



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Quels sont les limites, du point de vue du patient, à consulter leur généraliste pour des plaies superficielles ?

Présentée et soutenue publiquement le 15 mai 2024 à 18H00
au Pôle Formation
par **CLEMENT COCHETEUX**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Luc DEFEBVRE

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Bénédicte MOREAU

Sommaire

Contenu

INTRODUCTON	4
II- Les sutures, contexte et définition en médecine générale	4
1- Le contexte	4
2- La suture définition	4
III- Des urgences surchargées et un acte peu pratiqué en libéral	5
1- Une surcharge des services hospitaliers	5
2- Un acte peu pratiqué par les généralistes.....	5
IV- Le projet de recherche	5
MATERIEL ET METHODE	7
I- Choix du type d'étude	7
II- Aspects éthiques.....	7
III- Choix de la population	8
1- Critères de choix de la population.....	8
2- En pratique	9
IV- Déroulement.....	10
1- Guide de l'entretien	10
2- Lors des entretiens	10
3- Le traitement des données	10
4- Analyse des données.....	11
RESULTATS	13
I- Analyse de la population	13
1- Saturation des données.....	13
2- Nombres de témoins recrutés.....	13
3- Critères sociodémographiques :.....	14
II- Analyse manuelle	16
1- Fréquences des thèmes abordés.....	16
2- Le manque de disponibilité	18
3- La gravité	20

4-	Accès facile aux Urgences	23
5-	Le manque de pratique du généraliste	25
6-	L'absence de matériel	26
7-	L'attente	27
8-	La confiance en leur médecin généraliste.....	28
9-	La qualité des soins	29
10-	Conclusion :	29
III-	Analyse informatique.....	30
1-	Préambule à l'analyse informatique	30
2-	Analyse lexicale de l'ensemble du corpus de texte :.....	31
3-	Analyse selon les thématiques abordées par les témoins	37
	DISCUSSION.....	42
I-	Un objet de recherche d'actualité.....	42
II-	Rappel des hypothèses de travail.....	43
III-	Forces et limite de l'étude	43
1-	Un sujet d'actualité	43
2-	Méthode d'analyse des données et organisation de la recherche	44
3-	Premier travail de recherche.....	44
4-	Biais de sélection, manque de représentativité de la population étudiée	45
5-	Des données démographiques absentes	46
6-	Une étude limitée par le manque d'interactivité au cours de certains entretiens.....	46
7-	Une mauvaise compréhension des hypothèses abordées.....	47
IV-	Discussion des résultats.....	47
1-	Rien de systématique	47
2-	La gravité de la lésion	48
3-	Le manque de matériel et l'isolement du médecin traitant	49
4-	Le tiers payant	50
5-	Une confiance en leur médecin généraliste qui favorise la médecine de ville	50
6-	Des facteurs n'influençant pas la prise de décision du choix du lieu de la consultation	51
	CONCLUSION :	53
	BIBLIOGRAPHIE	55
	ANNEXES.....	56

INTRODUCTON

I- Les sutures, contexte et définition en médecine générale

1- Le contexte

Le médecin généraliste est le médecin de premier recours. Il est le plus souvent sollicité pour les premières investigations conjointement à la mise en route des premiers traitements.

Durant mon externat et mon internat, j'ai pu constater que de nombreux patients consultent les urgences pour des pathologies qui pourraient être prises en charge en médecine libérale.

Tout ceci génère une surcharge de travail sur les services d'urgences et augmente mécaniquement les délais de prise en charge.

2- La suture définition

La suture est un geste de petite chirurgie. C'est le plus souvent le premier geste que l'étudiant en médecine apprend.

Il consiste à rapprocher les deux berges de la plaie afin de favoriser la cicatrisation et de limiter le risque infectieux. Ce geste est réalisé, le plus souvent au bloc opératoire, mais il est également réalisé dans le cadre de plaie mineure, à la suite de petit traumatisme.

Toutes les sutures ne peuvent se réaliser en médecine libérale. Ainsi lorsque la plaie est profonde et qu'il existe un risque d'atteinte des organes nobles l'exploration chirurgicale peut se révéler indispensable.

II- Des urgences surchargées et un acte peu pratiqué en libéral

1- Une surcharge des services hospitaliers

Aujourd'hui en France, la plupart des services d'urgences sont débordés avec des délais d'attente de prise en charge qui s'allongent.

2- Un acte peu pratiqué par les généralistes

Plusieurs études se sont intéressées à la baisse de la pratique de ce geste par les médecins généralistes.

Ainsi les médecins généralistes interrogés au cours des différentes études ont évoqué comme principaux arguments le caractère chronophage de l'acte, sa faible rémunération, la crainte de poursuite médico-légale et le manque de sollicitation de la part des patients.

III- Le projet de recherche

Dans ce travail j'ai voulu m'intéresser aux raisons qui poussent les patients à préférer consulter les urgences plutôt que leur médecin de famille pour la réalisation de suture.

De mon expérience et des données de la bibliographie, j'ai émis plusieurs hypothèses pour répondre à ce travail de recherche :

Tout d'abord le fait qu'il existe probablement une méconnaissance des patients. Cette hypothèse est étayée par une étude de 2011 (3). Durant cette étude, 94% des patients qui se sont présentés aux urgences pour de la petite traumatologie n'avaient pas consulté leur médecin généraliste au préalable. Ils ne savaient pas que leur médecin traitant pouvait réaliser cet acte au cabinet.

Le fait d'avoir accès à un plateau technique plus important aux urgences qu'au cabinet de médecine générale pourrait également être un argument pour les patients.

Enfin l'urgence ressentie de la plaie et le manque de disponibilité de leur médecin traitant pourraient être des arguments importants pour les patients.

C'est pourquoi ma question de recherche est la suivante : **Quels sont les limites, du point de vue du patient, à consulter leur médecin généraliste pour des plaies superficielles ?**

MATERIEL ET METHODE

I- Choix du type d'étude

Pour explorer nos hypothèses et devant une grande part de subjectivité, la méthode qualitative m'a semblé le plus adaptée. La méthode qualitative permet d'interpréter les hypothèses dans leur contexte.

J'ai également décidé de recourir à la théorisation ancrée car elle permet d'adapter les thèmes abordés au cours des entretiens suivants.

Pour favoriser les échanges des différents points de vue, j'ai opté pour la méthode des focus groups. Les focus groups permettent à chacun des témoins d'exprimer son expérience ou son point de vue et d'interagir avec les autres témoins.

Notre étude est donc qualitative par théorisation **ancrée, prospective, observationnelle** par **la méthode des focus groups**.

II- Aspects éthiques

Sur le plan éthique avant de réaliser les focus groups, j'ai demandé l'accord auprès du Comité de Protection des personnes. Celui-ci a donné un avis favorable à l'étude, précisant qu'elle ne requérait pas d'accord au préalable en raison du caractère non intrusif des questions et des thèmes abordés.

J'ai également obtenu l'accord de la CNIL pour la collecte et l'enregistrement des données. Aucun accord de consentement n'a été requis car les patients ont été recrutés sur la base du bénévolat laissant supposer le consentement comme acquis.

III- Choix de la population

1- Critères de choix de la population

Le recrutement de la population s'est fait entre octobre 2021 et décembre 2022.

Nous avons recruté la population en postant des annonces dans les boites aux lettres ou en contactant des associations de la métropole Lilloise afin d'obtenir un échantillon représentatif de la population.

Les critères d'inclusions étaient:

- Vivre au sein de la métropole Lilloise
- Avoir plus de 18 ans
- Etre francophone

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Être mineur
- Ne pas parler français
- Avoir des troubles cognitifs sévères, aphasie empêchant toute interaction et toute compréhension

Durant les entretiens des données sociodémographiques ont été recueillies afin de détecter une éventuelle influence sur les réponses obtenues.

- Le lieu de vie
- L'âge
- Le sexe
- La profession (le niveau socioéconomique)
- La déclaration ou non du médecin traitant

2- En pratique

a- Sélection des patients

Le recrutement des patients s'est fait par la mise en place d'annonce (cf. annexe 1) dans les boîtes aux lettres aux abords des salles de réunion ou via le contact d'associations municipales. Ils étaient ensuite invités à me contacter par mail ou téléphone afin de vérifier le respect des critères d'inclusion et d'exclusion et de répondre à leurs éventuelles interrogations.

Il a été décidé d'interrompre le recrutement des patients une fois la saturation des données atteintes.

b- Information au patient et aspects éthiques

Via l'annonce, les patients étaient informés qu'ils seraient enregistrés durant les focus groups. Ils leur étaient demandés de bien vouloir signer une autorisation d'exploitation des données, même si cette dernière n'était pas exigée par la CNIL.

c- Choix du lieu des focus groups

Afin de rester dans un endroit neutre et pour ne pas influencer les patients, il a été décidé de louer une salle auprès de la municipalité. La mairie de MOUVAUX nous a prêté gratuitement la salle COURCOL pour un premier focus group le 22 octobre 2021. Malheureusement dans les suites de la quatrième vague de COVID 19, il a été très difficile d'avoir une nouvelle salle à prêter. Le deuxième recrutement a pu se faire grâce au prêt de la salle municipale de BONDUES le 11 juin 2022. Enfin un dernier focus groupe a été réalisé le 20 décembre 2022 à l'école de pêche de ROUBAIX.

