

2024-2025

# THÈSE

pour le

## DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

**Prise en charge des plaies traumatiques : regard  
croisé des médecins généralistes et urgentistes dans  
le département du Maine-et-Loire**

**BRANTHOMÉ Noémie** ■

Née le 4 juin 1995 à Le Blanc-Mesnil (93)

**CHAUVEAU Jayson** ■

Né le 19 septembre 1994 à Angers (49)

Sous la direction de Mme GHALI Maria ■

Membres du jury

Madame la Professeure ANGOULVANT Cécile | Présidente

Madame la Docteure GHALI Maria | Directrice

Madame la Docteure GUELFY Jessica | Membre

Monsieur le Docteur POIJOL Bruno | Membre

Soutenue publiquement le :  
27 février 2025



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Nous soussignés Noémie BRANTHOME et Jayson CHAUVEAU  
déclarons être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, nous nous engageons à citer toutes les sources que nous avons utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par les étudiants le **31/01/2025**

|                      |
|----------------------|
| SERMENT D'HIPPOCRATE |
|----------------------|

*« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».*

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

---

**Doyen de la Faculté :** Pr Cédric ANNWEILER

**Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :**  
Pr Sébastien FAURE

**Directeur du département de médecine :** Pr Vincent DUBEE

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

|                             |                                             |           |
|-----------------------------|---------------------------------------------|-----------|
| ABRAHAM Pierre              | PHYSIOLOGIE                                 | Médecine  |
| ANGOULVANT Cécile           | MEDECINE GENERALE                           | Médecine  |
| ANNWEILER Cédric            | GERIATRIE ET BIOLOGIE DU<br>VIEILLISSEMENT  | Médecine  |
| ASFAR Pierre                | REANIMATION                                 | Médecine  |
| AUBE Christophe             | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE             | Médecine  |
| AUGUSTO Jean-François       | NEPHROLOGIE                                 | Médecine  |
| BAUFRETON Christophe        | CHIRURGIE THORACIQUE ET<br>CARDIOVASCULAIRE | Médecine  |
| BELLANGER William           | MEDECINE GENERALE                           | Médecine  |
| BELONCLE François           | REANIMATION                                 | Médecine  |
| BIERE Loïc                  | CARDIOLOGIE                                 | Médecine  |
| BIGOT Pierre                | UROLOGIE                                    | Médecine  |
| BONNEAU Dominique           | GENETIQUE                                   | Médecine  |
| BOUCHARA Jean-Philippe      | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE                  | Médecine  |
| BOUET Pierre-Emmanuel       | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE                     | Médecine  |
| BOURSIER Jérôme             | GASTROENTEROLOGIE ;<br>HEPATOLOGIE          | Médecine  |
| BOUVARD Béatrice            | RHUMATOLOGIE                                | Médecine  |
| BRIET Marie                 | PHARMACOLOGIE                               | Médecine  |
| CAMPONE Mario               | CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE                | Médecine  |
| CAROLI-BOSC François-Xavier | GASTROENTEROLOGIE ;<br>HEPATOLOGIE          | Médecine  |
| CASSEREAU Julien            | NEUROLOGIE                                  | Médecine  |
| CLERE Nicolas               | PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE                 | Pharmacie |
| COLIN Estelle               | GENETIQUE                                   | Médecine  |
| CONNAN Laurent              | MEDECINE GENERALE                           | Médecine  |
| COPIN Marie-Christine       | ANATOMIE ET CYTOLOGIE<br>PATHOLOGIQUES      | Médecine  |
| COUTANT Régis               | PEDIATRIE                                   | Médecine  |
| CUSTAUD Marc-Antoine        | PHYSIOLOGIE                                 | Médecine  |
| CRAUSTE-MANCIET Sylvie      | PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE                | Pharmacie |
| DE CASABIANCA Catherine     | MEDECINE GENERALE                           | Médecine  |
| DERBRE Séverine             | PHARMACOGNOSIE                              | Pharmacie |
| DESCAMPS Philippe           | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE                     | Médecine  |
| D'ESCATHA Alexis            | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL                | Médecine  |

|                          |                                                                   |           |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------|
| DINOMAIS Mickaël         | MEDECINE PHYSIQUE ET DE<br>READAPTATION                           | Médecine  |
| DUBEE Vincent            | MALADIES INFECTIEUSES ET<br>TROPICALES                            | Médecine  |
| DUCANCELLE Alexandra     | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ;<br>HYGIENE HOSPITALIERE                 | Médecine  |
| DUVERGER Philippe        | PEDOPSYCHIATRIE                                                   | Médecine  |
| EVEILLARD Matthieu       | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE                                           | Pharmacie |
| FAURE Sébastien          | PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE                                         | Pharmacie |
| FOURNIER Henri-Dominique | ANATOMIE                                                          | Médecine  |
| FOUQUET Olivier          | CHIRURGIE THORACIQUE ET<br>CARDIOVASCULAIRE                       | Médecine  |
| FURBER Alain             | CARDIOLOGIE                                                       | Médecine  |
| GAGNADOUX Frédéric       | PNEUMOLOGIE                                                       | Médecine  |
| GOHIER Bénédicte         | PSYCHIATRIE D'ADULTES                                             | Médecine  |
| GUARDIOLA Philippe       | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION                                         | Médecine  |
| GUILET David             | CHIMIE ANALYTIQUE                                                 | Pharmacie |
| HUNAUULT-BERGER Mathilde | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION                                         | Médecine  |
| JEANNIN Pascale          | IMMUNOLOGIE                                                       | Médecine  |
| KAZOUR François          | PSYCHIATRIE                                                       | Médecine  |
| KEMPF Marie              | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ;<br>HYGIENE HOSPITALIERE                 | Médecine  |
| KUN-DARBOIS Daniel       | CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET<br>STOMATOLOGIE                      | Médecine  |
| LACOEUILLE FRANCK        | RADIOPHARMACIE                                                    | Pharmacie |
| LACCOURREYE Laurent      | OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE                                            | Médecine  |
| LAGARCE Frédéric         | BIOPHARMACIE                                                      | Pharmacie |
| LANDREAU Anne            | BOTANIQUE/ MYCOLOGIE                                              | Pharmacie |
| LASOCKI Sigismond        | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION                                       | Médecine  |
| LEBDAI Souhil            | UROLOGIE                                                          | Médecine  |
| LEGENDRE Guillaume       | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE                                           | Médecine  |
| LEGRAND Erick            | RHUMATOLOGIE                                                      | Médecine  |
| LEMEE Jean-Michel        | NEUROCHIRURGIE                                                    | Médecine  |
| LERMITE Emilie           | CHIRURGIE GENERALE                                                | Médecine  |
| LEROLLE Nicolas          | REANIMATION                                                       | Médecine  |
| LIBOUBAN Hélène          | HISTOLOGIE                                                        | Médecine  |
| LUQUE PAZ Damien         | HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE                                            | Médecine  |
| MARCHAIS Véronique       | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE                                           | Pharmacie |
| MARTIN Ludovic           | DERMATO-VERERELOGIE                                               | Médecine  |
| MAY-PANLOUP Pascale      | BIOLOGIE ET MEDECINE DU<br>DEVELOPPEMENT ET DE LA<br>REPRODUCTION | Médecine  |
| MENEI Philippe           | NEUROCHIRURGIE                                                    | Médecine  |
| MERCAT Alain             | REANIMATION                                                       | Médecine  |
| ORVAIN Corentin          | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION                                         | Médecine  |
| PAISANT Anita            | RADIOLOGIE                                                        | Médecine  |
| PAPON Nicolas            | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE<br>MEDICALE                            | Pharmacie |

|                               |                                                    |           |
|-------------------------------|----------------------------------------------------|-----------|
| PASSIRANI Catherine           | CHIMIE GENERALE                                    | Pharmacie |
| PELLIER Isabelle              | PEDIATRIE                                          | Médecine  |
| PETIT Audrey                  | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL                       | Médecine  |
| PICQUET Jean                  | CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE         | Médecine  |
| PODEVIN Guillaume             | CHIRURGIE INFANTILE                                | Médecine  |
| PROCACCIO Vincent             | GENETIQUE                                          | Médecine  |
| PRUNIER Delphine              | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE                  | Médecine  |
| PRUNIER Fabrice               | CARDIOLOGIE                                        | Médecine  |
| PY Thibaut                    | MEDECINE GENERALE                                  | Médecine  |
| RAMOND-ROQUIN Aline           | MEDECINE GENERALE                                  | Médecine  |
| REYNIER Pascal                | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE                  | Médecine  |
| RIOU Jérémie                  | BIostatistique                                     | Pharmacie |
| RINEAU Emmanuel               | ANESTHESIOLOGIE REANIMATION                        | Médecine  |
| RIQUIN Elise                  | PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE                     | Médecine  |
| RODIEN Patrice                | ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES   | Médecine  |
| ROQUELAURE Yves               | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL                       | Médecine  |
| ROUGE-MAILLART Clotilde       | MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE               | Médecine  |
| ROUSSEAU Audrey               | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES                | Médecine  |
| ROUSSEAU Pascal               | CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE | Médecine  |
| ROUSSELET Marie-Christine     | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES                | Médecine  |
| ROY Pierre-Marie              | MEDECINE D'URGENCE                                 | Médecine  |
| SAULNIER Patrick              | BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES                     | Pharmacie |
| SERAPHIN Denis                | CHIMIE ORGANIQUE                                   | Pharmacie |
| SCHMIDT Aline                 | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION                          | Médecine  |
| TESSIER-CAZENEUVE Christine   | MEDECINE GENERALE                                  | Médecine  |
| TRZEPIZUR Wojciech            | PNEUMOLOGIE                                        | Médecine  |
| UGO Valérie                   | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION                          | Médecine  |
| URBAN Thierry                 | PNEUMOLOGIE                                        | Médecine  |
| VAN BOGAERT Patrick           | PEDIATRIE                                          | Médecine  |
| VENARA Aurélien               | CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE                   | Médecine  |
| VENIER-JULIENNE Marie-Claire  | PHARMACOTECHNIE                                    | Pharmacie |
| VERNY Christophe              | NEUROLOGIE                                         | Médecine  |
| WILLOTEAUX Serge              | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE                    | Médecine  |
| <u>MAÎTRES DE CONFÉRENCES</u> |                                                    |           |
| AMMI Myriam                   | CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE                 | Médecine  |
| BAGLIN Isabelle               | CHIMIE THERAPEUTIQUE                               | Pharmacie |

|                                  |                                                     |           |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------|
| BASTIAT Guillaume                | BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES                      | Pharmacie |
| BEAUVILLAIN Céline               | IMMUNOLOGIE                                         | Médecine  |
| BEGUE Cyril                      | MEDECINE GENERALE                                   | Médecine  |
| BELIZNA Cristina                 | MEDECINE INTERNE                                    | Médecine  |
| BENOIT Jacqueline                | PHARMACOLOGIE                                       | Pharmacie |
| BERNARD Florian                  | ANATOMIE                                            | Médecine  |
| BESSAGUET Flavien                | PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE                           | Pharmacie |
| BLANCHET Odile                   | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION                           | Médecine  |
| BOISARD Séverine                 | CHIMIE ANALYTIQUE                                   | Pharmacie |
| BOUCHER Sophie                   | ORL                                                 | Médecine  |
| BRIET Claire                     | ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES<br>METABOLIQUES | Médecine  |
| BRILLAND Benoit                  | NEPHROLOGIE                                         | Médecine  |
| BRIS Céline                      | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE                   | Pharmacie |
| BRUGUIERE Antoine                | PHARMACOGNOSIE                                      | Pharmacie |
| CAPITAIN Olivier                 | CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE                        | Médecine  |
| CHABRUN Floris                   | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE                   | Pharmacie |
| CHAO DE LA BARCA Juan-<br>Manuel | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE                   | Médecine  |
| CHOPIN Matthieu                  | MEDEECINE GENERALE                                  |           |
| CODRON Philippe                  | NEUROLOGIE                                          | Médecine  |
| DEMAS Josselin                   | SCIENCES DE LA READAPTATION                         | Médecine  |
| DESHAYES Caroline                | BACTERIOLOGIE VIROLOGIE                             | Pharmacie |
| DOUILLET Delphine                | MEDECINE D'URGENCE                                  | Médecine  |
| FERRE Marc                       | BIOLOGIE MOLECULAIRE                                | Médecine  |
| FORTRAT Jacques-Olivier          | PHYSIOLOGIE                                         | Médecine  |
| GHALI Maria                      | MEDECINE GENERALE                                   | Médecine  |
| GUELFF Jessica                   | MEDECINE GENERALE                                   | Médecine  |
| HADJ MAHMOUD Dorra               | IMMUNOLOGIE                                         | Pharma    |
| HAMEL Jean-François              | BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE              | Médicale  |
| HAMON Cédric                     | MEDECINE GENERALE                                   | Médecine  |
| HELESBEUX Jean-Jacques           | CHIMIE ORGANIQUE                                    | Pharmacie |
| HERIVAUX Anaïs                   | BIOTECHNOLOGIE                                      | Pharmacie |
| HINDRE François                  | BIOPHYSIQUE                                         | Médecine  |
| JOUSSET-THULLIER Nathalie        | MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE                | Médecine  |
| JUDALET-ILLAND Ghislaine         | MEDECINE GENERALE                                   | Médecine  |
| KHIATI Salim                     | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE                   | Médecine  |
| LEFEUVRE Caroline                | BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE                           | Médecine  |
| LEGEAY Samuel                    | PHARMACOCINETIQUE                                   | Pharmacie |
| LEPELTIER Elise                  | CHIMIE GENERALE                                     | Pharmacie |
| LETOURNEL Franck                 | BIOLOGIE CELLULAIRE                                 | Médecine  |
| MABILLEAU Guillaume              | HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET<br>CYTOGENETIQUE         | Médecine  |
| MALLET Sabine                    | CHIMIE ANALYTIQUE                                   | Pharmacie |
| MAROT Agnès                      | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE                 | Pharmacie |
| MESLIER Nicole                   | PHYSIOLOGIE                                         | Médecine  |
| MIOT Charline                    | IMMUNOLOGIE                                         | Médecine  |
| MOUILLIE Jean-Marc               | PHILOSOPHIE                                         | Médecine  |

|                              |                                                  |           |
|------------------------------|--------------------------------------------------|-----------|
| NAIL BILLAUD Sandrine        | IMMUNOLOGIE                                      | Pharmacie |
| PAILHORIES Hélène          | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE                          | Médecine |
| PAPON Xavier                 | ANATOMIE                                         | Médecine |
| PASCO-PAPON Anne             | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE                  | Médecine |
| PENCHAUD Anne-Laurence       | SOCIOLOGIE                                       | Médecine |
| PIHET Marc                   | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE                       | Médecine |
| PIRAUX Arthur                | OFFICINE                                         | Pharmacie |
| POIROUX Laurent              | SCIENCES INFIRMIERES                             | Médecine |
| RONY Louis                   | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET<br>TRAUMATOLOGIQUE     | Médecine |
| ROGER Emilie                 | PHARMACOTECHNIE                                  | Pharmacie |
| SAVARY Camille               | PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE                        | Pharmacie |
| SCHMITT Françoise           | CHIRURGIE INFANTILE                              | Médecine |
| SCHINKOWITZ Andréas         | PHARMACOGNOSIE                                   | Pharmacie |
| SPIESSER-ROBELET<br>Laurence | PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION<br>THERAPEUTIQUE | Pharmacie |
| TEXIER-LEGENDRE Gaëlle      | MEDECINE GENERALE                                | Médecine |
| VIAULT Guillaume             | CHIMIE ORGANIQUE                                 | Pharmacie |

## AUTRES ENSEIGNANTS

|                        |                                  |           |
|------------------------|----------------------------------|-----------|
| <b>ATER</b>            |                                  |           |
| BARAKAT Fatima         | CHIMIE ANALYTIQUE                | Pharmacie |
| ATCHADE Constantin     | GALENIQUE                        | Pharmacie |
|                        |                                  |           |
| <b>PRCE</b>            |                                  |           |
| AUTRET Erwan           | ANGLAIS                          | Santé     |
| BARBEROUSSE Michel     | INFORMATIQUE                     | Santé     |
| COYNE Ashley           | ANGLAIS                          | Santé     |
| O'SULLIVAN Kayleigh    | ANGLAIS                          | Santé     |
| RIVEAU Hélène          | ANGLAIS                          |           |
|                        |                                  |           |
|                        |                                  |           |
| <b>PAST-MAST</b>       |                                  |           |
| AUBRUCHET Hélène       |                                  |           |
| BEAUVAIS Vincent       | OFFICINE                         | Pharmacie |
| BRAUD Cathie           | OFFICINE                         | Pharmacie |
| CAVAILLON Pascal       | PHARMACIE INDUSTRIELLE           | Pharmacie |
| DILÉ Nathalie          | OFFICINE                         | Pharmacie |
| GUILLET Anne-Françoise | PHARMACIE DEUST PREPARATEUR      | Pharmacie |
| MOAL Frédéric          | PHARMACIE CLINIQUE               | Pharmacie |
| CHAMPAGNE Romain       | MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION | Médecine  |
| KAASSIS Mehdi          | GASTRO-ENTEROLOGIE               | Médecine  |
| GUITTON Christophe     | MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION   | Médecine  |
| LAVIGNE Christian      | MEDECINE INTERNE                 | Médecine  |
| PICCOLI Giorgia        | NEPHROLOGIE                      | Médecine  |

|                  |                            |          |
|------------------|----------------------------|----------|
| POMMIER Pascal   | CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE | Médecine |
| SAVARY Dominique | MEDECINE D'URGENCE         | Médecine |
|                  |                            |          |
| <b>PLP</b>       |                            |          |
| CHIKH Yamina     | ECONOMIE-GESTION           | Médecine |

# REMERCIEMENTS

## **Remerciements aux membres du jury :**

A Madame la Professeure Cécile ANGOULVANT, de nous avoir fait l'honneur de présider le jury de cette soutenance.

A Madame la Docteure Maria GHALI, d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Nous te remercions pour ton accompagnement, ta réactivité et tes conseils tout au long de ce travail.

A Madame la Docteure Jessica GUELFF et à Monsieur le Docteur Bruno Poujol, d'avoir accepté d'assister à notre soutenance de thèse afin de juger notre travail.

## **Remerciements aux participants :**

A tous les médecins généralistes et tous les médecins urgentistes, d'avoir accepté de participer aux entretiens et d'avoir contribué à ce travail de thèse. Nous vous remercions d'avoir pris le temps de nous répondre et de nous recevoir.

# REMERCIEMENTS

## **Remerciements de Noémie :**

Merci à toutes les équipes médicales et paramédicales de Cholet, Saumur et du Mans, et à tous les maîtres de stage avec qui j'ai pu travailler pendant ces trois années d'internat. Merci pour avoir partagé votre expérience et de m'avoir fait évoluer tant sur le plan professionnel que personnel.

A Isabelle, ma maman, et à Philippe, merci de m'avoir soutenue et toujours poussée à donner le meilleur de moi-même malgré mes nombreux doutes durant toutes ces années d'étude.

A Dominique, mon papa, et à Sylvie, merci de m'avoir accompagnée avec tout votre amour pendant ces dix années. Je ne vous remercierai jamais assez pour tout votre soutien.

A Hélène, ma grand-mère, et à Simone, ma grand-mère de cœur, merci d'être des mamies en or et pour vos encouragements pendant toutes ces années. J'ai également une pensée pour mon grand-père, André, qui aurait été fier de me voir devenir docteur.

A toute ma famille, merci d'être là et de toujours vous intéresser à ma vie de médecin.

A Elise, mon binôme de PACES, je te remercie pour ces nombreuses heures passées à la BU pour réussir ce concours. J'ai passé les meilleures révisions de ma vie en ta compagnie ! Puis merci, d'avoir été une colocataire géniale pendant quatre ans. Tu as toujours été là pour me soutenir, pour trouver les mots qu'il fallait pour me rassurer et d'avoir essuyé mes larmes pendant mes moments de faiblesse. Ne change pas, tu es la meilleure !

A Eléa, ma seconde colocataire d'exception, j'ai toujours été impressionnée par ta discipline qui m'a inspirée et motivée pendant l'externat. Merci pour tes litres de café et de m'avoir fait découvrir le Berocca Boost !

A Lisa, mon double, merci tout simplement d'être toi. Tu as toujours été à mes côtés pour franchir toutes ces étapes depuis dix ans. Ton soutien a été précieux pendant toutes ces années. Merci pour tes encouragements et tes paroles bienveillantes. Merci également pour tes shooter de café et de partager avec moi le plaisir de râler.

A la team CCT (Lisa, Eléa, Adèle, Amélie, Mélina, Anne-Sophie, Solène et Audrey), merci pour toutes ces années d'externat. Je n'oublierai jamais nos rires, nos soirées endiablées nantaises et nos vacances épiques.

A la team P'tits Bouts (Bérénice, Clara B, Clara G, Pierre, Elise, Juliette et Camille), je suis heureuse de vous avoir rencontré pendant ce semestre à Saumur. Je ne vous remercierai jamais assez pour tout le soutien et la bienveillance dont vous avez fait preuve pendant ce semestre.

Mention spéciale à Bérénice : merci pour ce semestre en colocation au Mans. Merci pour les rires, les soirées et les recettes pimentées !

A Pierre, merci pour toutes ces soirées en ta compagnie à refaire le monde et surtout la médecine. Merci pour ta gentillesse, ta bienveillance et ton soutien.

A Julie et Dany, mes associées, merci de m'avoir proposé ce beau projet sans lequel je n'aurais pas trouvé la motivation de débiter ce travail de thèse. J'ai hâte de vivre cette nouvelle aventure à vos côtés.

A Jayson, merci d'avoir accepté d'effectuer ce travail de thèse avec moi. Je te remercie pour ton investissement et ta patience à tout épreuve. Merci également de m'avoir lancée dans ce beau projet professionnel. Mais avant tout, je te remercie d'être un excellent ami. Merci pour ton écoute, ta bonne humeur et les heures passées au téléphone à me rassurer. Tu es un bon médecin mais aussi une belle personne, ne change pas. De nouvelles aventures nous attendent, associé !

**Remerciements professionnels de Jayson :**

A toutes les équipes médicales et paramédicales que j'ai côtoyées durant mon internat, qui m'ont fait prendre confiance en moi. Un médecin n'est rien sans l'équipe qui l'entoure. Des remerciements chaleureux à Pierre et Stéphanie, qui m'ont partagé avec générosité leur expérience de la médecine générale.

