



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine
Année 2019

Faculté de Médecine de Nancy
Thèse N°

THESE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale
Par

Julien DI NATALI

Le 30 septembre 2019

**Evaluation de la connaissance par les patients des gestes techniques
réalisables par le médecin généraliste**

COMPOSITION DU JURY

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO	Président de jury
Monsieur le Professeur Olivier MOREL	Juge
Monsieur le Professeur Damien MANDRY	Juge
Madame le Professeur Éliane ALBUISSON	Juge
Monsieur le Docteur Olivier HANRIOT	Juge et directeur de thèse

THESE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale
Par

Julien DI NATALI

Le 30 septembre 2019

**Evaluation de la connaissance par les patients des gestes techniques
réalisables par le médecin généraliste**

COMPOSITION DU JURY

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO	Président de jury
Monsieur le Professeur Olivier MOREL	Juge
Monsieur le Professeur Damien MANDRY	Juge
Madame le Professeur Éliane ALBUISSON	Juge
Monsieur le Docteur Olivier HANRIOT	Juge et directeur de thèse



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Assesseeurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
International : Pr Jacques HUBERT
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI

Président de Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT
Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE
Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ
Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU Michel MERLE
Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN
Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER
Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC
Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER - Denis ZMIROU

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE
Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - François KOHLER
Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD
François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2° sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV

3° sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2° sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ -

Professeur Jacques FELBLINGER – Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2° sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL

3° sous-section (Biologie cellulaire)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4° sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2° sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3° sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4° sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2° sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3° sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4° sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2° sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3° sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4° sous-section : (Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER
Professeure Louise TYVAERT

2° sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3° sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4° sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5° sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2° sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3° sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4° sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2° sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3° sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4° sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2° sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3° sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4° sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3° sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET

Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2° sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

43° Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN -

Docteur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2° sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3° sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI (stagiaire)

2° sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4° sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)

2° sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3° sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteur Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1° sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

4° sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*)

Docteure Nicola SETTEMBRE (stagiaire)

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1° sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ

2° sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Docteur Cyril PERRENOT

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4° sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*)

Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)

5° sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1° sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7° Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GÉNÉRALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19° Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS - Monsieur Christophe NEMOS

66° Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69° Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996) *Université de Pennsylvanie (U.S.A)*
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

**A notre Président,
Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO,
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier de Médecine générale,**

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider notre jury. Votre gentillesse, votre bienveillance et surtout votre patience m'ont permis de finaliser notre travail. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A notre Juge,

Monsieur le Professeur Olivier MOREL,

**Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Gynécologie-obstétrique ;
gynécologie médicale,**

Je suis fier de vous compter parmi les membres de notre jury et également d'avoir fait partie des étudiants qui ont pu bénéficier de vos enseignements si précieux. Je vous remercie de tout l'honneur que vous me faites en acceptant de juger notre travail.

A notre Juge,

Monsieur le Professeur Damien MANDRY,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Radiologie et imagerie médicale,

C'est un réel plaisir de vous compter parmi les membres de notre jury. Je suis honoré que vous ayez accepté de juger notre travail, veuillez accepter toute ma reconnaissance.

A notre Juge,

Madame le Professeur Éliane ALBUISSON,

**Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Biostatistiques, informatique
médicale et technologies de communication**

*Je vous remercie de vos précieux conseils et je n'oublierai jamais le
temps que vous m'avez consacré. C'est avec plaisir que j'ai réceptionné
votre disponibilité pour faire partie de notre jury.*

**A mon Directeur de thèse,
Monsieur le Docteur Olivier HANRIOT,
Chef de clinique des Universités de Médecine Générale,**

*Ton soutien et tes conseils ont été indispensables à la réflexion et à
l'écriture de notre travail. Merci pour l'oreille attentive dont tu as fait
preuve face à tous mes questionnements, merci pour tout ce que tu as fait
pour moi.*

A ma mère,

Qui m'a soutenu dans tous mes choix, qui m'a apporté bien plus que tout ce qu'un fils peut espérer. Merci pour tout ton amour.

A ma future femme,

Anne, je t'aime plus que tout, plus que le riz et les petits pois, plus que la tomate et la mozzarella. Ce travail n'aurait pas pu voir le jour sans ton soutien quotidien. Tu voulais que je sois fier de mon travail et tu as réussi cette prouesse, ce travail est aussi le tien.

A mon père,

Pour toute la bonté et toute la bienveillance que tu as à mon égard, merci pour tout ce que tu as fait et continues de faire pour moi.

A Patricia,

Merci de toute la tendresse dont tu fais preuve à mon égard.

A ma frangine,

J'ai adoré partager ces derniers mois avec toi, je suis heureux d'avoir pu bénéficier de ta collaboration concernant ce travail. Merci pour les nombreux conseils et pour le soutien que tu m'as apporté.

A mes frangins,

C'est un réel plaisir de vous voir évoluer dans votre vie. Je suis fier d'être votre grand frère.

A Morgan,

Mon ami, mon compagnon d'études, faire ce parcours avec toi a été un véritable bonheur. Ce qui me fait le plus plaisir, c'est de savoir que nous continuerons à partager de grands moments.

A mes beaux-parents,

Vous m'avez accepté dans votre famille, vous m'avez fait confiance, j'espère que vous savez que je ferai de mon mieux pour protéger votre fille.

A Margue,

Merci pour tous ces moments incroyables que nous avons vécu depuis le lycée, merci pour toutes nos sorties détentes lors de ma première année de médecine, merci pour ces souvenirs de colocation dans un 24m².

A Grace, Marc et Julie,

Je suis fier de vous compter parmi les personnes les plus proches de ma vie, merci pour tout votre soutien, dans la confection de ce travail de thèse et également dans la vie de tous les jours.

A Vinz',

Je suis heureux d'avoir traversé toutes ces années d'études avec toi et te remercie d'avoir été présent pour moi depuis tout ce temps.

*A toute ma famille,
A tout ceux qui ont pu être présents,
Et à tous ceux qui ne pouvaient l'être.*

SERMENT

« **A**u moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque ».

Evaluation de la connaissance par les
patients des gestes techniques réalisables
par le médecin généraliste

TABLE DES MATIERES

I.	Introduction.....	21
II.	Matériels et méthodes.....	24
A.	Le questionnaire	25
1.	Recherches bibliographiques concernant les gestes techniques en médecine générale	25
2.	Sélection des gestes techniques réalisés de manière courante par le médecin généraliste	26
3.	Sélection des gestes non pratiqués couramment par les généralistes.....	28
4.	Formulation des questions posées aux enquêtés	28
B.	Les échantillons	28
1.	Echantillon 1	28
2.	Echantillon 2	29
3.	Caractéristiques sociodémographiques	29
C.	Analyse des données.....	30
1.	Recueil des données	30
2.	Analyses des Données.....	30
III.	Résultats	32
A.	Caractéristiques des échantillons.....	33
1.	Echantillon 1	33
2.	Echantillon 2	36
B.	Analyses statistiques de l'échantillon 1	37
1.	Analyses descriptives réalisées sur l'échantillon 1	37
2.	Analyses comparatives réalisées sur l'échantillon 1	41
C.	Analyses statistiques de l'échantillon 2.....	46
1.	Analyses descriptives et comparatives réalisées sur l'échantillon 2, hors gestes de gynécologies	46

2. Analyses descriptives des réponses aux questions de gynécologie réalisées sur l'échantillon 2.....	47
IV. Discussion	48
A. Forces et faiblesses de l'étude	49
1. Nos échantillons.....	49
2. Le choix des gestes techniques	50
3. Le questionnaire.....	51
B. Discussion des réponses des enquêtés de l'échantillon 1 à propos des gestes techniques au cabinet du médecin généraliste.....	52
1. Les gestes acceptés par les patients.....	52
2. Les gestes non acceptés par les patients.....	58
3. Les gestes non réalisés en pratique courante par les médecins généralistes.....	63
C. Discussion des réponses des étudiants de l'échantillon 2 à propos des gestes techniques en médecine générale	67
1. Synthèses des analyses descriptives de notre échantillon 2.....	67
2. Les gestes réalisables par un médecin généraliste	67
3. Les gestes non réalisables par un médecin généraliste	70
V. Conclusion.....	71
VI. Bibliographie.....	73
VII. Annexes	82

Liste des tableaux

Tableau 1 : Les gestes techniques sélectionnés	27
Tableau 2 : comparaison des proportions des tranches d'âge de notre enquête aux chiffres fournis par l'Insee en 2019 pour l'ensemble de la population française en 2018.....	34
Tableau 3 : comparaison des proportions des catégories socioprofessionnelles de notre enquête aux chiffres fournis par l'Insee en 2019 pour l'ensemble de la population française en 2018	35
Tableau 4 : Réponses majoritairement positives aux questions des gestes techniques pratiqués de manière courante par les médecins généralistes, hors gestes de gynécologie	37
Tableau 5 : Réponses majoritairement négatives aux questions des gestes techniques pratiqués de manière courante par les médecins généralistes, hors gestes de gynécologie	38
Tableau 6 : Réponses aux questions des gestes de gynécologie réalisables par les médecins généralistes	39
Tableau 7 : Réponses aux questions des gestes techniques non courants en médecine générale	40
Tableau 8 : Analyses comparatives des réponses selon le sexe pour l'échantillon 1 ...	41
Tableau 9 : Analyses comparatives des réponses en fonction des tranches d'âge pour l'échantillon 1	42
Tableau 10 : Analyses comparatives des réponses en fonction des groupes de catégories socioprofessionnelles de l'échantillon 1	44
Tableau 11 : Analyses comparatives des réponses des retraités comparés aux étudiants et des personnes sans activité professionnelle de l'échantillon 1	45
Tableau 12 : Analyses descriptives et comparatives des réponses des étudiants en fonction des études pratiquées, hors gestes de gynécologie pour l'échantillon 2	46
Tableau 13 : Réponses de l'ensemble des étudiant(e)s concernant les gestes de gynécologie	47
Tableau 14 : Réponses des étudiantes concernant les gestes de gynécologie	47

Liste des abréviations

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CiSMeF : Catalogue et Index des Sites Médicaux de la langue Française

DIU : Dispositif intra-utérin

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ECG : Electrocardiographie

EMG : Electromyographie

FCV ; Frottis cervico-vaginal

FGSM2 : 2^{ème} année de formation générale en sciences médicales

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension artérielle

Insee : 'Institut national de la statistique et des études économiques

PACES : Première année commune aux études de santé

PARC : Plateforme d'Aide à la Recherche Clinique

SAU : Services d'accueil des urgences

SUDOC : Système universitaire de documentation

I. Introduction

C'est au terme de longues études que les médecins généralistes français acquièrent leurs différentes compétences. Pendant leur cursus, les médecins de l'ensemble des spécialités, y compris les généralistes, ont en commun un socle composé de compétences théoriques et techniques. Ces compétences sont complétées et approfondies à partir du troisième cycle des études médicales(1).

La médecine générale est définie, entre autres, comme « le premier recours » des patients(2,3). La pratique de gestes techniques au sein du cabinet de médecine générale constitue une partie de l'offre de soins de premier recours(4).

La médecine générale est pratiquée d'autant de manière qu'il existe de médecins généralistes et les gestes techniques pratiqués par ces-derniers semblent dépendre d'obstacles réels et/ou ressentis. De nombreux freins à la réalisation de ces actes techniques ont été retrouvés dans différentes études (5–8). Le fait que certains gestes soient chronophages constitue une des limites à leur réalisation et à cela s'ajoutent les craintes médico-légales, la complexité de la cotation CCAM, le manque de rémunération du geste et un manque de formation initiale à certains gestes. Aussi, les principaux obstacles, retrouvés dans la thèse de Benjamin de La Tour de 2013, sont d'une part la présence de professionnels plus compétents dans un environnement proche et d'autre part le manque de demande pour des gestes techniques par les patients(9).

Les délais pour avoir un rendez-vous auprès de médecins spécialistes, autres qu'en médecine générale, augmentent de plus en plus(10). Il est estimé, en moyenne dans le Grand Est, que ces délais atteignent 31 jours pour les cardiologues, les dermatologues, les gynécologues ou les rhumatologues. Les ophtalmologues du Grand Est sont les médecins où cette échéance est la plus longue, en moyenne 124 jours. En revanche, ces délais sont de 2 jours en moyenne pour les médecins généralistes(11). Un retard de prise en charge nuit à la qualité des soins apportés aux patients. Alors, la réalisation de gestes techniques au cabinet du médecin généraliste pourrait permettre de l'améliorer. Dès lors, comment évaluer correctement le manque de demande de gestes techniques des patients décrit par les médecins généralistes ?