IV- Déroulement

Chacun des participants a été appelé individuellement 24-48h avant la session afin de s'assurer de sa participation.

1- Guide de l'entretien

Pour réaliser les entretiens, un guide a été rédigé (cf. annexe 2) avec la mise en place de questions permettant d'aborder les différentes hypothèses. L'objectif était de poser des questions ouvertes et de favoriser les interactions entre chacun des participants.

Plusieurs thèmes ont été abordés, les questions étaient dans un premier temps ouvertes puis plus ou moins orientées dans un second temps en fonction de l'avancée des entretiens. L'objectif était de favoriser les interactions entre les différents participants.

2- Lors des entretiens

Pour la réalisation des entretiens le Dr MOREAU faisait office d'animatrice. L'entretien était enregistré via un dictaphone (marque SAMSUNG). Pour ma part, j'observais les patients et notais les réactions à la fois verbales et non verbales aux différentes thématiques abordées.

Au début de l'entretien, les critères sociodémographiques étaient recueillis.

3- Le traitement des données

Une fois les données recueillies, l'ensemble de l'entretien était retransmis mot pour mot via le logiciel WORD. Une attention particulière a été donnée au ton de la phrase, aux étonnements et aux silences au cours des entretiens. Les données

étaient ensuite rendues anonymes par un numéro dédié au préalable à chaque participant.

4- Analyse des données

Une fois les données retransmises mot pour mot, la production a pu être analysée. Nous avons décidé de réaliser deux analyses. La première de manière manuelle, la seconde via le logiciel « NVivo ». L'analyse manuelle étant sujette à une forte subjectivité, nous avons décidé de faire une seconde analyse via un logiciel pour ne pas méconnaître des hypothèses diagnostique et avoir un rendu plus neutre.

a- Analyse manuelle

Cette analyse s'est déroulée sur l'ensemble des entretiens retranscrits. Une première analyse a été réalisée suivant le déroulé des entretiens des verbatim. Le but était alors de catégoriser les données par théorisation ancrée, puis selon une thématique et enfin une sous thématique. Les différentes thématiques ont ensuite été catégorisées dans un tableau EXCEL, afin de noter les répétitions et les thèmes abordés.

b- Analyse lexicale informatisée

La deuxième analyse consistait en une analyse lexicale informatisée. Cette analyse a pu se faire via le logiciel « NVivo ». Le logiciel devait faire émerger les caractéristiques des différents interlocuteurs. Plusieurs variables ont été recueillies, à savoir à :

- L'âge
- Le sexe
- Le niveau socio-culturel
- La localisation urbaine ou semi urbaine

- La déclaration d'un médecin traitant
- Le fait d'avoir déjà bénéficié d'une suture

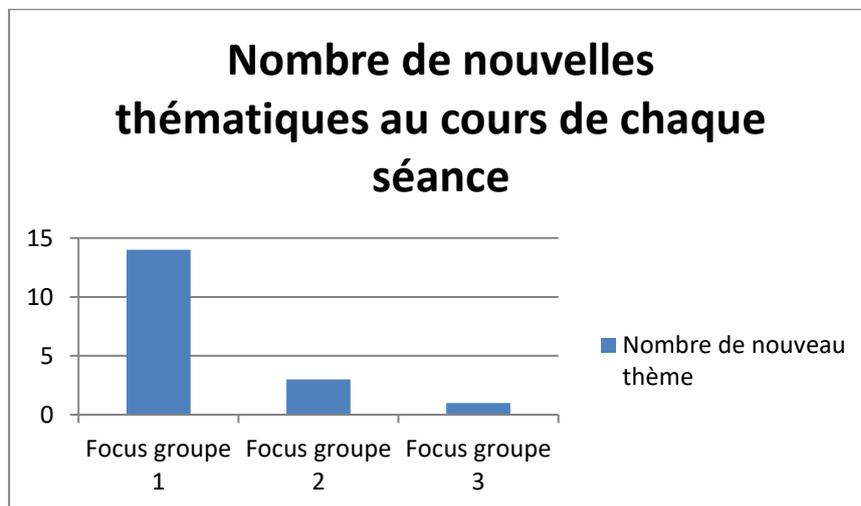
Une première analyse statistique a permis d'évaluer le nombre d'occurrences et d'analyser les champs lexicaux, les plus souvent employés par les témoins, ainsi que les thèmes les plus souvent abordés en fonction de leur catégorie sociodémographique. Secondairement une analyse lexicale des principaux arguments favorisant la consultation en milieu hospitalier.

RESULTATS

I- Analyse de la population

1- Saturation des données

Au cours du troisième entretien, on observe une saturation des données. Au cours du premier focus group, 14 thématiques sont ressorties. Lors du deuxième entretien trois nouvelles thématiques sont apparues. Enfin le dernier entretien n'a fait ressortir qu'une seule nouvelle thématique. Je n'ai donc pas poursuivi par un quatrième entretien devant la saturation des données.



2- Nombres de témoins recrutés

Sur les trois entretiens on dénombre un total de vingt-deux patients :

- Sept au cours du premier entretien sur huit recrutés (une personne n'est pas venue, non joignable vingt-quatre heures avant la séance),
- Dix personnes au cours du second entretien sur douze sujets recrutés (un couple n'est pas venu, par empêchement de dernière minute),
- Le dernier focus group n'a recruté que cinq personnes (trois personnes ne sont pas venues, non joignables vingt-quatre heures avant).

3- Critères sociodémographiques :

<u>N°</u>	<u>Age</u>	<u>Sexe</u>	<u>Lieu de vie</u>	<u>Niveau d'études</u>	<u>Actif/ retraité(e)</u>	<u>Déclaration de médecin traitant</u>	<u>Suture antérieure ?</u>
N°1	75 ans	F	Urbain	BEP	Retraité	Oui	Non
N°2	78 ans	H	Urbain	BEP	Retraité	Oui	Oui généraliste
N°3	25 ans	H	Urbain	CAP	Actif	Oui	Non
N°4	67 ans	F	Urbain	BEP	Retraité	Oui	Oui généraliste
N°5	67 ans	F	Urbain	BAC<2	Actif	Oui	Non
N°6	72 ans	F	Urbain	BAC>+2	Retraité	Oui	Oui généraliste
N°7	71 ans	H	Urbain	BAC>+2	Retraité	Oui	Oui généraliste et urgences
N°8	28 ans	F	Urbain	BAC>+2	Actif	Oui	Non
N°9	29 ans	H	Urbain	BAC>+2	Actif	Oui	Oui urgences
N°10	25 ans	H	Urbain	BAC>+2	Actif	Oui	Non
N°11	29 ans	F	Urbain	BAC>+2	Actif	Oui	Non
N°12	28 ans	F	Semi rural	BAC>+2	Actif	Oui	Oui urgences et généraliste
N°13	28 ans	H	Semi rural	BAC>+2	Actif	Oui	Oui urgences
N°14	29 ans	F	Semi rural	BAC>+2	Actif	Oui	Non
N°15	27 ans	F	Urbain	BAC>+2	Actif	Oui	Non
N°16	62 ans	F	Urbain	BAC>+2	Retraité	Oui	Non
N°17	58 ans	F	Semi rural	BAC>+2	Actif	Oui	Oui généraliste
N°18	62 ans	H	Urbain	BEP	Retraité	Oui	Oui généraliste et urgences
N°19	65 ans	H	Urbain	BEP	Retraité	Oui	Oui Urgences
N°20	70 ans	H	Urbain	BEP	Retraité	Oui	Oui généraliste
N°21	57 ans	H	Urbain	BEP	Retraité	Oui	Oui généraliste
N°22	35 ans	H	Urbain	BAC<2	Actif	Oui	Non

a- L'âge

Il existe une différence au sein des focus group sur le critère de l'âge. Le premier focus group a une moyenne d'âge de 65 ans. Le second est plus jeune avec un âge médian à 34,3 ans et le troisième focus group montre un âge médian à 57,8 ans.

Sur l'ensemble des focus group l'âge moyen était de 49,41 ans.

b- La localisation

L'ensemble des vingt-deux participants vit dans un milieu urbain ou semi-urbain. Ainsi dix-huit participants vivent dans un milieu urbain et seul quatre participants vivent en milieu semi-urbain. Soit 82% des participants vivant dans un milieu urbain et 18% dans un milieu semi rural.

c- Niveau socioéconomique

Sur les vingt-deux patients, on dénombre dix patients retraités contre douze encore actifs. Parmi les vingt-deux patients l'on compte douze patients avec un niveau d'études supérieures (BAC+2). Soit 54 % de la population avec un niveau d'étude supérieur à BAC+2 et 46 % avec un niveau d'études inférieur à (BAC+2). Parmi les personnes ayant un niveau d'études inférieur à BAC+2, deux participants ont le baccalauréat, sept ont le BEP et un participant a le niveau CAP.

d- Sexe ratio

Le sexe ratio est évalué à une femme pour un homme (onze hommes et onze femmes).

e- Déclaration médecin traitant

La totalité des patients interrogés ont déclaré un médecin traitant durant l'année.

f- Sujets ayant été suturés antérieurement :

Parmi les interlocuteurs douze ont déjà été suturés contre dix patients n'ayant jamais bénéficié d'une suture. Parmi les sujets suturés on dénombre six traités chez leur généraliste soit 50% d'entre eux. Trois patients ont été suturés aux urgences (en milieu hospitalier) et trois patients ont été suturés plusieurs fois dont une fois chez leur généraliste et une fois au service des urgences.

