est un préalable indispensable. Une enquête suisse réalisée en 2009 sur 1500 personnes montre que la confiance envers le

médecin généraliste est essentielle dans la relation médecin-patient.(54)

Une étude transversale descriptive quantitative réalisée en 2017 montre un niveau de confiance envers le généraliste élevée à 37.10 (écart type= 5.37) sur un score maximal de 46.(55) Cela corrobore les résultats de notre enquête où dans la majorité des entretiens la confiance est un thème abordé. La confiance envers le médecin généraliste qui ressort dans cette étude doit favoriser la pratique d'infiltration de corticoïdes au cabinet.

### **i) Avoir un coût moindre de l'infiltration chez le médecin généraliste**

L'aspect financier est évoqué à plusieurs reprises lors des entretiens. Les participants de l'étude plébiscitent l'infiltration chez le médecin généraliste.

La cotation des gestes infiltratifs chez un autre spécialiste (rhumatologue, radiologue, chirurgien) (56) est la même qu'en médecine générale à savoir :

- Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage (MZLB001) 26.13€
- Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage (NZLB001) 30.82€
- Infiltration thérapeutique d'articulation vertébrale postérieure, par voie transcutanée sans guidage (LHLB001) 34.17€
- Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage (AHLB006) 29.48€

Le surcoût de l'infiltration chez le spécialiste autre que le médecin généraliste s'exprime donc par la multiplication des rendez-vous nécessaire avant le geste. Un surcoût peut être lié à un guidage échographique (+YYYY028 37,80€)

Cette différence de coût peut s'observer si le geste est réalisé par le spécialiste avec des honoraires libres, en secteur 2 ou 3.

## Conclusion

L'amélioration de la qualité de vie des sujets ayant reçu une infiltration de corticoïdes ainsi que la recrudescence des indications d'infiltrations doivent être des facteurs incitatifs à la pratique d'infiltration au cabinet de médecine générale.

Certains freins étant la confiance et le manque d'information, le médecin généraliste par son attitude et ses compétences peut y remédier. Il serait utile de prévoir quelques minutes d'information lorsque le geste est proposé au patient. De même lors de sa réalisation, chaque étape peut facilement être commentée pour lever l'appréhension.

Un des principaux freins à la pratique des infiltrations de corticoïdes en médecine générale apparaît dans cette étude la non-pratique du geste par le médecin généraliste.

D'autres travaux ont déjà explorés les déterminants de cette absence de pratique.

Concernant les conditions matérielles au cabinet de médecine générale, il est évident qu'actuellement la présence d'échographe et son utilisation par le médecin généraliste sont rares même si l'on assiste à son développement. On peut imaginer à l'avenir avec les progrès technologiques, un accès plus facile à l'échographie en ambulatoire au cabinet du médecin spécialiste en médecine générale.

Les atouts du médecin spécialiste en médecine générale dans cette pratique sont la confiance et l'accès facilité aux soins dans leur cabinet. La confiance envers le médecin généraliste apparaît comme importante dans cette étude ainsi que dans la littérature.

Le médecin généraliste peut répondre de manière rapide au patient, par une consultation de proximité, afin d'espérer soulager au mieux la douleur du patient.

Le développement de cette pratique en médecine générale pourrait permettre aux rhumatologues de se consacrer aux infiltrations d'abord plus difficiles et écho guidées, ainsi qu'aux pathologies et thérapeutiques plus spécifiques.