Le fait qu'il y ait peu de demandes provoque, par conséquent, un manque de pratique de ces actes au sein d'un cabinet de médecine générale. Les médecins peuvent réaliser autant de gestes techniques qu'ils le désirent à conditions qu'ils soient maîtrisés et pratiqués

régulièrement en toute sécurité avec du matériel adapté(12). A terme, le manque de demande, entraînant une baisse de pratique, pourrait conduire à la perte de cette compétence technique détenue par les médecins généralistes. Or, ces capacités paraissent pourtant indispensables aux bons soins qu'un omnipraticien peut fournir aux patients. C'est pour cela qu'il nous est apparu important de comprendre pourquoi les médecins constatent ce manque de demande de gestes techniques de la part de leurs patients.

Pour ce faire, nous avons choisi de demander à des personnes si elles accepteraient ou non d'aller chez un médecin généraliste pour la réalisation d'un geste technique donné. Effectuer ces premières observations pourrait permettre de mieux définir la demande des patients en termes d'actes techniques.

L'anticipation de la perte de ces capacités techniques pourrait également amener à un manque d'intérêt pour la discipline par les futurs médecins, actuellement en formation. L'objectif secondaire de notre étude est de savoir si les étudiants en médecine de Nancy accepteraient de consulter auprès d'un médecin généraliste pour un geste technique donné et de comparer leurs réponses aux autres étudiants, ne faisant pas d'études de médecine.

II. Matériels et méthodes

Ce travail est une étude descriptive transversale qualitative réalisée à l'aide d'un questionnaire sur 2 échantillons de personnes interrogées dans des lieux publics de Meurthe-et-Moselle. Le recueil des données a eu lieu de Janvier 2019 à Mai 2019.

A. Le questionnaire

1. Recherches bibliographiques concernant les gestes techniques en médecine générale

a) Recherches à partir du catalogue SUDOC

Le catalogue du système universitaire de documentation (SUDOC) nous a permis de réaliser notre recherche à l'aide de mots clefs suivants : « gestes », « techniques », « médecine ». Ce travail de recherches s'est clôturé le 30 septembre 2018 et a abouti à un total de 467 documents, dont 175 thèses de médecine générale.

A partir de ces 175 thèses, nous avons écarté toutes celles ne prenant en compte qu'un seul geste technique ou qu'un groupe de gestes techniques. Nous aboutissions à un total de 23 thèses de médecine générale.

Afin de définir davantage notre sujet, le choix a été fait de prendre l'année 2006 comme point de départ chronologique, à partir duquel les thèses de médecine ont été analysées. En effet, cette année-là, un ouvrage regroupant 80 gestes techniques réalisables au cabinet d'un médecin généraliste est paru(13). Ce document faisait écho à une thèse de médecine générale. La période définie comprend donc les thèses de médecine générale des années 2006 à 2018.

En définitive, nous avons obtenu 15 thèses de médecine générale ayant pour sujet les gestes techniques pratiqués en médecine général(5,6,8,14–25). Parmi ces thèses, l'une d'entre elles synthétisant un grand nombre des 14 autres, n'a pas été retenue(22).

b) Recherches CiSMef et PubMed

La recherche réalisée, *via* le moteur de recherche du Catalogue et Index des Sites Médicaux de la langue Française (CiSMef), avec le même protocole que la recherche effectuée

sur le catalogue SUDOC, a permis de confirmer trois occurrences que nous avions déjà obtenues.

Concernant le moteur de recherche PubMed, la recherche s'est avérée peu fructueuse malgré l'utilisation de multiples MeSH : « *technical gestures, clinical competence, technical skills, technical competencie, clinical skills, clinical skills general practitioner, skills general practitioner, clinical competence, private practice* ».

2. Sélection des gestes techniques réalisés de manière courante par le médecin généraliste

Notre référence initiale pour sélectionner nos gestes techniques a été l'ouvrage, *80 gestes techniques en médecine générale* (Bernard Gay et al, 2006)(13). Après avoir complété cette liste par l'ensemble des gestes techniques énumérés dans les 14 thèses de médecine générale sélectionnées (5,6,8,14–21,23–25), nous avons obtenu 111 gestes techniques.

Ce grand nombre de gestes ne pouvait pas être proposé en totalité aux futurs enquêtés. Afin de réduire le nombre de propositions à soumettre, nous avons décidé garder les actes techniques les plus fréquemment cités dans notre sélection de travaux universitaires. Par conséquent, seuls les gestes apparaissant au minimum dans la moitié des thèses choisies ont été retenus, soit 24 occurrences. Aussi, nous avons affiné la classification en regroupant les actes techniquement proches. Au final, une liste de 20 gestes techniques d'usage fréquent par les médecins généralistes a été constituée. Le regroupement des gestes techniques est visible dans le tableau suivant (Tableau 1).

Tableau 1 : Les gestes techniques sélectionnés

Gestes techniques	Nombre d'apparitions dans les travaux retenus
1.CARDIOLOGIE : ECG	
Réalisation et lecture d'ECG	13
2.DERMATOLOGIE : Suture	
Parage/suture d'une plaie superficielle de la peau	14
Suture de plaie muqueuse	12
3.DERMATOLOGIE : Traitement d'une collection sous cutanée	
Evacuation collection sous cutanée superficielle de la peau	13
Ponction, incision, méchage d'un abcès	13
4.DERMATOLOGIE : Traitement d'une lésion cutanée superficielle	
Destruction de lésions superficielles de la peau	12
Exérèse de lésions cutanées par curetage	9
5.DERMATOLOGIE : Hématome sous unguéal	
Evacuation d'un hématome sous unguéal	8
6.DERMATOLOGIE : Naevus	
Exérèse de naevus/tumeur et biopsie cutanée	9
7.DERMATOLOGIE : Brûlure	
Pansement de brûlure	9
8.DERMATOLOGIE : Escarre ou ulcère	
Pansement d'escarre ou d'ulcère	8
9.GYNECOLOGIE : FCV	
Frottis cervico-vaginal	13
10.GYNECOLOGIE : DIU	
Pose d'un stérilet	13
Retrait d'un stérilet	8
11.GYNECOLOGIE : Implant sous-cutané	
Pose d'implant contraceptif sous-cutané	12
12.HGE ET PROCTOLOGIE : Thrombose hémorroïdaire	
Evacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe	10
13.OPHTALMOLOGIE : Corps étranger	
Extraction d'un corps étranger de la cornée	7
14.ORL : Epistaxis	
Tamponnement antérieur d'une épistaxis	12
15.ORL : Corps étranger	
Ablation d'un corps étranger ORL	10
16.ORL : Bouchon de cerumen	
Ablation de bouchon de cérumen	12
17.ORTHOPEDIE : Fracture	
Confection de plâtres/résines, Immobilisation d'une fracture	9
18.RHUMATOLOGIE : Ponction	
Ponction articulaire diagnostique	11
19.RHUMATOLOGIE : Infiltration	
Infiltration thérapeutique articulaire ou tendineuse	13
20.UROLOGIE : Rétention aigue d'urine	
Sondage urinaire	7

3. Sélection des gestes non pratiqués couramment par les généralistes

L'objectif était d'évaluer les patients sur leurs connaissances des gestes non réalisables par les médecins généralistes.

Les gestes retenus ne devaient pas être cités dans les 14 thèses de médecine générale sélectionnées. Ce choix a ensuite été effectué de manière arbitraire.

4. Formulation des questions posées aux enquêtés

Afin de sonder les connaissances des patients sur les compétences techniques des médecins généralistes, le choix a été fait de formuler l'interrogation suivante pour chaque geste : « Consulteriez-vous un médecin généraliste pour la réalisation de *tel geste technique* ? ».

L'objectif étant de dégager une tendance générale, nous avons écarté la possibilité d'interroger les enquêtés sur leur propre médecin traitant (« un médecin généraliste »).

B. Les échantillons

1. Echantillon 1

L'échantillon 1 est composé de personnes choisies aléatoirement dans des lieux publics, variés, de plusieurs villes de Meurthe-et-Moselle, en dehors de campus universitaires. Un document explicatif contenant l'ensemble des définitions des gestes techniques était en possession de l'enquêteur, afin de fournir des explications identiques aux personnes interrogées (Annexe 3).

Le critère d'inclusion était que les personnes, choisies de manière aléatoire, soient majeures.

Les critères d'exclusion étaient :

- Les personnes interrogées dans une faculté,
- Celles présentant des difficultés de compréhension lors de la réalisation du questionnaire
- Celles ne bénéficiant pas d'une couverture médicale en France.

2. Echantillon 2

L'échantillon 2 est composé des étudiants questionnés au sein de la faculté de Médecine et de Lettres de Nancy, l'objectif étant d'analyser les réponses au questionnaire en fonction du type d'études réalisé par les étudiants. Deux catégories ont été opposées : les étudiants en médecine et les étudiants hors médecine.

La méthode d'interrogation était identique à celle de l'échantillon 1.

Les critères d'inclusion étaient les mêmes que ceux définis pour l'échantillon 1.

Les critères d'exclusion étaient :

- Les étudiants en première année de médecine
- Les personnes présentant des difficultés de compréhension lors de la réalisation du questionnaire.

3. Caractéristiques sociodémographiques

Nous nous sommes limités au sexe, à la tranche d'âge et à la catégorie socioprofessionnelle (Annexe 1).

Quatre catégories ont été créées pour la tranche d'âge. Les limites de chacune ont été réfléchies en fonction des besoins de santé et de l'évolution des rythmes de vie associés à l'évolution des âges :

- La tranche d'âge de 18 à 24 ans représente la période de transition des jeunes adultes qui comprend la fin du lycée, le début de la vie étudiante ou active.
- La tranche d'âge de 25 à 49 ans est la période qui marque la première partie d'une vie active stable ou la fin des études supérieures, la constitution d'une famille avec le désir d'enfant(s) au sein des couples et la présence moins importante de maladies chroniques nécessitant un suivi médical régulier, en dehors du suivi gynécologique pour les femmes en âge de procréer.
- La tranche d'âge de 50 à 65 ans a été pensée comme une période qui marque la deuxième phase de la vie active professionnelle avec l'approche progressive de la retraite, l'apparition de la ménopause pour les femmes (donc de l'absence de nouvelles naissances au sein des couples), le début des suivis médicaux dans le cadre d'actes de

prévention des cancers et, parfois, le début d'apparition de maladies chroniques.

- La tranche d'âge des 65 ans, et plus, comprend les individus ayant un suivi médical plus régulier et étant concernés par l'apparition plus fréquente de maladies chroniques et de leurs complications.

Pour les catégories socioprofessionnelles, nous avons repris les grandes classes des groupes socioprofessionnels de l'Insee (26). Nous y avons ajouté 2 catégories supplémentaires afin de faciliter la création du second échantillon : les étudiants en santé et les étudiants hors filières de santé.

Dans l'échantillon 1, les étudiants en santé comprennent l'ensemble des étudiants ayant un lien avec le domaine médical et paramédical. Dans l'échantillon 2, les étudiants en santé se limitent uniquement à ceux qui réalisent des études de médecine à partir de la seconde année.

C. Analyse des données

1. Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé de janvier 2019 à mai 2019. Les réponses des enquêtes étaient intégrées, au fur et à mesure, dans un classeur Excel. Le questionnaire a été proposé à des personnes dans 8 villes de Meurthe-et-Moselle.

2. Analyses des Données

Les analyses descriptives et comparatives des deux échantillons ont été réalisées par la Plateforme d'Aide à la Recherche Clinique (PARC) de la faculté de médecine de Nancy. Nous avons également utilisé un site de biostatistique en ligne, BiostaTGV, pour quelques analyses nécessitant la réalisation d'un test exact de Fischer.

a) Les analyses descriptives

D'abord, l'analyse descriptive a porté sur les gestes pratiqués de manière courante en médecine générale puis sur les gestes non pratiqués de manière courante chez ces derniers.

Des analyses sur les réponses aux questions de gynécologie ont été réalisées en sélectionnant uniquement les femmes concernées par les gestes techniques proposés.

b) Les analyses comparatives

Les analyses comparatives étaient différentes en fonction des échantillons choisis. Les tests utilisés étaient le test du Chi2 et l'utilisation d'un test exact de Fisher quand le test du Chi2 n'était pas réalisable par manque d'effectif.

Le seuil de significativité est fixé à 0.05.

Concernant l'échantillon 1, il a été décidé de comparer les réponses en fonction du sexe, de l'âge et de la catégorie socioprofessionnelle.