II- Analyse manuelle

1- Fréquences des thèmes abordés

Des trois focus groups, dix-huit thématiques sont ressorties des séances. Parmi les thèmes abordés on retrouve :

- dix-neuf occurrences faisant allusion au manque de disponibilité du médecin traitant.
- Treize évoquant la gravité des lésions.
- Cinq relatant la profondeur de la plaie.
- Cinq occurrences liées à la douleur comme facteur influençant le choix,
- Neuf en rapport avec la localisation,
- Deux à l'accès à un plateau technique,
- Cinq occurrences se référant à la proximité d'un hôpital,
- Huit au manque de pratique du médecin traitant,
- Deux à la qualité du soin,
- Cinq au manque de matériel du généraliste,
- Douze au délai d'attente de prise en charge,

- Cinq à une méconnaissance de la part des patients sur la pratique de cet acte par le généraliste,
- Cinq occurrences où les patients considèrent l'acte comme étant désuet en médecine générale,
- Quinze occurrences mettant en avant la confiance envers leur généraliste,
- Sept rapportent l'absence d'avance de frais à l'hôpital,
- Cinq avancent la simplicité d'accès à l'hôpital,
- Trois occurrences à l'accès à un avis extérieurs et un hapax sur l'isolement du médecin généraliste.

On pourra ainsi diviser l'analyse en plusieurs thématiques et sous thématiques en fonction du nombre d'occurrences :

- Le manque de disponibilité du médecin traitant (19 occurrences)
- La gravité ressentie de la plaie avec comme sous thématique (13)
 - La douleur (5)
 - La profondeur (5)
 - La localisation de la plaie (5)
 - L'avis extérieur pour juger de la gravité (3)
- La facilité d'aller aux urgences avec comme sous thématique :
 - L'accès à un plateau technique (2)
 - La proximité des urgences (5)
 - L'absence d'avance de frais (7)
- Le manque d'expérience du généraliste pour la réalisation de cet acte
 - Un acte désuet (5)

- Le manque de pratique (8)
- L'absence de matériel
 - Manque de matériel technique (5)
 - Manque de matériel humain (1 hapax)
- La qualité du soin apporté (2)
- La confiance envers leur médecin traitant (14)
- Le délai d'attente de prise en charge (12)

Ressortent des entretiens deux arguments qui poussent les patients à préférer le service des urgences à la consultation du médecin traitant: le manque de disponibilité du généraliste d'une part et la gravité ressentie de la plaie d'autre part.

2- Le manque de disponibilité

a- Un planning surchargé

Bon nombre de patients soulignent ne pas être certain que leur médecin traitant soit en capacité de les recevoir dans un délai satisfaisant. Beaucoup de patients invoquent des plannings surchargés avec impossibilité de prendre un rendez-vous pour le jour même.

Les patients décrivent un médecin traitant débordé, qui n'est pas forcément en capacité de les recevoir dans le délai qu'ils jugent raisonnable (sur rendez-vous, ou en entre deux rendez-vous) : En parlant de la disponibilité du médecin traitant à les recevoir pour réaliser ce geste « *pour moi non, enfin personnellement, quand on voit la salle d'attente pleine on se dit : est ce qu'ils vont s'en sortir ?* ».

D'autres patients soulignent qu'ils ne veulent pas déranger leur médecin traitant pour cet acte. « *Moi je ne veux pas l'embêter* », ou soulignent qu'il est difficile d'avoir un avis de leur médecin traitant : « *il y a déjà des patients sur rendez-vous ou autre, donc il est difficilement disponible* ».

b- La permanence des soins

Des témoins soulignent que le médecin traitant n'est pas toujours disponible en dehors des heures ouvrables et rapportent devoir se rabattre sur les urgences par défaut. Le témoin N°13, parlant de son choix de consulter SOS main: « *c'était le soir à 23H, donc difficile de trouver un généraliste à cette heure-là* ». Ainsi, en fonction de l'heure à laquelle la blessure se produit, les patients préfèrent consulter aux urgences de l'hôpital, ouvertes vingt-quatre sur vingt-quatre, week-end et jours fériés compris.

Ainsi les heures non ouvrables du cabinet poussent les patients vers les urgences: « *en week-end il n'est pas disponible* ». Il en va de même pour les jours fériés, comme le dit le témoin N°12, répondant à la question : pourquoi avez-vous préféré les urgences : « *c'était un jour férié* »

c- Les services des urgences hospitalières apparaissent au contraire toujours disponibles :

Il apparaît alors plus simple pour le patient, si la plaie se produit en dehors des heures ouvrables du cabinet, de consulter aux urgences afin d'être certain d'être pris en charge. « *Il y a le problème de la disponibilité. Quand on appelle le 15 ou les*

pompiers on a toujours quelqu'un au bout du fil. Le médecin généraliste, s'il est en vacances, je ne suis pas sûr de pouvoir le joindre ».

d- Certains patients se montrent toutefois prêts à consulter leur médecin généraliste

Il apparait ainsi que si le médecin est disponible, les patients ne rechignent pas à consulter leur médecin traitant pour cet acte. En parlant de la suture : « *Mais s'il a le temps de le faire c'est mieux ».*

Certains évoquent comme solution d'appeler leur médecin traitant pour savoir s'il peut les recevoir dans un délai raisonnable, le généraliste restant leur interlocuteur privilégié. « *Moi j'appellerais le médecin traitant : savoir s'il peut me recevoir dans un délai satisfaisant, avoir son avis : s'il veut me voir ou s'il préfère m'envoyer aux urgences »*

3- La gravité

Certains témoins ont rapporté que ce qui détermine leur choix était la gravité de la plaie. Ici volontairement nous parlerons de gravité de la plaie ressentie par le patient car il semble que tous n'aient pas la même perception concernant la gravité d'une plaie. Une blessure peut apparaitre grave au patient alors qu'elle ne l'est pas médicalement, inversement la gravité réelle d'une lésion peut ne pas apparaitre au patient (lésion tendineuse par exemple).

« *Tout dépend de l'heure et de la gravité si **c'est grave** je vais aux urgences si c'est moins grave je vais chez mon généraliste »*

a- Des patients à même de juger de la gravité d'une plaie ?

Certains témoins se sentent à même d'apprécier la gravité d'une blessure à l'instar du témoin n°1 « *de soi-même on sent la douleur et si c'est nécessaire d'aller aux urgences, parce que moi je le sais bien, j'ai eu une épaule cassée et j'ai vu que la douleur ne passait pas donc j'ai senti qu'il fallait aller aux urgences de moi-même* ». D'autres à l'inverse préfèrent se référer à un avis extérieur : le pharmacien ou faire le 15 qui est jugé plus accessible à l'instar du témoin N°2 « *moi, quand j'avais une plaie je suis allé en Pharmacie, ils m'ont vendu le matériel et m'ont dit d'aller voir mon médecin traitant* ».

b- Les critères de gravité des plaies :

La profondeur

Plusieurs critères de gravité sont ressortis au cours des entretiens : ainsi la profondeur de la plaie a été citée au moins 6 fois par les témoins. Elle est jugée comme plus grave par les patients car elle nécessite, une potentielle exploration chirurgicale et un risque majoré d'atteinte d'organe. « *C'était au niveau de la main le soir et j'ai préférée aller à SOS main car j'avais peur qu'un tendon ne soit touché* »

« *Tout dépend de la taille de la plaie, si c'est trop grand ou profond* »

Aux Urgences : « *c'était une blessure plus profonde, j'ai bénéficié d'une exploration chirurgicale* »

La localisation : un critère de gravité pour les témoins

D'autres soulignent la localisation de la plaie à l'exemple d'un des témoins « *tout dépend de la zone où a lieu la suture, il y a des zones plus sensibles* ».

Il ressort des entretiens que les patients souhaitent consulter plus volontiers aux urgences si la plaie est localisée au visage, à la main (plus particulièrement aux doigts ou au niveau des genoux).

La douleur

La douleur est aussi un argument. Les témoins jugeant plus grave une plaie douloureuse avec la crainte de ne pas avoir accès à une anesthésie locale au cabinet du généraliste. « *Oui je préférais être bien endormi* » Il en ressort des questionnements sur l'accès à une anesthésie locale en milieu libéral à travers le questionnement du témoin N°8 « *mais ils (médecins généralistes) endorment bien ?* ».