A la pédiatrie de Cholet, la plus belle des équipes. Merci aux pédiatres, notamment Isabelle et Maxime, de m'avoir fait confiance. Merci à toute l'équipe paramédicale, mes « nurses », pour ces moments de partage inoubliables. Travailler avec vous a été un vrai bonheur. Des pensées pour Morgane, Laura, ma petite Jojo et Evelyne. Vous me manquez.

A l'équipe des urgences de Cholet, merci pour votre accueil. Ce fut un challenge, c'est vrai, mais un plaisir, de travailler avec vous durant cette année 2024. Je repars riche de vos conseils !

**Remerciements personnels de Jayson :**

A ma Maman, qui traverse tout avec moi depuis plus de trente ans. Ma réussite est aussi la tienne, merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir encouragé. Ta présence est réconfortante, ton soutien si important. Je suis heureux de te voir épanouie avec Thierry. Je ne te le dis pas assez souvent, mais celui-là restera pour toujours : je t'aime.

A mon petit frère Kenny. Petits, chien et chat, pour finalement se découvrir des points communs. Ta folie est contagieuse, garde-la et surtout, partage-la. Je te souhaite le meilleur avec Romain dans vos nouveaux défis. Je serai toujours là si tu as besoin de moi. Nous nous reverrons vite. Je t'aime.

A mon petit frère Logan, que j'ai (trop) souvent menacé de ramener au magasin pour l'échanger s'il n'était pas sage. Tu supportes mes bêtises, je supporte ton caractère d'adolescent insatisfait. Le temps file, et je suis fier de découvrir le jeune homme que tu deviens. Compte sur moi à chaque étape de ta vie. Je t'aime.

A Anthony, arrivé tout droit de Bretagne. Quelle belle idée tu as eu de venir faire ta formation à Angers ! Cette rencontre imprévue aura tout changé. Merci pour ta patience à toute épreuve et ta confiance, ta magie transforme les triangles en carré. Merci de m'avoir si bien accueilli dans ta vie, rythmée en famille avec Louann et Théo. Nous continuerons de rire et de construire nos projets, ensemble. Je t'aime.

A tous mes amis Ataxiques, merci pour votre amitié depuis toutes ces années. Nous avons traversé beaucoup, tous ensemble. Je retiens nos beaux moments mais aussi votre soutien lorsque j'en ai eu le plus besoin. Je n'en serai pas là aujourd'hui sans vous, soyez-en sûrs. Quel plaisir j'ai à vous voir évoluer dans vos vies, personnelles et professionnelles. Comptez sur moi pour revenir réveiller la Bernerie !

A mes amis de Saumur, fidèles depuis ce semestre où nous partagions cafés au soleil et bataille de mousse au chocolat (et tant pis pour les hémoglobines glyquées). De belles amitiés y sont nées, j'en retiens une équipe prête à se toucher le nez vingt-quatre fois par jour !

A Pierre, mon binôme d'internat, mon ami. Merci pour ces moments partagés durant trois semestres et qui perdurent aujourd'hui. J'apprécie ta gentillesse inégalée et ton humour. Surtout, continue de ronchonner, cela te va si bien ! Nul doute que tu seras un médecin de famille d'exception.

A Virginie, et Denis, mes amis au cœur sur la main. Merci pour tous ces moments de partage. Votre complicité fait si plaisir à voir. J'espère un jour pouvoir vous retrouver dans les zones blanches de la Creuse. Promis, on arrivera quand même à y regarder Interstellar et Inception !

A Julie et Dany, merci de m'avoir fait confiance. Ce projet, porté à quatre avec Noémie, n'en serait pas là sans vous. Votre investissement est à la hauteur de votre générosité, et j'apprécie votre bienveillance. Plus que quelques semaines, et nous y serons : j'ai hâte de pouvoir partager mon quotidien avec vous !

Et enfin, merci à Noémie, sans qui rien de tout ça n'aurait été possible. Ma séquestration chez toi, arrosée de café, aura eu du bon. Merci pour ton investissement et ta motivation à toute épreuve ! « Outre » ma co-thésarde, tu es ma future associée, mais aussi et surtout une amie fidèle et sincère sur qui je peux compter. Je te remercie pour ton écoute sans faille. Je suis très fier de toi.

## Liste des abréviations

|        |                                                                            |
|--------|----------------------------------------------------------------------------|
| ACI    | Accord Conventionnel Interprofessionnel                                    |
| ARM    | Assistant(e)s de Régulation Médicale                                       |
| CCAM   | Classification Commune des Actes Médicaux                                  |
| CNAM   | Caisse Nationales d'Assurance Maladie                                      |
| CNGE   | Collège National des Généralistes Enseignants                              |
| CNSP   | Centres de Soins Non Programmés                                            |
| DES    | Diplôme d'Etudes Spécialisées                                              |
| DREES  | Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques |
| EPI    | Eléments de Protection Individuels                                         |
| FFCSNP | Fédération Française des Centres de Soins Non Programmés                   |
| IDE    | Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat                                             |
| IPA    | Infirmier(e) de Pratique Avancée                                           |
| MEOPA  | Mélange Equimolaire Oxygène-Protoxyde d'Azote                              |
| MG     | Médecin Généraliste                                                        |
| MU     | Médecin Urgentiste                                                         |
| RCP    | Responsabilité Civile et Professionnelle                                   |
| SAS    | Service d'Accès aux Soins                                                  |
| SAU    | Service d'Accueil des Urgences                                             |
| SFMU   | Société Française de Médecine d'Urgence                                    |
| SNDS   | Système National des Données de Santé                                      |
| SNP    | Soins Non Programmés                                                       |

# **Plan**

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

## **RESUME**

## **INTRODUCTION**

## **MÉTHODES**

## **RÉSULTATS**

## **CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS**

### **1. Les médecins généralistes prenaient-ils en charge les sutures dans leur cabinet ?**

- 1.1. Une formation initiale commune pour réaliser des sutures, ...
- 1.2. ..., mais une réalisation en pratique jugée faible par les MG, ...
- 1.3. ..., avec une évolution de la pratique variable

### **2. Comment les médecins prenaient-ils en charge une plaie traumatique ?**

- 2.1. Pour commencer, quelle population était concernée ?
- 2.2. Des étapes communes pour la prise en charge initiale
- 2.3. Une réorientation des patients en cas d'absence de prise en charge directe
- 2.4. Un adressage du patient vers le lieu de prise en charge qui différait selon la régulation...
- 2.5. ... et selon le choix du patient.

### **3. Quelles étaient leurs motivations à la pratique de la suture en cabinet de médecine générale ?**

- 3.1. Des motivations liées au patient, ...
- 3.2. ..., liées à l'acte...
- 3.3. ... et un soutien envers les MU.

### **4. Quels étaient les freins à la prise en charge des plaies traumatiques en cabinet de médecine générale ?**

- 4.1. Des freins liés aux MG, ...
- 4.2. ..., liés à l'évolution des générations et de l'activité des MG, ...
- 4.3. ..., liés à l'organisation du MG, ...
- 4.4. ..., liés aux patients...
- 4.5. ... et liés aux infrastructures.
- 4.6. Des plaies pas si simples à suturer...
- 4.7. ... et une facturation compliquée.

### **5. Une nécessité d'optimisation de la prise en charge des plaies traumatiques en cabinet**

- 5.1. En renforçant la mission de premier recours du MG, ...
- 5.2. ..., en optimisant sa formation à la suture, ...
- 5.3. ..., tout en augmentant les effectifs médicaux, ...
- 5.4. ..., mais aussi en réorganisant le planning du MG, ...
- 5.5. ..., son cabinet médical...
- 5.6. ... et les soins non programmés.
- 5.7. Recruter des assistants médicaux : un gain de temps ?
- 5.8. Un aspect financier à ne pas négliger

5.9. Et pourquoi ne pas envisager la coercition ?

## **6. Qu'en est-il de la coopération entre MG et MU ?**

6.1 Une méconnaissance de chacun et un défaut de communication, ...

6.2 ..., qui peuvent être palliés par une bonne régulation !

## **DISCUSSION**

### **1. Principaux résultats de l'étude**

### **2. Forces et limites de l'étude**

2.1. Forces

2.2. Limites

### **3. Comparaison avec les données de la littérature**

3.1. Fréquence et évolution de la suture

3.2. Motivations

3.3. Freins

3.4. Pistes d'amélioration

## **CONCLUSION**

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **LISTE DES TABLEAUX**

## **TABLE DES MATIERES**

## **ANNEXES**

# **REPARTITION DU TRAVAIL dans le cadre d'une thèse collective**

**Auteurs : Noémie BRANTHOME et Jayson CHAUVÉAU**

## **Fiche de thèse :**

Les recherches bibliographiques ont été faites en commun, les expériences personnelles partagées, et la fiche de thèse élaborée ensemble.

## **Entretiens :**

Les chercheurs ont contacté les médecins par téléphone et de visu afin d'obtenir des entretiens. Les entretiens auprès des médecins généralistes ont été réalisés par Noémie et ceux des médecins urgentistes par Jayson (12 entretiens au total, 6 pour Noémie et 6 pour Jayson).

## **Analyse des entretiens :**

Les chercheurs ont chacun retranscrit les entretiens qu'ils avaient réalisés. Le codage des verbatims a été fait de façon séparée avec une relecture et analyse commune.

## **Rédaction de la thèse :**

Les chercheurs ont partagé l'intégralité de la rédaction de l'étude, suivie de relectures communes pour uniformiser la rédaction.

# RESUME

## Prise en charge des plaies traumatiques : regard croisé des médecins généralistes et urgentistes dans le département du Maine-et-Loire

**Introduction** : La prise en charge des plaies traumatiques fait partie intégrante de la mission de premier recours des médecins généralistes (MG). Néanmoins, la réalisation de sutures au cabinet est de moins en moins faite en ambulatoire et tend à devenir un acte hospitalier. L'objectif principal de cette thèse était de recueillir le ressenti des MG et médecins urgentistes (MU) sur la prise en charge des plaies traumatiques au cabinet. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les motivations et les freins à leur réalisation, afin de proposer des pistes d'amélioration à leur prise en charge en ambulatoire. **Matériels et méthode** : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de MG et de MU exerçant dans le département du Maine-et-Loire. L'étude a été conçue pour répondre à un maximum de critères de qualité de la grille COREQ. Chaque entretien a été enregistré, anonymisé, puis retranscrit dans son intégralité en respectant le langage oral. Un double codage des chercheurs a été réalisé, ainsi qu'une triangulation des données. L'analyse a été réalisée selon une approche par théorisation ancrée après avoir isolé les unités de sens, regroupées en sous-thèmes et thèmes.

**Résultats** : Au total, douze entretiens ont été réalisés (six auprès des MG et six auprès des MU). Une saturation des données a été obtenue au cinquième entretien pour chaque spécialité. Les MG ont décrit que la prise en charge des plaies traumatiques reste une de leurs compétences et que la suture est un acte apprécié rendant service au patient. Malgré tout, plusieurs freins ont été relevés par les MG et les MU comme la pénurie de MG, leur manque de disponibilité, leur surcharge de travail et des conditions logistiques inadaptées. Dans un objectif commun de maintien de qualité de soins, MG et MU ont proposé des pistes pour améliorer la prise en charge des plaies traumatiques au cabinet portant sur la formation, mais aussi sur la réorganisation de leur activité. **Conclusion** : La prise en charge des plaies traumatiques par les MG reste peu fréquente. Ceci est expliqué notamment par un système de santé actuel qui ne permet pas de répondre intégralement à l'offre de soins non programmés (SNP). Cela conduit à se questionner sur l'organisation des SNP et notamment sur l'impact de l'émergence des Centres de Soins Non Programmés (CNSP) sur la pratique des MG.

# INTRODUCTION

Le médecin généraliste (MG) représente pour le patient le premier contact avec le système de santé ambulatoire français. Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) définit la formation initiale des médecins généralistes en six compétences transversales, symbolisées par la « marguerite des compétences » (1) : l'approche globale et la prise en compte de la complexité, le professionnalisme, l'éducation en santé (comprenant la prévention individuelle et communautaire), les premiers recours et urgences, la coordination des soins et la relation centrée patient. La compétence de premier recours implique de la part du médecin la prise en charge de problèmes de santé non sélectionnés, parfois non programmés, tout en assurant une accessibilité aux soins optimale.

La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) a édité un Référentiel de bonnes pratiques concernant la prise en charge des plaies aiguës (2). Il note peu de consensus quant à la prise en charge d'une plaie traumatique. Pour autant, quatre étapes semblent déterminantes. La première étape consiste en un lavage abondant et efficace de la plaie à l'eau contrôlée du robinet, sans recours nécessaire au sérum salé isotonique ou aux antiseptiques. La deuxième étape implique une détersion en débarrassant la plaie des corps étrangers et du sang coagulé pour limiter au maximum le risque infectieux. L'étape suivante nécessite une exploration soigneuse des tissus à la recherche d'une atteinte tendino-vasculo-nerveuse impliquant un éventuel avis chirurgical. Enfin, si les caractéristiques de la plaie le permettent, la dernière étape consiste en sa fermeture par différents moyens tels que le fil, l'agrafe ou la colle tissulaire.

L'ensemble de ces étapes doit se dérouler en limitant au maximum l'apport exogène contaminant, au moyen d'Éléments de Protection Individuels (EPI) non nécessairement

stériles. Néanmoins, aucune étude récente ne permet de se passer des EPI. De plus, il n'existe pas d'association démontrée entre le délai de fermeture de la plaie et le risque infectieux (2). Selon la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) (3), les actes de petite chirurgie tels que les sutures de plaie traumatique sont réalisables par tout médecin généraliste (4). Elles peuvent donc s'inscrire dans sa mission de premier recours dans la gestion d'urgences réelles ou ressenties.

Or, un rapport de 2017, montre que la suture de plaie traumatique est de moins en moins pratiquée dans les cabinets de médecine générale. A l'échelle nationale, seul un tiers des MG installés en ambulatoire ont réalisé au moins un acte de suture ou de petite traumatologie en 2017 (5). Près de 60 % de ces médecins ont réalisé moins de cinq actes sur l'année. Ces chiffres sont confirmés par plusieurs thèses réalisées sur le sujet (6,7).

A l'échelle régionale, d'après les données du Système National des Données de Santé (SNDS), 16 500 actes de sutures ont été cotés par les MG des Pays de la Loire en 2018. Environ un MG sur deux dans la région déclarait réaliser des sutures de plaies traumatiques (8).

La suture de plaie traumatique étant de moins en moins réalisée en cabinet, cet acte tend à devenir un acte hospitalier, notamment au sein de services d'urgences hospitalières de plus en plus sollicités (5). En effet, la Cour des Comptes a constaté en 2016 une augmentation continue du recours au sein de ces services, à hauteur de 3,6 % par an. Par ailleurs, la majorité des passages était non suivie d'hospitalisation, conséquence d'une réponse insuffisante de la médecine ambulatoire par manque d'effectifs de médecins généralistes. Il est ainsi permis de considérer qu'environ 20 % des patients actuels des urgences hospitalières ne devraient pas fréquenter ces structures, et qu'une médecine ambulatoire mieux organisée devrait pouvoir accueillir une proportion plus importante de ces patients.

Dans ce contexte actuel de difficultés d'accès aux soins (5,9), identifier les facteurs influençant la réalisation de cet acte en cabinet de médecine générale permettrait de proposer des pistes améliorant l'accessibilité aux actes de petite chirurgie tels que les sutures. Plusieurs thèses de médecine générale ont mis en évidence certains facteurs déterminants tels que le plaisir de réaliser une suture, l'envie de répondre à la demande du patient sans engorger les services d'urgences hospitalières ou encore le sentiment d'autonomie du médecin. A l'inverse, sont identifiés comme facteurs limitants le caractère chronophage de la suture et sa faible rentabilité financière, la localisation de la plaie et le manque de compétences techniques (10,11,12). Ce sujet a été peu exploré dans le département du Maine-et-Loire. En effet, seule une étude portant sur les facteurs influençant la pratique de la suture a été réalisée en 2016 dans le département (13).

L'objectif de ce travail était de recueillir le ressenti des MG et MU du département de Maine-et-Loire sur la prise en charge des plaies traumatiques en cabinet de médecine générale, afin d'identifier secondairement les freins et les motivations des médecins généralistes à réaliser des sutures, de proposer des pistes pour lever les freins éventuels à la réalisation de cet acte et de favoriser la coopération entre les cabinets de médecine générale et les Services d'Accueil des Urgences (SAU).

# **MATERIEL ET METHODE**

## **Design de l'étude**

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, en face à face auprès de médecins généralistes (MG) installés et de médecins urgentistes (MU) thésés, exerçant dans le département du Maine-et-Loire. L'étude a été conçue pour répondre à un maximum de critères de qualité de la grille COREQ, pour s'assurer de la validité interne de l'étude (annexe 1).

## **Présupposition des chercheurs**

Les MG, en tant qu'acteurs de premier recours, réalisent des sutures en cabinet afin de répondre à un besoin immédiat de leurs patients. Cela est d'autant plus vrai lorsqu'ils sont éloignés des SAU. Pour autant, la suture de plaie traumatique reste un acte chronophage dont sa réalisation peut être limitée par l'organisation spatiale ou structurelle du cabinet. De plus, un manque de matériel ou de méthodes antalgiques efficaces rendent la réalisation des sutures plus complexe.

Du point de vue des MU, tout MG est formé à la suture et est donc apte à réaliser ce geste en cabinet. Bien qu'ils y soient incités par une cotation de l'acte financièrement intéressante, les MG sont limités par un défaut d'accès rapide aux examens complémentaires et avis auprès des autres spécialistes.

## **Modalités de recrutement**

Le recrutement a été réalisé par téléphone, auprès de MG et MU du Maine-et-Loire, avec un recrutement en boule de neige, à partir des connaissances des chercheurs. Une lettre d'information a été transmise au préalable aux participants.

Le recrutement des MG a été réalisé en variation maximale sur les critères suivants : le sexe, l'âge, l'année d'installation, le mode d'exercice, le milieu d'exercice (urbain ou rural) et la proximité avec les SAU. Le recrutement des MU a été réalisé en variation maximale sur les critères suivants : le sexe, l'âge, l'année de début d'exercice au sein d'un SAU.

Les participants ont été informés que les entretiens étaient enregistrés puis anonymisés et qu'aucune donnée personnelle n'était conservée à l'issue de l'étude. Il leur était également possible d'interrompre l'entretien à tout moment. Les chercheurs étaient à la disposition des MG et MU pour leur envoyer une copie de la retranscription des entretiens et des résultats. Il était possible pour les MG et MU de s'opposer à l'exploitation des données les concernant.

### **Taille de l'échantillon**

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à suffisance des données, confirmée par un ou deux entretiens supplémentaires.

### **Recueil des données**

L'élaboration des deux guides d'entretien, un destiné aux MG et un destiné aux MU, a été réalisée d'après les données existantes de la littérature et les présuppositions des chercheurs (annexe 3, annexe 5). Les guides d'entretien ont évolué au fur et à mesure des analyses effectuées au fil de l'eau. Les entretiens ont été enregistrés sur appareils numériques (smartphone, tablette tactile), après obtention du consentement écrit des participants.

Après exposition de la thématique et de l'objectif de la thèse, les questions posées aux MG avaient pour but :

- D'explorer l'expérience personnelle de la suture en cabinet de médecine générale ;
- D'identifier les facteurs déterminants et limitants de la réalisation de suture en cabinet ;

- D'interroger la formation des MG aux gestes techniques ;
- De rechercher l'évolution de la pratique de la suture en cabinet de médecine générale ;
- De questionner leur gestion des soins non programmés.

Après exposition de la thématique et de l'objectif de la thèse, les questions posées aux MU avaient pour but :

- De questionner leur prise en charge des plaies traumatiques dans les SAU ;
- D'identifier les facteurs déterminants et limitants de la réalisation de suture en cabinet de médecine générale ;
- De rechercher l'évolution de la pratique de la suture ;
- D'identifier les facteurs pouvant faciliter la coordination entre MG et MU.

Les entretiens ont été réalisés entre octobre et décembre 2024 en face à face.

## **Analyse des données**

Chaque entretien a été retranscrit dans son intégralité sur un fichier Microsoft Word®, en respectant le langage oral et comprenant les temps de réflexion et de silence. Les hésitations ont été retranscrites au moyen de points de suspension.

Après retranscription des données, une analyse inductive a été effectuée sur la totalité du verbatim, par un double codage des chercheurs et une triangulation par la directrice de thèse. L'analyse des verbatims a été réalisée manuellement à l'aide d'un fichier Microsoft Excel®, selon une approche par théorisation ancrée (GTM), après avoir isolé les unités de sens, regroupées en sous-thèmes et thèmes.

# RESULTATS

## CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS

Douze entretiens ont été réalisés au total. La saturation des données a été obtenue au cinquième entretien pour les MU et les MG. Elle a ensuite été confirmée par un dernier entretien supplémentaire pour les MU et les MG.

L'ensemble des entretiens ont une durée de 402 minutes, soit 6 heures et 42 minutes. La durée moyenne des entretiens des MG était de 35 minutes et de 32 minutes pour les MU. La durée de l'entretien le plus court était de 26 minutes. L'entretien le plus long avait une durée de 47 minutes. Un entretien d'un MG et d'un MU retranscrit sont illustrés respectivement en annexes 4 et 6.

Les caractéristiques des MG ayant participé aux entretiens sont résumées dans le tableau I suivant :

**Tableau I : Caractéristiques des participants MG**

| Médecin | Sexe | Age | Années d'installation | Mode d'exercice | Milieu d'exercice | Proximité des services d'urgences | Durée entretien |
|---------|------|-----|-----------------------|-----------------|-------------------|-----------------------------------|-----------------|
| MG1     | F    | 46  | 2009                  | Libéral         | Rural             | 40 minutes                        | 26 min          |
| MG2     | F    | 34  | 2018                  | Libéral         | Rural             | 40 minutes                        | 31 min          |
| MG3     | H    | 57  | 2000                  | Libéral         | Urbain            | 10 minutes                        | 30 min          |
| MG4     | F    | 28  | 2024                  | Libéral         | Rural             | 30 minutes                        | 42 min          |
| MG5     | F    | 50  | 2024                  | Libéral         | Semi-rural        | 20 minutes                        | 47 min          |
| MG6     | H    | 30  | 2024                  | Libéral         | Urbain            | 20 minutes                        | 32 min          |

*F : Femme ; H : Homme*

Les caractéristiques des MU ayant participé aux entretiens sont résumées dans le tableau II suivant :

**Tableau II : Caractéristiques des participants MU**

| Médecin | Sexe | Âge | Année de début d'exercice au sein d'un SAU | Durée d'entretien |
|---------|------|-----|--------------------------------------------|-------------------|
| MU1     | M    | 29  | 2022                                       | 32 minutes        |
| MU2     | F    | 43  | 2010                                       | 37 minutes        |
| MU3     | M    | 50  | 2005                                       | 26 minutes        |
| MU4     | F    | 40  | 2012                                       | 31 minutes        |
| MU5     | M    | 32  | 2023                                       | 35 minutes        |
| MU6     | F    | 31  | 2020                                       | 33 minutes        |

*F : Femme ; H : Homme*

## **1. Les médecins généralistes prenaient-ils en charge les sutures dans leur cabinet ?**

### **1.1. Une formation initiale commune pour réaliser des sutures, ...**

Les MU reconnaissaient les MG comme compétents à prendre en charge des plaies traumatiques dans leur cabinet. Ils précisait que « tous les médecins généralistes sont formés » (MU4). Les MG de leur côté notaient que les médecins avaient « une base commune où [ils ont] appris à faire des sutures » (MG4).