Concernant l'échantillon 2, une analyse comparative a été réalisée pour tenter de mettre en avant les différences de réponses entre les étudiants en médecine et les étudiants d'autres filières.

III. Résultats

A. Caractéristiques des échantillons

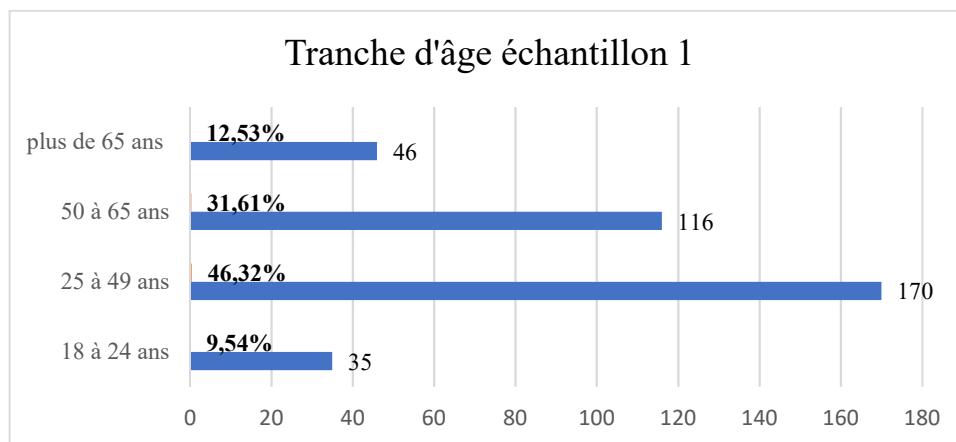
Nous avons interrogé 450 personnes dont 367 constituent notre premier échantillon et 83 le second. Parmi les étudiants de l'échantillon 2, 33 étaient des étudiants de médecine, de deuxième à la sixième année, et 50 étaient des étudiants ne suivant pas d'études de médecine.

1. Echantillon 1

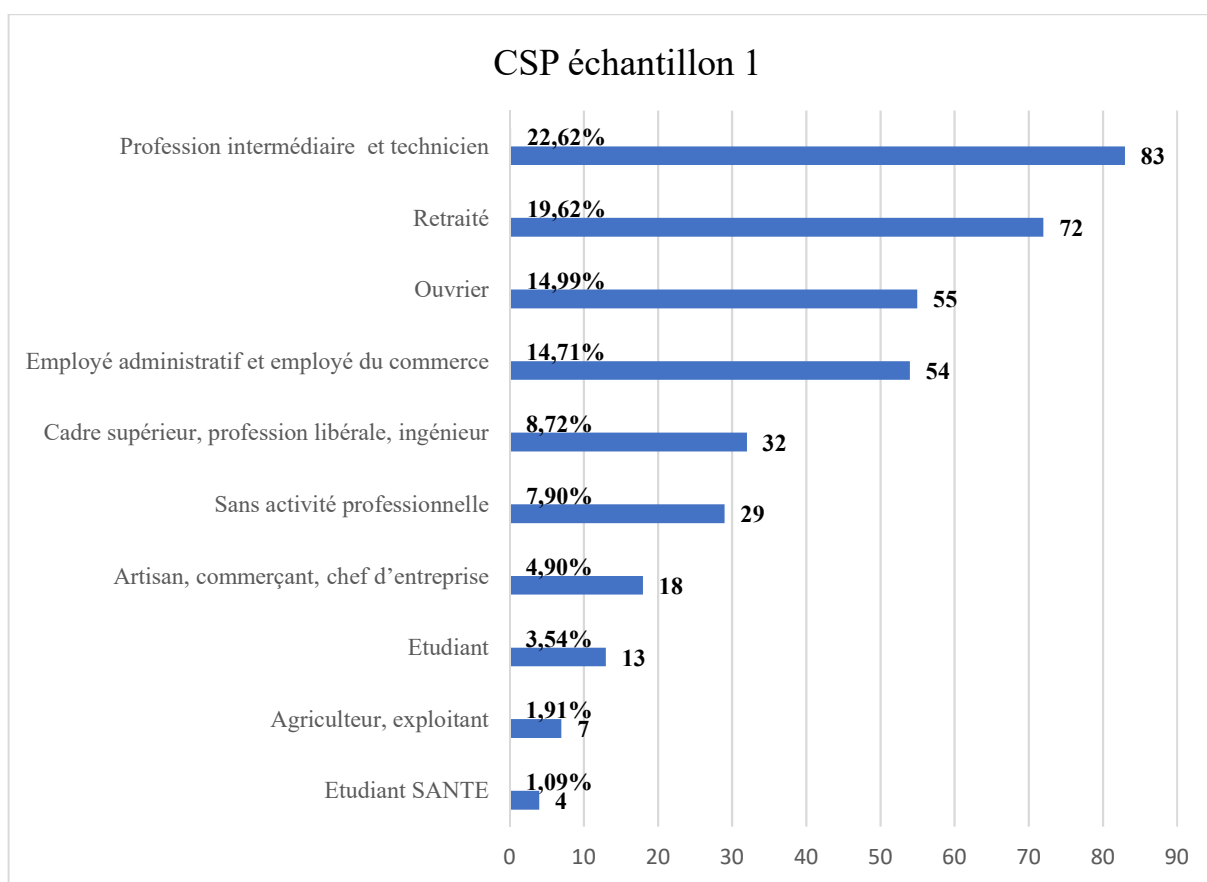
a) Sexe

Notre échantillon 1 est composé de 49% d'hommes et de 51% de femmes.

b) Tranche d'âge



c) **Catégories socioprofessionnelles**



d) **Comparaison de la composition de l'échantillon 1 aux chiffres fournis par l'Insee concernant la composition de la population française**

Tableau 2 : comparaison des proportions des tranches d'âge de notre enquête aux chiffres fournis par l'Insee en 2019 pour l'ensemble de la population française en 2018.

Tranches d'âge	Echantillon 1(%)	Population française en 2018 selon l'Insee (%)
18-24 ans	9,54%	10,23%
25-49 ans	46,32%	39,45%
50-65 ans	31,61%	24,54%
Plus de 65 ans	12,53%	25,78%

Aussi, notre échantillon n'est pas représentatif de la population française en fonction des catégories socioprofessionnelles (Tableau 13).

Tableau 3 : comparaison des proportions des catégories socioprofessionnelles de notre enquête aux chiffres fournis par l'Insee en 2019 pour l'ensemble de la population française en 2018

Catégories socioprofessionnelles	Echantillon 1(%)	Population française en 2018 selon l'Insee (%)
Agriculteurs, exploitants	1,91%	0,80%
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	4,90%	3,40%
Professions intermédiaires	22,62%	13,80%
Ouvriers	14,99%	11,80%
Employés	14,71%	15,30%
Cadres supérieurs, professions intellectuelles, ingénieurs	8,72%	9,60%
Inactifs (retraités, personnes sans profession, étudiants)	32,15%	45,10%

Notre échantillon est représentatif de la population française en fonction du sexe. Il est composé de 49% d'hommes et 51% de femmes contre 48.36% d'hommes et 51.64% de femmes pour l'ensemble de la population française selon l'Insee.

2. Echantillon 2

a) Sexe

L'échantillon 2 est composé de 39% d'hommes et de 61% de femmes.

b) Type d'études pratiquées par les enquêtés de l'échantillon 2

Nous avons constaté que 40 % des étudiants, que nous avons interrogé, étaient des étudiants en médecine. Les autres étaient inscrits dans un cursus universitaire différent.

B. Analyses statistiques de l'échantillon 1

1. Analyses descriptives réalisées sur l'échantillon 1

a) Actes courants réalisables par les médecins généralistes

(1) Réponses majoritairement positives

Tableau 4 : Réponses majoritairement positives aux questions des gestes techniques pratiqués de manière courante par les médecins généralistes, hors gestes de gynécologie

Bouchon de cérumen		
Réponse	Effectif	% total
NON	44	11,99%
OUI	323	88,01%
Pansement de brûlure		
Réponse	Effectif	% total
NON	53	14,44%
OUI	314	85,56%
Suture		
Réponse	Effectif	% total
NON	69	18,80%
OUI	298	81,20%
Abcès		
Réponse	Effectif	% total
NON	77	20,98%
OUI	290	79,02%
Epistaxis		
Réponse	Effectif	% total
NON	95	25,89%
OUI	272	74,11%
Pansement ulcère/escarre		
Réponse	Effectif	% total
NON	103	28,07%
OUI	264	71,93%

ECG		
Réponse	Effectif	% total
NON	112	30,52%
OUI	255	69,48%
Hématome sous unguéal		
Réponse	Effectif	% total
NON	112	30,52%
OUI	255	69,48%
Corps étranger ORL		
Réponse	Effectif	% total
NON	117	31,88%
OUI	250	68,12%
Verrues		
Réponse	Effectif	% total
NON	128	34,88%
OUI	239	65,12%
Infiltration		
Réponse	Effectif	% total
NON	168	45,78%
OUI	199	54,22%
Plâtre		
Réponse	Effectif	% total
NON	173	47,14%
OUI	194	52,86%

(2) Réponses majoritairement négatives

Tableau 5 : Réponses majoritairement négatives aux questions des gestes techniques pratiqués de manière courante par les médecins généralistes, hors gestes de gynécologie

Naevus		
Réponse	Effectif	% total
NON	256	69,75%
OUI	111	30,25%
Thrombose hémorroïdaire externe		
Réponse	Effectif	% total
NON	230	62,67%
OUI	137	37,33%
Corps étranger oculaire		
Réponse	Effectif	% total
NON	220	59,95%
OUI	147	40,05%
Sonde urinaire		
Réponse	Effectif	% total
NON	213	58,04%
OUI	154	41,96%
Ponction du genou		
Réponse	Effectif	% total
NON	205	55,86%
OUI	162	44,14%

b) Actes courants de gynécologie réalisables par les médecins généralistes

Tableau 6 : Réponses aux questions des gestes de gynécologie réalisables par les médecins généralistes

Réponses sans discrimination de sexe dans l'échantillon 1		
Implant contraceptif		
Réponse	Effectif	% total
NON	236	64,31%
OUI	131	35,69%
FCV		
Réponse	Effectif	% total
NON	264	71,93%
OUI	103	28,07%
DIU		
Réponse	Effectif	% total
NON	286	77,93%
OUI	81	22,07%

Réponses des femmes concernées par le geste technique dans l'échantillon 1		
Implant contraceptif femme 18-49 ans		
Réponse	Effectif	% total
NON	67	63,81%
OUI	38	36,19%
FCV femme 25-65 ans		
Réponse	Effectif	% total
NON	104	73,76%
OUI	37	26,24%
DIU femme 18-49 ans		
Réponse	Effectif	% total
NON	90	85,71%
OUI	15	14,29%

c) **Actes non réalisés couramment par les médecins généralistes**

Tableau 7 : Réponses aux questions des gestes techniques non courants en médecine générale

Extraction dentaire		
Réponse	Effectif	% total
NON	344	93,73%
OUI	23	6,27%
Myélogramme		
Réponse	Effectif	% total
NON	299	81,47%
OUI	68	18,53%
Gastroscopie		
Réponse	Effectif	% total
NON	296	80,65%
OUI	71	19,35%
Pneumothorax		
Réponse	Effectif	% total
NON	279	76,02%
OUI	88	23,98%
EMG		
Réponse	Effectif	% total
NON	212	57,77%
OUI	155	42,23%

2. Analyses comparatives réalisées sur l'échantillon 1

a) Comparaison des réponses selon le sexe

Tableau 8 : Analyses comparatives des réponses selon le sexe pour l'échantillon 1