## Références bibliographiques

1. WONCA definition French version.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
2. Arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins.
3. Constat sur l'organisation des soins primaires en France - Exercer 2012 101:65-72. Disponible sur: [http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/04-65-71\\_exercer101\\_cartier.pdf](http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/04-65-71_exercer101_cartier.pdf)
4. Commentaires\_du\_code\_de\_deontologie\_medicale.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/saved\\_ressources/Commentaires\\_du\\_code\\_de\\_deontologie\\_medicale.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/saved_ressources/Commentaires_du_code_de_deontologie_medicale.pdf)
5. Corticoïdes en intra-articulaire chez l'adulte - EM Premium Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/994094/resultatrecherche/3>
6. Hollander JL, Brown EM, Jessar RA, Brown CY. Hydrocortisone and cortisone injected into arthritic joints; comparative effects of and use of hydrocortisone as a local antiarthritic agent. *J Am Med Assoc.* 22 déc 1951;147(17):1629-35.
7. CREAMER P. Intra-articular corticosteroid injections in osteoarthritis: do they work and if so, how? *Ann Rheum Dis.* nov 1997;56(11):634-6.
8. Bannuru RR, Schmid CH, Kent DM, Vaysbrot EE, Wong JB, McAlindon TE. Comparative effectiveness of pharmacologic interventions for knee osteoarthritis: a systematic review and network meta-analysis. *Ann Intern Med.* 6 janv 2015;162(1):46-54.
9. Evidence based knee injections for the management of arthritis Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.doc-distant.univ-lille2.fr/pmc/articles/PMC3376243/>
10. Trellu S, Dadoun S, Berenbaum F, Fautrel B, Gossec L. Infiltrations intra-articulaires dans la rhizarthrose : revue systématique et méta-analyse d'essais comparatifs randomisés. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/1051017/resultatrecherche/3>
11. Coombes BK, Bisset L, Vicenzino B. Efficacy and safety of corticosteroid injections and other injections for management of tendinopathy: a systematic review of randomised controlled trials. *Lancet Lond Engl.* 20 nov 2010;376(9754):1751-67.
12. Foster ZJ, Voss TT, Hatch J, Frimodig A. Corticosteroid Injections for Common Musculoskeletal Conditions. *Am Fam Physician.* 15 oct 2015;92(8):694-9.
13. Traduction des recommandations de l'OARSI -Y. Henrotin Disponible sur: <http://www.rhumatologie.asso.fr/05-Bibliotheque/Publications/Revue76/76-3-Henrotin.pdf>
14. Clinical utility of ultrasound guidance for intra-articular knee injections: a review. - PubMed - NCBI Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.doc-distant.univ-lille2.fr/pubmed/?term=Clinical+utility+of+ultrasound+guidance+for+intra-articular+knee+injections%3A+a+review>.
15. Patel DN, Nayyar S, Hasan S, Khatib O, Sidash S, Jazrawi LM. Comparison of ultrasound-

- guided versus blind glenohumeral injections: a cadaveric study. *J Shoulder Elbow Surg.* déc 2012;21(12):1664-8.
16. Goff PL, Baron D. Corticoïdes en intra-articulaire chez l'adulte. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/994094/resultatrecherche/3>
  17. I Tonolli-Sérabian. Peut-on infiltrer sans risque les patients atteints d'un diabète de type 2: étude prospective. Disponible sur: <http://sfr.larhumatologie.fr/rc/2006/jnrstetien/poster/20060301-100346-153/fc/src/ld/>
  18. Effets systémiques des infiltrations de glucocorticoïdes épidurales et intra-articulaires chez les patients diabétiques et non diabétiques - ScienceDirect Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1169833007002827>
  19. Seror P, Pluvinage P, d'Andre FL, Benamou P, Attuil G. Frequency of sepsis after local corticosteroid injection (an inquiry on 1160000 injections in rheumatological private practice in France). *Rheumatol Oxf Engl.* déc 1999;38(12):1272-4.
  20. Article 35 - Information du patient | Conseil National de l'Ordre des Médecins. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-35-information-du-malade-259>
  21. Recommandations sur la délivrance de l'information à la personne sur son état de santé Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations\\_-\\_delivrance\\_de\\_linformation\\_a\\_la\\_personne\\_sur\\_son\\_etat\\_de\\_sante.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf)
  22. Fiche d'information infiltration\_snmr.pdf Disponible sur: [http://www.smpr.org/fiche\\_infiltration\\_snmr.pdf](http://www.smpr.org/fiche_infiltration_snmr.pdf)
  23. Article 36 - Consentement du patient | Conseil National de l'Ordre des Médecins. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-36-consentement-du-malade-260>
  24. Les gestes techniques en médecine générale : enquête auprès des médecins généralistes du Tarn - Thèses d'exercice de Santé. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/726/>
  25. Etat des lieux des gestes en médecine générale et obstacles à leur réalisation : enquête réalisée dans la région Nord-Pas-de-Calais Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-1669>
  26. Les infiltrations en médecine générale : état des pratiques et des formations des maîtres de stage de la région Nord-Pas-de-Calais Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-1849>
  27. Les infiltrations de corticoïdes en cabinet de médecine générale : pratiques, réticences et souhaits : analyse qualitative par entretiens semi-dirigés Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00873184>
  28. Les infiltrations pendant la période post-internat. Enquête d'opinions sur les pratiques, les déterminants et la formation au geste, auprès des anciens étudiants du DES de médecine générale de Créteil ayant passé l'ENC entre 2004 et 2009. F. FREAU.
  29. Musculoskeletal Injections: A Review of the Evidence - American Family Physician Disponible sur: <http://www.aafp.org/afp/2008/1015/p971.html>
  30. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - Insee Première - 1089 Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>
  31. PRÉVALENCE DES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES ET DES FACTEURS