Cette formation a débuté lors du deuxième cycle des études médicales par des formations pratiques, avec des ateliers « avec des fausses peaux pour s'entraîner et tout » (MG5).

La formation à la pratique de la suture est approfondie pendant le troisième cycle du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale notamment « après forcément notre

passage aux urgences » (MG2) et lors des gardes. En effet, ils mentionnaient prendre en charge beaucoup de plaies aux urgences. Les MU évoquaient également qu'ils avaient « beaucoup suturé » (MU4) lors de leur internat.

Après le troisième cycle, les MG ont déclaré utiliser des « protocoles et des aides » qu'ils avaient récupérés lors de leur passage à l'hôpital (MG4).

## **1.2. ..., mais une réalisation en pratique jugée faible par les MG, ...**

Tous les MG interrogés ont déclaré réaliser ou avoir réalisé peu de sutures au quotidien dans leur cabinet. Cela se limitait au maximum à « une suture par mois » (MG3), voire « une à deux tous les six mois » (MG4).

En comparaison, les MU ont déclaré que « la suture, c'est le quotidien d'un urgentiste » (MU2) et que c'était « un acte au cœur de leur métier » (MU4).

La fréquence des sutures en cabinet était influencée par les saisons. En effet, les MG précisait qu'ils suturaient « plus l'été » (MG1) car « les gens travaillent plus à l'extérieur » (MG2).

Certains ont également remarqué une corrélation entre la fréquence de la prise en charge des plaies traumatiques et la taille de leur patientèle. Effectivement, plus celle-ci était conséquente, plus le praticien était amené à prendre en charge des plaies traumatiques au cabinet. Un MG interrogé précisait que « peut-être qu'un de mes collègues qui a beaucoup plus de patients va être beaucoup plus sollicité que moi » (MG2).

L'installation était un facteur identifié par les MG ayant aussi un impact sur la fréquence des sutures. « Quand j'étais remplaçante, j'en faisais plus », déclarait un MG lors d'un entretien (MG2).

De leur côté, les MU confirmaient que les MG n'en faisaient pas beaucoup : « un sur deux c'est surestimé non ? » (MU1), « je te mets au défi de trouver un médecin sur deux qui suture dans la région ! » (MU2). Néanmoins, ils ont souligné que les MG participaient à la prise en charge des plaies traumatiques, bien que cela ne fasse pas partie de leur activité principale. Ils ont déclaré que « c'est bien que nos médecins généralistes continuent à suturer » (MU4).

### **1.3. ..., avec une évolution de la pratique variable**

Tous les MG interrogés ont déclaré réaliser ou avoir déjà réalisé des sutures au cabinet. Certains ont mentionné qu'ils ont toujours suturé au cabinet, parfois par mimétisme de leurs collègues : « comme j'ai atterri ici et qu'on suturait et bah je n'ai jamais arrêté de suturer », évoquait le MG1.

Quelques médecins ont mentionné que leur pratique des sutures était « relativement stable » (MG2) depuis leur installation datant de moins de dix ans.

Un MG installé depuis plusieurs dizaines d'années décrivait une « raréfaction, diminution progressive depuis dix ans » (MG3) de sa pratique de la suture en cabinet. Selon lui, c'était une compétence du MG qui se « perd au fur et à mesure ».

Cette diminution était également ressentie de manière plus générale sur l'ensemble des gestes techniques réalisés en médecine générale. Ils précisaient que « les gestes [...], on en fait de moins en moins » (MG4).

Pour l'avenir, certains MG ont déclaré vouloir « continuer à suturer » (MG1) sans « forcément chercher à en faire plus » (MG2).

D'autres ont décidé de sélectionner les plaies qu'ils prendront en charge, qu'ils décrivaient comme « petites » et « faciles » (MG3).

Un MG interrogé a également mentionné que « l'urgence de la suture, c'est la première chose que j'ai supprimé » (MG3).

Les MU ont partagé ce constat de la diminution du nombre de plaies traumatiques prises en charge au cabinet avec le temps. Leur ressenti était que « la suture, c'est sans doute un truc qui se perd avec les années » (MU1) ou que les MG « ne s'en occupent plus » (MU2).

Ils ont pointé un facteur générationnel expliquant cette diminution. Pour eux, les jeunes MG suturaient moins que leurs aînés encore en activité. En effet, ils précisait qu'il n'y avait « que les vieux de la vieille qui font encore des sutures au cabinet » (MU2).

## **2. Comment les médecins prenaient-ils en charge une plaie traumatique ?**

### **2.1. Pour commencer, quelle population était concernée ?**

Lors des entretiens des MG et MU, il a surtout été relevé deux types de patients plus fréquemment concernés par les plaies traumatiques : « les patients qui travaillent dans le milieu agricole » et « les enfants » (MG4).

Par ailleurs, la plupart des MG ont déclaré ne réaliser des sutures que pour les patients dont ils étaient le médecin traitant. Effectivement, un MG déclarait « ne pas être amené pour en faire à des patients d'un de mes collègues » (MG2).

Un seul MG relevait que « les sutures, ça arrive souvent que ce ne soit pas des patients à moi au cabinet » (MG5) et qu'il prenait en charge la plupart du temps des patients inconnus de sa patientèle.

## 2.2. Des étapes communes pour la prise en charge initiale

**Les MG** accueillaienent les patients, qui se présentaient spontanément ou qui étaient « orientés par la pharmacie ». Ils évaluaient la plaie en fonction de plusieurs caractéristiques telles que la localisation, la longueur, la profondeur, mais aussi en fonction des caractéristiques du patient telles que son âge ou son anxiété. Si le MG estimait pouvoir prendre en charge la plaie au cabinet, il installait son patient directement dans son cabinet ou dans une salle d'urgence. Ensuite, certains effectuaient une anesthésie locale selon le nombre estimé de points nécessaires et selon la disponibilité du matériel au cabinet. Puis après avoir lavé et exploré la plaie, le MG réalisait les points, généralement des points simples. Après avoir suturé, le MG donnait les conseils de soins locaux et de surveillance. Enfin, il terminait par la facturation de l'acte avec la cotation adaptée.

S'il jugeait qu'il ne pouvait pas réaliser la suture au cabinet, il orientait son patient vers d'autres structures de soins.

La prise en charge des plaies traumatiques dans les SAU est décrite par les **MU** comme « très stéréotypée » avec des filières de soins efficaces. Les patients sont initialement évalués à l'accueil des SAU par les Infirmiers d'Accueil et d'Orientation (IAO) ou les Médecins d'Accueil et d'Orientation (MAO). A cette étape, aucune plaie n'est réorientée en dehors de l'hôpital vers d'autres structures de soins spécialisées sans avis médical.

La grande majorité des plaies est orientée vers le secteur de traumatologie, hormis les plaies graves impliquant une prise en charge au déchocage telles que les « amputation » ou les « plaies très hémorragiques ». Les plaies relevant du secteur de traumatologie sont communément admises comme « superficielles » ou « simples à suturer ».

L'Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) installe le patient en salle d'examen, lave la plaie et vérifie son statut vaccinal vis-à-vis du tétanos. La plaie est ensuite évaluée par un interne du service ou l'un de ses seniors, selon des critères de taille, de localisation et de profondeur. L'anesthésie, lorsqu'elle est réalisée, est majoritairement péri-lésionnelle sans recours aux blocs nerveux, exception faite pour les plaies de doigts.

Si les caractéristiques de la plaie le permettent pour les MU, ils suturent en box. Dans le cas contraire, si la plaie est considérée comme trop complexe, le patient peut être réorienté auprès de professionnels spécialisés tels que les orthopédistes. Tous n'ont pour autant pas le même avis sur la complexité de l'acte : là où certains considèrent qu'ils n'ont « pas besoin de réfléchir » (MU2), d'autres considèrent que « ce n'est pas si simple que ça de suturer une plaie » (MU3).

### **2.3. Une réorientation des patients en cas d'absence de prise en charge en directe**

S'il n'était pas disponible pour prendre en charge une plaie traumatique au cabinet, un MG a rapporté demander au sein de la maison de santé « si un autre médecin pouvait le faire » (MG5).

Certaines plaies, notamment celles localisées au niveau de la main, n'étaient généralement pas prises en charge au cabinet par les MG interrogés. Pour celles-ci, ils ont déclaré adresser leur patient à la « Clinique de la Main » (MG1, MG4) pour une prise en charge chirurgicale spécialisée.

Les structures spécialisées étaient aussi un recours possible pour les MU qui ne prenaient pas en charge certaines plaies. « Il y a aussi les plaies des mains que je peux orienter à la Clinique de la Main », soulignait le MU3.

Les MU ont déclaré que les MG orientaient d'autant plus facilement leur patient au SAU « qu'ils savent que les urgences le font » (MU2).

Indépendamment de la localisation, les MG ne souhaitaient pas prendre en charge certaines plaies, telles que les plaies de « plus de dix centimètres » ou « pas très propres » (MG4), qu'ils « réorientent vers les urgences » (MG5).

De plus, les MU considéraient les plaies traumatiques comme un motif de consultation urgent, relevant à juste titre des SAU. Ils précisaient que « la suture, c'est vraiment une urgence » (MU1) et que « les plaies sont prioritaires hors urgences vitales » (MU2).

Pour éviter une réorientation vers un SAU sursollicité, certains MG évoquaient l'alternative d'un « centre de consultations sans rendez-vous » (MG5).

## **2.4. Un adressage du patient vers le lieu de prise en charge qui différait selon la régulation...**

Les MG et MU interrogés ont déclaré que la majorité des patients consultant pour une plaie traumatique au cabinet se présentaient « spontanément » (MG3), sans prendre « rendez-vous » (MG3).

La plupart des patients venaient « sans être adressés » (MU1).

Les MG et MU interrogés ont mentionné qu'il y avait « un peu les pharmacies qui orientent » certains patients vers les SAU (MU1), ou « directement (...) au cabinet » (MG2) estimant « qu'il faudrait peut-être deux-trois points » (MG1).

Les MG interrogés ont mentionné que leurs secrétaires régulent, voire « réorientent vers les urgences » (MG2), leur patient se présentant pour plaie traumatique, ou lors d'une demande

pour un soin non programmé. « Les secrétaires souvent ne se mouillent pas trop sur les plaies », déclarait un MU lors d'un entretien (MU1).

Une « bonne régulation » (MG4) par les secrétaires est nécessaire pour une prise en charge optimale des soins non programmés.

Certains patients appelaient parfois le MG avant de venir au cabinet pour savoir s'il était disponible pour le prendre en charge ou s'il devait aller directement dans un SAU. Comme le précisait le MG1 lors de son entretien : « je crois qu'il a peut-être appelé avant ».

Dans le cas où le MG adressait au SAU, cela se faisait majoritairement sans appel ou courrier destiné au MU. « Leur doc leur dit d'aller aux urgences pour se faire suturer », soulignait le MU4.

Les patients pouvaient aussi être « adressés par la régulation » du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) vers les SAU (MU1).

## **2.5. ... et selon le choix du patient**

D'une part, les MG interrogés mentionnaient que les patients venaient directement au cabinet pour une plaie traumatique dans l'espoir d'un « gain de temps » (MG5). Ils espéraient éviter de « perdre du temps » dans un SAU en allant voir leur MG (MG4).

D'autre part, ils déclaraient que certains patients souhaitaient « éviter d'aller aux urgences pour encombrer pour une plaie » (MG4), d'autant plus dans ce contexte actuel de tension hospitalière.

Il a été montré que certains patients se présentaient au cabinet de médecine générale pour une plaie traumatique, pour savoir si elle pouvait être suturée directement au cabinet ou si elle nécessitait une prise en charge dans un SAU. Les MG précisait que les patients venaient plutôt « chercher le conseil que directement le geste » (MG4).

La plupart des patients qui se présentaient spontanément au cabinet pour la prise en charge d'une plaie traumatique savaient que leur médecin réalisait des sutures. « Ils savent qu'on suture », déclarait un MG interrogé (MG1). Certains médecins évoquaient « une habitude » des patients à se présenter au cabinet pour ce motif, notamment car les médecins du cabinet partis à la retraite « en faisaient pas mal et donc c'était bien identifié comme un lieu où tu pouvais avoir une suture » (MG5).

De plus, les MU ont identifié que certains patients avaient le réflexe de consulter préférentiellement vers les SAU car ces services sont ouverts en permanence. En effet, un MU évoquait qu'il y a « un recours aux urgences plus facilité », car les SAU reçoivent « en continu » (MU3).

Les MG installés dans un cabinet rural ont exprimé que les consultations pour des plaies traumatiques étaient probablement plus importantes que dans un cabinet urbain. Effectivement, un MG déclarait que « faire vingt minutes voire une demi-heure, c'est un peu dissuasif » (MG2) donc les patients « vont plus venir au cabinet que directement aux urgences » (MG1).

Ce constat est partagé par les MU. « Tous ceux qui sont loin de l'hôpital, je suis sûr qu'ils suturent plus », mentionnait le MU1.

Les MG avaient l'impression que les patients vivant en milieu urbain avaient « le réflexe d'aller aux urgences » (MG5). Ceci était confirmé par les MG exerçant en ville : « oui directement, c'est clair et net, ils ne se posent même pas la question » (MG3).

Les MG exerçant en ville ont déclaré que « c'est facile d'envoyer les gens » vers un SAU (MG5).

Les MG du milieu rural ont également évoqué cette donnée : « si j'étais dans un cabinet juste à côté ou dans la ville où il y a les urgences ou à vraiment juste à proximité, j'aurais

évidemment pas la même réflexion. Je pense que justement, même si j'aime la suture, je mettrai ça de côté et du coup j'enverrai aux urgences peut-être plus facilement » (MG4).

### **3. Quelles étaient leurs motivations à la pratique de la suture en cabinet de médecine générale ?**

#### **3.1. Des motivations liées au patient, ...**

Une des motivations la plus fréquemment évoquée à réaliser des sutures au cabinet pour les MG et MU interrogés était de « rendre service » au patient (MG1, MG3, MU3).

Réaliser des sutures au cabinet permettait à certains MG de renforcer la relation de confiance avec leur patient. Ils décrivaient également que les patients s'adressaient plus facilement à eux pour une plaie traumatique parce « qu'ils ont confiance » (MG1). Cette relation de confiance était réciproque : les MU relevaient qu'un MG « veut fidéliser » son patient et faire « ce qui est bon pour lui » (MU3).

Plusieurs MG ont exprimé que réaliser des sutures au cabinet était un véritable bénéfice pour leur patient car « il y a un gain de temps de venir là plutôt qu'aux urgences (MG5).

#### **3.2. ..., liées à l'acte ...**

En grande partie, les MG interrogés ont déclaré que suturer était motivé par l'acte en lui-même, qui était apprécié : « ça reste un acte technique que je trouve plutôt sympa » (MG2), et « c'est assez complet comme consultation, c'est intéressant » (MG5). Les MU soulignaient « qu'il faut aimer ça » pour réaliser des sutures au cabinet (MU4).

Cet acte était décrit comme « manuel » par les médecins et permettait de diversifier leur activité. Ces derniers ont reconnu qu'ils réalisaient peu de gestes au quotidien et suturer leur

permettait de varier du « travail intellectuel et de faire quelque chose d'un peu technique » (MG4).

De plus, les praticiens aimaient effectuer cet acte car ils estimaient maîtriser la technique qui, pour eux, était simple : « l'acte en lui-même me pose pas de problème ou ne m'a jamais posé de problème » (MG4). Les MU partageaient cet avis que « la technique, tout le monde le maîtrise » (MU1).

La réalisation des sutures était un acte qui était considéré comme une compétence attendue des MG par les MG eux-mêmes, mais également par les MU. Les MG précisaient que « notre job, c'est de suturer » (MG3). Ce ressenti a également été souligné par les MU qui considéraient que « la suture, ça reste aussi une partie de leur job vis-à-vis de leurs patients » (MU2).

Certains MG avaient connaissance, ou au moins la notion, qu'une suture était un acte intéressant sur le plan financier : l'acte était qualifié de rentable pour certains MG : « c'est vrai que ça peut être bien côté » (MG2).

### **3.3. ... et un soutien envers les MU.**

Plusieurs MG interrogés ont également mentionné qu'ils pensaient « surtout aux collègues urgentistes qui sont un petit peu sous l'eau en ce moment ». Ils pensaient que « ça pourrait aider » de gérer les plaies traumatiques au cabinet, en diminuant le nombre de patients adressés aux SAU pour une plaie traumatique et donc de « désengorger les urgences » (MG4). Les MU estimaient que « c'est bien que nos médecins généralistes continuent à suturer, ça nous en fait moins ici aux urgences » (MU4).

## 4. Quels étaient les freins à la prise en charge des plaies traumatiques en cabinet de médecine générale ?

### 4.1. Des freins liés aux MG, ...

Même si certains MG ont déclaré que la formation était suffisante pour eux, certains ont néanmoins relevé plusieurs limites.

Premièrement, elle a été identifiée comme précoce dans le cursus des MG : « on l'a fait très très tôt finalement cette formation » (MG4). Il n'est pas mentionné, lors des entretiens, de rappel concernant la pratique avant le début de l'internat où la compétence n'est pas remise en cause : « interne tu savais déjà faire. On considérait que tu savais déjà faire » (MG1). Cela pouvait mettre en difficulté le MG lors de son internat et donc dans sa pratique future.

Deuxièmement, d'autres l'ont qualifiée « d'inconstante », avec une qualité « stage dépendant » (MG 4) selon le cursus de l'étudiant. Si des étudiants faisaient plusieurs stages aux urgences ou en chirurgie, ils étaient plus confrontés aux sutures : « ça dépend de l'internat de chacun » (MG2).

Beaucoup de MG interrogés ont évoqué qu'ils ne ressentaient pas le besoin de se remettre à jour concernant la réalisation des sutures : « moi je me sens relativement à l'aise donc c'est vrai que c'est pas forcément quelque chose auquel je vais me reformer ou me spécialiser » (MG2).

Outre le fait de ne pas vouloir approfondir leurs acquis, les MG ont relevé un manque d'information sur les possibilités de formation sur la prise en charge des plaies traumatiques. Certains n'étaient « pas au courant des nouvelles recommandations » (MG4), d'autres ne « [croyaient] pas que ça existe après la formation une fois qu'on est médecin généraliste » (MG2), ou « qu'il y ait de la formation à nouveau ».

Le manque de compétence a également été relevé par les MU qui déclaraient que pour être à l'aise avec la suture, il « faut savoir le faire » (MU4). Effectivement, plusieurs médecins

interrogés étaient « des fois dans l'hésitation » à réaliser des sutures au cabinet devant une crainte de « mal faire » (MG2).

De plus, du fait de la raréfaction de la fréquence des sutures au cabinet, les MG évoquaient avoir « sans doute perdu la compétence » (MG3) et « moins on pratique, moins on est bon dans ce que l'on fait » (MG4). Ceci était également confirmé par les MU : « moins tu le fais, moins tu sais le faire » (MU2).

Quelques médecins ont évoqué le manque d'intérêt de certains MG à réaliser des sutures en ne voulant pas consacrer du temps à ce type de pratique. Cela dépassait même le cadre de la suture, « il y en a qui n'aiment pas du tout les gestes d'urgence en général » (MG5). Les MU considéraient que la suture représentait pour les MG « un truc qu'ils aiment pas faire et qu'ils nous envoient aux urgences ? » (MU2).

La diminution de la pratique de la suture a également un impact sur le MG qui décrivait une perte d'intérêt à rester compétent dans ce domaine car c'est un acte peu réalisé au quotidien : « rajouter un geste technique qu'on fait une à deux fois par an, le bénéfice il n'est peut-être pas intéressant de rester compétent dans la suture » (MG4). Cette perte d'intérêt peut être accentuée par le fait que « si petit à petit, il y a presque plus personne qui fait des sutures, je me dis que les gens ne viendront peut-être plus » (MG5).

C'est un engrenage qui favorise ce déclin : moins les MG réalisent de sutures au cabinet, moins les patients consultent directement au cabinet pour une plaie, moins les MG gardent d'intérêt pour ce geste, moins ils le pratiquent.

Un autre frein évoqué par les médecins interrogés est l'isolement du MG.

Effectivement, certains évoquaient l'absence d'aide humaine au cabinet alors que celle-ci est présente dans les SAU pour aider lors de l'acte lui-même en préparant et en servant le matériel, mais aussi pour aider au positionnement du patient si besoin. « Ce qui est génial c'est qu'on gagne un temps fou car quand on est prêt à suturer, le matos est déjà préparé par l'infirmière », déclarait le MU1. « Être seule pour gérer ma petite plaie techniquement et mon matériel » était une difficulté évoquée par le MG5.

Certains se sentaient également isolés dans la prise de décision. Ils n'avaient pas accès à une équipe médicale pour avoir un avis partagé sur leur prise en charge, contrairement à un SAU. En effet, les MG avaient parfois « besoin d'un peu de concertation et au cabinet de médecine générale c'est plus difficile » (MG4).

Le défaut d'accès des MG aux examens complémentaires pouvait les limiter dans la décision de suturer une plaie, notamment en cas de doute sur la présence d'un corps étranger. En comparaison, les MU avaient « un accès direct à la radio » ce qui facilitait leur prise en charge (MU1).