Gestes techniques	Réponses positives des hommes n= 180 (%)	Réponses positives des femmes n=187 (%)	p
ECG	127 (70.6%)	128 (68.4%)	0,661
EXTRACTION DENTAIRE	11 (6.1%)	12 (6.4%)	0,904
SUTURE	150 (83.3%)	148 (79.1%)	0,308
ABCES	140 (77.8%)	150 (80.2%)	0,567
VERRUES	119 (66.1%)	120 (64.2%)	0,697
HEMATOME SOUS UNGUEALE	128 (71.1%)	127 (67.9%)	0,506
NAEVUS	62 (34.4%)	49 (26.2%)	0,086
PANSEMENT BRULURE	150 (83.3%)	164 (87.7%)	0,234
PANSEMENT ULCERE/ESCARRE	136 (75.6%)	128 (68.4%)	0,13
GASTROSCOPIE	44 (24.4%)	27 (14.4%)	0,015
FCV	58 (32.2%)	45 (24.1%)	0,082
DIU	49 (27.2%)	32 (17.1%)	0,02
IMPLANT CONTRACEPTIF	63 (35%)	68 (36.4%)	0,785
THROMBOSE HEMMOROIDAIRE	88 (48.9%)	49 (26.2%)	0,000007
EMG	81 (45%)	74 (39.6%)	0,293
CORPS ETRANGER OCULAIRE	78 (43.3%)	69 (36.9%)	0,209
EPISTAXIS	135 (75%)	137 (73.3%)	0,704
CORPS ETRANGER ORL	134 (74.4%)	116 (62%)	0,011
BOUCHON CERUMEN	158 (87.8%)	165 (88.2%)	0,893
MYELOGRAMME	38 (21.1%)	30 (16%)	0,212
PLATRE	109 (60.6%)	85 (45.5%)	0,004
PONCTION GENOU	94 (52.2%)	68 (36.4%)	0,002
INFILTRATION	113 (62.8%)	86 (46%)	0,001
PNEUMOTHORAX	58 (32.2%)	30 (16%)	0,0003
SONDE URINAIRE	88 (48.9%)	66 (35.3%)	0,008

En gras = différence significative $p < 0.05$

Cellules bleues = gestes techniques réalisables en pratique courante par les généralistes

Cellules roses = gestes de gynécologie

Cellules orange = gestes techniques non réalisés en pratique courante par les généralistes

b) Comparaison des réponses selon la tranche d'âge de l'échantillon 1

Tableau 9 : Analyses comparatives des réponses en fonction des tranches d'âge pour
l'échantillon 1

Gestes techniques	Réponses positives des 18-24 ans n=35 (%)	Réponses positives des 25-49 ans n=170 (%)	Réponses positives des 50-65 ans n=116 (%)	Réponses positives des plus de 65 ans n=46 (%)	p
ECG	24 (68.6%)	126 (74.1%)	82 (70.7%)	23 (50%)	0,018
EXTRECTION DENTAIRE	3 (8.6%)	11 (6.5%)	5 (4.3%)	4 (8.7%)	0,023*
SUTURE	25 (71.4%)	146 (85.9%)	90 (77.6%)	37 (80.4%)	0,13
ABCES	29 (82.9%)	139 (81.8%)	82 (70.7%)	40 (87%)	0,053
VERRUES	22 (62.9%)	120 (70.6%)	71 (61.2%)	26 (56.5%)	0,204
HEMATOME SOUS UNGUEALE	21 (60%)	124 (72.9%)	84 (72.4%)	26 (56.5%)	0,087
NAEVUS	15 (42.9%)	58 (34.1%)	31 (26.7%)	7 (15.2%)	0,24
PANSEMENT BRULURE	27 (77.1%)	147 (86.5%)	99 (85.3%)	41 (89.1%)	0,458
PANSEMENT ULCERE/ESCARRE	22 (62.9%)	122 (71.8%)	88 (75.9%)	32 (69.6%)	0,485
GASTROSCOPIE	11 (31.4%)	41 (24.1%)	16 (13.8%)	3 (6.5%)	0,005
FCV	4 (11.4%)	51 (30%)	31 (26.7%)	17 (37%)	0,071
DIU	9 (25.7%)	37 (21.8%)	23 (19.8%)	12 (26.1%)	0,789
IMPLANT CONTRACEPTIF	13 (37.1%)	65 (38.2%)	39 (33.6%)	14 (30.4%)	0,733
THROMBOSE HEMMOROIDAIRE	11 (31.4%)	74 (43.5%)	40 (34.5%)	12 (26.1%)	0,102
EMG	17 (48.6%)	79 (46.5%)	46 (39.7%)	13 (28.3%)	0,12
CORPS ETRANGER OCULAIRE	16 (45.7%)	75 (44.1%)	39 (33.6%)	17 (37%)	0,282
EPISTAXIS	21 (60%)	133 (78.2%)	82 (70.7%)	36 (78.3%)	0,1
CORPS ETRANGER ORL	22 (62.9%)	116 (68.2%)	80 (69%)	32 (69.6%)	0,912
BOUCHON CERUMEN	33 (94.3%)	148 (87.1%)	103 (88.8%)	39 (84.8%)	0,604*
MYELOGRAMME	8 (22.9%)	38 (22.4%)	18 (15.5%)	4 (8.7%)	0,126
PLATRE	19 (54.3%)	93 (54.7%)	66 (56.9%)	16 (34.8%)	0,07
PONCTION GENOU	13 (37.1%)	84 (49.4%)	51 (44%)	14 (30.4%)	0,106
INFILTRATION	18 (51.4%)	99 (58.2%)	59 (50.9%)	23 (50%)	0,558
PNEUMOTHORAX	7 (20%)	52 (30.6%)	20 (17.2%)	9 (19.6%)	0,051
SONDE URINAIRE	12 (34.3%)	75 (44.1%)	49 (42.2%)	18 (39.1%)	0,723

* = p obtenue grâce au test exact de Fisher

En gras = différence significative $p < 0.05$

Cellules bleues = gestes techniques réalisables en pratique courante par les généralistes

Cellules roses = gestes de gynécologie

Cellules orange = gestes techniques non réalisés en pratique courante par les généralistes

c) Comparaison des réponses de l'échantillon 1 selon les catégories socioprofessionnelles

Par manque d'effectif, nous avons rassemblé les catégories socioprofessionnelles, habituellement séparées en classes, en 4 groupes. Le groupe 1 comprend les agriculteurs, exploitants ainsi que les artisans, les commerçants et les chefs d'entreprises. Le groupe 2 est composé des cadres, des professions intellectuelles supérieures ainsi que des professions intermédiaires. Le groupe 3 est constitué des employés et des ouvriers. Enfin, le groupe 4 rassemble les retraités ainsi que les autres personnes inactives professionnellement (étudiants et personnes sans activité en dehors des retraités).

Tableau 10 : Analyses comparatives des réponses en fonction des groupes de catégories socioprofessionnelles de l'échantillon 1

Gestes techniques	Groupe 1 n=25(%) réponses positives	Groupe 2 n=115 (%) réponses positives	Groupe 3 n=109 (%) réponses positives	Groupe 4 n=118 (%) réponses positives	P
ECG	17 (68%)	83 (72.2%)	87 (79.8%)	68 (57.6%)	0,003
EXTRACTION DENTAIRE	3 (12%)	5 (4.3%)	9 (8.3%)	6 (5.1%)	0,324*
SUTURE	22 (88%)	95 (82.6%)	90 (82.6%)	90 (76.3%)	0,537*
ABCES	19 (76%)	96 (83.5%)	81 (74.3%)	94 (79.7%)	0,391
VERRUES	17 (68%)	80 (69.6%)	78 (71.6%)	64 (54.2%)	0,026
HEMATOME SOUS UNGUEALE	18 (72%)	92 (80%)	72 (66.1%)	73 (61.9%)	0,019
NAEVUS	9 (36%)	39 (33.9%)	36 (33%)	27 (22.9%)	0,207
PANSEMENT BRULURE	21 (84%)	97 (84.3%)	91 (83.5%)	105 (89%)	0,609*
PANSEMENT ULCERE/ESCARRE	19 (76%)	82 (71.3%)	82 (75.2%)	81 (68.6%)	0,695
GASTROSCOPIE	6 (24%)	26 (22.6%)	28 (25.7%)	11 (9.3%)	0,005*
FCV	11 (44%)	31 (27%)	33 (30.3%)	28 (23.7%)	0,206
DIU	11 (44%)	23 (20%)	23 (21.1%)	24 (20.3%)	0,056
IMPLANT CONTRACEPTIF	10 (40%)	39 (33.9%)	48 (44%)	34 (28.8%)	0,107
THROMBOSE HEMMOROIDAIRE	12 (48%)	39 (33.9%)	49 (45%)	37 (31.4%)	0,098
EMG	11 (44%)	49 (42.6%)	55 (50.5%)	40 (33.9%)	0,093
CORPS ETRANGER OCULAIRE	12 (48%)	46 (40%)	45 (41.3%)	44 (37.3%)	0,777
EPISTAXIS	16 (64%)	87 (75.7%)	80 (73.4%)	89 (74.4%)	0,657
CORPS ETRANGER ORL	21 (84%)	73 (63.5%)	69 (63.3%)	87 (73.7%)	0,075
BOUCHON CERUMEN	25 (100%)	100 (87%)	93 (85.3%)	105 (89%)	0,186*
MYELOGRAMME	6 (24%)	21 (18.3%)	28 (25.7%)	13 (11%)	0,035
PLATRE	16 (64%)	56 (48.7%)	67 (61.5%)	55 (46.6%)	0,068
PONCTION GENOU	14 (56%)	51 (44.3%)	59 (54.1%)	38 (32.2%)	0,005
INFILTRATION	17 (68%)	59 (51.3%)	67 (61.5%)	56 (47.5%)	0,079
PNEUMOTHORAX	11 (44%)	25 (21.7%)	33 (30.3%)	19 (16.1%)	0,007
SONDE URINAIRE	11 (44%)	49 (42.6%)	52 (47.7%)	42 (35.6%)	0,32

* = p obtenue grâce au test exact de Fisher

En gras = différence significative $p < 0.05$

Cellules bleues = gestes techniques réalisables en pratique courante par les généralistes

Cellules roses = gestes de gynécologie

Cellules orange = gestes techniques non réalisés en pratique courante par les généralistes

Tableau 11 : Analyses comparatives des réponses des retraités comparés aux étudiants et des personnes sans activité professionnelle de l'échantillon 1

Gestes techniques	Retraités n=72 (%) réponses positives	Etudiants et personnes sans activité professionnelle n=46 (%) réponses positives	p
ECG	38 (52.8%)	30 (65.2%)	0,126
EXTRACTION DENTAIRE	4 (5.6%)	2 (4.3%)	0,999*
SUTURE	57 (79.2%)	34 (73.9%)	0,510*
ABCES	58 (80.6%)	36 (78.3%)	0,763
VERRUES	41 (56.9%)	23 (50%)	0,46
HEMATOME SOUS UNGUEALE	44 (61.1%)	29 (63%)	0,833
NAEVUS	12 (16.7%)	15 (32.6%)	0,044
PANSEMENT BRULURE	65 (90.3%)	40 (87%)	0,574
PANSEMENT ULCERE/ESCARRE	50 (69.4%)	31 (67.4%)	0,815
GASTROSCOPIE	4 (5.6%)	7 (15.2%)	0,106*
FCV	21 (29.2%)	7 (15.2%)	0,082
DIU	18 (25%)	6 (13%)	0,116
IMPLANT CONTRACEPTIF	20 (27.8%)	14 (30.4%)	0,756
THROMBOSE HEMMOIDAIRE	21 (29.2%)	16 (34.8%)	0,521
EMG	20 (27.8%)	20 (43.5%)	0,079
CORPS ETRANGER OCULAIRE	22 (30.6%)	22 (47.8%)	0,058
EPISTAXIS	55 (76.4%)	34 (73.9%)	0,761
CORPS ETRANGER ORL	52 (72.2%)	35 (76.1%)	0,674
BOUCHON CERUMEN	61 (84.7%)	44 (95.7%)	0,064
MYELOGRAMME	7 (9.7%)	6 (13%)	0,574
PLATRE	33 (45.8%)	22 (47.8%)	0,832
PONCTION GENOU	26 (36.1%)	12 (26.1%)	0,256
INFILTRATION	36 (50%)	20 (43.5%)	0,489
PNEUMOTHORAX	11 (15.3%)	8 (17.4%)	0,761
SONDE URINAIRE	26 (36.1%)	16 (34.8%)	0,883

* = p obtenue grâce au test exact de Fisher

En gras = différence significative p<0.05

Cellules bleues = gestes techniques réalisables en pratique courante par les généralistes

Cellules roses = gestes de gynécologie

Cellules orange = gestes techniques non réalisés en pratique courante par les généralistes

C. Analyses statistiques de l'échantillon 2

1. Analyses descriptives et comparatives réalisées sur l'échantillon 2, hors gestes de gynécologies

a) Tableau

Tableau 12 : Analyses descriptives et comparatives des réponses des étudiants en fonction des études pratiquées, hors gestes de gynécologie pour l'échantillon 2