BIOMÉCANIQUES D'ORIGINE PROFESSIONNELLE : PREMIÈRES ESTIMATIONS À PARTIR DE CONSTANCES Disponible sur: [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/35-36/pdf/2016\\_35-36\\_4.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/35-36/pdf/2016_35-36_4.pdf)

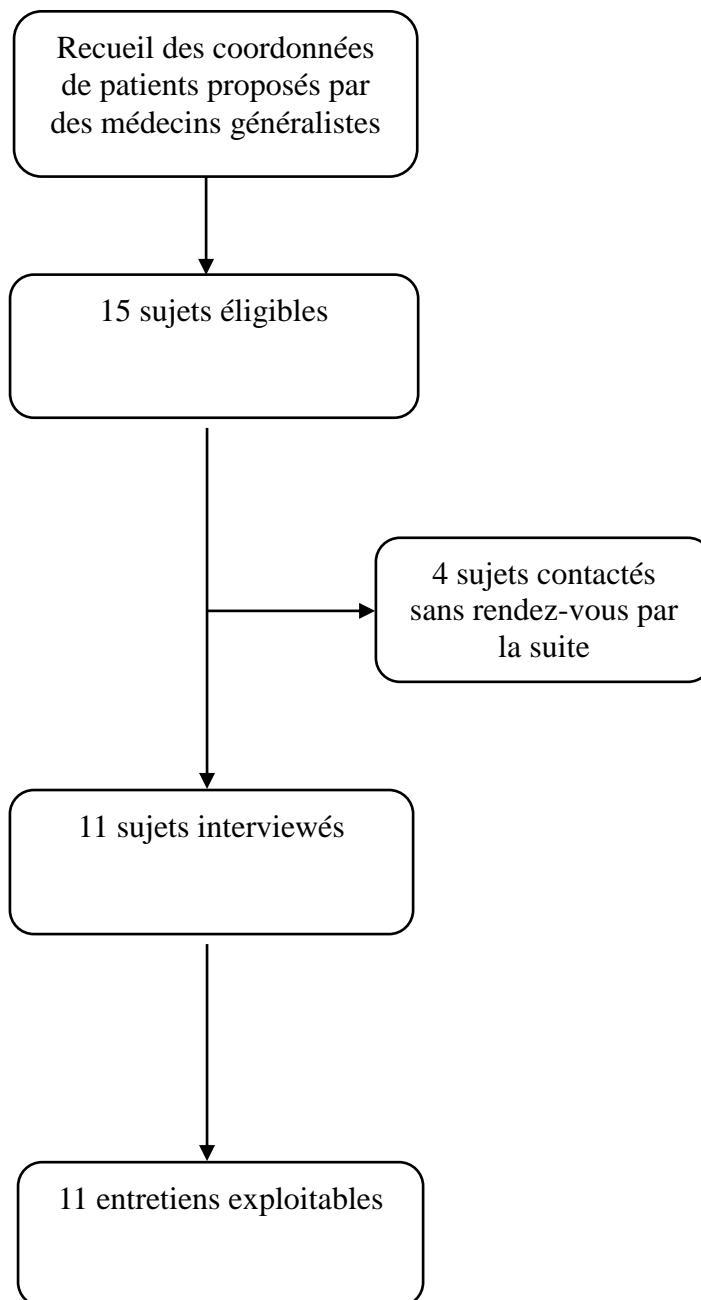
32. Exploration des obstacles à la pratique de gestes techniques au cabinet de médecine générale : étude qualitative réalisée auprès de 11 médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-1671>
33. Atlas de la démographie médicale 2015 | Conseil National de l'Ordre des Médecins Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1607>
34. Exercer 2008; 84:142-5. Introduction à la recherche qualitative. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446\\_2008\\_introduction\\_\\_RQ\\_\\_Exercer.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction__RQ__Exercer.pdf)
35. Diriger une thèse qualitative - Exercer 2010 93:111-4.
36. L'information et le consentement du patient - Les droits des malades et les lois de 2002 - Dossiers - La Documentation française Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/droits-malades/information-patient.shtml#>
37. Corticoïdes en intra-articulaire chez l'adulte - EM Premium Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/994094/resultatrecherche/3>
38. Clinical utility of ultrasound guidance for intra-articular knee injections: a review. - PubMed - NCBI Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.doc-distant.univ-lille2.fr/pubmed/?term=Clinical+utility+of+ultrasound+guidance+for+intra-articular+knee+injections%3A+a+review>.
39. Henkus H-E, Cobben LPJ, Coerkamp EG, Nelissen RGHH, van Arkel ERA. The accuracy of subacromial injections: a prospective randomized magnetic resonance imaging study. *Arthrosc J Arthrosc Relat Surg Off Publ Arthrosc Assoc N Am Int Arthrosc Assoc.* mars 2006;22(3):277-82.
40. Patel DN, Nayyar S, Hasan S, Khatib O, Sidash S, Jazrawi LM. Comparison of ultrasound-guided versus blind glenohumeral injections: a cadaveric study. *J Shoulder Elbow Surg.* déc 2012;21(12):1664-8.
41. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés | ameli.fr Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
42. Referentiel\_Metier\_et\_Compétences\_MG.pdf Disponible sur: [http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Referentiel\\_Metier\\_et\\_Compétences\\_MG.pdf](http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Referentiel_Metier_et_Compétences_MG.pdf)
43. Code de déontologie des médecins Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
44. Pratique et formation des infiltrations de corticoïdes par les médecins généralistes hauts-normands Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01121548>
45. Enquête de pratique des infiltrations en médecine générale du département de Loire Atlantique. Disponible sur: <http://www.rhumatologie.asso.fr/data/ModuleProgramme/PageSite/2008-1/Resume/2873.asp>
46. Les infiltrations locales de corticoïdes [Texte imprimé] : intérêt, pratique et formation en médecine générale Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr//DB=2.1/SET=2/TTL=1/CLK?IKT=1016&TRM=Les+infiltrations+lo>