Autres critères moins cités

Enfin un patient a souligné qu'il était préférable de consulter aux urgences si les plaies sont :

- multiples,
- hémorragiques (saignement important)
- si elles touchent des enfants notamment du fait d'un accès limité aux produits anesthésiants chez l'enfant en libéral.

Si la gravité ressentie par le patient semble un argument primordial dans le choix du lieu de consultation, c'est surtout le fait que les patients ont bien compris qu'il était plus facile de faire des examens complémentaires à l'hôpital que chez le médecin traitant. Ces propos sont soulignés par le témoin N°14 qui acquiesce le fait de favoriser le médecin traitant tout en exprimant des réserves en fonction du contexte

de la plaie « *Moi aussi c'est pareil, c'est la gravité qui me ferait choisir. Si il n'y a pas de traumatisme crânien et que ça ne nécessite pas d'exploration, j'irai chez le médecin traitant* ».

4- Accès facile aux Urgences

Certains patients ont souligné au cours des entretiens le fait qu'il était plus facile de consulté aux urgences que chez son médecin traitant.

« *Le plus simple parfois c'est d'aller à l'hôpital* »

Ainsi plusieurs éléments sont avancés pour préférer la consultation aux urgences :

a- La sûreté d'être vu

Comme cela a déjà été souligné, le manque de disponibilité du médecin généraliste est avancé par les témoins en faveur d'une consultation directe aux urgences. Ils soulignent surtout le fait d'être sûr d'être reçu contrairement à une consultation chez leur médecin généraliste.

En parlant de la simplicité : « *Oui au moins on est sûr d'être vu alors que chez le médecin traitant on n'est pas sûr d'être vu sur la journée* »

Mais cela se fait pour beaucoup de patients aux dépens d'une attente à l'image des propos d'un des témoins « *aux urgences vous allez y passer plus de temps* » et du témoin N°14 « *Oui c'est ça et on va attendre longtemps. On ne sait surtout pas à quel moment on sera pris, on attend on attend* ».

b- La proximité de l'hôpital

D'autres soulignent le fait d'avoir un hôpital proche comme un argument pour aller aux urgences. « *Si on est proche de l'hôpital c'est plus facile mais si on est loin des hôpitaux, c'est plus difficile* ».

Une nuance est toutefois apportée au caractère proximité des urgences. « *Après on ne va pas non plus faire 100 bornes pour aller à l'hôpital on essaye de faire au plus proche aussi. Tout dépend de la possibilité* ». Cet effet proximité peut être contre balancé, car dans certaines zone le lieu de soin le plus proche, c'est le cabinet du médecin généraliste.

c- L'accès à un plateau technique

Deux témoins rapportent le fait d'avoir tout sur place à l'hôpital et de pouvoir faire l'ensemble des examens complémentaires. Un témoin souligne une facilité aux urgences pour pouvoir faire les examens nécessaires. « *(Les examens complémentaires aux urgences) Comme ça tout est fait en même temps* »

Un autre témoin souligne le fait de pouvoir avoir accès facilement à des antalgiques plus puissants. Il existe une crainte, chez certains témoins, sur le fait de ressentir une douleur durant l'acte. Cela doit probablement avoir un effet rassurant pour les patients.

d- L'absence d'avance de frais

Les témoins ont plutôt un avis partagé sur le fait que le tiers-payant soit un facteur favorisant le passage aux urgences. Certains ne se posent pas la question car ils

souhaitent avant tout être pris en charge dans les plus brefs délais. A l'exemple du témoin N°19.

« Moi personnellement je ne pense (en parlant du tiers payant) pas à ses choses-là »
et qui insistera plus sur le fait de la gravité de la lésion et qui est à son sens le seul élément lui permettant de décider du lieu de prise en charge.

D'autres témoins ont évoqué que cela pouvait être un frein chez certains patients et notamment dans les milieux moins favorisés.

« Pour une famille, avec beaucoup d'enfants et de charges. Cela peut être la facilité de ne pas avancer les fonds plutôt que d'aller chez le généraliste. Quand on arrive dans des milieux sociaux un peu plus bas ça peut être un argument »

5- Le manque de pratique du généraliste

a- Un acte peu pratiqué ?

Des témoins ont souligné le fait que cet acte est de moins en moins pratiqué par les médecins généralistes à l'exemple du témoin N°14 *« ça dépend, d'expérience beaucoup de médecin traitant n'en font pas »*. Certains patients ne sont pas sûrs que leur propre médecin généraliste accepte de réaliser ce geste.

D'autres à l'inverse n'ont pas de doute sur la réalisation de ce geste : votre généraliste pratique-t-il souvent ? *« Moi, il m'a retiré un hameçon, donc je pense que oui »*.

« Oui, s'il est à l'aise avec le geste, s'il en fait moins c'est un peu plus délicat ».

b- Un acte désuet

Certains évoquent même un acte qui tomberait en désuétude et ne serait plus pratiqué, venant même à s'interroger si la réalisation de ce geste est du ressort du généraliste.

Témoin N°19 « *Est-ce que c'est vraiment son rôle de faire ça, je pense qu'il y a eu un changement dans les coutumes* » ou encore le témoin N°18 « *(les sutures) ça se faisait davantage dans le temps chez le médecin généraliste, maintenant ce geste est un peu moins pratiqué* ».

Pourtant une partie des témoins jugent le médecin comme compétent pour la réalisation de cet acte et ne remettent pas en cause la réalisation de ce geste par le généraliste.

6- L'absence de matériel

a- L'absence de matériel technique

Des témoins se sont posé la question de savoir si le médecin avait les moyens de pouvoir pratiquer ce geste. « *Il y avait des médecins mais pas de matériel, donc il fallait aller aux urgences* » ou d'un autre témoin « *ça dépend du médecin, peut-être bien que oui, ça dépend si il est équipé* ».

Ce questionnement des patients porte aussi bien sur les instruments chirurgicaux que sur les produits anesthésiants et entre directement en opposition avec l'hôpital mieux équipé.

b- Isolement du médecin traitant

Il ressort pour un des interlocuteurs que l'isolement du médecin généraliste pour la réalisation de ce geste puisse être un frein à la pratique de ce geste. « *Ce n'est pas toujours évident quand on est seul sans aide, moi quand il a dû me suturer c'est mon père qui l'a assisté* ».

7- L'attente

Concernant l'attente, il apparaît que les patients souhaitent lorsqu'ils ont une plaie pouvoir consulter le plus rapidement possible.

Pour beaucoup ils expriment la crainte de devoir attendre, soit chez le généraliste dans la salle d'attente, soit aux urgences. Cependant les avis sont partagés sur le fait d'être pris en charge rapidement ou pas pour cet acte.

Pour certains patients les urgences sont associées à un délai d'attente important à l'exemple des propos du témoin N°6 qui reproche aux urgences le délai d'attente de prise en charge. « *En plus de ça aux urgences on a une attente qu'on a pas chez le médecin traitant* ». A l'inverse certains ont l'impression que s'ils vont à l'hôpital ils seront pris plus rapidement que chez leur généraliste à l'image du témoin N°12 en parlant de sa préférence à aller aux urgences « *la proximité des urgences, le fait d'être pris en charge tout de suite* ».

Tout ceci reflète une diversité de prise en charge du généraliste qui est d'ailleurs souligné par le témoin N°14 « *Tout dépend s'ils ont une appétence pour ce geste et s'ils en font souvent* ». Ainsi certains généralistes accepteront plus volontiers de

recevoir les patients, se sentant à l'aise avec la pratique de ce geste. D'autres préféreront adresser le patient aux urgences par manque de disponibilité.

L'avis est donc partagé, certains préféreront aller chez leur généraliste en sachant que leur médecin les prendra entre deux rendez-vous, comme l'a exprimé le témoin N°1 « *Je dis ça (temps limite) mais je suis sûr qu'il pourrait nous prendre entre deux* ».

D'autres au contraire jugent que leur médecin traitant n'est pas en capacité de les voir dans un délai raisonnable et jugeront le délai déraisonnable par rapport à une prise en charge aux urgences.

8- La confiance en leur médecin généraliste

Durant les entretiens, les patients ont évoqué la confiance qu'ils portent à leur médecin traitant.

a- Un médecin à leur écoute

Certains interlocuteurs insistent sur le fait qu'il est à leur écoute « *je trouve qu'il prend le temps de nous parler* », qu'il connaît ses patients « *Moi la première fois (en parlant des sutures) c'était chez le généraliste j'avais 8 ans, on était en vacances à Berck sur mer et j'étais avec mes grands-parents, effectivement mes grands-parents ont préféré aller chez leur médecin généraliste qu'il connaissait* ».