Plusieurs craintes freinant la réalisation des sutures au cabinet se sont démarquées lors des entretiens. La première qui a été relevée était la peur du préjudice esthétique sur certaines localisations telles que le visage. Indépendamment de la localisation, il a été identifié l'appréhension « d'une suture pas belle » (MU2), ou « de sutures pas suffisamment belles pour l'évolution dans le temps » (MG5).

Une autre crainte relevée conjointement par MG et MU était la responsabilité mise en jeu lors de la réalisation de cet acte. Lorsque les MG réalisaient des gestes techniques au cabinet, ils prenaient plus de « risques », donc leurs assurances pouvaient être plus onéreuses. Ceci pouvait impacter leur décision de réaliser des sutures au cabinet. Cela se ressentait aussi dans la Responsabilité Civile et Professionnelle (RCP) puisque « dans nos RCP, plus tu fais des

gestes, plus tu payes parce que forcément tu prends plus de risques » (MG 4). Les MU avouaient que « la responsabilité n'est pas la même entre l'hôpital et le cabinet, nous on sera toujours couverts par l'hôpital alors que au cabinet c'est directement pour leur pomme ils veulent pas jouer avec leurs assurances » (MU2).

La troisième crainte décrite a été la peur d'ébranler la relation de confiance avec leurs patients. Cela était directement lié au statut du MG, identifié par un MG interrogé : « je suis quand même son médecin traitant » (MG2). Cette crainte des MG est liée au fait que la suture était un acte potentiellement anxiogène ou qui pouvait être mal vécu. Cela était d'autant plus vrai concernant les enfants car « après faut quand même qu'ils reviennent me voir sans pleurer à chaque consultation » (MG2). « Ils peuvent même refuser de se faire examiner » (MG2).

La dernière peur évoquée était le risque d'exposition au sang lors du geste qui nécessitait d'être vigilant lors des sutures : les MG le définissaient comme un « risque classique » et « font attention à ça » (MG5).

#### **4.2. ..., liés à l'évolution des générations et de l'activité des MG, ...**

Les MU identifiaient d'autres facteurs limitant la prise en charge des plaies par les MG. Ils mettaient en avant le manque d'effectifs médicaux ne permettant pas de répondre aux besoins des patients. Cette pénurie risquait de s'aggraver dans les années à venir : « on va encore creuser les effectifs », déclarait le MU4.

Ce frein a également été identifié par les MG, « parce qu'il n'y a pas assez de médecins généralistes » (MG3).

Les MU ajoutaient à ce manque d'effectifs « un rapport au travail qui n'est pas du tout le même » (MU2) pour la jeune génération de MG. Effectivement, ils relevaient une relation au travail modifiée, un investissement moindre dans leur activité professionnelle et une baisse de

leur temps de travail et donc de leur présence auprès des patients. Ils précisait que « les généralistes ne travaillent plus jusqu'à pas d'heure » (MU1).

De nombreux MG déclaraient que de plus en plus de missions leurs incombent. Ceci est expliqué par une population vieillissante, devenant de plus en plus polypathologique avec des prises en charge plus complexes. « On nous demande beaucoup trop de tâches qui fait qu'on est obligé de supprimer un certain nombre de tâches », évoquait le MG3. Les MG relevaient qu'il y a « tellement de choses à faire à l'heure actuelle en médecine » (MG4).

Les MU confirmaient le ressenti exprimé par les MG. Ils précisait que si les MG ne sont « pas nombreux » et qu'en plus ils doivent « suivre du polypatho », ils sont de moins en moins disponibles « pour le reste » (MU1).

Cette évolution de la médecine générale restreignait leur temps disponible pour réaliser des sutures au cabinet et leur imposait de prioriser leurs compétences. Les MU considéraient également que la charge de travail actuelle des MG ne leur permettait pas de prendre en charge toutes les plaies traumatiques.

Le manque de temps était donc un des principaux freins relevés par les MG et les MU interrogés. « La véritable raison, c'est que pas le temps » soulignait le MG3.

#### **4.3. ..., liés à l'organisation du MG, ...**

Avec la surcharge de travail actuelle et la demande de soins croissante, les MG ont déclaré prendre du retard sur leur planning. Des MG réorientaient le patient en cas de retard important pré-existant. « Si j'ai 45 minutes de retard et qu'une suture arrive, j'envoie aussi » déclarait le MG3.

Du fait d'une arrivée spontanée au cabinet du patient pour une plaie traumatique, les MG interrogés ont déclaré devoir réorganiser leur planning. Certains préféraient prendre en charge le patient immédiatement dès son arrivée pour « jeter un oeil pour orienter » (MG2). Certains évoquaient même ne pas « s'autoriser à les faire patienter dans la salle d'attente » (MG5).

Cette prise en charge immédiate nécessitait d'ajouter des créneaux de consultations en urgence dans le planning entre des consultations déjà prévues. Nombreux déclaraient prendre en charge « entre deux consultations » (MG1, MG3).

Cette réorganisation du planning impactait le déroulement des consultations. Certains décrivaient cette désorganisation comme « ingérable » (MG3). Les MU en avaient d'ailleurs conscience : « on ne doit pas non plus leur demander de bouger leur planning pour caler des plaies » (MU1).

L'acte de suturer étant décrit comme « chronophage » par de nombreux praticiens, cela contribuait à majorer les difficultés inhérentes au planning (MG1, MG2, MG3, MU1).

Cette désorganisation de planning et le temps pris à suturer entraînaient la plupart du temps du retard pour le médecin pour ses consultations à suivre : « si tu parles de difficultés, le retard ça compte oui » (MG1).

#### **4.4. ..., liés aux patients ...**

L'âge du patient était également considéré comme un frein pour les médecins généralistes à réaliser des sutures au cabinet. Effectivement, suturer un enfant était décrit comme « trop compliqué » par les MG. Éviter qu'il bouge pendant le geste et gérer la douleur étaient des facteurs perçus comme difficiles par les MG qui souhaitaient avant tout « ne pas le faire dans des conditions traumatisantes pour l'enfant » (MG1).

Ils décrivaient également « ne pas se sentir à l'aise de gérer l'anxiété de l'enfant » (MG5).

« L'âge doit rentrer en compte dans la décision de suturer ou non » confirmait le MU3.

Un MG a également mentionné le fait qu'il ne prenait pas en charge les plaies traumatiques chez des « patients sous anticoagulant » (MG3).

De plus, l'absence de connaissance ou la méconnaissance des patients à se faire suturer en cabinet limitent de facto leur passage auprès des MG qui ne les suturent pas. Effectivement, « il te faut des patients qui sont au courant que tu peux les suturer » déclarait le MU3. Pour les MU, les patients « savent très bien que pour se faire suturer c'est à l'hôpital » (MU1).

Ces patients avaient alors majoritairement le réflexe de s'orienter directement vers un SAU pour être suturés.

La prise en charge de la douleur du patient au cabinet était un frein non négligeable pour la réalisation des sutures par les MG. En effet, ces derniers évoquaient l'absence d'analgésique tel que le protoxyde d'azote, qui impactait la prise en charge des plaies traumatiques surtout chez les enfants. « De toute façon, ça ne va pas être possible, il faut mettre du Mélange Equimolaire Oxygène-Protoxyde d'Azote (MEOPA) », confirmait le MG1.

L'anesthésie était pour certains décrite comme « compliquée » dans la réalisation des sutures. Les MU identifiaient l'anesthésie comme une étape primordiale de la suture de plaie. Ils précisait que si le patient « n'est pas douloureux, alors c'est plus confortable » pour l'exploration de la plaie et la réalisation de la suture de manière optimale (MU1).

#### **4.5. ... et liés aux infrastructures**

Au sein même du cabinet, les MG ont évoqué que leurs locaux n'étaient pas optimisés pour la pratique des sutures car « on n'a pas de salle d'urgence, ce qui manque » (MG3).

De même, les MU relevaient l'importance de « locaux adaptés » pour une prise en charge optimale.

Pour tous les MU interrogés, ces locaux adaptés relevaient d'une organisation structurelle commune de leurs SAU, divisés en « secteur de traumatologie » ou secteur « valide », et « secteur de médecine » ou secteur « couché » (MU3).

Le matériel de suture était régulièrement revenu comme étant une limite à la réalisation des sutures au cabinet. Les médecins évoquaient « l'absence de matériel si le stock n'est pas fait » (MG2) ou « très peu de stock » (MG4). L'insuffisance du stock était également confirmée comme un frein par les MU : « je ne suis pas sûr qu'ils aient trois milles stocks de kits de suture » (MU1).

Le déficit du stock s'expliquait par deux phénomènes. Plusieurs MG ont mentionné qu'ils oublient régulièrement de prescrire le matériel après chaque utilisation, et il a été évoqué que le matériel « à ramener ne l'était pas toujours » (MG3). « Donc on est sans arrêt obligé d'en racheter » déclarait le MG2.

La gestion des consommables pour la réalisation des sutures a été considérée comme une difficulté, car « il faut surveiller les consommables et les dates de péremption » pour que le stock soit toujours tenu à jour (MG4).

Un autre frein évoqué concernant le matériel a été sa mauvaise qualité. En effet, un MG interrogé déclarait que le matériel jetable était « de mauvaise qualité, ça c'est un vrai problème » (MG3).

Pour terminer, l'absence totale de matériel a été identifiée comme un frein pour prendre en charge de manière optimale les plaies traumatiques au cabinet. Certains MG évoquaient qu'il leur manquait « surtout les fils » de taille adaptée (MG4), d'autres déclaraient ne pas arriver « à bien explorer et de bien détendre le patient » en l'absence d'anesthésiant local (MG5).

#### **4.6. Des plaies pas si simples à suturer...**

Les MG interrogés ont déclaré que la localisation de la plaie avait un impact sur leur prise en charge, notamment les plaies au niveau de la main. Les MG ont évoqué la crainte d'une atteinte tendino-vasculo-nerveuse sous-jacente, la « peur d'une structure profonde », nécessitant une prise en charge spécialisée. Ils ont mentionné qu'ils réorientaient « assez facilement » lorsqu'il s'agissait d'une plaie de la main. « Les seules que je ne fais pas au cabinet c'est les mains », déclarait le MG5.

Une autre localisation qui pouvait mettre en difficulté les MG étaient les plaies des muqueuses. Certains ont évoqué ne pas les prendre en charge au cabinet : « je ne fais pas les gencives » (MG1).

Les MG interrogés ont déclaré qu'ils ne prenaient pas en charge au cabinet les patients se présentant avec des plaies « délabrantes », « pas très propres » ou encore s'il existait « un doute sur un corps étranger » (MG1). Cette décision est expliquée par une crainte du risque infectieux de certaines plaies nécessitant parfois des examens complémentaires ou une exploration avec un lavage au bloc opératoire. Les MU identifiaient également que les MG « ont peur des complications » comme « une plaie mal refermée » ou « une plaie qui s'infecte » (MU2).

Les MG interrogés ont mentionné que leur prise en charge des plaies traumatiques était influencée par la profondeur de la plaie. « Quant aux grosses plaies qui nécessitent parage, nettoyage et cetera », les MG déclaraient qu'ils les envoyaient aux SAU pour une prise en charge spécialisée voire chirurgicale (MG3).

Certains MG ont évoqué ne faire que « de la petite suture » en cabinet, c'est-à-dire les plaies superficielles et simples, quand la prise en charge était « rapide » (MG3).

Les MU comprenaient que certains MG restreignaient les plaies prises en charge en cabinet : « On peut pas non plus demander au généraliste de suturer toutes les plaies » (MU4).

#### **4.7. ... et une facturation compliquée**

Nombreux MG interrogés ont mentionné que la facturation de cet acte était difficile, notamment parce qu'il existait « tellement trop de cas qu'à la fin, c'est pénible » (MG3).

Le fait de devoir chercher la bonne facturation parmi toutes les cotations existantes était décrit comme chronophage par certains médecins. « On sait qu'on doit passer un petit plus de temps qu'un frottis ou un électrocardiogramme par exemple pour trouver la bonne cotation », soulignait le MG4.

La multiplicité de la cotation des actes médicaux entraînait une mauvaise connaissance de la facturation ce qui pouvait être une source d'erreur pour le médecin. En effet, le MG1 déclarait qu'il « se plantait à chaque fois ».

L'aspect financier était également décrit comme un frein par les MG interrogés. La majorité a déclaré que « c'est pas un acte rentable » (MG3), parce que « rapporté au temps et au matériel, c'est pas fou » (MG5).

## **5. Une nécessité d'optimisation de la prise en charge des plaies traumatiques au cabinet ...**

### **5.1. En renforçant la mission de premier recours du MG, ...**

Les MU proposaient de réinvestir les MG dans la pratique de la suture en leur rappelant « qu'ils sont là pour ça, point » (MU2).

Dans cette même idée, les MG ont évoqué leur souhait de conserver leur statut d'omnipraticien avec le maintien de la suture dans leur pratique au cabinet, « redonner la place aux médecins généralistes et non pas aux urgentistes dans un certain nombre de tâches comme on faisait avant » (MG3).

### **5.2. ..., en optimisant sa formation à la suture, ...**

Cela passerait également par le besoin de « reformer les médecins généralistes » (MG3).

Certains ont mentionné la volonté d'une modification de la formation initiale, en faisant un rappel de formation pratique avant de débiter l'internat : « est-ce que ça ne vaudrait pas le coup d'en refaire un pour ne pas appréhender les premières sutures ? Pourquoi pas » (MG4).

D'autres aimeraient inclure une formation pratique et « reprendre des cours » à la suture « dans une formation continue de médecine générale » (MG1).

Quelques MG ont mentionné leur souhait de vouloir se spécialiser en approfondissant leurs connaissances à la technique « s'il y a des trucs nouveaux qui sortent sur l'anesthésie ou la forme des points » (MG1).

Le renforcement de la formation à la suture pourrait être fait par des pairs selon les MG interrogés, qui, s'ils veulent « vraiment s'améliorer », auraient « moyen de contacter un collègue pour effectivement dans un centre hospitalier ou autre pour refaire quelques sutures ou se ré-entraîner » (MG2).

Certains ont exprimé le souhait de s'autoformer par une documentation qui pourrait être rédigée par les praticiens hospitaliers, au moyen de « guidelines un peu plus claires sur ça » qui permettraient de se sentir plus à l'aise pour utiliser le matériel » (MG4).

### **5.3. ... tout en augmentant les effectifs médicaux, ...**

Le constat était unanime : « il faut qu'on soit plus nombreux » (MG5). Pour répondre à l'offre de soins et éviter la sursollicitation des SAU, les MU et les MG recommandaient d'augmenter les effectifs des MG pour améliorer la prise en charge des plaies traumatiques en cabinet et « absorber toutes les demandes » (MU1).

Cela passait par une augmentation du numerus apertus, mais aussi en sollicitant les médecins retraités en leur « proposant de rebosser un peu avec du salariat ou un forfait à la journée de travail » (MU4).

### **5.4. ... mais aussi en réorganisant le planning du MG, ...**

Pour éviter la perturbation du planning de consultations, certains MG ont décidé de prendre en charge de manière différée leur patient. Certains leurs demandaient de patienter en salle d'attente et « d'attendre que la consultation soit finie » en priorisant les patients qui avait déjà un rendez-vous programmé (MG2).

D'autres demandaient à leur patient de revenir sur certains horaires plus propices pour ce type de geste « en fin de matinée » ou « en fin de soirée ». Cela était « déjà arrivé effectivement une fois de faire revenir quelqu'un deux heures plus tard pour le suturer » (MG2). Notamment, car les médecins n'avaient pas de temps disponible entre deux consultations ou car ils avaient déjà du retard sur leur planning. Cette reconvoction était d'autant plus réalisable que le patient « habite pas trop loin » (MG3).

## **5.5. ... son cabinet médical ...**

La réorganisation du cabinet médical était primordiale selon les MG dans l'optimisation de la prise en charge des plaies traumatiques au cabinet.

Certains MG ont déclaré qu'une restructuration de leurs locaux pourrait être envisagée pour améliorer leur pratique avec notamment « une salle dédiée » aux urgences (MG3) ou « une petite pièce ou une petite partie qui servirait justement à une place un petit peu plus technique » (MG4).

La réorganisation du cabinet médical passait également par « du bon matériel » (MG3), de bonne qualité et en quantité suffisante « pour que ce soit pas un frein » (MG4).

Un MG a évoqué son souhait « d'avoir notamment aussi de la colle biologique » au cabinet pour prendre en charge certaines plaies traumatiques pour éviter d'avoir recours aux points de suture (MG4).

Avoir du matériel adapté, notamment pour une anesthésie locale optimale, permettrait d'améliorer la relation médecin-malade et ainsi inciter les patients à consulter au cabinet pour une plaie traumatique, en améliorant « le confort du patient et rapport à la douleur » (MG5).

## **5.6. ... et les soins non programmés**

Les MU insistaient également sur la réorganisation nécessaire des Soins Non Programmés (SNP) pour optimiser la prise en charge des plaies.

L'organisation actuelle des MG permettait de recourir à des créneaux de SNP. Pour autant, ces derniers étaient décrits comme « non suffisants » et « sont quand même vite pris » (MG1). En effet, même si les MG s'organisaient pour disposer de ces « créneaux d'urgence le matin, clairement ils sont pris » (MG2).

Une des pistes d'amélioration proposée par les MU était d'augmenter le temps de consultation alloué aux soins non programmés, ces derniers étant nécessaires pour répondre à la demande

de soins. Cela pourrait se faire via des MG dédiés aux soins non programmés au sein des cabinets telles que « journées sans rendez-vous, un peu comme le modèle des urgences où les médecins peuvent recevoir tout et n'importe quoi et s'en occuper au cabinet » (MU2). Cette même proposition émanait des MG, où « peut-être qu'un jour on fera un jour où on sera d'urgence dans la journée, on se tapera toutes les urgences du jour » (MG2).

Pour augmenter le nombre de consultations dédiées aux SNP et « redonner de la disponibilité », les MU préconisaient de « prévoir beaucoup plus de créneaux de Service d'Accès aux Soins (SAS) » (MU4). Selon les MU, tous les MG ne « jouent pas le jeu » sur les créneaux SAS, malgré le fait que ces derniers amélioreraient l'accès aux soins pour les patients.

Dans le cas où les plaies ne pouvaient pas être prises en charge en cabinet de médecine générale, les MU proposaient d'autres alternatives, comme organiser au sein des SAU des « filières courtes » gérées par des MG et/ou des MU, pour les « urgences non vitales » et les « consultations non programmées » (MU4).

Pour optimiser la prise en charge des plaies traumatiques sans forcément orienter le patient vers un SAU, les MG ont mentionné leur intérêt pour les centres de soins non programmés : « je trouve que c'est très bien d'avoir des structures de soins non programmés » (MG1).

Les MU avaient également connaissance de centres de soin non programmés « qui eux sont top » et où les plaies peuvent être prises en charge « si les médecins n'ont pas le temps de le faire » (MU1).

## **5.7. Recruter des assistants médicaux : un gain de temps**

D'autres MG ont mentionné la place nécessaire d'un assistant médical pour les aider à la prise en charge des plaies traumatiques. Ce dernier permettrait de « préparer le terrain » (MG3), le matériel, d'installer le patient et de laver la plaie avant l'évaluation par le MG, lui apportant un gain de temps. D'ailleurs, ce rôle de l'assistant s'inscrit dans un temps long, « l'avenir de la suture passera forcément par l'assistant médical » (MG3).

Les MU avançaient également la possibilité « qu'il y ait des Infirmiers de Pratique Avancée (IPA) ou des assistants dans les cabinets » pour leur déléguer la suture des plaies traumatiques, permettant « de libérer du temps au médecin » (MU1).

Pour autant, le rôle des IPA doit être encadré sans se soustraire aux fonctions et missions des MG : « ils doivent venir en soutien mais leur place n'est pas la vôtre » (MU3).

## **5.8. Un aspect financier à ne pas négliger**

Une « simplification de la facturation » (MG2) de l'acte a également été évoquée pour motiver les MG à augmenter leur prise en charge des plaies traumatiques en cabinet.

Les MU mettaient également en avant le besoin d'une revalorisation de l'acte de la suture : ils étaient convaincus qu'un acte plus cher « encouragerait les MG à suturer » plus fréquemment (MU2).

## **5.9. Et pourquoi ne pas envisager la coercition ?**

Les MU rapportaient également une réflexion sur la liberté d'installation avec la possibilité d'une imposition temporaire d'exercice en désert médical afin de prendre en charge des plaies traumatiques et limiter le recours au SAU.

Une autre mesure coercitive était proposée : en réponse à la baisse du temps de travail des MG, les MU proposaient une régulation du temps de travail avec un minimum imposé aux MG « où chaque médecin doit faire un minimum de 35 ou 40 h par semaine » (MU2).

## **6. Qu'en est-il de la coopération entre MG et MU ?**

### **6.1. Une méconnaissance de chacun et un défaut de communication, ...**

La question de la coopération entre MG et MU a été posée aux MU. Ces derniers ont déclaré une méconnaissance réciproque du travail de chacun, où « on a sans doute les mêmes galères sauf qu'on ne se connaît pas » (MU1).

Malgré un semestre aux urgences lors de l'internat de médecine générale, les MU ont remarqué que les MG « oublient vite » la saturation aux SAU quand ils adressaient leurs patients et soulignaient que « si y'a des trucs que vous voulez pas gérer au cabinet, bah c'est facile de l'envoyer aux urgences » (MU2).

Certains MU ont jugé qu'il n'existait pas de coopération entre MG et MU mais une délégation dans la prise en charge des plaies traumatiques où « la coopération c'est l'urgentiste qui suture pour le généraliste » (MU4). Un MG confirmait en reconnaissant que la suture est « une prise en charge plutôt de l'urgentiste que du médecin généraliste » et qu'il l'aurait « mis chez l'urgentiste parce que c'est là que j'ai appris à faire, c'est là que j'y étais confronté le plus » (MG4).

Dans un autre entretien, un MG a évoqué une « sorte de contrat », entre les MG et les MU concernant les plaies traumatiques : « la petite plaie pour les médecins généralistes et la grosse plaie pour les urgentistes » (MG5).

Les MU ont déclaré que les MG ne faisaient quasiment « jamais de courrier ou d'appel » (MU1) avant d'orienter un patient au SAU pour la prise en charge d'une plaie traumatique.

Les MU sont unanimes sur le constat qu'une plaie traumatique sera forcément prise en charge au SAU si le patient y est orienté adressé par son MT, avec ou sans courrier d'adressage. Certains leurs suggéraient même de ne pas « s'encombrer d'un courrier pour ça » (MU4).