cales+de+corticoi%CC%88des

47. exercer n°114, page 148 Disponible sur: <https://www.exercer.fr/numero/114/page/148/>
48. Lelong T. Quel est le recours aux médecins correspondants spécialistes lors des consultations de médecine générale ? : analyse du parcours de soins coordonnés dans l'étude française multicentrique ECOGEN [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2013.
49. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care - Akbari - 2008 - The Cochrane Library - Wiley Online Library
50. Maquettes des DES – ISNI [Internet]. Disponible sur: <http://www.isni.fr/maquettes/>
51. Livre Blanc : Chapitre 5 : La consultation rhumatologique et le profil des malades hospitalisés Disponible sur: <http://www.rhumatologie.asso.fr/05-bibliotheque/livre-blanc/e2-consultation.asp>
52. Observatoire-de-laces-aux-soins\_Edition-2014.pdf Disponible sur: [http://www.jalma.com/wp-content/uploads/2014/01/Observatoire-de-laces-aux-soins\\_Edition-2014.pdf](http://www.jalma.com/wp-content/uploads/2014/01/Observatoire-de-laces-aux-soins_Edition-2014.pdf)
53. La démographie médicale à l'horizon 2030 - DREES etudes et résultats n79 février 2009. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>
54. Bulletin des médecins suisses | Schweizerische Ärztezeitung | Bollettino dei medici svizzeri | 2010;91: 26/27 Disponible sur: <https://www.fmh.ch/files/pdf4/2010-26-441f1.pdf>
55. Le choix du médecin généraliste et la confiance Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-7885>
56. Cotations en rhumatologie - MG France région Occitane Disponible sur: <http://www.mgfrance-lr.org/cotations-en-rhumatologie-1.html>