Des témoins reprochent une prise en charge moins personnelle aux urgences. « *Aux urgences on a l'impression d'être un numéro et allez hop on à dix minutes, avec le*

médecin traitant on a l'impression d'être une personne et ça je trouve que c'est très important ».

b- Des patients plus détendus chez leur médecin traitant

Les patients se sentent en confiance chez leur médecin généraliste. Ceci est repris à travers les propos d'un témoin : *« Puis je trouve que c'est mieux chez le médecin généraliste, on connaît l'endroit, on peut plus se poser, on est plus décontracté »*

Ceci influence leur choix. Il ressort qu'en dehors des soucis de gravité et de manque de disponibilité, les patients ont une préférence pour consulter leur généraliste. *« Je préfère aller voir mon médecin traitant même si il m'envoie plus tard aux urgences »*

9- La qualité des soins

Des entretiens, il ressort que la qualité des soins est un élément moins déterminant. Pour bon nombre de patients, la qualité des soins pour les actes de petite chirurgie est équivalente chez le médecin généraliste et à l'hôpital.

Ainsi les témoins rapportent que le fait que le geste soit réalisé à l'hôpital n'est pas synonyme de meilleure qualité. *« Je voulais rajouter que ce n'est pas l'hôpital qui est gage de qualité, ce n'est pas forcément vrai, je peux vous montrer ma cicatrice de chirurgie : elle est dégueulasse »*

10- Conclusion :

A la fin de cette première analyse, deux éléments dominant dans le choix des patients :

- 1- Le manque de disponibilité du généraliste qui pousse les patients à consulter au service des urgences

2- La gravité ressentie, une plaie plus grave par sa profondeur, par sa localisation, par la nécessité d'examen complémentaire incite les patients à consulter aux urgences

Certains éléments secondaires ressortent comme le manque de matériel, une méconnaissance et le manque de pratique du généraliste. D'autres arguments sont plus partagés à travers l'attente, la généralisation du tiers payant intégral aux urgences et la proximité d'un hôpital.

III- Analyse informatique

1- Préambule à l'analyse informatique

Préambule : afin d'analyser le champ lexical d'un point de vue statistique les 3 entretiens des focus groupe ont été divisés en fonction de chaque intervenant. Ainsi on dénombre 22 fichiers à analyser correspondant à la participation des vingt-deux témoins.

Les 22 fichiers ont ensuite été caractérisés en fonction du genre (femme/homme), âge (18-30 ans/30-65 ans/plus de 65 ans), milieu de vie (urbain/semi-urbain/rural), si le patient avait été antérieurement suturé (non/oui) et si le patient avait déclaré un médecin traitant (oui/non).

Sur les 22 participants malheureusement deux témoins se sont moins exprimés que les autres, compliquant l'analyse des données.

a- Arguments qui poussent à consulter aux urgences, en fonction des critères de cas

Ainsi plusieurs arguments sont ressortis :

- Le fait d'avoir accès à un plateau technique aux urgences
- Les caractéristiques de la plaie
- Le délai d'attente court de prise en charge aux urgences
- L'isolement du médecin traitant
- Le manque de disponibilité du médecin traitant
- Le manque de matériel du médecin traitant
- La méconnaissance de la réalisation de cet acte par le médecin traitant
- La proximité des urgences
- Le tiers payant intégral aux urgences
- Un acte désuet, peu pratiqué par le médecin traitant

J'ai décidé d'analyser les réponses des témoins en fonction de leurs caractéristiques, l'objectif étant de savoir si ces facteurs ont une influence sur les réponses apporté par les témoins.

Fréquence selon le sexe :

	Femme	Homme
1 : Accès à un plateau technique	1	1
2 : Caractères de la plaie	8	8
3 : Délai d'attente de prise en charge	0	1
4 : Isolement du médecin traitant	1	0
5 : La douleur	1	0

6 : Manque de disponibilité du médecin traitant	7	8
7 : Manque de matériel chez le médecin traitant	5	1
8 : Méconnaissance de la réalisation de cet acte	1	3
9 : Proximité des urgences	2	1
10 : Tiers payant intégral	3	2
11 : Un acte peu pratiqué par le médecin traitant	4	1

Il existe une homogénéité des réponses sur la répartition selon le sexe des témoins. Même si plus de femmes se sont exprimées sur le manque de matériel chez le médecin traitant et sur la diminution de la pratique de cet acte en milieu libéral.

Fréquence selon les différentes tranches d'âge

Individu	Âge = 18-30 ans (10)	Âge = 30-65 ans (4)	Âge = + de 65 ans (8)	Total (22)
accès à un plateau technique	1	0	1	2
Caractères de la plaie	5	2	1	8
Délai d'attente de prise en charge court	0	1	0	1
Isolement du médecin traitant	0	0	1	1
La douleur	0	0	1	1
Manque de disponibilité du médecin traitant	2	2	5	9
Manque de matériel chez le médecin traitant	1	0	4	5
Méconnaissance de la réalisation de cet acte	1	0	2	3
Proximité des urgences	2	1	0	3
Tiers payant intégral	3	1	1	5

Un acte peu pratiqué par le médecin traitant	2	1	0	3
Total (unique)	9	4	7	20

Si on classe les patients en fonction des classes d'âges.

- La classe d'âge des 18-30 ans s'est surtout exprimée sur le caractère de la plaie. (62,5% des occurrences concernant le caractère de la plaie ont été exprimé par cette tranche d'âge).
- La classe d'âge des plus de 65 ans s'est surtout exprimée sur le manque de disponibilité du médecin généraliste (55,5% des occurrences concernant le manque de disponibilité ont été exprimées par cette tranche d'âge).

Fréquence selon le niveau d'étude

Individu	Niveau d'étude = < BAC +2 (10)	Niveau d'étude = > BAC +2 (12)	Total (22)
accès à un plateau technique	1	1	2
Caractères de la plaie	1	7	8
Délai attente de prise en charge court	1	0	1
Isolement du médecin traitant	1	0	1
La douleur	1	0	1
Manque de disponibilité du médecin traitant	5	4	9
Manque de matériel chez le médecin traitant	2	3	5
Méconnaissance de la réalisation de cet	1	2	3

acte			
Proximité des urgences	1	2	3
Tiers payant intégral	1	4	5
Un acte peu pratiqué par le médecin traitant	1	2	3
Total (unique)	9	11	20

En divisant nos témoins en deux catégories :

- Chez les témoins ayant un niveau d'étude supérieur à BAC+2, c'est le caractère de la plaie qui détermine le lieu de réalisation de l'acte. (87,5% des occurrences concernant le caractère de la plaie ont été exprimé par ces témoins).
- Chez les témoins ayant un niveau d'étude inférieur à BAC+2 c'est le manque de disponibilité du médecin traitant qui est souligné.

Fréquence selon le fait d'avoir ou non déjà été suturé:

Individu	Suturé = Non (10)	Suturé = Oui (12)	Total (22)
accès à un plateau technique	1	1	2
Caractères de la plaie	2	6	8
Délai attente de prise en charge court aux urgences	0	1	1
Isolement du médecin traitant	0	1	1
La douleur	1	0	1
Manque de disponibilité du médecin traitant	3	6	9
Manque de matériel chez le médecin traitant	3	2	5

Méconnaissance de la réalisation de cet acte	1	2	3
Proximité des urgences	1	2	3
Tiers payant intégral	3	2	5
Un acte peu pratiqué par le médecin traitant	2	1	3
Total (unique)	9	11	20

Les réponses sont plutôt homogènes entre les patients ayant déjà bénéficié d'une suture et ceux n'ayant jamais été suturé.

Fréquence selon le milieu de vie.

Individu	Milieu de vie = Urbain (18)	Milieu de vie = Semi Urbain (4)	Milieu de vie = Rural (0)	Total (22)
accès à un plateau technique	1	1	0	2
Caractères de la plaie	4	4	0	8
Délai attente de prise en charge court aux urgences	1	0	0	1
Isolement du médecin traitant	1	0	0	1
La douleur	1	0	0	1
Manque de disponibilité du médecin traitant	8	1	0	9
Manque de matériel chez le médecin traitant	5	0	0	5
Méconnaissance de la réalisation de cet acte	3	0	0	3
Proximité des urgences	2	1	0	3
Tiers payant intégral	3	2	0	5
Un acte peu pratiqué par le médecin traitant	2	1	0	3
Total (unique)	16	4	0	20

Sur le critère du milieu de vie les données sont difficilement interprétables car aucun patient ne vit dans un milieu rural.

On note cependant que la majorité des occurrences concernant le manque de disponibilité du généraliste ont été exprimés par des témoins vivant dans un milieu de vie urbain. (88,8% des occurrences sont exprimés par des témoins de ce milieu de vie).

3- Analyse selon les thématiques abordées par les témoins

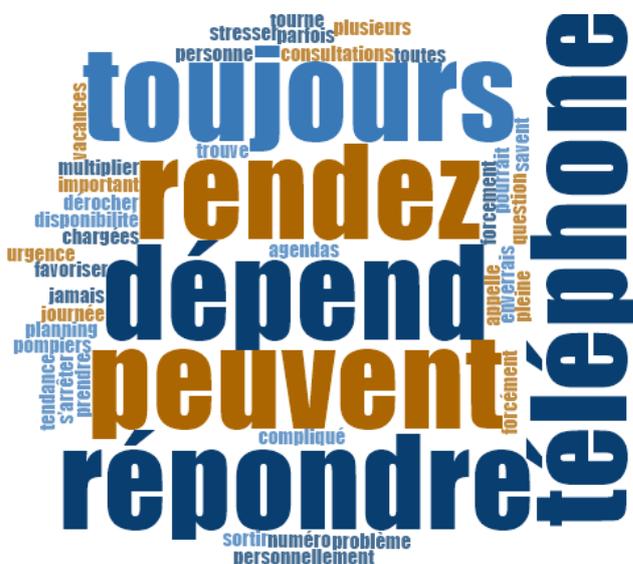
a- Caractéristique de la plaie

Si on analyse d'un point de vue lexical parmi les huit références évoquant les caractéristiques de la plaie motivant une consultation aux urgences on retrouve le terme de « gravité » « grave » et de « profond ».