Idem pour l'appel téléphonique en amont, celui-ci n'était pas expressément demandé par les MU, identifié comme « une interruption de tâche » : « ils ne vont pas nous appeler à chaque fois qu'ils adressent quelqu'un pour une plaie » (MU1).

A l'inverse, « en fin de prise en charge », les MU ont déclaré envoyer un compte-rendu récapitulant la prise en charge du patient après chaque passage au SAU. Ces derniers permettraient de « continuer les soins » (MU4).

## **6.2. ..., qui peuvent être palliés par une bonne régulation !**

Il a été souligné dans un entretien que les internes du DES de médecine d'urgence ne connaissaient pas réellement le travail du MG. Il a été envisagé d'intégrer dans la formation des MU quelques journées au cabinet d'un MG pour mieux appréhender son organisation et son travail. Cela « pourrait être pas mal pour les urgentistes de voir un peu ce qu'il se passe en médecine générale pour comprendre comment ils bossent et comment ils peuvent s'organiser » (MU1).

La coopération entre urgentistes et généralistes passait également par la régulation médicale. Les MU considéraient la régulation comme étant une « bonne chose », voire « primordiale ». Ils identifiaient dans son fonctionnement différents effecteurs : MU et Assistants de Régulation Médicale (ARM) travaillant au SAMU.

Les MU avaient aussi connaissance d'une régulation médicale réalisée par les MG. Les MU reconnaissaient qu'ils y participent lorsqu'ils évaluent les demandes de consultation de leurs patients, mais qu'ils s'investissaient également en tant que médecin régulateur auprès du 116-117 puisqu'« ils prennent des gardes au 116-117 pour la régulation des généralistes » (MU4). Les MU étaient majoritaires à vouloir faire de la régulation médicale une étape indispensable à la bonne orientation des patients, voire même « militer pour que tout soit régulé et qu'on ait que des trucs justifiés aux urgences » (MU2).

Ils y ajoutaient l'importance d'échanges entre les MG et les MU pour permettre une orientation concertée et adaptée à la problématique de santé du patient : « ce qui serait encore mieux c'est d'appeler la régulation avant directement au cabinet pour savoir si effectivement le patient doit venir aux urgences » (MU1). Il était évoqué par les MU l'idée d'un « guichet unique qui oriente selon la pathologie, avec le patient qui pourra voir le médecin adapté à sa pathologie » (MU3).

Pour autant, les MU mettaient en évidence un défaut de régulation et de méconnaissance des outils de régulation par les patients. En effet, « tout le monde pense que le 15 est réservé aux urgences vitales alors que dans tous les cas tu as un médecin régulateur qui a pour mission de réguler » (MU1).

Il était donc nécessaire de renforcer l'éducation du patient concernant la régulation médicale : les MU estimaient « qu'il y [avait] encore beaucoup de pédagogie à faire », bien « qu'aux urgences on l'évoque assez régulièrement quand même » (MU1). Les MG se sentaient également investis dans cette mission, puisqu'il « faut qu'on éduque quand même » (MG5).

# DISCUSSION

## 1. Principaux résultats de l'étude

Cette étude a montré que les MG ont le sentiment d'être des professionnels de santé formés à la prise en charge des plaies traumatiques. Les MU octroient d'ailleurs une expertise aux MG les rendant capable de suturer au cabinet. Les MG confirment ce sentiment d'être compétents à réaliser cet acte.

La suture reste pour les MG un acte technique apprécié rendant service au patient. Mais malgré leur intérêt pour la suture et ses bénéfices attendus, ils constatent que cette dernière reste peu fréquente et tend à diminuer avec le temps.

Ceci est expliqué par plusieurs freins relevés à la fois par les MG et les MU tels que les caractéristiques du patient et de la plaie, le manque de MG et de leur disponibilité, leur surcharge de travail, des conditions logistiques inadaptés (locaux et matériel insuffisant, isolement) et une faible rentabilité de l'acte.

Ces plaies non prises en charge en cabinet se répercutent majoritairement auprès de SAU considérés par les MU comme de plus en plus sollicités. Certains MG ont conscience de cette saturation. Ils s'accordent pour autant sur l'absence de difficultés d'accès aux soins des patients présentant des plaies traumatiques.

Dans un objectif commun de maintien de qualité de soins, MG et MU proposent des pistes pour favoriser la prise en charge des plaies traumatiques au cabinet : renforcement des effectifs médicaux et de leur mission de premier recours, optimisation de la formation, réorganisation structurelle des cabinets et des soins non programmés, intégration des assistants médicaux. Si, malgré ces optimisations, la suture n'est pas réalisable au cabinet, MG et MU proposent la solution de prendre en charge les plaies dans les centres de soins non programmés se développant actuellement en France.

De plus, MG et MU s'accordent sur un besoin de coopération réciproque, au moyen notamment de la régulation médicale et de l'éducation du patient à ce sujet.

## **2. Forces et limites de l'étude**

### **2.1. Forces**

Dans cette étude qualitative, les médecins interrogés ont pu exprimer leurs ressentis sur la prise en charge des plaies traumatiques, les difficultés dans leur pratique et les éléments à améliorer. L'originalité de cette étude repose également sur le regard croisé avec les MU.

A la connaissance des chercheurs, cette étude qualitative est quasi-inédite dans le département de Maine-et-Loire. Une seule étude quantitative a été réalisée sur ce sujet en 2016.

L'analyse a été réalisée avec un double codage et une triangulation des données, ce qui a permis de limiter le biais d'interprétation. Les chercheurs ont essayé de répondre à un maximum de critères de qualité COREQ, ce qui a pu renforcer la validité interne de l'étude.

Enfin, les guides d'entretien ont été modifiés au cours de l'étude pour affiner au maximum les données pertinentes pour répondre aux objectifs de l'étude.

### **2.2. Limites**

Il existe, dans cette étude, un biais de sélection lié au recrutement des MG et MU, certains étant connus des chercheurs avant son initiation. Leurs réponses aux questions ont alors pu être biaisées, se sentant plus ou moins à l'aise face aux chercheurs. Le double codage a pu limiter ce biais.

Les deux investigateurs ont mené leur première étude qualitative et cela a pu impacter la qualité et l'analyse des entretiens. Ils ont également pu avoir une influence non intentionnelle sur les participants suite à certaines de leurs réactions.

De plus, il existe un biais de recrutement lié à un défaut de représentation de tous les centres hospitaliers de Maine-et-Loire. En effet, les chercheurs n'ont pas obtenu de réponses des MU d'un centre hospitalier et des MG travaillant en sa périphérie.

### **3. Comparaison avec les données de la littérature**

#### **3.1. Fréquence et évolution de la suture**

Les MG rapportaient une suture réalisée d'une fois par mois à une fois tous les six mois. Ces résultats sont comparables à un rapport du SNDS de 2023 selon lequel les médecins qui pratiquent cet acte le cote en moyenne quinze fois par an, et les données de l'Assurance Maladie qui rapportent la cotation de 3,5 actes techniques par MG par an dans le Maine-et-Loire en 2018 (8, 14).

Les MU et les MG ont constaté une diminution de la pratique de la suture au cabinet depuis plusieurs années. Cette raréfaction a été également constatée dans différentes thèses de médecine générale et par l'Observatoire de la Médecine générale (15, 16, 17).

#### **3.2. Motivations**

Les motivations à prendre en charge des plaies traumatiques au cabinet évoquées par les MG et les MU de cette étude ont souvent été retrouvées dans les thèses de médecine générale portant sur ce sujet. Les plus couramment identifiées étaient le plaisir des praticiens à suturer, leur légitimité en tant qu'acteur de premier recours et la volonté de désengorger les SAU (7,18).

### 3.3. Freins

Les thèses réalisées en dehors du Maine-et-Loire sur la pratique des sutures au cabinet ont également relevé de nombreux freins similaires à ceux identifiés dans cette étude.

Une étude qualitative réalisée en Isère rapporte la peur du préjudice fonctionnel, les caractéristiques de la plaie, le risque infectieux, la crainte médico-légale, le défaut de matériel et la méconnaissance des capacités du MG (18). Ces freins ont aussi été retrouvés dans l'étude quantitative réalisée dans le Maine-et-Loire en 2016 (13).

Un des freins identifiés dans cette étude qualitative est la baisse des effectifs médicaux et de l'évolution de la relation au travail des MG.

Cette baisse des effectifs est à modérer : la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) projette certes de 2024 à 2028 une baisse du nombre de MG de 93 268 à 92 845, mais par la suite une augmentation continue jusqu'à atteindre 100 000 MG en France en 2035 (19).

Pour autant, toujours selon la DREES, cette augmentation des effectifs médicaux augmenterait moins que les besoins de soins de la population (20).

La diminution du temps de travail des jeunes générations de MG est rapportée par les MU. Ce constat est validé par l'enquête du 4e Panel d'Observation des pratiques des conditions d'exercice conduite auprès des MG ligériens en 2022. Les MG déclaraient travailler en moyenne 51 heures lors d'une semaine de travail ordinaire, chiffre en diminution comparé aux enquêtes similaires réalisées en 2007 et 2011 retrouvant 57 heures de travail hebdomadaire (21).

Il existe de plus une disparité statistiquement significative selon l'âge : les moins de 50 ans travaillent en moyenne 47 heures par semaine, les 60 ans et plus 53 heures (21).

### 3.4. Pistes d'amélioration

Dans cette étude qualitative, une des pistes d'amélioration à la prise en charge des plaies traumatiques au cabinet est la réorganisation des soins non programmés. D'après le Panel d'Observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale de 2019 menée en France, la quasi-totalité (96%) des MG ont mentionné avoir une organisation pour répondre aux demandes de SNP. Pour autant, seul un quart d'entre eux est en mesure de répondre à l'ensemble des demandes de SNP pour le jour même ou le lendemain (22).

Cette organisation des SNP relève de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) de 2017 qui impose « aux professionnels de santé de la structure de [s'organiser] pour recevoir chaque jour ouvert les patients ayant besoin de soins non programmés » (23).

Lancé dans le cadre du Pacte de Refondation des Urgences de 2019, un outil permet de répondre, au moins partiellement, à la demande de SNP : le Système d'Accès aux Soins (SAS) (24, 25). L'objectif affiché du SAS est de renforcer le lien entre la médecine de ville et les SAU pour le traitement des SNP. Ils ont pour rôle de trouver des consultations dans les quarante-huit heures pour les patients, après régulation médicale de la demande du patient (26).

Les demandes de SNP ne peuvent être toutes satisfaites malgré la réorganisation des MG et l'instauration du SAS. Cela conduit au développement des Centres de Soins Non Programmés (CSNP) : leur nombre était évalué à trente sur le territoire national en 2018 (27), ils seraient aujourd'hui plus de trois cents, avec une structuration progressive, notamment via la création de la Fédération Française des Centres de Soins non Programmés (FFCSNP) qui regroupe à elle-seule plus de soixante centres (28). Ce développement était ressenti par les MG et MU dans cette étude.

## CONCLUSION

Bien que relevant de leur mission de premier recours, la prise en charge des plaies traumatiques par les MG reste finalement peu fréquente et en diminution.

Pour autant, les MG restent attachés à leur statut d'omnipraticien et apprécient cette compétence technique à laquelle ils ont été formés.

Si MG et MU s'accordent sur la possibilité pour les MG de suturer au cabinet, ils identifient néanmoins plusieurs freins à leur pratique qui incitent patients et MG à une orientation des plaies traumatiques vers d'autres structures de soins.

De plus, la conjoncture actuelle ne permet pas de répondre intégralement à l'offre de soins non programmés, dont font partie les plaies traumatiques.

Cette étude a identifié des pistes d'amélioration pour la pratique de la suture en cabinet de médecine générale et pour la coopération entre MG et MU. Cela conduit à questionner l'éducation des patients à la régulation médicale et à repenser l'organisation des SNP, notamment via le SAS et les CSNP.

Effectivement, pour répondre à une demande de soins toujours plus croissante, les CSNP se multiplient sur le territoire national, conduisant dans le futur à structurer une offre de soins de premier recours répartie entre MG, SAU et CSNP. Il sera alors pertinent d'interroger les MG et les MU sur l'impact des CSNP sur leur pratique.

## BIBLIOGRAPHIE

Références bibliographiques numérotées dans l'ordre d'apparition dans le texte, selon le modèle correspondant à la revue visée, ou, à défaut, selon les règles de Vancouver.

1. Collège National des Généralistes Enseignants - Collège Académique. DES de Médecine Générale. 2023. DES de Médecine Générale – CNGE. Disponible sur : <https://www.cnge.fr/la-pedagogie/le-cursus-de-medecine-generale/des-de-medecine-generale/>
2. Société Française de Médecine d'Urgence. Référentiel de bonnes pratiques - plaies aiguës en structure d'urgence [Internet]. 2017. Disponible sur : [https://www.sfm.org/upload/consensus/rbp\\_plaies2017\\_v2.pdf](https://www.sfm.org/upload/consensus/rbp_plaies2017_v2.pdf)
3. Assurance Maladie. CCAM en ligne. 2024. Classification Commune des Actes Médicaux en ligne. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php>
4. Syndicat MG France. Nomenclature Générale des Actes Professionnels [Internet]. 2024. Disponible sur : [https://www.mgfrance.org/images/telechargements/MGFrance\\_Plaquette\\_sept\\_2024.pdf](https://www.mgfrance.org/images/telechargements/MGFrance_Plaquette_sept_2024.pdf)
5. Cour des Comptes. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités [Internet]. 2019. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
6. Lebrun V. Identification des principaux facteurs qui inciteraient à la réalisation des sutures au cabinet de médecine générale [Internet]. [Faculté de Médecine d'Amiens]: Université de Picardie Jules Vernes; 2020. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02937516v1/document>

7. Tamisier T. Les futurs médecins généralistes pratiqueront-ils les sutures en cabinet de ville? [Internet]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2015. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01302358v1/document#:~:text=Cette%20impression%20est%20confirm%C3%A9e%20par,la%20suture%20de%20plaie%20en>
8. Système Nationale des Données de Santé [Internet]. Disponible sur : <https://www.snds.gouv.fr/SNDS/Accueil>
9. ORS Pays de la Loire, David S, Goupil MC, Buyck JF. Accès aux soins de premier recours en Pays de la Loire - diagnostic pour le 3e Projet régional de santé [Internet]. 2023. Disponible sur : [https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2023\\_PDF/2023\\_Offre\\_acces\\_soins\\_PRS3\\_vdef.pdf](https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2023_PDF/2023_Offre_acces_soins_PRS3_vdef.pdf)
10. Dubois Jacques V. Les gestes techniques en médecine générale, état des lieux en Loire-Atlantique et Vendée [Internet]. [Université de Nantes]: Faculté de Médecine de Nantes; 2012. Disponible sur : <https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=5b65541c-d0af-4781-bea3-a969d461f508>
11. Petitprez M. Enquête de pratique sur la prise en charge des plaies aiguës par les médecins généralistes installés en région Hauts-de-France [Internet]. [Faculté de Médecine d'Amiens]: Université de Picardie Jules Verne; Disponible sur : <https://www.urpsml-hdf.fr/wp-content/uploads/2020/12/These-Petiprez-Martin-15-02-2018.pdf>
12. Coowar B. Prise en charge de la petite traumatologie en médecine générale [Internet]. [Rouen]: Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2011. Disponible sur : [https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00659773/file/COOWAR\\_Beelal.pdf](https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00659773/file/COOWAR_Beelal.pdf)

13. Gobin F. Les sutures par les médecins généralistes du Maine et Loire [Internet]. UFR Santé Angers; 2016. Disponible sur : <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20106645/2016MCEM6098/fichier/6098F.pdf>
14. Assurance Maladie. Activité des médecins libéraux APE par département - 2016 à 2022 [Internet]. Disponible sur : <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/activite-medecins-liberaux-ape-departement>
15. Tasei F. Prise en charge des plaies en médecine générale à partir d'une enquête téléphonique réalisée auprès de 337 médecins généralistes du département de la Vienne [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Poitiers ; 2000.
16. Daviau S. La pratique des sutures non programmées au cabinet du médecin généraliste en milieu urbain : Identification des obstacles et détermination de leur importance respective au moyen de deux enquêtes connexes. [Internet]. [Faculté de Médecine de Créteil]: Université Paris Val-de-Marne; 2008. Disponible sur : [https://athena.u-pec.fr/view/UniversalViewer/33BUCRET\\_INST/1273070590004611?c=&m=&s=&cv](https://athena.u-pec.fr/view/UniversalViewer/33BUCRET_INST/1273070590004611?c=&m=&s=&cv)  
[≡](#)
17. Société Française de Médecine Générale. OMG - Observatoire de la Médecine Générale [Internet]. Disponible sur : <http://omg.sfmfg.org/>
18. Lecler AS, Diserbo A. Les freins et motivations des médecins généralistes d'Isère et Savoie à la réalisation d'actes techniques cotés par la classification commune des actes médicaux: sutures, petite chirurgie, et gestes de dermatologie. Enquête qualitative auprès de médecins généralistes installés [Internet]. Université Grenoble

- Alpes; 2017. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01537232/document>
19. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Projections d'effectifs de médecins [Internet]. Disponible sur : <https://drees.shinyapps.io/Projection-effectifs-medecins/>
20. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée [Internet]. 2017. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1011.pdf>
21. Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire, Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire. Temps de travail des médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire et organisation des cabinets médicaux - État des lieux et tendances [Internet]. Disponible sur : [https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2023\\_PDF/2023\\_p\\_anel4\\_mg\\_OrganisationCabinet\\_35.pdf](https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2023_PDF/2023_p_anel4_mg_OrganisationCabinet_35.pdf)
22. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés [Internet]. 2020. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1138.pdf>
23. Deroche C, Commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France, Sénat. Hôpital : sortir des urgences [Internet]. 2022 mars. Report No.: 587. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r21-587-1/r21-587-1.html>

24. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Le service d'accès aux soins (SAS) [Internet]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/>
25. Ministère des Solidarités et de la Santé. Pacte de refondation des urgences [Internet]. 2019. Disponible sur : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/urgences\\_dp\\_septembre\\_2019.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/urgences_dp_septembre_2019.pdf)
26. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Tout savoir sur le SAS (service d'accès aux soins) [Internet]. 2022. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/tout-savoir-sur-le-sas-service-d-acces-aux-soins>
27. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins, organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. 2018 mai p. 84. Disponible sur : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_snp\\_vf.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf)
28. Fédération Française des Centres de Soins Non Programmés. Fédération Française des Centres de Soins Non Programmés [Internet]. Disponible sur : <https://ffcsnp.com/>

**LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Caractéristiques des participants MG ..... 9

Tableau II: Caractéristiques des participants MU ..... 10

# TABLE DES MATIERES

|                                                                                                                         |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>RESUME .....</b>                                                                                                     | <b>2</b>  |
| <b>INTRODUCTION .....</b>                                                                                               | <b>3</b>  |
| <b>MATERIEL ET METHODE .....</b>                                                                                        | <b>6</b>  |
| <b>RÉSULTATS .....</b>                                                                                                  | <b>9</b>  |
| <b>CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS .....</b>                                                                          | <b>9</b>  |
| <b>1. Les médecins généralistes prenaient-ils en charge les suture dans leur cabinet ? .....</b>                        | <b>10</b> |
| 1.1. Une formation initiale commune pour réaliser des sutures, ... ..                                                   | 10        |
| 1.2. ..., mais une réalisation en pratique jugée faible par les MG, ... ..                                              | 11        |
| 1.3. ..., avec une évolution de la pratique variable .....                                                              | 12        |
| <b>2. Comment les médecins généralistes prenaient-ils en charge une plaie traumatique ? .....</b>                       | <b>13</b> |
| 2.1. Pour commencer, quelle population était concernée ? .....                                                          | 13        |
| 2.2. Des étapes communes pour la prise en charge initiale .....                                                         | 14        |
| 2.3. Une réorientation des patients en cas d'absence de prise en charge directe .....                                   | 15        |
| 2.4. Un adressage du patient vers le lieu de prise en charge qui différait selon la régulation ... ..                   | 16        |
| 2.5. ... et selon le choix du patient .....                                                                             | 17        |
| <b>3. Quelles étaient leurs motivations à la pratique de la suture en cabinet de médecine générale ? .....</b>          | <b>19</b> |
| 3.1. Des motivations liées au patient, ... ..                                                                           | 19        |
| 3.2. ..., liées à l'acte... ..                                                                                          | 19        |
| 3.3. ... et un soutien envers les MU. ....                                                                              | 20        |
| <b>4. Quels étaient les freins à la prise en charge des plaies traumatiques en cabinet de médecine générale ? .....</b> | <b>21</b> |
| 4.1. Des freins liés aux MG, ... ..                                                                                     | 21        |
| 4.2. ..., liés à l'évolution des générations et des l'activité des MG, ... ..                                           | 24        |
| 4.3. ..., liés à l'organisation du MG, ... ..                                                                           | 25        |
| 4.4. ..., liés aux patients... ..                                                                                       | 26        |
| 4.5. ... et liés aux infrastructures. ....                                                                              | 27        |
| 4.6. Des plaies pas si simples à suturer... ..                                                                          | 29        |
| 4.7. ... et une facturation compliquée .....                                                                            | 30        |
| <b>5. Une nécessité d'optimisation de la prise en charge des plaies traumatiques en cabinet : .....</b>                 | <b>31</b> |
| 5.1. En renforçant la mission de premier recours du MG, ... ..                                                          | 31        |
| 5.2. ..., en optimisant sa formation à la suture, ... ..                                                                | 31        |
| 5.3. ..., tout en augmentant les effectifs médicaux, ... ..                                                             | 32        |
| 5.4. ..., mais aussi en réorganisant le planning du MG, ... ..                                                          | 32        |
| 5.5. ..., son cabinet médical... ..                                                                                     | 33        |
| 5.6. ... et les soins non programmés .....                                                                              | 33        |
| 5.7. Recruter des assistants médicaux : un gain de temps .....                                                          | 35        |
| 5.8. Un aspect financier à ne pas négliger .....                                                                        | 35        |

|                                                                                                                |                                                                    |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------|
| 5.9.                                                                                                           | Et pourquoi ne pas envisager la coercition ? .....                 | 35            |
| <b>6.</b>                                                                                                      | <b>Qu'en est-il de la coopération entre MG et MU ? .....</b>       | <b>36</b>     |
| 6.1.                                                                                                           | Une méconnaissance de chacun et un défaut de communication, ... .. | 36            |
| 6.2.                                                                                                           | ... qui peuvent être palliés par une bonne régulation ! .....      | 37            |
| <b>DISCUSSION</b> .....                                                                                        |                                                                    | <b>39</b>     |
| <b>1.</b>                                                                                                      | <b>Principaux résultats de l'étude .....</b>                       | <b>39</b>     |
| <b>2.</b>                                                                                                      | <b>Forces et limites de l'étude .....</b>                          | <b>40</b>     |
| 2.1.                                                                                                           | Forces .....                                                       | 40            |
| 2.2.                                                                                                           | Limites .....                                                      | 40            |
| <b>3.</b>                                                                                                      | <b>Comparaison avec les données de la littérature .....</b>        | <b>41</b>     |
| 3.1.                                                                                                           | Fréquence et évolution de la suture .....                          | 41            |
| 3.2.                                                                                                           | Motivations .....                                                  | 41            |
| 3.3.                                                                                                           | Freins .....                                                       | 42            |
| 3.4.                                                                                                           | Pistes d'amélioration .....                                        | 43            |
| <b>CONCLUSION</b> .....                                                                                        |                                                                    | <b>44</b>     |
| <b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....                                                                                     |                                                                    | <b>45</b>     |
| <b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....                                                                                |                                                                    | <b>50</b>     |
| <b>TABLE DES MATIERES</b> .....                                                                                |                                                                    | <b>51</b>     |
| <b>ANNEXE 1 : CRITERES DE LA GRILLE COREQ (CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH)</b> ..... | ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.                                       |               |
| <b>ANNEXE 2 : LETTRE D'INFORMATION</b> .....                                                                   |                                                                    | <b>IX</b>     |
| <b>ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN MG</b> .....                                                                   |                                                                    | <b>X</b>      |
| <b>ANNEXE 4 : RETRANSCRIPTION D'UN ENTRETIEN MG</b> .....                                                      |                                                                    | <b>XIII</b>   |
| <b>ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTRETIEN MU</b> .....                                                                   |                                                                    | <b>XXVI</b>   |
| <b>ANNEXE 6 : RETRANSCRIPTION D'UN ENTRETIEN MU</b> .....                                                      |                                                                    | <b>XXVIII</b> |