## Annexe n° 1 : Flow chart



## Annexe 2 : Guide d'entretien

### ATTESTATION DE CONFIDENTIALITE

Madame, Monsieur,

Monsieur Benjamin Vieillard participe en qualité de médecin remplaçant non thésé au développement de l'activité de recherche en soins primaires du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Lille. C'est à ce titre que vous la rencontrez aujourd'hui pour un entretien. Cet entretien devrait durer environ une demi-heure et portera sur un sujet pour lequel nous ne pouvons rien vous dire afin de garantir la spontanéité de votre discours. Tout ce que nous sommes en droit de révéler est que cet entretien sera totalement confidentiel. Cet entretien sera intégralement retranscrit à partir de son enregistrement et anonymisé.

L'interne qui vous rencontrera est tenu au secret de la recherche et ne pourra en aucun cas divulguer nominalement vos propos.

Nous vous remercions donc pour votre collaboration et l'accueil que vous réservez à notre jeune collègue.

Veillez agréer, chère Madame, cher Monsieur, nos sincères salutations.

Benjamin Vieillard

Docteur Marc Bayen, directeur de thèse

### CONSENTEMENT ECLAIRE

Je vous confirme que l'on m'a expliqué le but de l'entretien réalisé par Mr Benjamin Vieillard, étudiant en médecine à la faculté de Lille, le .....

Je donne mon autorisation à l'enregistrement de cet entretien et à sa transcription, qui sera utilisé dans le cadre d'une thèse de recherche en médecine générale, et ce de manière anonyme.

A

le

Lu et approuvé

### **Introduction :**

Bonjour, merci d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je m'appelle Benjamin Vieillard, médecin généraliste remplaçant et réalise ma thèse sur la pratique des infiltrations de corticoïdes. Je recherche les représentations qu'ont les patients des infiltrations en cabinet de médecine générale. Cet entretien d'une vingtaine de minutes sera enregistré et restera anonyme.

Les infiltrations de cortisone sont des injections locales de corticoïdes, fréquemment utilisées dans le traitement des pathologies articulaires et tendineuses comme les rhumatismes, l'arthrose, les tendinites. Elles sont réalisées par un médecin.

### **Guide d'entretien au premier entretien**

Question brise-glace : Quelle est votre expérience des infiltrations de corticoïdes ?

- 1/ Qu'attendez-vous d'une infiltration de corticoïde ?
- 2 / Quelles conditions à sa réalisation vous paraissent nécessaire ?
- 3/ Quelle information avez-vous reçu concernant cette pratique ?
- 4/ Quel(s) médecin(s) consultez-vous pour ce motif ?
- 5/Si votre pathologie nécessite une infiltration, quelle (s) démarche (s) réaliseriez-vous ?
- 6/ Pourquoi réaliseriez-vous ou non le geste chez votre médecin généraliste ?
- 7/ Selon vous, comment pourrais être amélioré la pratique des infiltrations en médecine générale ?

### **Guide d'entretien lors de la fin du recrutement**

Question brise-glace : Quelle est votre expérience des infiltrations de corticoïdes ?

- 1/ Qu'attendez-vous d'une infiltration de corticoïde ?
  - 2 / Quelles conditions à sa réalisation vous paraissent nécessaire ?  
Et information nécessaire ?
  - 4/ Quel(s) médecin(s) consultez-vous pour ce motif ?
  - 5/Si votre pathologie nécessite une infiltration, quelle(s) démarche (s) réaliseriez-vous ?
  - 6/ Pourquoi réaliseriez-vous ou non le geste chez votre médecin généraliste ?
  - 7/Que pensez-vous de la réalisation d'infiltrations par votre médecin généraliste ?
- Relance : que pensez-vous : de ses compétences, du lieu de réalisation, de son expérience  
Relance sur le oui/non
- 8/ Pour quelle(s) raison(s) préféreriez- vous consulter un autre médecin que votre médecin généraliste ?
  - 9/ Selon vous, comment pourrais être amélioré la pratique des infiltrations en médecine générale ?