Gestes techniques	Etudiants hors médecine n=50 (%) Réponses positives	Etudiants hors médecine n=50 (%) Réponses négatives	Etudiant en médecine n=33 (%) Réponses positives	Etudiant en médecine n=33 (%) Réponses négatives	p
ECG	41 (82%)	9 (18%)	22 (66.7%)	11 (33.3%)	0,11
EXTRACTION DENTAIRE	7 (14%)	43 (86%)	0 (0%)	33 (100%)	0,038*
SUTURE	36 (72%)	14 (28%)	26 (78.8%)	7 (21.2%)	0,486
ABCES	41 (82%)	9 (18%)	30 (90.9%)	3 (9.1%)	0,347*
VERRUES	31 (62%)	19 (38%)	26 (78.8%)	7 (21.2%)	0,107
HEMATOME SOUS UNGUEALE	43 (86%)	7 (14%)	27 (81.8%)	6 (18.2%)	0,608
NAEVUS	22 (44%)	28 (56%)	11 (33.3%)	22 (66.7%)	0,331
PANSEMENT BRULURE	43 (86%)	7 (14%)	25 (75.8%)	8 (24.2%)	0,235
PANSEMENT ULCERE/ESCARRE	34 (68%)	16 (32%)	25 (75.8%)	8 (24.2%)	0,446
GASTROSCOPIE	13 (26%)	37 (74%)	4 (12.1%)	29 (87.9%)	0,125
THROMBOSE HEMMOROIDAIRE	14 (28%)	36 (72%)	18 (54.5%)	15 (45.5%)	0,015
EMG	31 (62%)	19 (38%)	10 (30.3%)	23 (69.7%)	0,005
CORPS ETRANGER OCULAIRE	25 (50%)	25 (50%)	12 (36.4%)	21 (63.6%)	0,221
EPISTAXIS	40 (80%)	10 (20%)	30 (90.9%)	3 (9.1%)	0,181
CORPS ETRANGER ORL	29 (58%)	21 (42%)	20 (60.6%)	13 (39.4%)	0,813
BOUCHON CERUMEN	44 (88%)	6 (12%)	31 (93.9%)	2 (6.1%)	0,468
MYELOGRAMME	11 (22%)	39 (78%)	6 (18.2%)	27 (81.8%)	0,673
PLATRE	32 (64%)	18 (36%)	21 (63.6%)	12 (36.4%)	0,973
PONCTION GENOU	32 (64%)	18 (36%)	13 (39.4%)	20 (60.6%)	0,028
INFILTRATION	36 (72%)	14 (28%)	19 (57.6%)	14 (42.4%)	0,174
PNEUMOTHORAX	20 (40%)	30 (60%)	3 (9.1%)	30 (90.9%)	0,002
SONDE URINAIRE	12 (24%)	38 (76%)	14 (42.4%)	19 (57.6%)	0,077

* = p obtenue grâce au test exact de Fisher

En gras = différence significative $p < 0.05$

Cellules bleues = gestes techniques réalisables en pratique courante par les généralistes

Cellules orange = gestes techniques non réalisés en pratique courante par les généralistes

2. Analyses descriptives des réponses aux questions de gynécologie réalisées sur l'échantillon 2

a) Les gestes courants de gynécologie pour l'échantillon 2

Tableau 13 : Réponses de l'ensemble des étudiant(e)s concernant les gestes de gynécologie

Gestes de gynécologie	Hors médecine n=50 (%) Réponses positives	Hors médecine n=50 (%) Réponses négatives	Médecine n=33 (%) Réponses positives	Médecine n=33 (%) Réponses négatives	p
FCV	8 (16%)	42 (84%)	9 (27.3%)	24 (72.7%)	0,213
DIU	7 (14%)	43 (86%)	9 (27.3%)	24 (72.7%)	0,134
IMPLANT CONTRACEPTIF	21 (42%)	29 (58%)	17 (51.5%)	16 (48.5%)	0,394

Tableau 14 : Réponses des étudiantes concernant les gestes de gynécologie

Gestes de gynécologie	Étudiantes hors médecine n=29 (%) Réponses positives	Étudiantes hors médecine n=29 (%) Réponses négatives	Étudiantes en médecine n=22 (%) Réponses positives	Étudiantes en médecine n=22 (%) Réponses négatives	p
FCV	3 (10%)	26 (90%)	8 (36%)	14 (64%)	0,039*
DIU	4 (14%)	25 (86%)	8 (36%)	14 (64%)	0,06
IMPLANT CONTRACEPTIF	13 (45%)	16 (55%)	11 (50%)	11 (50%)	0,714

* = p obtenue grâce au test exact de Fisher

En gras = différence significative $p < 0.05$

IV. Discussion

A. Forces et faiblesses de l'étude

1. Nos échantillons

Interroger des personnes dans des lieux publics, afin de recueillir des données à caractère médical, fait de cette technique de sondage une méthode d'enquête originale.

a) Echantillon 1

Avec 367 personnes intégrées, notre premier échantillon peut être considéré de grande importance. Cependant, malgré ce nombre, la méthode d'échantillonnage aléatoire utilisée pour sélectionner nos enquêtés n'a pas permis d'obtenir les effectifs suffisants pour comparer correctement les catégories socioprofessionnelles (Annexe 5). Nous avons tenté de corriger ce manque de puissance par un regroupement de ces dernières. Les caractéristiques de ces groupes présentent un biais de classement car ces classes sont composées de professions diverses. Les groupes les plus problématiques sont les groupes 1 et 4. En effet, le groupe 1 est composé de professions de domaines variés qui ne permettent pas de confirmer une homogénéité des réponses au sein de ce groupe. Quant au groupe 4, il est composé de personnes d'âges très différents. Il aurait été préférable de réaliser un échantillonnage stratifié.

Les lieux choisis pour réaliser notre enquête constituent une force de notre travail. Ces emplacements étaient des cafétérias, des bars, des bistrots, des espaces verts ou encore des allées de centres commerciaux. Leurs avantages étaient qu'ils regroupent des personnes d'âge et de catégories socioprofessionnelles très différentes. Pourtant, un biais de sélection existe dans ce choix. En effet, les individus ne pouvant pas fréquenter les lieux de consommations choisis n'ont pas pu être intégrés. Cela concerne surtout les personnes à mobilité réduite et celles ne pouvant fréquenter ces endroits par manque de moyens financiers.

Le questionnaire n'était pas retenu, dans certains cas, du fait des problèmes de compréhension liés aux troubles sensoriels (audition et vision) et cognitifs que pouvaient présenter certaines personnes rencontrées.

Une des faiblesses de notre échantillon est qu'il n'est pas représentatif de la population française en fonction des âges et des catégories socioprofessionnelles (*cf.* Tableaux 2 et 3, III.A.1.d.).

b) Echantillon 2

Lors de nos recherches en ligne (SUDOC), aucune thèse comparant les connaissances sur un sujet médical des étudiants, en fonction des études qu'ils réalisent, n'a été trouvée. Cet élément constitue l'un des points forts de notre démarche. Du fait d'un échantillon de faible importance, les éléments constatés lors de notre travail ne pourront être généralisés. Notre objectif était surtout de savoir si une tendance se dégagait dans les deux groupes d'étudiants interrogés.

L'une des faiblesses du choix de ce panel est que les étudiants en médecine n'ont pas été catégorisés selon leurs années d'études. De plus, nous avons interrogé uniquement des étudiants du 1^{er} et du 2^{eme} cycle des études médicales (hors PACES). Du fait de ces lacunes, nous n'avons pas pu évaluer les connaissances en fonction de l'avancement des étudiants au fur et à mesure de leur évolution dans leur cursus universitaire. Cependant, l'objectif premier était de déterminer si les connaissances des étudiants en médecine étaient supérieures à celles des étudiants pratiquant d'autres études. Il aurait été intéressant de savoir si les étudiants sélectionnés, en médecine, avaient réalisé, ou non, leur stage de médecine générale ambulatoire. Des thèses de médecine générale ont été réalisées pour évaluer l'image que se font les étudiants de la pratique de la médecine générale et s'ils étaient intéressés par ce choix de carrière(27–29). Néanmoins, aucun de ces travaux discute des gestes techniques en médecine générale.

2. Le choix des gestes techniques

Un biais de classement est présent car ces gestes font partie uniquement de la pratique d'omnipraticiens qui ont décidé de les réaliser. Cette liste n'est pas exhaustive et il est certain que des gestes n'y apparaissant pas sont également accomplis par des médecins généralistes. Chaque omnipraticien adapte sa pratique à ce qu'il est, à ses atouts, à ses propres limites et à ce qu'il veut apporter à ses patients(30).

Le choix des gestes techniques jugés non réalisables par un médecin généraliste, a été fait de manière arbitraire. Le bon sens nous a fait choisir des gestes nécessitant un plateau technique important (myélogramme, gastroscopie, EMG), ainsi qu'un geste présentant une urgence vitale, ne pouvant être géré au sein d'un cabinet médical, (exsufflation d'un

pneumothorax) et un geste faisant partie d'une autre branche du système de soins, l'odontologie (extraction dentaire). Le choix aléatoire de ces gestes techniques constitue un autre biais de classement.

3. Le questionnaire

La formulation des questions avait pour objectif d'évaluer les connaissances des enquêtés sur les compétences des médecins généralistes et non de les interroger directement sur leurs savoirs sur le sujet. Le choix a été fait de rechercher si les personnes accepteraient de consulter un médecin généraliste pour réalisation de gestes techniques (Annexe 2).

Cette formulation est une force puisqu'elle offre des informations sur la proportion de patients qui accepteraient, en cabinet de médecine générale, la réalisation d'un des actes proposés. Aussi, avec cette question, les interrogés se projetaient en tant que patients et il a été jugé que leurs réponses en seraient plus spontanées.

Néanmoins, il convient de reconnaître qu'un biais d'interprétation des réponses existe dans notre étude puisque la formulation suppose tout de même des réponses sujettes à interprétations.

Les questionnés ont pu être perturbés par l'enquêteur, celui-ci était de sexe masculin. Cela pouvait modifier les réponses des personnes sensibles au genre du médecin, surtout pour les gestes qui concernent la gynécologie et la proctologie. Aussi, la volonté des personnes interrogées de faire plaisir au porteur du projet pouvait favoriser le recueil de réponses positives lors de la réalisation du questionnaire et constitue un autre biais d'enquêteur.

Une des forces de notre étude était l'intérêt suscité par notre questionnaire auprès des personnes sondées. Nous avons essuyé que peu de refus. Le sentiment de rendre service à un travail, qui pourrait servir à l'amélioration de l'information des patients sur les compétences réelles des médecins généralistes, a permis de sonder des personnes motivées, désireuses de donner leur avis.

B. Discussion des réponses des enquêtés de l'échantillon 1 à propos des gestes techniques au cabinet du médecin généraliste

1. Les gestes acceptés par les patients

a) Le geste de cardiologie

L'ECG a sa place en médecine générale pour différentes pathologies (malaise, douleur thoracique, arythmie...) mais aussi en prévention et dépistage (certificat sport, HTA, diabète...)(31).

Une étude, faite en 2015, indique que 71,3% des omnipraticiens interrogés possédaient un électrocardiographe. Cependant, l'utilisation de ces appareils était estimée à seulement 47% pour le bilan et le suivi de maladies chroniques. Les principaux freins retrouvés à la réalisation d'une ECG étaient le manque de formation, l'aspect chronophage de l'examen et la peur de poursuites judiciaires en cas d'erreur d'interprétation(32,33).

Notre étude montre que 69% des personnes interrogées, de l'échantillon 1, accepteraient cet examen par un médecin généraliste.

Les réponses sur l'ECG ne sont pas dépendantes du sexe ($p=0.661$).

Nous retrouvons une différence significative des réponses en fonction de la tranche d'âge. Les personnes de 25 à 49 ans et de 50 à 65 ans accepteraient plus cet examen que les tranches d'âges extrêmes des 18 à 24 ans et des plus de 65 ans (respectivement 74.1% et 70.7% vs 68.6% et 50%, $p=0.018$).

Le lien entre les réponses à la question de l'ECG et l'âge des personnes interrogées pourrait s'expliquer par la prévalence des maladies cardiovasculaires au sein de la population française. En effet, le rapport de 2017 fait par le Ministère des Solidarités et de la Santé, montre que les pathologies cardiovasculaires sont rares chez les moins de 25 ans(34). Cet élément participe à expliquer le fait que les personnes interrogées, de moins de 25 ans, connaissent peu cet examen. La fréquence d'apparition de pathologies cardiovasculaires augmente avec l'âge. Ces maladies sont la deuxième cause de décès des personnes de plus de 65 ans(34) et deviennent la première cause de mortalité après 75 ans(35). Les recommandations de L'HAS conseillent

une collaboration entre un cardiologue et un médecin généraliste pour le suivi d'un grand nombre de maladies cardiovasculaires(36–39). Les personnes âgées bénéficient donc plus fréquemment d'un suivi auprès de cardiologues. Ce phénomène justifie, en partie, le fait que les personnes interrogées, de plus de 65 ans, portent moins d'intérêt à réaliser ce geste chez un médecin généraliste puisqu'elles bénéficient plus souvent d'un suivi auprès d'un cardiologue.