# ANNEXE 1 : CRITERES DE LA GRILLE COREQ (CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTNG QUALITATIVE RESEARCH)

Tableau établi à partir de la traduction française de la grille de lecture COREQ: Michel Gedda,  
Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de  
recherche qualitative, Kinesither Rev 2015;15(157):50–54.

| N° et Item                                             | Guide questions/description                             | Réponse                                             |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b> |                                                         |                                                     |
| <b>Caractéristiques personnelles</b>                   |                                                         |                                                     |
| 1.Enquêteur/animateur                                  | Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ? | Les étudiants (Noémie Branthome et Jayson Chauveau) |
| 2.Titres académiques                                   | Quels étaient les titres académiques du chercheur ?     | Etudiants en année de thèse de médecine générale    |
| 3.Activité                                             | Quelle était leur activité au moment de l'étude ?       | Médecin généraliste remplaçant                      |
| 4.Genre                                                | Le chercheur était-il un homme ou une femme ?           | Une femme et un homme                               |

|                               |                                                          |                                                                                                                                  |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. Expérience<br>et formation | Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? | Pas d'expérience pratique de recherche qualitative.<br><br>Formation réalisée lors d'ateliers à la Faculté de médecine d'Angers. |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                           |                                                                                   |                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Relations avec les participants</b>                    |                                                                                   |                                                                                                                                                                               |
| 6. Relation antérieure                                    | Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? | Oui (2 MG connus en tant que médecin généraliste remplaçant, 1 MG connus pendant le deuxième cycle du DES, 5 MU connus dans le cadre du semestre aux urgences pendant le DES) |
| 7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur | Que savaient les participants au sujet du chercheur ?                             | Etudiants réalisant un projet de thèse                                                                                                                                        |
| 8. Caractéristiques de l'enquêteur                        | Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?              | Etudiants réalisant un projet de thèse sur la prise en charge des plaies traumatiques                                                                                         |

## **Domaine 2 : Conception de l'étude**

### **Cadre théorique**

|                                          |                                                                        |                                                                                                       |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9. Orientation méthodologique et théorie | Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? | Analyse inductive du discours après retranscription en verbatim puis codage pour l'analyse thématique |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### **Sélection des participants**

|                             |                                                       |                                                                                          |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10. Échantillonnage         | Comment ont été sélectionnés les participants ?       | En variation maximale. Participants du Maine-et-Loire, d'âges et de sexe différents      |
| 11. Prise de contact        | Comment ont été contactés les participants ?          | Par mail ou par téléphone, directement dans les cabinets de médecine générale ou au SAU. |
| 12. Taille de l'échantillon | Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? | 10 participants                                                                          |

|                       |                                                                            |                                                                                                        |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13. Non-participation | Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ? | Plusieurs MG et MU ont été contactés sur l'ensemble du territoire, mais aucune réponse n'a été donnée. |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Contexte

|                                     |                                                                                     |                                                 |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 14. Cadre de la collecte de données | Où les données ont-elles été recueillies ?                                          | Au cabinet médical de chaque médecin ou au SAU. |
| 15. Présence de nonparticipants     | Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? | Non                                             |
| 16. Description de l'échantillon    | Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?                    | Cf annexe                                       |

**Recueil des données**

|                                 |                                                                                                                                       |                                                         |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 17. Guide d'entretien           | Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? | Oui                                                     |
| 18. Entretiens répétés          | Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?                                                                        | Non                                                     |
| 19. Enregistrement audio/visuel | Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?                                             | Enregistrement audio à l'aide d'un dictaphone numérique |
| 20. Cahier de terrain           | Des notes de terrains ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?                                               | Oui, pendant l'entretien                                |

|                         |                                                        |                            |
|-------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------|
| 21. Durée               | Combien de temps ont duré les entretiens individuels ? | De 26 minutes à 47 minutes |
| 22. Seuil de saturation | Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?            | Oui                        |

|                                 |                                                                                                                |     |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 23. Retour des retranscriptions | Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? | Non |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

### **Domaine 3 : Analyse et résultats**

#### **Analyse des données**

|                                            |                                                                                   |                                                                  |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 24. Nombre de personnes codant les données | Combien de personnes ont codé les données ?                                       | Les deux étudiantes et la directrice de thèse                    |
| 25. Description de l'arbre de codage       | Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?                 | Non                                                              |
| 26. Détermination des thèmes               | Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? | Ils ont été déterminés à partir des données recueillies          |
| 27. Logiciel                               | Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?             | Traitement manuel à partir du logiciel Microsoft Word® et Excel® |

|                                            |                                                                                                                                     |     |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 28. Vérifications par les participants     | Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?                                                                    | Non |
| <div></div>                                |                                                                                                                                     |     |
| <b>Rédaction</b>                           |                                                                                                                                     |     |
| 29. Citations présentées                   | Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? | Oui |
| 30. Cohérence des données et des résultats | Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?                                                            | Oui |
| 31. Clarté des thèmes principaux           | Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?                                                         | Oui |

|                                          |                                                                                                 |            |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 32. <i>Clarté des thèmes secondaires</i> | <i>Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?</i> | <i>Oui</i> |
|                                          |                                                                                                 |            |

## **ANNEXE 2 : LETTRE D'INFORMATION**

Cher confrère, chère consœur,

Nous sommes Noémie BRANTHOME et Jayson CHAUEAU, deux médecins généralistes remplaçants non-thésés. Dans le cadre de notre travail de thèse, nous menons une étude qui s'intéresse au ressenti des médecins généralistes et urgentistes sur la prise en charge des plaies traumatiques en cabinet de médecine générale de Maine-et-Loire. Il nous semble pertinent de recueillir votre point de vue sur ce sujet.

Pour cela, nous souhaitons échanger avec vous pendant une heure environ dans le lieu de votre choix. Vous aurez la possibilité d'interrompre l'entretien à tout moment, aucune justification ne vous sera demandée. Cet entretien sera enregistré, puis retranscrit sur ordinateur sans modification. Toutes les informations permettant de vous identifier seront ensuite rendues anonymes. Nous vous en adresserons une retranscription par courrier si vous le souhaitez.

Nous vous inviterons à signer un consentement permettant l'enregistrement de l'entretien et l'utilisation de sa retranscription anonymisée. La participation à ce travail n'entraîne aucune contrepartie financière de votre part. Si vous acceptez de participer à ce projet, nous vous laissons nous contacter:

- Par téléphone au: 06 44 02 54 73 (Noémie BRANTHOME) ou 07 62 52 41 41 (Jayson CHAUEAU)
- Par email: no.branthome@gmail.com ou jayson.chauveau@gmail.com

Les résultats de cette étude pourront vous être adressés par courrier si vous le souhaitez.

Nous vous remercions par avance pour votre aide.

Confraternellement,

Noémie BRANTHOME et Jayson CHAUEAU

## ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN MG

- Présentation des intervenants :
- Fiche info
- Recueil des critères de variation maximale : âge, sexe, année d'installation, mode d'exercice (notamment exercice mixte), milieu d'exercice et proximité des services d'urgences

### 1. **Racontez-moi votre dernière consultation où vous avez dû prendre en charge un patient présentant une plaie traumatique dans votre cabinet**

Si vous réalisez des sutures : comment vous organisez-vous dans ce cas (arrivée, planning, caractéristiques du patient, plaie, anesthésie, matériel, cotation) ?

Si vous ne réalisez pas de suture au cabinet : Comment orientez-vous le patient qui vous sollicite dans ce cadre ? Vers quelle structure ?

Quelles solutions pour les patients si absence de possibilité/disponibilité de soins non programmés ?

Quelles sont les caractéristiques des patients qui se présentent pour une plaie traumatique au cabinet ? (âge, profession, milieu)

Pourquoi pensez-vous que ce type de patient se présente directement au cabinet et non dans un service d'urgence ?

Evolution de la pratique :

A quelle fréquence réalisez-vous des sutures (quotidien/hebdomadaire...) ?

Comment décririez-vous la fréquence des sutures dans l'année ? (Trouvez-vous qu'il y a un lien avec les saisons ?)

Si oui, comment l'expliquez-vous ?

Quelle a été l'évolution de votre pratique des sutures ? (Réalisez-vous plus ou moins de sutures depuis votre installation?)

Pourquoi réalisez-vous moins (ou plus) de sutures?

Comment envisagez-vous l'évolution de votre pratique de la suture en cabinet ?

Quel est l'avenir de la suture en médecine générale ?

En fonction de la réponse, demander d'expliquer.

## **2. Exploration des facteurs déterminants :**

- 1.** Pourquoi réalisez-vous des sutures dans votre pratique ?
- 2.** Pour vous, quelles sont les motivations des médecins généralistes à réaliser des sutures ?

### **3. Exploration des difficultés/facteurs limitants :**

- 4.** Quelles difficultés avez-vous rencontré pendant cette consultation ? Si besoin relancer sur les différentes étapes de la suture de l'arrivée du patient jusqu'à la facturation (arrivée, planning, caractéristiques du patient, plaie, cotation)
- 5.** Identifiez-vous d'autres difficultés rencontrées dans d'autres situations où il était question de réaliser une suture au cabinet ?
- 6.** Dans quelles conditions ne réalisez-vous pas de suture ? Pourquoi ne réalisez-vous pas de suture ?
- 7.** Que pensez-vous de l'impact de la proximité (ou non) avec un Service d'Accueil des Urgences ?
  - 1.** Et inversement, pour vous quel est l'impact de la prise en charge des sutures directement au cabinet sur les services d'urgences ?

### **3. Pistes d'amélioration :**

- a.** Devant ces difficultés, que changeriez-vous dans votre pratique pour optimiser la prise en charge des plaies traumatiques dans votre cabinet ?
  - i.** Comment adaptez-vous votre structure de soins et/ou votre organisation pour améliorer la prise en charge des plaies traumatiques dans votre cabinet ?
- b.** Que pensez-vous de la formation des médecins généralistes sur la prise en charge des plaies traumatiques ?
  - i.** Formation initiale - formation continue (FMC-DPC) ? Etes vous informé des nouvelles recommandations concernant les plaies traumatiques ?
  - ii.** Que changeriez-vous dans la formation ?
- c.** De façon générale, que pensez-vous de la formation des médecins généralistes sur l'organisation des soins non programmés ?
  - i.** Si questions sur le sens des soins non programmés, retourner la question → qu'entendez-vous par "soins non programmés" ?
  - ii.** Quels sont vos principaux motifs de consultation pour des soins non programmés ?
  - iii.** Que proposeriez-vous pour optimiser la prise en charge des soins non programmés ?

### **4. Avez-vous des remarques, ou des commentaires complémentaires ?**

## **ANNEXE 4 : RETRANSCRIPTION D'UN ENTRETIEN MG**

***Pour commencer, il va juste me falloir ton âge ?***

28 ans

***Ton sexe, une femme. Ton année d'installation ?***

2024

***Ton mode d'exercice ?***

Salariat, médecin salarié dans un centre de santé territorial.

***Ok tu n'as pas d'autres activités à côté ?***

Non

***D'accord ton milieu d'exercice, est-ce que c'est plutôt urbain ou rural ?***

C'est rural.

***Et la proximité de ton centre par rapport à un service d'urgence ou à des services d'urgences ?***

Une trentaine de kilomètres des urgences de Cholet et une quarantaine de minutes des urgences d'Angers.

***Donc tu adresses plus aux urgences de Cholet ?***

Oui sauf si les gens habitent entre ma ville d'exercice et Angers.

***D'accord et quelles sont les caractéristiques de ta patientèle ? Est-ce que c'est plutôt agricole ?***

C'est plutôt mixte parce qu'initialement là où je travaille c'est plutôt agricole comme le milieu rural sauf que j'ai récupéré beaucoup de patients de la ville qui n'ont pas de médecin donc c'est plutôt mixte. Et en âge je suis pas sur une patientèle très âgée, j'ai une patientèle jeune comme c'est une création de patientèle.

***La première question de l'entretien du coup c'est que tu me racontes ta dernière consultation où tu as pris en charge une plaie traumatique.***

Hé bien la dernière consultation c'était pas une vraie, je sais pas si ça compte, c'est un entre-deux, entre 2 consultations. Une maman qui est venue avec son petit garçon de, j'aurais dit, alors il marchait, il était de l'âge de 3-4 ans pour une plaie du cuir chevelu et c'était pile poil sur ma pause du midi et elle voulait savoir si ça nécessitait un adressage aux urgences pour suture ou pas. Et la secrétaire d'habitude peut faire un tri, là elle hésitait, elle m'a dit « je pense qu'il n'y a pas besoin mais je vérifie avec le médecin ». Donc elle m'a topé vite fait pendant ma consultation et je suis venue voir. L'avantage c'est qu'elle avait déjà bien nettoyé

la maman, c'était effectivement propre. Et puis en fait c'était une toute petite plaie du cuir chevelu, euh je dirais au max centimétrique mais même infra centimétrique et puis les berges elles étaient pas, si je rentre un peu dans les détails, mais en tout cas j'ai estimé que si il s'était présenté aux urgences probablement que s'ils avaient fait le déplacement ils auraient eu un point mais là il y avait pas besoin de points. Donc j'ai donné des consignes de surveillance classiques comme il y avait eu un choc sur la tête. Là l'enfant il allait très bien et puis les consignes par rapport à la douche ou le bain.

***Donc tu n'as pas saturé celle-ci ?***

Non je n'ai pas suturé.

***La maman, elle s'est présentée spontanément ou est-ce qu'elle a été adressée ?***

Alors spontanément.

***Elle n'avait pas appelé avant ?***

Non

***Donc c'était un enfant et c'était au niveau du cuir chevelu si je reprends bien. Est ce que t'as déjà eu à faire des sutures depuis que tu es installée ?***

Depuis l'installation, je dirais de mémoire une parce que comme c'est le même lieu où j'ai été en SASPAS, j'ai un petit doute sur si je l'avais fait en tant que SASPAS ou si je l'avais fait en tant que médecin installé. Mais par contre très peu là depuis, à la rigueur une si je me souviens bien entre l'installation et le SASPAS, mais sinon c'était en tant que remplaçante.

***Et donc celles où tu as suturé, euh est-ce que par exemple tu fais une anesthésie systématique ?***

Alors là j'avais fait une anesthésie.

***Et au niveau du matériel, comment ça se passe pour vous ? Est-ce que vous avez un stock ?***

Non, on n'a très peu de stock et le jour où j'avais besoin de faire la suture alors là j'étais remplaçante parce que c'était le matériel du médecin que je remplaçais, je m'en souviens maintenant. Il a un petit peu de matériel mais vraiment très peu et il faut se méfier de si c'est périmé ou pas. Et l'autre jour mon collègue a dû faire une suture, il voulait, il avait le temps, il avait installé et en fait on n'avait pas de matériel. On avait du fil mais pas adapté au type de plaie. C'était du fil non résorbable mais la taille correspondait vraiment pas du tout ça devait être du 6.0 qui lui restait pour une plaie d'une articulation enfin d'un truc qui ne correspondait pas du tout. Donc dans ces cas-là, on va chercher en pharmacie. On se fait dépanner si la pharmacie en a.

***Donc vous faites une ordonnance pour le patient pour qu'il aille chercher le matériel et il revient après ?***

Je crois que c'est mon collègue qui y était allé car le cabinet est juste à côté de la pharmacie. Le patient était installé, mon collègue a couru à la pharmacie. Il fait l'ordonnance pour le patient et il emmène la carte vitale et on récupère ce dont on a besoin pour suturer.

***Donc très peu de matériel si j'ai bien compris.***

On a ce qu'il faut en terme de pansements, compresses euh et puis voilà. Enfin, on a des kits de pansements. Mais pour la suture, ce qu'il nous manque c'est surtout les fils. Parce que je crois qu'on a même des kits de suture. Et l'anesthésiant, on en a un pour trois. Un petit flacon, donc pour montrer que ça sert quand même peu.

***Et du coup après quand vous avez fait la suture, est ce que vous prescrivez le matériel ?***

Non, en l'occurrence la fois où j'avais suturé, je n'avais pas eu l'idée.

***Et au niveau cotation ?***

Alors là oui j'avais côté. Alors je ne les connais pas par cœur mais ça se retrouve facilement sur internet.

***Et tu trouves ça plutôt simple ?***

Alors c'est technique parce qu'à chaque fois il faut regarder le nombre de centimètres, si elle est profonde etc. Mais avec le passage aux urgences, on sait que ça existe toutes ces cotations-là donc on n'est pas surpris. Donc on sait qu'on doit tâtonner un petit peu entre « atteint la main », « n'atteint pas la main », superficiel, profond, la taille. On sait qu'on doit passer un petit plus de temps qu'un frottis ou un ECG par exemple pour trouver la bonne cotation exacte mais ça se fait.

***D'accord et si tu ne fais pas la suture, tu orientes vers qui ?***

Euh les urgences. La fois où j'ai dû réorienter pour une plaie je crois que c'était le crâne, j'avais vu que la plaie faisait plus de 10 cm donc je me suis dit qu'il allait falloir faire vachement de points, il allait falloir raser donc ça j'oriente à l'hôpital de Cholet.

***Dans quelles conditions tu ne fais pas de suture ?***

Alors quand je vois que ça va être une suture très longue potentiellement un peu complexe. Là je ne me voyais pas le faire correctement. Je vais me sentir à l'aise sur des sutures de membres. La main généralement j'adresse aussi en Centre de la Main. Cela ne m'est jamais arrivé, mais si je voyais quelque chose qui me semble vraiment superficiel qui n'atteint pas les structures où je me sens à l'aise de l'explorer, mais je n'y jamais été confronté. Donc je dirais

que la main c'est pareil, je réoriente assez facilement. Et puis les enfants, à partir du moment on sent que ça va être compliqué sans MEOPA. C'est tellement confortable aux urgences que je crois que sauf enfant très très conciliant et parents très très adaptés, j'adresse aux urgences.

***Au niveau taille de la plaie ? Tu te sentiras à l'aise de faire tous types de plaies ?***

Alors ça dépend aussi j'imagine de mon retard. Mais ça serait pas la taille qui m'effraierait en elle-même, ce serait plus le temps de prise en charge. Si je vois que j'ai une plaie qui va nécessiter, je sais pas, peut-être plus de 4-5 points, je me demanderai si j'ai le temps de m'installer. Si c'est 2-3 points, oui ça ne va pas poser de problème. Mais si une grande plaie, je vais aussi me poser la question du planning si elle n'arrive pas entre midi et deux ou en fin de journée.

***Quelles sont pour toi les caractéristiques des patients qui se présentent pour une plaie traumatique ? L'âge, la profession ?***

Dans le secteur c'est facile c'est les patients qui travaillent dans le milieu agricole. Souvent il va y avoir une plaie soit avec un animal soit parce qu'ils utilisent des objets des machines donc ça on est concerné. Et puis les enfants, c'est aussi le souci c'est que j'ai pas mal de plaies, plaies des muqueuses au niveau de la bouche ou plaie du cuir chevelu ou du menton quand ils tombent. C'est à peu près tout, finalement la seule que j'ai suturée c'était je crois ni l'un ni l'autre mais sinon les gens qui viennent c'est plutôt eux.

***Et pourquoi penses-tu que ce type de patient vient spontanément chez toi plutôt qu'aux urgences ?***

L'agriculteur c'était le cliché un peu hein de l'agriculteur qui veut pas perdre de temps qui veut surtout pas aller aux urgences et qui vient voir son médecin généraliste parce que lui il pense même qu'il y a pas besoin de points. C'est des patients qui consultent peu même quand ça peut paraître vraiment nécessaire. Et puis les enfants, c'est souvent les parents qui ont le réflexe de nous les amener pour regarder si vraiment il y a besoin d'aller aux urgences et ils savent que sinon on peut peut-être faire un petit point ou mettre des strips. Ils veulent éviter d'aller aux urgences pour encombrer pour une plaie qui pourrait nécessiter autre chose qu'une suture. Ils veulent une validation de notre part. Ils vont chercher plus le conseil que directement le geste.

***Alors à quelle fréquence tu réalises des sutures ?***

Depuis que je suis remplaçante du coup depuis le mois de novembre 2023 j'ai dû en faire 2 donc je dirais peut-être une à deux tous 6 mois ou tous les ans. C'est vraiment pas grande

chose. Après parce que là il y a eu des plaies qui n'ont pas nécessité de suture donc je dirai peut-être ça. Peut être une à 2 tous les 6 mois ou tous les ans.

***Est-ce que tu trouves qu'il y a un lien avec la saisonnalité ?***

Personnellement j'ai pas constaté mais ça me choquerait pas qu'il y en ait plus l'été. Mais dans mon peu de temps d'exercice, je ne l'ai pas constaté.