On retrouve également le terme de niveau (ici ce terme fait référence à la localisation de la plaie).

b- Manque de disponibilité du médecin traitant

Analyse lexicale



Sur la disponibilité du médecin traitant on retrouve essentiellement les termes de « dépend ».

On retrouve des termes exprimant un grand nombre « multiplier », « important », « plusieurs » et « chargé ». Ces termes se rapportent à l'agenda du médecin traitant à travers les propos d'un *témoin* « *Ils (en parlant des médecins généralistes) ne peuvent pas avoir forcément le temps. Ils ont des agendas très chargés avec X rendez-vous. Ils ne peuvent pas s'arrêter toutes les 5 minutes pour décrocher le téléphone ou multiplier les consultations d'urgence* ».

Les patients savent qu'il est bien difficile d'avoir un rendez-vous le jour même. Ceci est dû essentiellement à un emploi du temps du médecin généraliste chargé.

Le médecin traitant pourrait-il le recevoir ?

Durant les entretiens, les patients se sont interrogés sur le fait de savoir si leur médecin traitant avait la capacité de les recevoir le jour même.

La majorité des patients interrogés semble penser qu'il est impossible d'être reçu dans un délai raisonnable par leur médecin traitant. Sur cette question trois patients pensent pouvoir être reçus dans un délai qu'ils jugent raisonnable pour la réalisation de cet acte contre six témoins qui récusent cette proposition. La majorité des témoins sont indécis et préfèrent l'appeler d'où les termes de « téléphone », « appel », « réponde » et « dépend » qui renvoie à une incertitude.

	A : Ne pourrait le recevoir	B : Pourrait le recevoir
Disponibilité du médecin traitant	6	3

c- Tiers payant

i) Favorise les urgences

La question était de savoir si le fait d'avoir une avance de frais chez leur généraliste est un frein à une consultation chez ce dernier.

	A : Négatif	B : Positive
Tiers payant intégral	4	4

D'après ce tableau, sur les 8 patients qui se sont exprimés sur le tiers payant ; l'avis est partagé et ne semble pas influencé le choix.

d- Argument pour consulter son médecin traitant

Généralité



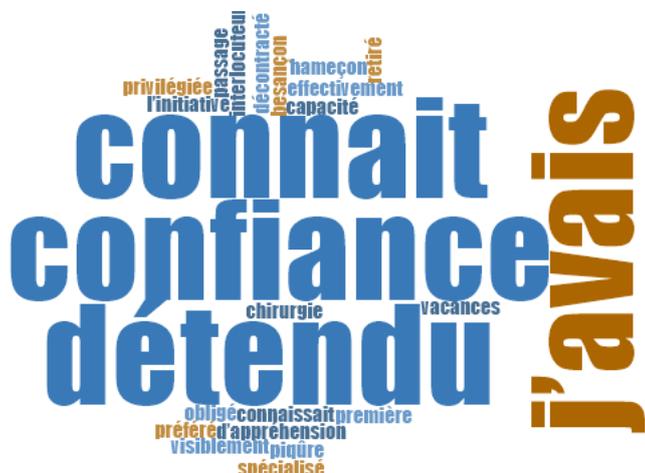
L'analyse lexicale fait ressortir surtout le terme « d'attend ».

On retrouve ensuite de nombreux termes se rapportant à la qualité du médecin traitant tel que « détendu », « confiance », « connait ». C'est donc les qualités du généraliste qui favorise la réalisation de

l'acte au cabinet du médecin traitant.

Le terme de « petit » fait ici référence aux caractéristiques de la plaie.

Les qualités du médecin traitant, pierre angulaire de l'argumentation :



L'analyse du champ lexical fait ressortir les termes de « confiance », « connait » et « détendu ». Le mot « détendu » est lui directement renvoyé au terme de « confiance » et du terme « connait », à l'image du témoin N° 7 « on est plus détendu et ça fait moins mal »... « Comme les piqûres ça fait moins mal quand on est en confiance et détendu » ou du témoin N°6 « C'est mieux quand on a confiance en son médecin généraliste, quand c'est notre médecin généraliste on a moins d'apprehension ».

On comprend ainsi que, autant les patients se sentent rassurés aux urgences par le matériel, (l'accès à des antalgiques et la possibilité de faire des examens complémentaires ou une exploration au bloc), autant ils sont rassurés et « détendus » par le fait d'être pris en charge par un médecin qu'ils connaissent et auquel ils font confiance.

Il existe aussi une préférence pour leur médecin traitant à travers les termes de « privilégié » et de « préféré ».

Témoin N°19 « Moi j'ai été voir mon médecin traitant, c'est lui mon interlocuteur privilégié ».

L'attente aux urgences

L'un des termes ressortant les plus souvent est celui de l'attente, elle ne fait pas ici référence au médecin traitant et à ses consultations, mais fait référence à l'attente que les patients supposeraient avoir s'ils consultaient aux urgences. Les patients supposent que si leur médecin généraliste est disponible pour réaliser le geste, ils n'auront pas d'attente.

Le témoin 7 résume très bien la situation avec cette phrase « en plus de ça aux urgences on a une attente qu'on a pas chez le médecin traitant »

Caractéristique de la plaie

Les caractéristiques de la plaie sont aussi un argument pour consulter chez le médecin traitant, elles s'opposent point par point aux caractéristiques de la plaie qui poussent nos témoins à consulter les urgences. On retrouve les termes de « petite » et de « gravité » associées à la négation. *C'est le témoin 16 qui l'exprime essentiellement « Moi j'irai chez le médecin traitant dans un premier temps si c'est une petite plaie oui sinon aux urgences ».*

DISCUSION

I- Un objet de recherche d'actualité

Notre étude avait pour principal objectif de trouver les limites pour les patients à consulter leur médecin généraliste pour se faire suturer dans le cadre de plaie traumatique.

Les données de la littérature se sont déjà intéressées au fait de savoir pourquoi cet acte était délaissé par les médecins généralistes, parmi les éléments qui limitent la réalisation de cet acte en médecine libérale, les médecins interrogés dans ces différentes études ont mentionné :

- Le manque de pratique
- Le manque de temps à consacrer à cet acte
- Une rémunération insuffisante
- l'aspect médico-légal de l'acte
- Le fait d'être seul
- Un manque de formation
- **Un manque de demande de la part du patient.** (1) (2) (3) (10)

Une étude de 2020 avait évoqué des pistes pour encourager la pratique de cet acte en ville et diminuer la pression sur les urgences. Les sutures peuvent représenter jusqu'à 14% de l'activité de certains services d'urgences. Parmi les propositions évoquées : on retrouve une meilleure rémunération de l'acte, un remboursement du Kit de suture par la CPAM, la généralisation des auxiliaires médicaux et une clarification de la cotation de l'acte (6).

Paradoxalement à ce constat aucune mesure n'a été prise pour encourager les patients à consulter leurs généralistes pour la réalisation de cet acte. C'est ainsi que l'idée de cette recherche m'est venue.

II- Rappel des hypothèses de travail

Plusieurs hypothèses ont été évoquées via notamment d'autres recherches qui s'intéressaient plus généralement aux éléments qui poussent les patients à consulter les urgences en premier recours.

Globalement il ressort des données de la bibliographie que les patients sollicitent plus volontiers les urgences que leur médecin traitant car ils jugent avoir accès à un plateau technique plus étendu aux urgences. Ils évoquent également le fait que leur médecin traitant n'est pas toujours disponible pour les recevoir dans un délai suffisant et leur demander une avance de frais. (8)

III- Forces et limite de l'étude

1- Un sujet d'actualité

Aujourd'hui la plupart des services d'urgences en France sont surchargés, les cabinets de médecin généraliste sont eux aussi débordés avec des délais pour obtenir un rendez-vous qui s'allongent. Il est donc primordial d'optimiser la prise en charge de tous et de ne pas surcharger les urgences avec des plaies superficielles anodines qui pourraient être traités en ville.

2- Méthode d'analyse des données et organisation de la recherche

L'analyse des données de l'étude s'est fait en deux temps :

Une première manuelle qui a permis de confirmer ou non les hypothèses mais, est d'avantage soumise à la subjectivité et une deuxième informatisée via le logiciel NVIVO permettant de vérifier l'existence de thèmes cachés et moins soumise à la subjectivité.