Nous retrouvons une différence significative des réponses en fonction du groupe de catégories socioprofessionnelles. Le groupe 4 consulterait moins que le groupe 3 (57.6% vs 79.8%, $p=0.003$). Cette différence peut être reliée à la prévalence des maladies cardiovasculaires et aux moyens financiers en possession des groupes évalués. Nous avons montré précédemment pour quelles raisons les retraités (plus de 65 ans) et les étudiants (76 % ont moins de 25 ans) consulteraient moins un médecin généraliste pour cet examen. De plus, les personnes sans activités professionnelles sont plus fréquemment des individus en situation de précarité qui renoncent à des soins de santé. Pour exemple, 40% des chômeurs déclarent renoncer à des soins médicaux(34,40).

Nous pouvons supposer que les patients jugent compétent un médecin généraliste sur la pratique de l'ECG. Aussi, des moyens, pour maintenir la bonne interprétation de ces ECG, doivent être favorisés pour encourager et faciliter la pratique de cet acte au sein des cabinets de médecine générale.

b) Les gestes de dermatologie, pansements et petite chirurgie

Certains gestes de petite chirurgie sont réalisables aux cabinets de médecine générale et leur prise en charge dépend surtout de la gravité des lésions. Trois thèses de médecine générale, discutant de la suture, de la petite chirurgie, des gestes de dermatologie et de la prise en charge des abcès chez le médecin généraliste, évoquent les freins à la réalisation de ces gestes(41–43). Les freins rencontrés étaient le manque de formation et l'aspect chronophage des gestes. De plus, ces travaux citent la peur de blesser le patient ainsi que la crainte de l'erreur technique, des complications secondaires et des complications de l'anesthésie locale. Aussi, il y est fait mention du manque d'intérêt de certains généralistes. Le manque de pratique y est justifié par l'absence de demande des patients qui consulteraient directement aux urgences (7).

Notre travail montre qu'une grande proportion des enquêtés accepterait de consulter un omnipraticien pour la réalisation des actes suivants :

- La réalisation d'un pansement de brûlure (86%)
- La réalisation de sutures (81%)
- Le traitement d'abcès ou de collections sous-cutanées (79%)
- Un pansement d'ulcère ou d'escarre (72%)
- L'évacuation d'un hématome sous-unguéal (69%)
- Le traitement de verrues par méthode physique (65%).

Des différences significatives, concernant la destruction de verrues et l'évacuation d'un hématome sous-unguéal, apparaissent en comparant les réponses des différents groupes établis de catégories socioprofessionnelles. Les personnes du groupe 4, répondent significativement plus négativement que les autres groupes pour la destruction des verrues (54%, $p=0.026$). Ce geste est plus souvent accepté par les personnes du groupe 3 (71.6%, $p=0.026$). Cette tendance peut être liée au fait que les médicaments kératolytiques, disponibles en pharmacie, sans ordonnance, ne sont pas remboursés par la sécurité sociale(44). Leurs salaires étant plus bas que les autres groupes d'actifs, ces individus tireraient un avantage financier en consultant chez un médecin généraliste(45). Concernant l'évacuation d'un hématome sous unguéal, le groupe 4 offre le plus de réponses négatives (62%, $p=0.019$) et ce sont les personnes du groupe 2 qui consulteraient plus souvent un médecin généraliste. Il convient de noter que les actifs des groupes 1 et 3, de par leur métier, sont les plus sujets à ces traumatismes et savent le plus souvent réaliser le geste d'évacuation par leurs propres moyens(46).

Enfin, entre 65% et 86% des interrogés consulteraient un omnipraticien pour la réalisation des gestes de dermatologie et de petite chirurgie. Or, les médecins généralistes ressentent un manque de demande pour la réalisation de ces actes. Ce phénomène pourrait s'expliquer par un passage aux urgences des patients lorsqu'ils présentent une atteinte traumatologique. Parmi les 10 193 personnes recensées dans une étude de la DREES, se focalisant sur les motifs de recours aux SAU, il est décrit qu'environ 73 % des usagers se présentant dans un service d'urgences n'avaient pas vu un médecin au préalable (47). Une autre enquête révèle que 61% des patients, consultant spontanément aux urgences, jugent que leur

problème de santé ne peut être géré par un médecin généraliste(48). Pour les patients, la prise en charge au sein d'un service d'urgences paraît plus avantageuse(47).

Il existe une réelle demande des patients concernant ces 6 gestes évalués. Grâce à notre enquête, nous pouvons apporter une nuance sur le fait que les patients manquent de connaissances sur les compétences exactes des médecins traitants. Ils semblent juger capables les médecins généralistes de réaliser ces actes, ou tout du moins, ils ont suffisamment confiance en eux pour leur confier la réalisation. Il paraît donc intéressant que les généralistes, désirant pratiquer ces gestes, s'y forment et communiquent l'information aux patients pour éviter certains passages aux urgences et l'accès direct aux spécialistes de second recours.

c) Le geste de rhumatologie

L'infiltration articulaire ou péri-tendineuse a un intérêt pour les personnes atteintes de troubles musculosquelettiques dus à un surmenage articulaire. Les corticoïdes injectables restent l'option thérapeutique de choix pour la réalisation d'une infiltration. Les facteurs de risque individuels, retrouvés dans les études réalisées sur les troubles musculosquelettiques, sont un âge avancé, le sexe féminin, certains antécédents médicaux, le surpoids et les activités sportives(49–52). Certaines infiltrations sont de réalisations faciles et peu de complications sont constatées dans les différentes études réalisées concernant ce geste technique(50,53).

Les freins cités par les médecins généralistes, pour la réalisation de cet acte, sont le coût de l'assurance responsabilité civile, le manque de pratique, les difficultés d'asepsie, les difficultés à gérer les comorbidités, les limites du médecin lui-même, la mauvaise formation et le risque médico-légal(53).

Ce geste est l'un des moins accepté par les personnes interrogées, parmi ceux cités dans cette partie. Les hommes consulteraient plus que les femmes (62.8% vs 46%, $p=0.001$). Il semble que les femmes aient une vision différente des hommes sur les compétences et la pratique de la médecine générale. Elles consultent plus souvent que les hommes, quel que soit l'âge et la catégorie socioprofessionnelle, et ce, peu importe la spécialité médicale(54). Ces données justifient en partie le fait qu'elles n'iraient pas chez un médecin généraliste pour la réalisation de certains actes techniques mais préféreraient consulter des spécialistes.

Au vu de l'augmentation des délais de prise en charge des patients par certains spécialistes, la réalisation d'infiltrations au sein du cabinet de médecine générale pourrait diminuer ce laps de temps pour les pathologies musculosquelettiques et ostéoarticulaires. Cela réduirait le temps des arrêts de travail avec, pour conséquence, une diminution des pertes financières subies par les salariés. Il y aurait également des avantages économiques pour notre système de santé.

Les réponses des personnes interrogées dans notre enquête laissent à penser que cette compétence des omnipraticiens est peu connue et une formation plus adaptée, pour les omnipraticiens, pourrait favoriser la réalisation de cet acte au sein des cabinets de médecine générale.

d) Le geste d'orthopédie

L'immobilisation d'un membre dans le cadre d'une fracture apparaît dans un tableau de cotations des actes courants à destination des médecins généralistes(55). Ce geste est peu réalisé par les omnipraticiens mais perdure encore auprès de certains pratiquant en milieu rural. Il tend à disparaître du fait de l'efficacité des services d'urgences dans ce domaine(56).

La proximité d'un service d'urgence est un élément qui ne motiverait pas les médecins généralistes environnants pour la pratique d'immobilisation (47). Les freins pour la réalisation de ce traitement orthopédique par les omnipraticiens sont le manque de compétence, la crainte de l'erreur d'indication ou de confection de l'immobilisation, la présence d'un service d'accueil des urgences à proximité du cabinet médical, l'aspect chronophage, le coût du matériel et le manque de demande(56).

Nous constatons que 53% des personnes interrogées accepteraient la réalisation d'une immobilisation plâtrée par un médecin généraliste.

Les hommes consulteraient plus volontiers que les femmes pour la réalisation d'un plâtre ($p=0.004$). Cela peut s'expliquer par la vision différente qu'ont les hommes et les femmes sur les compétences et l'image de la médecine générale(54).

Cet acte étant de moins en moins courant au cabinet, ces réponses marquent surtout la confiance de certaines personnes interrogées en leur médecin traitant.

e) **Les gestes ORL**

Concernant le retrait d'un corps étranger ORL, les localisations accessibles pour la réalisation d'un tel geste par un médecin généraliste sont les atteintes du conduit auditif et les fosses nasales.(57,58).

Il n'a pas été trouvé de travaux qui explorent spécifiquement les freins à la réalisation de ce geste technique par un médecin généraliste.

Dans notre enquête, 68% des personnes interrogées accepteraient d'aller chez un médecin généraliste, pour elles-mêmes ou pour leurs enfants, afin de bénéficier de ce geste technique.

Il n'existe pas de différence significative entre les réponses vis-à-vis de la tranche d'âge et des catégories socioprofessionnelles. Une différence significative est observée en fonction du sexe de la personne interrogée. Les hommes accepteraient plus facilement que les femmes de consulter pour eux, ou pour leurs enfants, chez un généraliste (74% vs 62%, $p=0.011$). Les principales victimes de corps étrangers dans le nez ou dans les oreilles sont les enfants. La différence significative relevée pourrait s'expliquer par un temps de présence quotidien plus important des femmes auprès de leurs enfants que les hommes(59,60). Les réponses des femmes montrent qu'elles seraient plus enclines à se diriger vers les urgences ou un ORL. De plus, l'utilisation du service des urgences pédiatriques est plus fréquente par les parents lorsque leurs enfants sont atteints d'une pathologie aiguë(61).

Concernant l'épistaxis, la réalisation du tamponnement antérieur d'une épistaxis semble acquis par un grand nombre d'internes de médecine générale de la faculté de Bordeaux mais une amélioration de la formation à ce geste est jugée nécessaire par ces mêmes internes(16).

Dans notre enquête, 74% des personnes interrogées accepteraient ce geste technique. Il n'y a pas de différence significative constatée en fonction du sexe, de l'âge ou de la catégorie socioprofessionnelles des personnes interrogées.

Pour le bouchon de cérumen, plusieurs méthodes d'extraction existent pour soulager les patients(62). Cette intervention est réalisée fréquemment par les médecins généralistes. Aucun frein n'est retrouvé sur sa pratique par les omnipraticiens.

Dans notre étude, 88% des personnes interrogées accepteraient de bénéficier de ce geste technique auprès d'un médecin généraliste. Aucune différence significative n'est constatée concernant cette question en fonction de l'âge, du sexe ou de la catégorie socioprofessionnelle.

Ainsi, il apparaît que les patients acceptent majoritairement la réalisation par un médecin généraliste des trois gestes d'oto-rhino-laryngologie traités dans notre étude. Les patients jugent capable un médecin généraliste pour leur réalisation.

2. Les gestes non acceptés par les patients

a) Les gestes de gynécologie

Nous avons décidé d'approfondir l'analyse des réponses en sélectionnant des femmes concernées spécifiquement par ces examens.

Le suivi habituel des femmes en France se fait principalement par des gynécologues, mais la pénurie de ces médecins s'aggrave au fil des années(63). Une alternative est possible, pour le suivi de ces femmes, car les médecins généralistes et les sages-femmes peuvent pallier à ces problèmes de disponibilité des gynécologues(64). Les médecins réalisant le plus d'actes de gynécologie sont des femmes(65).

Les freins à la réalisation de gestes gynécologiques rapportés par les médecins généralistes sont le manque de formation, la présence des gynécologues dans leur environnement proche, le manque de pratique, le manque de matériel, l'aspect chronophage des consultations de gynécologie, le sexe du médecin, la gêne du médecin généraliste, les craintes médico-légales, le manque de demande des patientes, la réticence des patientes et la présence d'un tiers lors de la consultation(65)

Le genre du médecin réalisant l'acte ne semble pas constituer un frein pour les patientes. Les principaux freins retrouvés, du côté des patientes, concernent leur pudeur et la gêne liée à une relation perçue comme trop familière avec le médecin généraliste(66).