***D'accord et donc bon tu viens de t'installer il n'y a pas très longtemps mais quelle a été l'évolution depuis que tu t'es installée de ta pratique des sutures ?***

Je vais peut-être répondre un peu différemment mais on réfléchit à quel est le matériel dont on a besoin vu qu'on est justement dans des nouveaux bâtiments et qu'il y a plein de choses à faire et à réfléchir encore, dont la trousse à pharmacie d'urgence. Et on a réfléchi avec les collègues justement en fait d'avoir plus de matériel pour que ce soit pas un frein, d'avoir tous quelques fils basiques, d'avoir les kits de suture et d'avoir notamment aussi la colle biologique. Et ça comme on n'était pas équipés forcément, alors j'imagine que le jour où on sera équipé on sera aussi plus à même de faire ces petits gestes de là. Mais pour l'instant on a réfléchi au fait qu'on ne l'avait pas et donc qu'il allait falloir commander.

***Vous n'avez pas de salle de de d'urgence dans le cabinet ?***

Non

***Donc du coup, tu envisages comment l'évolution de ta pratique à long terme ?***

D'être mieux équipée pour pouvoir dépanner ce genre de consultation qui se présente quand même de temps en temps à nous alors sans que ce soit des rendez-vous de programmés mais d'avoir plus de matériel parce que c'est vrai que à 30 min de l'hôpital si on pouvait dépanner pour des points, des petites sutures ou alors un petit coup de colle biologique si on le sent que c'est adapté et même d'avoir des strips chez nous ce serait vraiment top pour nos patients.

***D'accord donc vous envisagez en tout cas d'avoir plus de matériel ?***

C'est ça pour augmenter un peu notre prise en charge des sutures.

***Pour toi quel est l'avenir de la suture en médecine générale ?***

C'est une question un peu vaste. Alors je dirais que ça dépend de la pratique de chacun nous avec mes collègues, on est assez d'accord là-dessus qu'on aime bien suturer. Ce ne sont pas des gestes qui nous posent problème, en tout cas dans ce qu'on est capable de faire, ce sont des choses que l'on aime bien faire. Donc euh on serait d'accord pour se dépanner, c'est-à-dire si quelqu'un arrive au cabinet avec une plaie et que moi je me sens d'attaque et bien peut-être que mon collègue va me prendre l'angine pour que j'ai le temps de m'installer avec la suture pour le faire. Mais ça c'est parce que dans le cabinet on est un peu raccourci. Alors la

question c'était la place de la suture dans la médecine générale au sens un peu plus large ? Ce serait quand même bien qu'on puisse désengorger les urgences. On pense surtout aux collègues urgentistes qui sont un petit peu sous l'eau en ce moment. Donc si nous on pouvait aussi gérer ce genre de petites traumatologies, je pense que ça pourrait les aider. Plutôt qu'envoyer quelqu'un, un enfant ou n'importe qui d'ailleurs sur un brancard aux urgences. Cela nécessite par contre que le cabinet soit un peu sur la même longueur d'onde, enfin qu'entre collègues on soit sur la même longueur d'onde, parce qu'il y a l'achat du matériel. Enfin nous on est salariés, la question ne se pose pas.

***Et est-ce que tu penses que les futurs médecins généralistes seront dans la même optique ?***

Je ne pense pas parce que les gestes de manière générale, on en fait de moins en moins j'ai l'impression en médecine générale. Que ce soit, quand j'en discute avec des collègues, pose de stérilet ou infiltrations, les jeunes générations, on est moins formés à ça. Alors en gynéco, c'est un peu à part. Mais les infiltrations, alors peut-être parce que dans nos RCP, plus tu fais des gestes, plus tu payes parce que forcément tu prends plus de risques. Donc je dirais qu'on ne nous encourage pas à faire de plus en plus de gestes, ça dépend de l'appétence de chacun. Moi par exemple je n'irai pas infiltrer, mais les sutures ça me pose moins de problème. Mais ça ne m'étonne pas que dans les jeunes collègues, on soit moins enclin à faire de la suture.

***Donc pour toi dans l'avenir, il y aurait potentiellement moins de médecins qui feront des sutures ?***

J'imagine que oui. Je le verrai plutôt comme ça de manière générale. A cause d'un manque de temps et puis on se dit forcément que moins on pratique moins on est bons dans ce que l'on fait et on a tellement de choses à faire à l'heure actuelle en médecine générale que ce soit en pédiatrie, en gynéco, en suivi psy parce qu'il n'y a plus de psychiatre, il n'y a plus de gynéco libéraux, il n'y a plus de pédiatre. Donc on élargit tout le temps nos champs de compétences. Les spécialistes c'est pareil pour en avoir recours c'est plus dur, donc on élargit nos champs de compétences dans chaque spé et on se retrouve à faire des journées assez denses donc forcément rajouter un geste technique qu'on fait une à deux fois par an, peut-être un peu plus pour certains, mais le bénéfice il n'est peut-être pas intéressant de rester compétent dans la suture donc c'est quelque chose que l'on fait moins.

***Tu as dit à un moment donné que tu aimais faire des sutures, pourquoi ? Pourquoi tu réalises des sutures dans ta pratique ?***

Je sais pas, c'est comme ça. J'ai toujours bien aimé. Aux urgences, j'étais plus à l'aise pour suturer que pour examiner un genou par exemple. Je pense qu'on a tous chacun des domaines que l'on aime. Moi, c'est un temps où je me pose où j'ai l'impression de faire quelque chose d'un peu technique. On n'a pas une spé très technique nous la médecine générale, mais peut-être que faire des sutures ça me rappelle aussi que je peux faire un métier avec quelque chose de mes mains, quelque chose d'assez fin. Et puis je ne suis pas manuelle dans la vie de tous les jours et faire une suture, c'est ma manière de me dire que je me sers un peu de mes mains. *Pour toi, quelles sont les motivations des autres médecins généralistes à faire des sutures ?*

Alors je ne suis pas sûre que le côté financier rentre réellement en jeu. Je ne me souviens plus, mais par exemple si on prend le temps que mettrait une suture de 3-4 cm sur le bras, combien ça rapporterait. Je pense que c'est quand même intéressant mais pour le peu de gestes qu'on fait dans l'année, je ne suis pas sûre que l'aspect financier rentre vraiment en jeu pour mes collègues. Je dirais pareil qu'il y a des collègues qui aiment, ceux qui font des infiltrations, des petits gestes, des implants, c'est le côté un peu technique qui doit leur plaire quand même.

***On va revenir juste à la consultation de la première question. Quelles sont les difficultés que tu as rencontré lors de cette consultation ?***

Euh bah c'est le fait que bien souvent ça arrive de cette manière. C'est que la plaie par définition est souvent pas anticipée, donc les gens dans le contexte de stress et d'urgence vont venir au cabinet sans appeler et sans prendre une consultation. J'ai rarement vu un motif « plaie » venir au cabinet sur une consultation aiguë. Donc la première difficulté, c'est de la prendre entre deux et du coup de la gérer alors qu'on était sur une autre consultation avant, et qu'en théorie, on en a une autre qui s'enchaîne après. Donc il faut trouver l'espace et que nous on n'a pas de salle, à moins que le collègue est parti en visite et qu'on peut se mettre dans son bureau ce qui pourrait arriver. Mais là en l'occurrence je n'avais pas de bureau disponible, donc il faut la gérer dans le couloir, à l'accueil, en essayant de faire ça de la manière la plus discrète possible par rapport aux autres patients. Donc le timing et ensuite le manque de locaux pour gérer cette urgence là. Et puis là où quand même dans un service d'urgences, ça peut arriver d'avoir des doutes sur une suture. On suture ou on suture pas ? Quel fil on met ? On peut en discuter dans un service d'urgences c'est quand même plus pratique. Là, il faut toper un collègue pour aller lui demander « là aussi tu es d'accord ? est-ce que toi aussi tu n'aurais pas suturé ? Ou est-ce que toi tu mettrais plutôt un strip ? » Des fois, on a besoin d'un peu de concertation et au cabinet de médecine générale c'est plus difficile d'avoir la

concertation. Donc on peut être plus souvent amené à prendre une décision seul. Donc ce serait mes trois principales difficultés.

***Est-ce que dans d'autres situations tu as rencontré d'autres difficultés ?***

Là où j'imagine aux urgences, il faut quelqu'un qui surveille, j'imagine, qu'il faut surveiller les consommables et les dates de péremption. Un truc tout bête mais voilà, un fil périmé depuis un mois c'est le seul que j'ai sous le main, est ce que je l'utilise ? Est-ce que c'est grave ? Est-ce que le bénéfice pour le patient de le suturer avec ce fil-là, il est meilleur que de l'envoyer aux urgences pour qu'il patiente pendant trois heures pour avoir un fil tout neuf. C'est une question toute bête mais qui m'arrive pleins de fois avec les consommables et entre autres pour la suture c'est le cas. D'autres difficultés ? Non pas spécialement, parce que l'avantage quand on peut récupérer des protocoles des urgences, on sait après comment on prescrit là où ça aurait pu me faire peur plus tard à se souvenir de prescrire l'infirmière, combien de temps on garde les points. Ça on a des protocoles tout fait, donc l'acte en lui-même me pose pas de problème ou ne m'a jamais posé de problème.

***Que penses-tu de l'impact de la proximité ou de la non-proximité du service des urgences sur ta pratique des sutures ?***

Ah bah c'est sûr que là où on est situé, oui, c'est justement pour ça qu'on aimerait avoir tout ce qu'il faut pour augmenter notre capacité à faire des sutures. Parce que nous de là où on est, 30 kilomètres, envoyer l'enfant qui saigne ou le patient alors qu'on pourrait faire sur place, il y a un manque à gagner pour eux. Si j'étais dans un cabinet juste à côté ou dans la ville où il y a les urgences ou à vraiment juste à proximité, j'aurais évidemment pas la même réflexion. Je pense que justement, même si j'aime la suture, je mettrai ça de côté et du coup j'enverrai aux urgences peut-être plus facilement.

***Du coup, ça serait plutôt un bénéfice pour ton patient ou plutôt un bénéfice pour les urgences ?***

Alors je fais passer plutôt le bénéfice pour les patients et j'oublie un peu le bénéfice pour les urgences mais là quand j'ai répondu un peu de but en blanc ce qui m'est venu en premier, c'est que ouais la distance fait que pour le patient c'est plus intéressant. Penser aux collègues des urgences c'est évidemment important mais je pense que c'est venu après.

***Et inversement, si vous augmentez votre pratique des sutures au cabinet, quel serait l'impact sur le service des urgences ?***

Je ne suis pas sûre qu'ils nous en voudraient (rires). Alors le jour où ils voudront récupérer la traumatologie parce qu'on entendra dire qu'ils s'ennuient aux urgences, avec plaisir, je leur rendrai

cette partie de leur travail sans aucune rancœur. Mais j'imagine qu'à l'heure actuelle, ce n'est pas leur problème. Je ne pense pas, je n'imagine pas en tout cas.

***J'ai tilté sur ce que tu viens de dire « une partie de leur travail », est ce que tu penses que cela fait plus partie du travail du médecin généraliste ou de l'urgentiste ?***

Alors ça dépend du type de plaie mais dans le fond, je crois que moi je l'aurais mis chez l'urgentiste. Parce que c'est là que j'ai appris à faire, c'est là que j'y étais confronté le plus. Alors je ne sais pas si c'est plus logique que ce soit le travail de l'urgentiste mais quand on est interne et qu'on a appris à faire nos sutures dans le service des urgences, oui du coup j'assimile plus ça à une prise en charge plutôt de l'urgentiste que du médecin généraliste.

***Que changerais-tu dans ta pratique pour optimiser la prise en charge des plaies traumatiques ?***

Il faudrait plus de consultations d'urgences, éventuellement. Quoique je ne suis pas sûre que ça changerait vraiment la donne parce que comme on l'a vu ils viennent sans prévenir sur les créneaux, ils ne viennent pas sur des créneaux d'urgence. Donc je ne suis pas sûre que ce soit dans ma pratique mais plutôt dans les locaux, dans les espaces, il faudrait imaginer ça différemment. Et puis ce ne serait pas uniquement pour les sutures, ça pourrait aussi servir pour une urgence, avoir une salle quand on veut faire un ECG, ça quand on a un assistant médical par exemple. Ce serait intéressant d'avoir quelqu'un qui installe les patients, qui les installe pour une suture, pour un ECG par exemple. Mais ça malheureusement, on a beau avoir des locaux tout neufs, il nous manque cette salle. Nous en tout cas, on ne serait pas équipé pour. Dans ma pratique, je sais pas trop. Est-ce que c'est une fois que je vais en faire que les patients sauront qu'ils peuvent se tourner vers nous ? Plutôt que d'aller vers les urgences. Mais non je n'ai pas d'idée.

***Tu parlais de ta structure et de ton organisation. Qu'est ce que tu changerais dans ta structure pour optimiser la prise en charge ?***

Bah là c'est trop tard, on n'a plus de place. Si on y avait pensé, on aurait pu imaginer une petite pièce ou une petite partie qui servirait justement à une place un petit peu plus technique où on pourrait mettre un électro et du matériel de suture. S'il y a une plaie qui saigne, qu'il n'attende pas dans la salle d'attente avec tous les autres et qu'il n'attende pas à l'accueil non plus. Nous ça n'a pas été réfléchi comme ça. Ce n'est pas nous qui avons fait les plans, c'est la mairie qui a organisé ses locaux. On a chacun décidé de comment on voyait les choses dans notre bureau avec une base commune mais on n'a pas eu ensuite spécialement notre mot à dire et on n'a pas cherché non plus, parce que, moi, j'avais les locaux mais à ce moment dans

l'idée d'une installation, la petite pièce qui sert en plus pour la suture ou l'électro, je n'y avais pas pensé. C'est une fois qu'on est installé qu'on se rend compte de ce qu'il manque.

***Tu parlais de l'assistant médical, qu'est-ce que tu en penses pour la suture ou pourquoi pas d'autres soins non programmés ?***

J'ai travaillé dans plusieurs cabinets avec un ou une assistant(e) médicale qui n'avait pas du tout les mêmes fonctions à chaque fois. Je trouve que ça dépend vraiment de chaque cabinet et des médecins, de la manière dont ils forment et donnent du travail à l'assistant médical. Je trouve pas ça très intéressant ni stimulant la personne qui va faire que de l'administratif, de la paperasserie, des scans. Par contre, nous, on a une secrétaire qui fait clairement un travail d'assistante médicale sans en avoir le statut et on ne s'en passerait pas. C'est une vraie aide incroyable tous les jours. Elle est beaucoup dans le conseil déjà au niveau téléphonique, au niveau du standard, elle est très pertinente et puis après, elle va nous aider, par exemple, dans les prescriptions, dans les courriers, elle va anticiper certaines tâches, elle va nous soumettre la proposition suite à un échange par mail qu'elle a eu avec un patient, elle va nous proposer une conduite à tenir et nous on valide ou on valide pas. Mais elle a déjà une avancée sur beaucoup de tâches comme ça qui sont à cheval entre le secrétariat et le médical.

***Et l'assistant médical, est ce que tu penses qu'il y aurait une plus-value dans la prise en charge des plaies traumatiques ?***

Oui j'imagine, alors, moi, je connais pas exactement l'étendue de leurs possibilités. Est-ce que c'est médecin dépendant ou est ce que c'est vraiment bien défini par un cadre ? Mais en vrai on n'est jamais seul à faire une suture aux urgences dans un box, il y a l'infirmier ou l'infirmière qui est là ou l'aide-soignante qui est là pour nous aider à ouvrir les choses, à installer le patient, à faire un petit travail d'hypnose si besoin. Le rôle peut être multiple et j'imagine que l'assistant médical peut aider aussi là-dessus, à ce qu'on ne soit pas seul pour la suture, à ouvrir, à faire un peu aide technique. En tout cas la personne qui travaille avec nous, je la vois tout à fait aussi être dans ce rôle-là. Je ne sais pas si elle en aurait le droit mais je la vois dans ce rôle-là aussi.

***Que penses-tu de la formation des médecins généralistes sur la prise en charge des plaies traumatiques ?***

Eh bien je la trouve très stage dépendant. Alors, si, on a dû avoir quand même à un moment de notre cursus une petite formation sur les plaies en TP avec les mousses. On a quand même tous une base commune où on a appris à faire des sutures mais on l'a fait très très tôt finalement cette formation. C'était en tant qu'externe de mémoire alors que finalement on

utilise nos compétences je trouve qu'à l'internat. En tout cas, en tant qu'externe, j'ai eu très peu de suture à faire. Donc le moment où on en a vraiment besoin pour moi, c'est en sixième année, et du coup la formation, elle remonte assez loin, finalement ce petit TP pratique. Donc est ce que ça tombe au bon moment ? Est-ce que ça ne vaudrait pas le coup d'en refaire un pour ne pas appréhender les premières sutures ? Pourquoi pas. Et puis sinon nous dans l'hôpital où je suis passée en stage, on est relativement bien formés. Mais la première que j'ai faite, je me souviens c'était sur un enfant, donc c'est jamais pareil de passer du TP sur une mousse, il y a 6 ans, à suturer un enfant. Quand ça se passe bien, ça traumatise pas et on y prend goût, mais j'imagine que si ça se passe mal, après on veut plus y retoucher, quoi. Je ne dirais pas qu'elle est insuffisante mais je la trouve peut-être inconstante.

*Est-ce que tu es informée des nouvelles recommandations concernant les plaies ?*

Je ne pense pas. J'utilise essentiellement les protocoles et les aides que j'avais pu avoir quand j'étais passée en stage à l'hôpital que j'avais pu garder sur clé et qui me servent à chaque fois que j'ai besoin que ce soit en traumatologie générale ou spécifiquement pour la suture. Mais je n'utilise pas d'autre support.

***Est-ce que tu changerais quelque chose dans la formation ?***

Pour les médecins généralistes, effectivement, je ne suis pas au courant des nouvelles recommandations. S'il y en a, comment ça se fait que je ne les vois pas ? Est-ce que c'est parce qu'on ne les reçoit pas ? Les nouvelles reco, je les vois passer sur des sites comme le Vidal ou parce qu'on a des newsletters et qu'on est forcément dedans. C'est dommage si, a priori, il y a de nouvelles reco, qu'on ne fait pas comme il faut, qu'on n'utilise plus les bons produits, et bien je serai contente d'en être informée. Donc déjà, être mise à jour s'il y a besoin d'être mise à jour. Mais je ne sais pas à qui ce serait de le faire ? Est-ce que ce serait les hospitaliers si on considère que la suture est plutôt hospitalière par les urgentistes, est ce que ce serait à eux de nous mettre en garde sur de nouvelles procédures ou de fils à ne pas utiliser ? J'en sais rien.

***Que penses-tu de la formation continue ?***

C'est encore un peu flou pour moi. De manière générale, tout juste installée, je sais que ça existe, je sais qu'il va falloir si mettre. En plus avec le statut salarié, qui gère ? Pour moi c'est encore très flou, il va falloir que je m'y penche.

***Tu ne sais pas s'il y a une petite formation sur la suture ?***

Aucune idée, si c'était le cas, ça m'intéresserait mais aucune idée.

***De façon générale, on va plus parler des soins non programmés. Quels sont pour toi tes principaux motifs de consultations pour des soins non programmés ?***

En dehors de la traumato, bah là la période des viroses en ce moment, c'est terrible. Lombalgies, sciatiques, viroses, je pense que c'est la majorité de mes consultations.

***Que penses-tu de la formation sur l'organisation des soins non programmés ?***

La formation théorique là-dessus, pendant l'externat, on n'est pas sur le terrain, on est à côté des problématiques qui se jouent sur le terrain dans ce qu'on apprend par rapport aux ECN. C'est en stage qu'on apprend à gérer ou en tout cas à prendre en charge ces problématiques aiguës de lombosciatalgie ou de virose parce que pendant les cours, je trouve que je n'ai pas été formée à ce qu'on découvre pendant le stage de niveau 1. Donc c'est vraiment pendant les stages. C'est vraiment récurrent qu'à force on finit par apprendre les automatismes. Les premières consultations sont dures justement par manque de formation théorique, mais c'est tellement redondant qu'on finit par prendre chacun nos habitudes de prescriptions et nos automatismes pour les prendre en charge.

***Est-ce que tu as réussi à organiser facilement pour intégrer des consultations pour des soins non programmés ?***

Oui, ça me semble obligatoire. J'ai dû mal à imaginer que l'on puisse faire des journées sans consultations d'urgence. En fait, ce n'est pas que la secrétaire ne m'a pas laissé le choix, c'est que c'était comme ça d'emblée. Je dois avoir, alors on s'adapte, l'été je mets moins de consultations d'urgence, mais à partir de septembre, oui on fait en sorte, je dois en avoir quatre le matin, minimum huit consultations, entre six et huit consultations d'urgence par jour, parfois plus quand mes collègues sont absents. On va diminuer la quantité de consultations de soins programmés pour intégrer des consultations d'urgence.

***Est-ce que tu trouves ça assez suffisant ?***

Jamais assez suffisant. D'où l'importance d'une bonne régulation par notre secrétaire au téléphone. C'est impératif. Et par une éducation de la patientèle, mais ça c'est évidemment comme tout le monde le sait pas facile.

***Qu'est ce que tu changerais pour optimiser la prise en charge des soins non programmés ?***

Pourtant il y a des pubs, il y a déjà des choses, des campagnes publicitaires, des campagnes à la radio mais quand on essaie de faire un peu d'éducation, les gens sont assez réticents. On m'a déjà dit « vous ne voulez plus nous soigner » quand on essaie de leur expliquer qu'il y a moins besoin de venir à quatre pour une gastro. Les gens tiennent ce genre de propos donc

c'est difficile pour le médecin mais c'est aussi difficile pour la secrétaire. Je ne sais pas comment on pourrait changer ça parce qu'à priori il y a déjà des choses mises en place, mais il doit y avoir un climat de peur en ce moment, les gens ont peur pour leur santé et ils viennent consommer énormément de soins.