Durant le recrutement des patients, nous avons cherché des données sociodémographiques. Le but était de vérifier si notre population était bien représentative de la population générale française et de savoir secondairement si certains facteurs influençaient les réponses des patients.

Les thèmes abordés durant les entretiens étaient prévus à l'avance et analysés dans les jours suivants, avant la réalisation d'un nouvel entretien. L'intérêt étant de chercher de nouveaux thèmes plus pertinents pour les entretiens suivants.

Les questions posées au cours des entretiens étaient des questions ouvertes pour limiter au maximum le biais de modérateur.

L'organisation de la recherche a été réalisée en suivant les lignes directrices COREQ (12).

3- Premier travail de recherche

Ce travail est mon premier travail de recherche et je n'ai que très peu d'expérience dans le domaine des études qualitatives.

J'ai cherché à compenser cette inexpérience via des ouvrages.

4- Biais de sélection, manque de représentativité de la population étudiée

Il existe un biais lié au modèle de recrutement de nos témoins. Le recrutement des témoins s'est fait sur la base du volontariat, ce qui peut créer une perte de représentativité, on peut supposer que les patients volontaires n'ont pas les mêmes caractéristiques que les patients non volontaires.

Les critères d'inclusion ont aussi pu créer un biais. Pour l'étude il fallait savoir lire, écrire, parler et comprendre le français ce qui exclut une partie de la population qui peut consulter plus volontiers les urgences.

Enfin l'infection au COVID 19 durant l'année 2020 a considérablement retardé la réalisation de cette étude. En effet il était bien compliqué de pouvoir réunir des patients dans un contexte d'épidémie. De plus durant la première séance il était exigé au patient d'avoir reçu au moins un schéma vaccinal complet. Ceci a également pu faire perdre en représentativité de la population étudiée, puisque certains patients étaient de ce fait exclus et a également limité le nombre de participants.

Les deux autres focus groups en juin 2022 et décembre 2022 ont bénéficié d'une période plus propice avec la levée des restrictions sanitaires et une moindre circulation du virus.

5- Des données démographiques absentes

Durant l'étude des données démographiques ont été recueillies, elles avaient pour objectif de déterminer si la population étudiée était représentative de la population générale.

Certaines caractéristiques démographiques étaient sous représentés dans la population étudiée. Aucun des 22 témoins interrogés ne vivaient dans un milieu rural et seuls 4 patients vivaient dans un milieu semi rural.

On peut supposer que les patients vivant dans un milieu rural n'auraient pas le même comportement face à une plaie que les patients vivant dans un milieu urbain. Il est impossible d'étudier l'influence de ce facteur.

D'autre part tous les témoins interrogés durant notre étude avaient un médecin traitant déclaré, donc un médecin de premier recours. Qu'en est-il des patients qui n'ont pas de médecin traitant. Notre étude ne nous permet pas de le savoir.

6- Une étude limitée par le manque d'interactivité au cours de certains entretiens

Un autre point faible de cette étude est lié à la méthode des focus groups en eux même. En effet l'avantage des focus groups est de permettre de réunir rapidement un certain nombre de patient et de les faire interagir entre eux mais certains moments ont manqué d'interactivité, notamment au cours du troisième entretiens ou un des témoins à plus monopoliser la parole que les autres.

A l'inverse au cours du deuxième focus group certains témoins sont parus plus effacés que les autres. Probablement intimidés par le fait de prendre la parole en public.

On peut regretter que tous les patients ne se soient pas exprimés sur tous les thèmes, c'est le cas par exemple de la gravité de la plaie. Certains témoins ont juste effleuré le thème rapportant que c'est un argument sans pour autant définir la notion de gravité.

7- Une mauvaise compréhension des hypothèses abordées

Certains témoins se sont exprimés sur les sutures réalisées dans le cadre de chirurgie ambulatoire (surtout au cours du troisième focus group). Ces propos ont été retirés de l'analyse car dans notre étude nous nous intéressons à des plaies traumatiques.

IV- Discussion des résultats

1- Rien de systématique

Ce qui ressort des entretiens c'est qu'il n'existe rien de systématique. Le fait d'aborder le thème des sutures en cabinet de médecine générale a soulevé des questionnements. De nombreux témoins se sont posé la question de savoir si leur propre médecin traitant avait les capacités de pouvoir réaliser cet acte à son cabinet.

Très vite les patients ont abordé le problème de disponibilité de leur médecin traitant. Les patients ont conscience que leur médecin traitant est débordé et qu'il n'est pas toujours évident de pouvoir prendre un rendez-vous chez lui le jour même. L'une des solutions serait de disposer au cabinet de créneau ouvrable le jour même. Cette

solution semble envisageable puisque que nombre de patients interrogés ont exprimé le souhait de vouloir téléphoner à leur médecin traitant.

D'autre ont évoqué le problème des compétences ne sachant pas si leur médecin traitant serait capable de réaliser cet acte. Les patients ont bien compris qu'il n'existe pas une seule façon de faire de la médecine mais plusieurs façons de la pratiquer. Selon le passé de chaque médecin au cours de leurs études ou de leurs formations.

Il serait bien difficile d'affirmer que les sutures puissent être réalisées par tous les médecins traitants, certains ont une appétence pour la réalisation de cet acte d'autre non. Le mieux serait d'en informer le patient sur la possibilité de chaque médecin généraliste à réaliser cet acte au cabinet.

2- La gravité de la lésion

La gravité ressentie est un facteur qui influence le patient sur le choix de la prise en charge. Les témoins ont bien évoqué durant les entretiens que toutes les plaies ne sont pas du ressort du médecin traitant. Ainsi les patients divisent les plaies en deux catégories celles qui sont ressenties comme graves et qui doivent être prise en charge à l'hôpital et celles qui sont ressenties comme non graves et qui peuvent être prises en charge en ville par le médecin traitant.

De ce fait les patients ont tendance à favoriser les urgences si la plaie est profonde, de grande taille et dans des zones sensibles que sont la main, la tête et les genoux ou s'il elles possèdent un caractère multiple. Cependant l'évaluation de la gravité de la plaie est soumise à beaucoup de subjectivité et peut varier d'un patient à l'autre.

De même durant les entretiens les patients n'ont pas abordé d'autres facteurs de gravité qui peuvent influencer le choix du lieu de la réalisation de la suture. Ainsi l'âge n'est pas cité, le fait d'avoir un traitement anticoagulant peut également compliquer sa prise en charge en médecine libérale, ou encore les circonstances de la plaie ou son association à un traumatisme crânien.

L'une des solutions serait d'éduquer le patient sur les facteurs de gravité qui doivent le pousser à consulter aux urgences. Cette éducation peut passer par la mise en place d'affiche dans la salle d'attente ou par une information verbale.

Au cours des entretiens quelques patients ont évoqué leurs doutes à pouvoir juger d'eux même de la gravité d'une plaie et ont évoqué le fait d'interroger leur médecin généraliste plus amène de juger de la gravité, via un appel téléphonique. Même si il est bien compliqué de se rendre compte de la gravité d'une plaie via un appel téléphonique. Cette solution évoquée par les témoins semble litigieuse.

3- Le manque de matériel et l'isolement du médecin traitant

Quelques patients ont exprimé le fait que le médecin traitant a peu de matériel et qu'il est seul sans aide humaine ou technique (anesthésiste). Les témoins ont expliqué qu'ils se sentiraient plus rassurés si l'acte était réalisé aux urgences ou ils sont sûrs d'avoir accès à un plateau technique et à des produits anesthésiants.

Tous les cabinets médicaux ne sont pas équipés de matériel adéquat. Une bonne partie de l'exercice médical se fait encore seul même si la pratique a évolué avec la création de maisons médicales voire de maisons médicales pluridisciplinaires.

Une des solutions pourrait être le regroupement et l'utilisation d'auxiliaire médical ce qui permet d'investir dans du matériel. A défaut une autre solution serait de convoquer à nouveau le patient pour la réalisation de l'acte et de lui donner une ordonnance pour aller chercher le matériel nécessaire pour l'acte (fils de suture, Xylocaïne).

4- Le tiers payant

De notre étude le tiers payant ne ressort pas comme un argument primordial pour le choix de consultation. Les patients apportent une plus grande importance à la disponibilité de leur médecin traitant et à la gravité de la plaie.

On peut supposer que la numérisation des facturations a permis d'augmenter la part de tiers payant pratiqué chez les généralistes. De plus quelques témoins ont mis en opposition l'avance de frais avec la qualité des soins. Certains rapportent avoir l'impression qu'en consultant leur médecin traitant ils ont une médecine plus personnalisée.

5- Une confiance en leur médecin généraliste qui favorise la médecine de ville

Dans nos entretiens la majorité des témoins ont exprimé avoir confiance en leur médecin traitant. C'est leur médecin de premier recours, ils louent ses qualités d'écoute et d'empathie. Ils estiment que c'est le médecin qui les connaît le mieux. Tout ceci crée un climat de confiance qui pousse les patients à favoriser une consultation chez leur généraliste.

La plupart des témoins interrogés ont exprimé le fait de favoriser leur médecin traitant s'ils en ont l'occasion.