Le FCV concerne les femmes de 25 à 65 ans(67). La réalisation de cet acte chez un médecin généraliste est peu acceptée par ces femmes (26%).

Le DIU concerne les femmes de 18 à 49 ans, en âge de procréer. Seulement 14% de ces enquêtées accepteraient cet acte en consultation de médecine générale.

L'implant contraceptif sous-cutané concerne également les femmes en âge de procréer. On constate que pour ce geste technique, qui ne touche pas la sphère gynécologique, nous retrouvons une proportion plus importante de femmes acceptant sa réalisation par un médecin généraliste (36%)

Les gestes de gynécologie restent parmi les actes recueillant le moins de réponses positives. Le manque de connaissance actuel des patientes concernant la réalisation de ces gestes au sein du cabinet d'un médecin généraliste est également présent concernant cette même pratique par les sages-femmes(64).

Notre étude ne permet pas de savoir si les femmes n'ont pas la connaissance qu'un médecin généraliste peut réaliser ces gestes ou si elles ne veulent pas que le généraliste réalise ces gestes. Si la première hypothèse est la bonne, l'information du généraliste vers sa patientèle féminine serait un élément intéressant à développer.

b) Le geste de proctologie

Deux études, une américaine puis une française, ont révélé que le taux de consultations spécifiques à la proctologie, parmi toutes les consultations réalisées par les médecins généralistes, est inférieur à celui des patients qui présentent des problèmes anaux(68,69). Les médecins généralistes reconnaissent que la crainte d'entraîner une douleur et leur manque de compétence sont des limites à l'examen de proctologique. Aussi, ils mentionnent le fait que des patients refusent cette évaluation. Enfin, ils évoquent la dissimulation des symptômes par les patients et le manque de temps puisqu'il s'agit de motifs souvent exprimés en fin de consultation (69).

Seulement 37% des enquêtés accepteraient la réalisation de l'évacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe par un médecin généraliste. La littérature décrit un refus de l'examen par les patients désireux d'un avis spécialisé puisqu'ils ne souhaitent pas répéter les examens auprès de différents praticiens (69). Les hommes acceptent plus facilement de consulter un médecin généraliste (49%) que les femmes (26%). Cette tendance renvoie au fait que les femmes demandent plus d'avis spécialisés (54).

Le faible taux de réponses positives trouve de nombreuses explications. D'abord, il apparaît que le toucher rectal est vécu comme une pénétration dans l'intimité, ce qui place les patients en situation de dominés face au praticien. De plus, la zone anale est perçue comme une zone qu'il est préférable de cacher. Les gaz, les selles et les odeurs affectées à cette zone provoquent une inquiétude pour les personnes devant l'exposer, même dans un contexte médical (70).

Outre cette gêne, la faible demande des patients concernant ce geste peut s'expliquer par leur manque de connaissance sur les compétences des omnipraticiens. Aussi, si la zone périnéale est un tabou pour les patients, elle l'est aussi pour les médecins généralistes(71).

c) Le geste d'urologie

Une rétention aiguë d'urine nécessite une prise en charge urgente, en dehors de certaines contre-indications (sténose urétrale connue, suspicion d'une plaie urétrale,...)(72). Si un traitement ambulatoire est décidé, un avis spécialisé et une enquête étiologique doivent être réalisés dans les 48 premières heures par un urologue(73).

Nous n'avons pas connaissance de freins à la réalisation de ce geste technique par les médecins généralistes. Cependant, la présence d'un service d'urgences de proximité ou de professionnels plus compétents, le manque de demande, les craintes médico-légales, le manque de formation et de compétences sont probablement des facteurs limitants.

Seulement 42% des personnes interrogées accepteraient de bénéficier d'un sondage urinaire par un médecin généraliste.

Une différence significative est observée concernant les réponses en fonction du sexe : les hommes consulteraient plus souvent que les femmes (49% vs 35%, $p=0.008$). Il est à noter que le risque de rétention aiguë d'urine est 10 fois moins important pour les femmes que pour les hommes (73,74). Etant moins touchées par cette pathologie, il est possible que les femmes aient moins de connaissances sur ce sujet.

La faible prévalence de cette pathologie pourrait expliquer le manque de connaissance des patients sur la réalisation de cet acte technique au sein du cabinet de médecine générale.

d) Le geste d'ophtalmologie : le retrait d'un corps étranger oculaire

Ce geste est réalisable par un médecin généraliste seulement s'il n'y a pas de traumatismes perforants ou d'atteinte de la cornée. La nature de l'agent causal limite également la prise en charge ambulatoire(75,76). Les consultations en médecine générale pour des traumatismes oculaires sont évaluées à 2 consultations par an et par médecin (77).

Une évaluation auprès des internes de médecine générale a été réalisée, ces derniers expriment que leur formation en ophtalmologie ne leur a pas permis d'acquérir ce geste technique(22). De plus, une grande proportion des généralistes ne souhaite pas le pratiquer(20).

Peu d'études ont été réalisées sur les limites des médecins généralistes face aux problèmes ophtalmologiques. Il s'agit surtout d'études étrangères qui mettent en avant le manque de formation comme limite principale(78,79). En France, un site internet, ophtalmoclic.fr, a été conçu pour faciliter le diagnostic des pathologies oculaires les plus fréquentes pouvant être rencontrées en médecine générale(80). Pour les traumatismes de l'œil, il y est systématiquement conseillé de faire appel à un ophtalmologue.

Dans notre enquête, 40% des personnes interrogées consulteraient un médecin généraliste pour cet acte. Il n'y a pas de différence significative constatée à cette question.

Ainsi, la limite à la réalisation de ce geste technique concerne plus souvent les médecins généralistes que les patients. Une minorité de patients accepterait de consulter un omnipraticien pour ce geste technique. Cela suppose qu'ils auraient connaissance du fait que ce geste est peu pratiqué en médecine générale.

e) Le geste de rhumatologie : la ponction d'un épanchement du genou

Il a été retrouvé que les pathologies ostéoarticulaires sont les premiers motifs de consultations des patients douloureux (49%), au sein d'un cabinet de médecine générale(81). Les freins rencontrés par les médecins généralistes pour la ponction d'un épanchement du genou sont les mêmes que ceux évoqués précédemment concernant la réalisation d'infiltrations intra articulaires (*cf.* II. B. 2 c)(53). De plus, il est nécessaire de modifier le contrat basique d'assurance responsabilité professionnelle des médecins généralistes afin d'y ajouter une protection concernant ce geste technique.

Dans notre étude, cette question suscite moins de réponses positives (44%) que celle portant sur la réalisation d'une infiltration périarticulaire (54%). Des différences significatives apparaissent selon l'âge et l'appartenance à un groupe de catégorie socioprofessionnelle.

Les réponses des hommes sont plus positives que celles des femmes (52% vs 36%, $p=0.002$). Les raisons, déjà discutées sur cette différence genrée, permettent d'expliquer, en partie, ce constat, et ce, bien que les femmes soient plus touchées par les pathologies arthrosiques susceptibles de provoquer des épanchements articulaires(82).

Les personnes appartenant aux groupes de catégories socioprofessionnelles les plus sujettes à ce type de pathologie, à savoir les agriculteurs, artisans, autoentrepreneurs et salariés dans le domaine du bâtiment, (groupes 1 et 3 de notre étude), accepteraient plus facilement la réalisation d'une ponction de genou chez le médecin généraliste (56% et 54%)(83–85). Il n'existe pas de différence significative en fonction de l'âge mais il s'agit surtout des 25-65 ans, populations principalement actives, qui accepteraient plus volontiers de consulter un médecin généraliste pour ce type de geste. L'étude bibliographique d'une thèse de 2013, portant sur l'arthrose des membres inférieurs, révèle que les personnes de plus de 65 ans représentent 30% des cas d'arthrose symptomatique du genou et que les moins de 25 ans ne sont pratiquement pas touchés. Le groupe 4, composé d'individus d'âges et de modes de vie variés, présente le moins de réponses positives (32.2%).

Le fait que la majorité de nos enquêtés ne se dirigerait pas vers un médecin généraliste, pour la réalisation de cet acte, démontre un manque de connaissance de leur part concernant la réalisation de ce geste par les omnipraticiens.

f) Le geste de dermatologie : l'exérèse d'un naevus

L'évaluation de lésions tumorales bénignes ou malignes représente 12.8% des motifs dermatologiques de consultations du médecin généraliste(86). L'indication de l'exérèse d'un naevus, en médecine générale, se limite aux naevus d'allures bénins, inesthétiques ou gênants(87). Une lésion suspecte de mélanome doit bénéficier d'un avis dermatologique selon les recommandations de l'HAS(88).

Les obstacles rencontrés par les médecins généralistes pour la prise en charge de lésions tumorales cutanées, suspectes de mélanome, sont le manque de temps, une formation insuffisante, les doutes face au dépistage du mélanome, la culpabilité par rapport au risque d'erreur et le déshabillage des patients(86).

Nous remarquons 30,25% de réponses positives à cette question. Une différence significative est observée pour les catégories socioprofessionnelles. Ce sont les retraités qui refuseraient le plus de consulter un médecin généraliste concernant l'exérèse d'un naevus (83%, $p=0.044$). Il convient de noter qu'il s'agit des individus les plus à risque de lésions cutanées malignes. Selon l'HAS, toute personne à risque de tumeurs cutanées malignes nécessite une évaluation dermatologique systématique. Cette différence montre une probable connaissance des retraités sur le fait que cet acte ne sera pas réalisé par un omnipraticien(88,89).

Ce geste apparaît donc comme un acte présentant peu d'indications en médecine générale. Les réponses recueillies nous permettent de supposer que les patients savent que ce geste est peu pratiqué par les médecins généralistes.

3. Les gestes non réalisés en pratique courante par les médecins généralistes

a) L'extraction dentaire

La chirurgie dentaire ne fait pas partie des compétences des omnipraticiens. Nous constatons qu'une part minime des personnes interrogées (6%) irait chez un médecin généraliste pour une extraction dentaire. Cela implique le fait que la quasi-totalité des personnes interrogées sait qu'un médecin généraliste ne peut réaliser cet acte.

Une différence significative existe dans les réponses obtenues en fonction de l'âge des enquêtés ($p=0.023^*$). Les personnes faisant partie des âges extrêmes de notre échantillon accepteraient de consulter un médecin généraliste plus facilement pour une extraction dentaire (8.7% pour les plus de 65 ans et 8.6% pour les 18-24 ans) que les 25-49 ans (6.5%) et les 50-65 ans (4.3%).

Nous pouvons supposer que les réponses des personnes de plus de 65 ans sont liées à un besoin plus accru en soins dentaires et qu'elles en tireraient un bénéfice important si certains

actes d'odontologie étaient pratiqués par les médecins généralistes(90). Aussi, nombreux patients ont une image négative des dentistes, à cause de représentations conscientes ou inconscientes(91). Les plus jeunes gardent en mémoire les sensations désagréables liées à leurs premiers soins dentaires(91). Les réponses négatives des plus jeunes sont, peut-être, dues au fait qu'elles souhaiteraient éviter la réalisation de ce geste technique, peu importe les professionnels rencontrés.

Ce geste technique, connu par les patients, a suscité des réponses en quasi adéquation avec la réalité des faits.

b) La gastroscopie, l'exsufflation d'un pneumothorax et le myélogramme

Nous observons qu'environ 19% des personnes interrogées accepteraient la réalisation d'une gastroscopie et d'un myélogramme par un médecin généraliste. L'exsufflation d'un pneumothorax est acceptée par 23.98% des personnes interrogées.

Ces réponses positives montrent un certain manque de connaissance des enquêtés. Cette tendance peut aussi signifier une confiance très importante en leur médecin généraliste. Il est également possible que certaines des réponses positives soient liés à un biais d'enquêteur. Ces personnes ont pu lui offrir des réponses positives afin de valoriser son travail.

Une différence significative est observée en fonction du sexe de la personne interrogée pour la gastroscopie ($p=0.015$) et pour l'exsufflation d'un pneumothorax (0.0003). Les hommes consulteraient plus des médecins généralistes que les femmes pour ces gestes, respectivement 24% et 32% contre 14% et 16%. Il est alors possible de prêter aux femmes une connaissance plus grande concernant la non réalisation de ces gestes techniques car, statistiquement, ce sont elles qui fréquentent plus les cabinets médicaux(54).