***Et dans ton idéal, comment tu verrais les choses par rapport aux soins non programmés ?***

Alors là il me faudrait une petite demi-heure de réflexion (rires). Dans mon idéal, alors il y a déjà une réflexion peut-être autour des arrêts de travail. J'ai pas la réponse à ça, mais on a encore énormément de consultations de gens qui s'excusent de venir mais qui ont besoin de l'arrêt de travail. Ils savent que médicalement ils vont gérer, ils ont même leur pharmacie chez eux, donc ils n'ont pas besoin d'ordonnance, ils viennent uniquement pour la paperasse. Et ça dans un monde idéal, si on pouvait trouver une relation de confiance entre la sécu, l'employeur et le salarié, ça ce serait génial. Qu'on n'est pas besoin de voir les gens pour des arrêts courts de 2-3 jours, parce que je pense que ça supprimerait énormément de consultations, pas inutiles, mais uniquement liées à un certificat. Que ce soit un certificat lié à un arrêt de travail mais aussi là où ça pêche encore beaucoup, ce sont tous les certificats de l'enfant pour l'école, la cantine, la nourrice, ça c'est encore complètement un fléau et on a beau essayé de batailler quand les gens sont là et qu'ils ont pris rendez-vous pour ça, on finit par le faire, même nous on n'est pas bons là-dessus. Mais dans l'idéal, ce serait de s'affranchir de toutes ces consultations uniquement liées à un bout de papier, parce que je trouve que pour autant il y a encore des gens pour qui il faut continuer l'éducation sur le pas d'antibiotique ou ce genre de choses, mais il y a des gens qui sont parfaitement conscients que médicalement tout va bien se passer, mais qui consultent quand même. Et celles-ci, elles sont définitivement inutiles.

***Est-ce que tu as d'autres commentaires, remarques, d'autres questions ?***

Non, je crois que c'est tout. Mais quand tu parlais tout à l'heure d'améliorer notre formation, on a typiquement encore des questions que l'on se pose avec mes collègues sur à quel moment utiliser telle chose, est ce que la colle on peut l'utiliser sur certaine plaie et ça c'est vrai que si on avait peut-être des guidelines un peu plus claires sur ça, on se sentirait plus à l'aise pour utiliser le matériel. Une mise à jour ou un petit flyer, un petit quelque chose, je pense que ça aiderait.

## **ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTRETIEN MU**

- Présentation des intervenants
- Fiche info et consentement pré-requis
- Recueil des critères de variation maximale : âge, sexe, année de début d'exercice au sein d'un SAU

### **Comment s'organise la prise en charge des plaies traumatiques dans votre Service d'Accueil des Urgences ?**

Accueil du patient (consultation spontanée, orientation, adressage par le MG...),  
réorientation si besoin

Comment les patients sont-ils orientés vers le SAU ? Viennent-ils spontanément  
sans régulation préalable ?

### **Que pensez-vous de la prise en charge des sutures par les médecins généralistes en cabinet de médecine générale ?**

Environ 1 médecin généraliste sur 2 dans la région déclare réaliser des sutures, que  
pensez-vous de ces chiffres?

Que pensez-vous de l'adressage des patients présentant des plaies traumatiques  
par les médecins généralistes vers le SAU ?

Selon vous, quelle est la proportion des plaies vues aux urgences qui pourraient  
relever de l'ambulatoire ?

### **Facteurs déterminants et facteurs limitants :**

Quels sont selon vous les facteurs incitant à la réalisation de sutures en cabinet de  
médecine générale ?

Quels sont selon vous les facteurs limitant à la réalisation de sutures en cabinet de  
médecine générale ?

**Evolution de la pratique et accès aux soins :**

Que pensez-vous de l'accès aux soins dans ce contexte de surcharge des services d'urgences ?

Que pensez-vous de la coopération actuelle entre cabinets de médecine générale et services d'urgences (régulation, contact téléphonique, ...) ?

Quelles seraient selon vous les solutions pour optimiser la prise en charge des sutures sans sur-solliciter les urgences ?

Quelle place pour les assistants médicaux et les IPA ?

**Avez-vous des remarques, ou des commentaires supplémentaires ?**

## **ANNEXE 6 : RETRANSCRIPTION D'UN ENTRETIEN MU**

***Merci de ta disponibilité pour cet entretien. Peux-tu me donner quelques informations te concernant, notamment ta formation, ton âge et ton ancienneté aux urgences s'il te plaît ?***

Oui bien sûr. J'ai 40 ans, ouch ça fait mal (rires). J'ai fini en 2012 avec un diplôme de médecin généraliste tout en sachant pertinemment que je serai urgentiste. J'ai fait à l'époque ce qu'on appelait le DESC, le diplôme d'études spécialisées complémentaires pour avoir un complément de formation pour urgentiste qui est l'équivalent du DES maintenant, et je travaille aux urgences depuis 2014. Je travaille à temps partiel pour avoir du temps perso mais je suis aussi médecin pompier et il m'arrive de médicaliser certains événements sportifs.

***La thèse que l'on fait avec ma co-thésarde s'intéresse à la prise en charge des plaies traumatiques par les médecins généralistes en cabinet. Pour commencer on va s'intéresser au versant urgence. Peux-tu me décrire comment s'organise la prise en charge des plaies dans ton service d'urgences ?***

On reçoit les plaies 24h sur 24, les petites plaies, les grosses plaies, les plaies des enfants, les plaies des adultes, les plaies des vieux, les plaies de partout. On examine le patient dans le secteur de traum, on le suture en box ou on l'envoie de temps en temps au bloc pour ce qu'on ne sait pas faire en box.

***Comment se fait l'accueil des patients et sa réorientation si nécessaire ?***

C'est tout bête, il arrive par rentrer aux urgences, j'enfonce des portes ouvertes (rires). Il est évalué par l'infirmière d'accueil qui nous le bascule ensuite en traum. Le patient arrive soit sur son petit fauteuil soit sur son brancard, elle nous glisse deux-trois transmissions, et le patient est installé dans son box. Dès que l'un de nous est prêt on va le voir et on s'en occupe. Pour la réorientation, ça se fait jamais à l'accueil, c'est toujours une décision médicale dans le secteur de traum une fois que le patient est installé. Et pour le réorienter, c'est nous les médecins qui nous en chargeons, et concrètement on ne réoriente que vers la Clinique de la Main, sinon tout le reste est pris en charge à l'hôpital.

***Comment les patients sont-ils orientés vers les urgences, ils viennent spontanément ou il y a une régulation préalable ?***

Oh il y a un peu des deux ! Il y a ceux qui viennent spontanément, ceux qui sont orientés par le SAMU et ceux que les médecins généralistes nous adressent pour suturer. La régulation elle

est pas obligatoire, c'est souhaité et souhaitable pour passer le premier tamis, mais les gens viennent aux urgences sans régulier.

***Comment les médecins généralistes adressent leurs patients ?***

Ça passe pas par nous, ça passe directement par le patient. Leur doc leur dit d'aller aux urgences pour se faire suturer.

***Tu as des courriers d'adressage pour les plaies ?***

Oh non jamais ! Ça sert à rien pour les plaies, on la voit directement, enfin je veux dire quand le patient arrive on sait pertinemment pourquoi il vient, les cinq cm ouverts au milieu du front, ça nécessite pas de courrier. Quand le patient nous donne ses étiquettes, on lui pose une question, on sait ce qui lui arrive. Non vraiment il ne faut pas que les médecins généralistes s'encombrent de nous faire un courrier pour ça. Y'a rien de comparable avec une pathologie médicale, une douleur thoracique ou une douleur abdo où on aime bien avoir quelques bribes d'éléments.

***Les dernières études révèlent qu'environ un médecin généraliste sur deux dans la région suture dans son cabinet, que penses-tu de ces chiffres ?***

Ce serait intéressant de pouvoir comparer les chiffres avec d'autres régions de France. Et j'ai bossé dans les DOM-TOM, là bas c'est pas un sur deux. Ça pourrait être pire que ça dans la région, non vraiment c'est bien que nos médecins généralistes continuent à suturer, ça nous en fait moins ici aux urgences, et puis c'est cool les sutures !

***Si vous devez avoir moins de plaies suturées aux urgences, à ton avis quelle serait la proportion des plaies que tu vois qui pourrait relever de l'ambulatoire ?***

J'ai pas forcément d'idée de proportion, de chiffres approximatifs à te donner, chaque plaie est différente et ça dépend tellement de la plaie. On peut pas demander au médecin généraliste du fin fond de la Mayenne de suturer une plaie de dix centimètres, et on peut pas non plus demander au généraliste de suturer toutes les plaies. Il faut rester humble, nous c'est notre cœur de métier, mais les généralistes ne sont pas au cabinet pour suturer à la pelle. Donc y a pas de proportion, ils font ce qu'ils peuvent et le reste et bah c'est pour nous.

***Qu'est-ce qui pourrait inciter les médecins généralistes à suturer alors ?***

Le sens de ta question c'est chercher des mesures incitatives ou alors tu veux savoir les raisons qui les font suturer ?

***Plutôt ce qui les pousse à suturer en cabinet plutôt que d'orienter aux urgences.***

Déjà il faut aimer ça. Tu satures pas si t'aimes pas le faire. C'est cool et tu prends du bon temps. Faut savoir le faire aussi, ça va de pair. Et ça rend service à leurs patients, tu gardes

un service de proximité et ça évite d'envoyer le patient dans la cour des miracles des urgences avec parfois une grosse attente.

***Pour savoir le faire, il faut y être formé. Qu'est-ce que tu penses de la formation des médecins généralistes à la suture ?***

Oh ben maintenant tous les médecins généralistes sont formés. Maintenant et avant d'ailleurs. La suture c'est une compétence médicale, ça l'a été et ça le restera, tout médecin dans sa carrière va suturer, ça c'est vrai pour le généraliste et les urgentistes qui touchent à ta thèse. Bien sûr qu'un rhumato il va pas suturer ou alors c'est un de ses copains en soirée (rires). J'ai eu des TP's quand j'étais externe et après j'ai beaucoup suturé quand j'étais interne et encore plus maintenant que je suis cheffe, quoi que j'en fais peut-être un peu moins depuis que je suis senior, je me ravise (rires). Tous les internes savent suturer plus ou moins bien, donc ils ont la compétence. Ensuite c'est comme tout, ça s'entretient. Et la meilleure formation c'est la répétition du geste, c'est en forgeant qu'on devient forgeron.

***On a parlé des facteurs qui incitent à réaliser des sutures. Quels sont pour toi les facteurs qui limitent la facture en cabinet de médecine générale ?***

Le manque d'expérience. Le forgeron qui ne forge pas, il va arrêter de forger. Le médecin qui ne suture pas il va arrêter de suturer. C'est bête mais c'est vrai. Pour ta sémiologie tu mobilises des connaissances théoriques, pour suturer il te faut de la pratique. Il y a une grosse part de la médecine qui est très théorique, indépendamment de l'examen clinique. On a tous en tête les diagnostics, les traitements, les posos, c'est parfois cortico-sous-cortical. Ça on l'a tous. Quand ça touche à la technique, on n'est pas logé à la même enseigne. Et puis la médecine générale c'est beaucoup de recommandations. Ça reste manuel car tu mobilise tous tes sens puisque tu n'as pas accès à l'examen complémentaire facilement, mais c'est pas technique. Donc ça en premier.

Après il te faut de la disponibilité. Tous les médecins ne sont pas des machines de guerre à consulter de 08h00 à 20h00 du lundi au samedi, avec la capacité à recevoir des plaies tous les jours ou plusieurs fois par semaine.

Et quand bien même tu es disponible, il te faut de quoi suturer. Le patient qui a une rhinopharyngite il t'apporte sa rhinorrhée, le patient qui saigne il t'apporte pas le kit de suture (rires). Et si tu n'as pas le matos avec toi, tu ne peux pas suturer, tu envoies aux urgences.

***Les médecins qui ne sont pas disponibles, qui n'ont pas l'expérience ou ceux qui n'ont pas de matériel vont donc renvoyer aux urgences. Qu'est-ce que tu penses de l'accès aux soins dans ce contexte de surcharge des services d'urgence ?***

Ça devient compliqué de pouvoir se faire soigner. On l'expérimente au boulot, on l'expérimente aussi sur notre vie perso avec nos enfants ou nos parents, nos grands-parents qui ont pas de rendez-vous dans des délais acceptables. C'est même pas que c'est pas raisonnable, c'est pas acceptable, en tout cas ça l'est plus. C'est compliqué d'avoir des rendez-vous pour des renouvellements d'ordonnance, c'est difficile de voir le spécialiste. Pour les urgences nous c'est facile on est toujours là, donc les gens viennent nous voir. C'est comme les pompes funèbres, on craint pas le chômage (rires). C'est difficile, on va encore creuser les effectifs, on le sait, les med gé vont continuer à partir en retraite et les générations actuelles on va pas le compenser. Nos urgences avec les méd g c'est le repère des patients pour consulter, s'il y en a un qui n'est pas disponible ils vont se tourner vers l'autre et inversement. Sauf que c'est plus souvent que les médecins généralistes ne sont pas dispos et que les patients viennent aux urgences, et même si parfois on ferme certains services d'urgence, c'est pas pour autant que les médecins généralistes sont dispos ! On va dans le mur, on n'a pas les moyens humains ni financiers pour suivre le mouvement.

***Pour les plaies plus spécifiquement, comment est l'accès aux soins ?***

C'est pas entravé pour les plaies, aucun problème pour l'accès aux soins. C'est de l'urgence donc ce sera toujours vu de façon plus ou moins rapide.

***Comment coopèrent les cabinets de médecine générale et les services d'urgences ?***

***Ca communique entre vous ?***

C'est plus du vase communicant que de la communication (rires). Le flux principal du patient se fait entre nos deux structures. Oui ça coopère car certains médecin généralistes jouent le jeu et ont des solutions ambulatoires sans avoir à envoyer leur patient aux urgences. C'est typiquement le cas des suspicions de TVP, beaucoup ne les envoient pas urgences mais appellent directement les angio. Ça peut être pareil pour des scans, tout n'a pas besoin d'être revu aux urgences. Pour les entrées directes dans les services des patients plus lourds là c'est plus difficile, souvent ça passe par les urgences on est la porte d'entrée de l'hôpital. Mais pour les avis de spécialistes, certains envoient encore aux urgences dans l'espoir que le patient verra plus vite un spécialiste. Ça faut arrêter, les demandes d'avis de spécialistes fonctionnent bien sur internet, on peut se rémunérer, et le med gé a une réponse rapide, il peut initier une prise en charge en ambu avant de voir le spécialiste, c'est pas toujours nécessaire en plus.

Si tu veux qu'on parle des plaies, c'est pas sans objet mais presque.

### ***C'est-à-dire ?***

On peut suppléer le med gé en faisant les sutures, mais par contre l'inverse n'est pas forcément vrai. Le généraliste nous envoie une plaie, mais nous aux urgences on ne renverra jamais une plaie vers le médecin traitant. Donc la coopération c'est l'urgentiste qui suture pour le généraliste. Alors oui ça communique entre nous, on peut nous appeler pour nous prévenir, quoique c'est très rare, et enfin de prise en charge le médecin reçoit le compte-rendu de passage aux urgences.

### ***Quel rôle joue la régulation médicale dans cette coopération entre généralistes et urgentistes ?***

Ça c'est la clé de voûte de la réussite ! Les deux en font, les généralistes régulent tous les jours dans leurs cabinets avec les appels qu'ils reçoivent, ils arrivent à évaluer la sévérité et le besoin de leurs patients. Certains vont même encore plus loin dans la régulation puisqu'ils prennent des gardes au 116-117 pour la régulation des généralistes ou font même des gardes en maison médicale de garde pour la permanence des soins en parallèle des urgences. Certains urgentistes sur les CHU eux font de la régulation au téléphone au SAMU, c'est une des compétences fondamentales à laquelle on nous forme. Donc il y a les deux régulations mais on pourrait fusionner tout ça avec une régulation en amont des urgences et/ou aux urgences. Il faudrait que le med gé appelle la régule pour savoir ce qu'il fait de son patient s'il veut l'orienter aux urgences, ou alors si le patient arrive aux urgences qu'il soit adressé ou non par son médecin traitant, il faut qu'il soit régulé par un médecin d'accueil. Et le médecin d'accueil peut faire soit une admission aux urgences, soit une réorientation vers le médecin traitant soit vers la maison médicale de garde. On en revient au problème d'accès aux soins et de la difficulté d'avoir un médecin traitant. Avec les créneaux SAS ça redonne de la disponibilité mais vu la demande, ils sont vite pris. La régulation c'est vraiment primordial, tu sais c'est comme la théorie des tranches de fromage dans la prévention des risques : il y a des trous dans la raquette à chaque étape, donc des trous différents dans chaque tranche de fromage, mais si on les superpose aussi, on les additionne, la régulation à chaque étape te permet d'avoir une bonne orientation.

### ***Donc tu fais de la régulation médicale un axe fort de l'accès aux soins. Tu réfléchis à d'autres solutions pour faciliter les soins ?***

Si les med gé ne sont pas dispos et que les urgences sont saturées il faut bien une alternative. Les cliniques et les structures privées je les mets dans le même panier que les services

d'urgences, c'est saturé ou alors ils ont des problèmes de recrutement de personnel donc ça ne facilite pas l'accès aux soins.

Il va falloir inventer d'autres solutions, prévoir beaucoup plus de créneaux SAS, pourquoi pas proposer à des médecins généralistes retraités de rebosser un peu avec du salariat ou un forfait à la journée de travail. Quand tu fais médecine c'est pour la passion du boulot, je suis convaincu que certains seraient prêts à continuer à travailler un peu sans la contrainte de la gestion du cabinet.

Il y a aussi SOS médecins. Alors je connais moins leurs modalités d'action, en tout cas ils interviennent dans les métropole ou les villes moyennes, mais ça pourrait être des médecins qui font du non programmés. Il y a des trucs dont on entend de plus en plus parler et qui se structurent en réseaux, c'est les centres de soins non programmés. Ça attire aussi bien les généralistes que les urgentistes, tu as le flux, la panoplie complète de tous les motifs de consultation possibles, et surtout puisque c'est du non programmé c'est de l'urgence, certes relative, mais de l'urgence quand même. Ça répond à une demande de soins immédiate ou quasi immédiate du patient. Ça pour les plaies ça peut être pas mal, le médecin te suture pas, le service d'urgences est saturé ou ne fait que le vital, et l'urgence non vitale est déléguée. Ça peut se faire dans des structures complètement indépendantes ou ça peut aussi se faire dans les urgences, une espèce de circuit court de consultations non programmées. Peut être qu'un jour quand j'en aurai marre de ne pas dormir la nuit, je ferais ça (rires).



Prise en charge des plaies traumatiques : regard croisé des médecins généralistes et urgentistes dans le département du Maine-et-Loire

RÉSUMÉ

**Introduction :** La prise en charge des plaies traumatiques fait partie intégrante de la mission de premier recours des médecins généralistes (MG). Néanmoins, la réalisation de sutures au cabinet est de moins en moins faite en ambulatoire et tend à devenir un acte hospitalier. L'objectif principal de cette thèse était de recueillir le ressenti des MG et médecins urgentistes (MU) sur la prise en charge des plaies traumatiques au cabinet. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les motivations et les freins à leur réalisation, afin de proposer des pistes d'amélioration à leur prise en charge en ambulatoire. **Matériels et méthode :** Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de MG et de MU exerçant dans le département du Maine-et-Loire. L'étude a été conçue pour répondre à un maximum de critères de qualité de la grille COREQ. Chaque entretien a été enregistré, anonymisé, puis retranscrit dans son intégralité en respectant le langage oral. Un double codage des chercheurs a été réalisé, ainsi qu'une triangulation des données. L'analyse a été réalisée selon une approche par théorisation ancrée après avoir isolé les unités de sens, regroupées en sous-thèmes et thèmes. **Résultats :** Au total, douze entretiens ont été réalisés (six auprès des MG et six auprès des MU). Une saturation des données a été obtenue au cinquième entretien pour chaque spécialité. Les MG ont décrit que la prise en charge des plaies traumatiques reste une de leurs compétences et que la suture est un acte apprécié rendant service au patient. Malgré tout, plusieurs freins ont été relevés par les MG et les MU comme la pénurie de MG, leur manque de disponibilité, leur surcharge de travail et des conditions logistiques inadaptées. Dans un objectif commun de maintien de qualité de soins, MG et MU ont proposé des pistes pour améliorer la prise en charge des plaies traumatiques au cabinet portant sur la formation, mais aussi sur la réorganisation de leur activité. **Conclusion :** La prise en charge des plaies traumatiques par les MG reste peu fréquente. Ceci est expliqué notamment par un système de santé actuel qui ne permet pas de répondre intégralement à l'offre de soins non programmés (SNP). Cela conduit à se questionner sur l'organisation des SNP et notamment sur l'impact de l'émergence des Centres de Soins Non Programmés (CNSP) sur la pratique des MG.

**Mots-clés :** Ressenti des médecins généralistes, Plaie traumatique, Freins à la réalisation de suture en cabinet de médecine générale, Recherche qualitative.

Management of traumatic wounds : a cross-section of general practitioners and emergency physicians in the Maine-et-Loire department

ABSTRACT

**Introduction:** The management of traumatic wounds is an integral part of the primary care mission of general practitioners (GPs). However, the performance of sutures in the office is increasingly less done on an outpatient basis and tends to become a hospital procedure. The main objective of this thesis was to collect the feelings of GPs and emergency physicians (EM) on the management of traumatic wounds in the office. The secondary objectives were to identify the motivations and obstacles to their performance, in order to propose ways to improve their management on an outpatient basis. **Materials and method:** Qualitative study by semi-directed individual interviews with GPs and EMs practicing in the Maine-et-Loire department. The study was designed to meet as many quality criteria as possible of the COREQ grid. Each interview was recorded, anonymized, then transcribed in its entirety while respecting the spoken language. A double coding of the researchers was carried out, as well as a triangulation of the data. The analysis was carried out using a grounded theory approach after isolating the units of meaning, grouped into sub-themes and themes. **Results:** In total, twelve interviews were conducted (six with GPs and six with MUs). Data saturation was achieved in the fifth interview for each specialty. GPs described that the management of traumatic wounds remains one of their skills and that suturing is an appreciated act that serves the patient. Despite this, several obstacles were noted by GPs and MUs such as the shortage of GPs, their lack of availability, their work overload and unsuitable logistical conditions. With a common objective of maintaining quality of care, GPs and MUs proposed ways to improve the management of traumatic wounds in the office, focusing on training, but also on the reorganization of their activity. **Conclusion:** The management of traumatic wounds by GPs remains infrequent. This is explained in particular by a current health system that does not allow for a full response to the supply of unscheduled care (SNP). This leads to questions about the organization of SNP and in particular about the impact of the emergence of Unscheduled Care Centers (CNSP) on the practice of GPs.

**Keywords :** Feelings of general practitioners, Traumatic Wound, Obstacles to performing sutures in general practice, Qualitative research.