6- Des facteurs n'influençant pas la prise de décision du choix du lieu de la consultation

Le délai de prise en charge

Il ressort de nos entretiens que le délai d'attente n'est pas vraiment un facteur qui favorise les urgences ou la médecine de ville. Globalement les patients sont très partagés, certains rapportent une attente longue aux urgences mais sont rassurés par le fait de pouvoir être sûrs d'être reçus, d'autres rapportent de leur vécu avoir été pris rapidement aux urgences.

La qualité des soins

D'après le vécu des patients il n'existe pas de meilleure qualité des soins aux urgences que chez le médecin traitant et vice et versa.

La proximité et la facilité d'accès aux urgences

Le fait d'avoir un accès rapide et proche avec un service des urgences est pour certains patients un argument pour préférer les urgences à leur médecin traitant. Cependant comme dit précédemment aucun des témoins interrogés ne vivait dans un milieu rural, on peut supposer que dans cette catégorie de la population le lieu le plus proche pour consulter et le plus facile d'accès, c'est le médecin traitant. Dans l'idéal il faudrait étudier de nouveau cet argument avec une population vivant dans un milieu rural.

Avoir un médecin déclaré

Dans nos trois focus group tous les témoins avaient un médecin traitant déclaré il nous a été impossible de pouvoir connaître les points de vue de cette catégorie de la population française.

CONCLUSION :

Les sutures sont de moins en moins pratiquées en ville par les médecins généralistes du fait de leur caractère chronophage, du manque de matériel, d'une faible rémunération de l'acte et **d'un manque de demande du patient.**

Globalement les deux arguments qui ressortent de ces entretiens et qui freinent les patients à consulter leur médecin traitant pour la réalisation de cet acte sont :

- Le manque de disponibilité du médecin généraliste l'empêchant de pouvoir se libérer du temps pour recevoir des urgences.
- La gravité de la plaie qui pousse les patients à favoriser les urgences sans solliciter au préalable leur médecin traitant.

Une des solutions est de libérer du temps au médecin traitant pour recevoir le patient dans un délai raisonnable afin de se rendre compte de la gravité de la plaie. Cela peut passer par :

- Une meilleure organisation du planning ou la création de créneaux d'urgence ouvrables le jour même
- Le recours à un auxiliaire médical pour se libérer du temps, en lui déléguant les tâches administratives
- Une organisation du planning de manière partagée avec par exemple un médecin recevant les urgences sans rendez-vous.

Une meilleure prise en charge médicale peut aussi passer par une meilleure éducation du patient, en lui apprenant les critères de gravité d'une plaie et le délai à respecter.

D'autres arguments ont été évoqués par les témoins mais semblent plus accessoire, comme la proximité d'un service d'urgence, une meilleure qualité de soin, l'absence d'avance de frais aux urgences et l'accès à un plateau technique.

BIBLIOGRAPHIE

- <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0522404.pdf> Thèse de 2008 université de PARIS Val de Marne : (1)
- <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01302358/document> Thèse de 2015 Paris Descartes : (2)
- <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt//DB=2.1/SET=2/TTL=1/CMD?ACT=SRCHA&IKT=1016&SRT=RLV&TRM=suture+2011+cantal+medecine+g%C3%A9n%C3%A9rale> Thèse de 2011 université de Clermont Ferrand (3)
- https://www.sfm.u.org/upload/consensus/rbp_plaies2017_v2.pdf plaie aigue PEC aux Urgences. (4)
- <https://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/er215.pdf> étude de 2003 étude épidémiologique sur la fréquentation des urgences (5)
- <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt//DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=249020645> Thèse de 2020 faculté d'Amiens : (6)
- <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt//DB=2.1/SET=6/TTL=1/SHW?FRST=4> thèse de 2020 faculté de Nantes (7)
- <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt//DB=2.1/SET=18/TTL=1/CMD?ACT=SRCHA&IKT=1016&SRT=RLV&TRM=prise+en+charge+de+la+petite+traumatologie+en+m%C3%A9decine+de+ville> Thèse de 2015 (8)
- <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt//DB=2.1/SET=11/TTL=1/SHW?FRST=7> thèse de 2012 Amiens (9)
- <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt//DB=2.1/SET=11/TTL=7/CMD?ACT=SRCHA&IKT=1016&SRT=RLV&TRM=prise+en+charge+suture+enfant+adulte> thèse de 2011 faculté de CAEN (10)
- <https://www.em-consulte.com/article/109760/prise-en-charge-des-plaies-en-medecine-generale-a-> thèse de 2008 dans la vienne
- Ouvrage consulté :
 - INITIATION A LA RECHERCHE QUALITATIVE EN SANTE sous la direction de Jean-Pierre LEBEAU
 - MANUEL D'ANALYSE QUALITATIVE 2^{ème} édition de Christophe Lejeune
 - INITIATION A LA RECHERCHE 2^{ème} édition de Paul Frappé

ANNEXES

Annexe 1 : Formulaire recherche de volontaire

RECHERCHE DE VOLONTAIRE POUR PARTICIPER A UNE ETUDE MEDICALE

Madame, Monsieur,

Je suis COCHETEUX Clément et suis interne en huitième année de médecine. Je vous invite à participer à un projet de recherche.

Ce projet de recherche vise à déterminer les limites à la pratique des sutures en cabinet de médecine général.

Pour cette recherche, nous voudrions pouvoir réaliser une étude qualitative via des groupes de discussions de patient (une dizaine) afin d'échanger sur ce thème. Il vous sera juste demandé de répondre à des questions.

Si vous acceptez de participer à cette recherche vous devez savoir que :

- Vous serez enregistrés (un consentement vous sera demandé).
- Les données recueillies seront confidentielles et votre anonymat sera garanti lors de la publication des résultats.
- La séance se déroulera **le àle matin ou l'après-midi** selon votre convenance.
- Au cours de cet échange un goûter ou un déjeuner vous sera proposé avec respect des gestes barrières.

Si vous êtes intéressé et souhaitez participer à cette étude vous pouvez me contacter via mon adresse mail cl.....@..... ou mon numéro de téléphone 06 XX XX XX XX.

Je vous remercie d'avance de l'attention que vous porterez à ma demande et vous prie d'agréer mes sincères salutations.



COCHETEUX Clément

(Interne en médecine)

Annexe 2 : Guide de l'entretien

QUESTION FOCUS GROUPE

- Vous êtes-vous déjà fait suturer ?
Si oui chez votre médecin traitant ? Aux Urgences ? Un autre médecin libéral que votre médecin traitant ?
Comment cela s'est-il déroulé ?
- Qu'est-ce qui vous inciterait à consulter les Urgences pour une plaie plutôt que votre médecin traitant ? (question principale)
- Cet acte vous semble-t-il être réalisable par votre généraliste ? Sinon pourquoi ? pensez-vous que cet acte soit mieux pris en charge aux Urgences ?
- Le fait que le geste soit fait par un médecin que vous connaissez vous inciterait-il dans votre choix ?
- Qu'est ce qui pour vous peut ou limite la réalisation de cet acte en ville ? La disponibilité de votre médecin traitant ? Ses compétences ?
- Le fait d'avoir un hôpital proche de chez vous vous inciterait-t-il à préférer les urgences ? accès à un plateau technique ?
- La gratuité (pas d'avance de soin) du soin vous amènerait-t-elle à préférer les urgences ?
- Avoir un rendez-vous rapidement dans les 24h vous inciterait-t-il à consulter votre généraliste ? si oui pourquoi ? si non pourquoi ?

AUTEUR : Nom : COCHETEUX

Prénom : Clément

Date de soutenance : 15/05/2024

Titre de la thèse : Quels sont les limites du point de vue du patient à consulter leur médecin généraliste pour des plaies superficielles ?

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : Suture, plaies superficielles, disponibilité, gravité, médecin traitant.

Résumé :

Contexte : *Les sutures sont de moins en moins pratiquées en médecine générale. Leur caractère chronophage, la peur des conséquences médico légales, la faible rémunération mais également la faible demande des patients pour la réalisation de cet acte, limite considérablement la pratique de ce geste en médecine libérale.*

Objectif : *Le but de l'étude était de trouver les arguments qui limitent les patients à consulter leur médecin traitant pour la réalisation de suture.*

Méthode : *Trois entretiens sous forme de focus group ont été réalisés. Une analyse manuelle suivie d'une analyse informatique via le logiciel « nvivo » a été réalisée.*

Résultats : *Les trois focus groups ont réuni 22 patients. Neuf thématiques ont été abordées spontanément au cours des trois focus groups.*

Conclusion : *Le choix des patients est fortement contextualisé. Il dépend de la disponibilité de leur médecin traitant et de la gravité ressentie de la plaie. D'autres éléments comme l'absence d'avance de frais, la proximité des urgences, la qualité des soins et l'accès à un plateau technique sont jugés comme des arguments plus accessoires.*

Composition du Jury :

Président : Pr DEFEBVRE LUC

Assesseurs : Dr BARAN JAN

Directeur de thèse : Dr MOREAU BENEDICTE