Fiche de présentation
-----------------------

Age.....  
Sexe.....  
Profession.....  
Lieu d'habitation.....urbain / semi  
rural / rural  
Localité du médecin traitant..... urbain / semi rural /  
rural  
Réalisation d'infiltrations. Si oui quand ?.....  
Pathologie infiltrée ?.....  
Nombre de gestes infiltratifs réalisés.....  
Lieu et spécialiste ayant réalisé l'infiltration ?.....  
Distance du centre hospitalier le plus proche ?.....

## **ANNEXE 3: NOTICE D'INFORMATION**

### **Pratique des infiltrations de corticoïdes en médecine générale: représentations du patient. Etude qualitative réalisée en Nord Pas de Calais**

**Numéro de protocole : 2017-A00741-52**

**Promoteur : Université Lille 2, Faculté de médecine Henri Warembourg**

**Investigateur principal : Dr Marc Bayen**

Madame, Monsieur,

Vous avez bénéficié d'une infiltration de corticoïdes.

Benjamin Vieillard, médecin remplaçant non thésé, vous propose de participer à une recherche sur vos données intitulé : Pratique des infiltrations de corticoïdes en médecine générale: représentations du patient.

Nous vous proposons de lire attentivement cette lettre d'information dont le but est de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser.

Avant d'autoriser votre participation, vous disposez d'un délai de réflexion afin de prendre connaissance de ce document.

Vous pourrez à tout moment durant la recherche, vous adresser à votre médecin pour lui poser toute question complémentaire.

#### **OBJECTIF DE LA RECHERCHE**

L'objectif de cette étude est d'améliorer la pratique d'infiltrations de corticoïdes en cabinet de médecine générale. Evaluer les freins du patient à la pratique d'infiltrations de corticoïdes en médecine générale.

#### **DECISION DE PARTICIPER A LA RECHERCHE**

Vous êtes libre de décider de participer ou non à cette recherche. Vous pouvez refuser ou vous retirer de la recherche à tout moment sans avoir à donner la raison de votre décision. Ni vos relations avec l'équipe médicale ni votre prise en charge ne seront affectées par votre décision.

Si vous ne souhaitez pas participer à cette recherche, veuillez contacter les personnes en charge de ce projet (voir les contacts en fin de document).

Si vous acceptez de participer à la recherche, celle-ci sera sans frais pour vous mais vous ne recevrez aucune indemnité pour cette participation.

### **EN QUOI CONSISTE VOTRE PARTICIPATION**

Votre participation consistera à donner votre accord pour l'utilisation à des fins de recherche, des données recueillies lors des visites avec votre médecin. L'entretien réalisé sera enregistré puis retranscrit sur word et anonymisé. Ensuite, il sera analysé avant d'aboutir aux résultats de l'étude.

### **CONFIDENTIALITE ET PROTECTION DES PATIENTS**

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur.

Un avis du comité de protection des personnes a été demandé.

Les données médicales vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière codées sans mention du nom ou du prénom. En vertu des articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 Informatique et Libertés modifiée, vous pouvez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès du médecin qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par le médecin de la recherche, selon votre choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin que vous désignerez à cet effet.

Par la présente, vous délivrez une autorisation de l'utilisation de vos données personnelles au seul organisme, Faculté de médecine Henri Warembourg, Université de Lille 2, responsable de l'étude. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.

### **RESULTATS DE LA RECHERCHE**

Une fois les données de recherche collectées, elles seront traitées et analysées par du personnel qualifié pour cette tâche. La confidentialité des données sera respectée.

Si vous le souhaitez, vous pourrez également être informé(e) des résultats globaux de l'étude.

**CONTACT POUR PLUS D'INFORMATION**

Si vous avez une question quelconque concernant cette recherche, n'hésitez pas à vous adresser au médecin en charge de la recherche :Dr Marc Bayen

Benjamin Vieillard n° 0607238464  
Adresse postale : 3 rue des Castors 62360 BAINCTHUN  
Mail : ben.vieillard@gmail.com

## Annexe 4: Caractéristiques des participants

Individu	Age	Sexe	Infiltration par le médecin généraliste	Infiltration par un autre spécialiste	Lieu d'habitation	Nombre de gestes infiltratifs réalisés	Pathologie infiltrée	distance du centre hospitalier le plus proche	autre spécialiste ayant réalisé l'infiltration	Durée de l'entretien
1	74	Féminin	Non	Oui	Rural	3	Gonarthrose	15	radiologue	9min20
2	69	Masculin	Oui	Oui	Semi urbain	>5	Rhizarthrose	8	radiologue	10min30
3	59	Féminin	Non	Oui	urbain	2	Rhizarthrose + épaule	20	rhumatologue	11min05
4	45	Féminin	Oui	Oui	urbain	5	épaule + rachis	5	rhumatologue	13min09
5	61	Féminin	Oui	Oui	urbain	5	coude + aponévrosite plantaire	5	rhumatologue	14min44
6	58	Féminin	Non	Oui	Semi urbain	>10	capsulite, genou rachis	10	rhumatologue	10min04
7	58	Masculin	Non	Oui	Rural	1	Aponévrosite plantaire	8	chirurgien	22min06
8	64	Masculin	Non	Oui	Rural	1	Rachis Lombar	15	radiologue	10min18
9	60	Féminin	Non	Oui	Rural	3	capsulite	15	rhumatologue	13min28
10	70	Masculin	Non	Oui	Rural	10	épaule, poignet, pouce	5	radio/rhumato	15min27s
11	46	Féminin	Oui	Non	urbain	3	coude, hanche	5/10km	aucun	9min40



**AUTEUR : Nom : VIEILLARD**

**Prénom : Benjamin**

**Date de Soutenance : 16 novembre 2017 à 18h**

**Titre de la Thèse : « Pratique des infiltrations de corticoïdes en médecine générale : représentations du patient »**

**Thèse - Médecine - Lille 2017**

**Cadre de classement : DES de médecine générale**

**Mots-clés : corticoïdes, infiltrations, médecine générale, soins primaires**

**Résumé :**

**Introduction :** Les indications des infiltrations de corticoïdes sont multiples et sont amenées à se développer. Le médecin généraliste peut améliorer la prise en charge de son patient en réalisant l'infiltration au cabinet de médecine générale dès lors qu'il a été formé. L'objectif de ce travail est d'améliorer la pratique d'infiltrations de corticoïdes en cabinet de médecine générale en recherchant les facteurs favorisant et les freins à cette pratique.

**Matériels et méthode :** Une étude qualitative en utilisant l'analyse thématique a été réalisée grâce à des entretiens semi-dirigés. Cette étude a été conduite d'octobre 2016 à septembre 2017 en Nord Pas de Calais. Onze entretiens d'une durée moyenne de 13 minutes ont été nécessaires pour obtenir une saturation des données. Après retranscription des entretiens, une triangulation des données a été réalisée.

**Résultats :** Cette étude a mis en évidence 10 thématiques : améliorer la qualité de vie en réalisant l'infiltration, souhaiter être plus informé avant le geste, suivre le parcours de soins, avoir la compétence pour réaliser le geste, être orienté ou consulter un spécialiste autre que le médecin généraliste, avoir un meilleur accès aux soins chez le médecin généraliste, avoir confiance envers le médecin qui réalise le geste et avoir un coût moindre en réalisant le geste chez le médecin généraliste.

**Conclusion :** Le médecin spécialiste en médecine générale possède, d'après cette étude, de nombreux atouts pour réaliser les infiltrations de corticoïdes. La formation universitaire initiale devrait permettre, à l'avenir, une plus grande pratique des infiltrations en médecine générale.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur CORTET Bernard**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur MIGAUD Henri**

**Monsieur le Docteur BAYEN Marc**

**Monsieur le Docteur GROSBETY Jean-Yves**

**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur BAYEN Marc**