Une différence significative est observée en fonction de la tranche d'âge des personnes interrogées pour la réalisation d'une gastroscopie ($p=0.005$). Plus la personne interrogée est jeune et plus elle accepterait la pratique de cet acte par un omnipraticien (18/24 ans=31.4%, 25/49ans=24.1%, 50/65 ans=13.8%, plus de 65 ans=6.5%). Cette relation est inversement proportionnelle à la prévalence des gastrites chroniques constatées par l'Observatoire de la

Médecine Générale en 2009. Cela suppose un manque de connaissances des plus jeunes concernant les gestes non pratiqués par les médecins généralistes(92).

Pour les groupes de catégories socioprofessionnelles, les différences significatives observées concernent la réalisation d'une gastroscopie ($p=0.005$), d'un myélogramme ($p=0.035$) et de l'exsufflation d'un pneumothorax ($p=0.007$). Les personnes du groupe 3 sont celles qui iraient le plus consulter un omnipraticien pour la réalisation d'une gastroscopie et d'un myélogramme (27.3% pour ces 2 actes). Ainsi, ces données permettent de supposer que les connaissances des « ouvriers et employés » sont moindre pour les 2 gestes techniques cités ou qu'ils font plus confiance au médecin généraliste que les autres catégories socioprofessionnelles.

Pour ces 3 gestes, les réponses sont plus négatives pour les personnes appartenant à notre 4^{ème} groupe. Ce groupe est difficilement exploitable du fait de la diversité de sa composition sociale. Les réponses données semblent tout de même homogènes concernant les comparaisons réalisées entre les retraités et les autres inactifs pour les questions sur le myélogramme et l'exsufflation d'un pneumothorax, respectivement 9.7% et 15.3% contre 13% et 17.4%. Pour la gastroscopie, nous ne constatons pas de différence significative. Cependant, il existe un écart non négligeable entre ces 2 sous-groupes car les retraités présentent 5,6% de réponses positives et les autres inactifs 15,2%. Les retraités semblent mieux savoir que les autres inactifs que ce geste n'est pas réalisable au cabinet du médecin généraliste, en dehors de toute significativité.

Le degré d'urgence et la nécessité d'une prise en charge rapide d'un pneumothorax peuvent justifier le fort taux de réponses positives. Les personnes du groupe 1 sont celles qui accepteraient facilement et ce de manière significative ($p=0.007$) la réalisation d'une exsufflation d'un pneumothorax. Ce geste ne peut pas être maîtrisé par les médecins généralistes du fait de la faible probabilité que ceux-ci se retrouvent face à une personne atteinte d'un pneumothorax mal supporté dans leurs cabinets.

c) L'EMG

42% des personnes interrogées accepteraient la réalisation d'une EMG. Cet examen complémentaire semble ainsi attirer leur attention.

Nous ne constatons pas de différence significative en fonction du sexe, de l'âge et du groupe de catégories socioprofessionnelles.

En dehors de toute significativité, il est possible de remarquer que plus la personne interrogée est jeune et plus elle accepterait de consulter un médecin généraliste pour une EMG. Le risque de présenter ces troubles s'aggrave avec l'âge des travailleurs(93). Nos résultats suggèrent une moins bonne connaissance des plus jeunes sur la « non pratique » de cet acte technique.

Il semble qu'il existe une part non négligeable de patients qui accepteraient de consulter un médecin généraliste pour la réalisation d'un EMG. Le fait que le taux de réponses positives ne coïncide pas avec la réalité de la pratique des omnipraticiens, pourrait s'expliquer, en partie, par un manque de connaissance des personnes interrogées.

C. Discussion des réponses des étudiants de l'échantillon 2 à propos des gestes techniques en médecine générale

1. Synthèses des analyses descriptives de notre échantillon 2

Il est intéressant de constater que les gestes techniques les plus acceptés, par la totalité de notre échantillon 1, sont les mêmes pour l'échantillon 2. Les étudiants, de manière générale, accepteraient de consulter à plus de 50% un médecin généraliste pour 12 des 25 gestes techniques proposés.

Des réponses recueillies sont discordantes entre les étudiants en médecine et les étudiants hors médecine à propos de quatre gestes.

D'abord, le FCV et l'évacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe sont acceptés plus fréquemment par les étudiants en médecine (à plus de 50%), contrairement aux étudiants non médecine.

Ensuite, la réalisation d'une EMG et la ponction d'un épanchement du genou sont refusées par plus de 50 % des étudiants en médecine, alors que ces gestes sont acceptés à plus de 50 % par les autres étudiants.

2. Les gestes réalisables par un médecin généraliste

a) Les différences significatives constatées, hors gestes de gynécologie

Les analyses comparatives de nos 2 groupes d'étudiants révèlent seulement deux différences significatives entre les réponses de ces-derniers.

L'évacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe est la seule question où l'on constate que les étudiants en médecine consulteraient plus, et ce, de manière significative un médecin généraliste que les autres étudiants (55% vs 28%, $p=0.015$). Cela laisse présumer une meilleure connaissance des futurs médecins sur le sujet.

Pour la ponction d'un épanchement du genou, notre étude constate que les étudiants en médecine consulteraient moins que les étudiants non médecine (39% vs 64%, $p=0.028$). Ces résultats peuvent s'interpréter de deux manières différentes. Soit les étudiants, autre qu'en étude de médecine, ont de meilleures connaissances que les étudiants en médecine, soit ces individus

sont ceux qui font le plus confiance aux médecins généralistes. Les réponses des étudiants en médecine peuvent dévoiler une connaissance faible du métier de médecin généraliste (94) et peuvent s'expliquer par l'image négative portée par la spécialité « médecine générale ».

En effet, différents travaux, réalisés sur l'image de la médecine générale auprès des étudiants du 1^{er} et 2^{ème} cycle des études médicales, expliquent que la médecine générale intéresse peu ces étudiants (27,29,94,95). Il ne considèrent pas cette discipline comme une spécialité médicale(94). Le fait que la durée de l'internat de médecine générale soit plus courte que les autres spécialités peut contribuer à l'image moins prestigieuse de cette discipline par rapport aux autres, qui elles sont ressenties comme plus valorisantes. L'attractivité de la médecine générale a été évaluée par le choix de spécialisation des étudiants lors de leur entrée dans le 3^{ème} cycle de leurs études et elle est l'une des spécialités la moins désirée(96).

b) Les différences non significatives constatées pour les gestes réalisables par un médecin généraliste, hors gestes de gynécologie

Il est intéressant de remarquer que les réponses plus positives sont offertes par les étudiants ne pratiquant pas d'études de médecine, pour 7 des 15 gestes techniques concernés par cette partie de notre travail. Nous ne pouvons conclure à une meilleure connaissance de ces gestes par les étudiants qui ne réalisent pas d'étude de médecine. Cependant, nous pouvons supposer que ces personnes ont une représentation plus positive de la médecine générale que les étudiants en médecine.

Une thèse, s'intitulant « *Quelles sont les représentations des patients vis-à-vis des gestes techniques pratiqués par les médecins généralistes en cabinet ?* » réalisée en 2017, permet de mieux comprendre les attentes des patients concernant la pratique des gestes techniques par les médecins généralistes(97). Il y est constaté que cette pratique est peu connue par les patients, mais qu'ils souhaiteraient que certains gestes soient pratiqués plus souvent par les médecins généralistes. C'est un facteur qui expliquerait pourquoi les étudiants, ne pratiquant pas des études de médecine, accepteraient plus volontiers des gestes techniques.

Le fait que les étudiants en médecine aient une vision plus cloisonnée de la pratique des gestes techniques, peut s'expliquer par leur formation universitaire. Durant ce cursus, les cours théoriques et les stages sont dominés par l'apprentissage de connaissances à destination d'une pratique plus hospitalière. Même si toutes les compétences acquises par ces étudiants seront utiles aux futurs omnipraticiens, il peut être compréhensible, qu'au stade de leurs études, ces

personnes n'en aient pas conscience et manquent de mettre en perspective ces apprentissages. Les étudiants associent un geste avec une spécialité d'organe ce qui peut les mener à penser que ces actes ne peuvent être réalisés par d'autres spécialistes. De plus, les étudiants en médecine n'ont qu'un seul stage en médecine générale, souvent en 5ème année, et chez un seul praticien ce qui limite leur vision des possibilités de gestes réalisables en médecine générale.

c) Les gestes de gynécologie

Les réponses obtenues pour la question du FCV et celle du DIU sont majoritairement négatives pour nos 2 groupes et ce peu importe le sexe des étudiants interrogés.

Une différence significative est observée pour la comparaison des réponses des femmes concernant la question du FCV. Les étudiantes en médecine accepteraient plus souvent de consulter un médecin généraliste que les autres étudiantes (36% vs 10%, $p=0.039$). Nous pouvons supposer qu'il existe une connaissance plus grande des étudiantes en médecine concernant la pratique du FCV par un médecin généraliste. Nous en avons déjà discuté pour notre échantillon 1(65). Le faible taux de réponses positives observé pour nos 2 groupes d'étudiantes pourrait se justifier par les mêmes arguments déjà discutés dans la discussion concernant les gestes de gynécologie de notre échantillon 1(66,98,99).

La pose d'un DIU est également peu acceptée par les étudiants et les étudiantes de nos 2 groupes analysés. Nous ne constatons pas de différence significative.

La question concernant la pose d'un implant contraceptif sous-cutané est celle qui apporte le plus de réponses positives pour les actes de gynécologie proposés. Les étudiantes accepteraient plus souvent ce geste technique que les autres gestes déjà discutés dans cette partie de notre thèse. La pose de cet implant par un médecin généraliste est acceptée par 50% des étudiantes en médecine. Ces réponses, plus fortement positives, peuvent s'expliquer par le fait que ce geste technique ne concerne pas la zone périnéale. Les freins des femmes, liés à la pudeur et à la gêne de l'examen gynécologique, y sont forcément amoindris.

3. Les gestes non réalisables par un médecin généraliste

Pour ces gestes techniques, les réponses sont toutes majoritairement négatives pour nos 2 groupes d'étudiants, à l'exception de la question portant sur la pratique de l'EMG.

La comparaison des réponses en fonction des études pratiquées pour réalisation d'une EMG trouve une différence significative. Elle est plus acceptée par les étudiants non médecine que par les étudiants en médecine (62% vs 30.3%, $p=0.005$). A Nancy, les premiers cours de neurologie, où il est traité des pathologies pouvant conduire à la réalisation d'une EMG, se font à partir de la 3^{ème} année d'études. Les premiers enseignements théoriques dispensés à ces-derniers permettent probablement une meilleure connaissance de ceux-ci pour cette question.

La comparaison des réponses de nos 2 groupes d'étudiants pour la réalisation d'une extraction dentaire trouve une différence significative ($p=0.038^*$). Aucun étudiant en médecine interrogé accepterait la réalisation d'un tel acte par un médecin généraliste. Leur connaissance est nettement supérieure à celle des autres étudiants concernant cet acte technique. Ils savent que la chirurgie dentaire est un métier différent de celui de médecin car des cursus universitaires distincts leurs sont dédiés.

La comparaison des réponses entre nos 2 groupes d'étudiants concernant l'exsufflation d'un pneumothorax trouve une différence significative ($p=0.002$). Les étudiants en médecine refuseraient ce geste à 90.9% contre 60% pour les autres étudiants. Nous pouvons, à nouveau, penser que les étudiants en médecine détiennent une connaissance plus importante pour cet acte. A Nancy, les premiers cours concernant l'appareil respiratoire ont lieu dès la deuxième année d'étude. Les étudiants en médecine de Nancy détiennent des connaissances médicales théoriques supérieures grâce aux enseignements dont ils disposent dès leur année de FGSM2.

Le fait qu'il existe des gestes techniques non réalisables au sein d'un cabinet de médecine générale est plus connu par les étudiants en médecine.

Il n'est pas constaté de différence significative concernant les questions portant sur la réalisation d'un myélogramme ou d'une gastroscopie. Le fort taux de réponses négatives, pour ces deux gestes, montre une connaissance, proche de la réalité, détenue par nos 2 groupes d'étudiants.

V. Conclusion

L'objectif de notre travail était d'évaluer les connaissances des patients sur la pratique des gestes techniques au sein d'un cabinet de médecine générale.

Les différents freins, à la réalisation d'actes techniques, ressentis par les patients et par les médecins peuvent expliquer, en partie, le manque de connaissance et de demande des personnes qui ont répondu à notre questionnaire. L'offre de soins de premiers recours semble se partager entre la médecine générale et la médecine d'urgences.

Globalement, les patients accepteraient la réalisation de la plupart des gestes, que nous avons sélectionnés, par les généralistes. Cependant, pour certains actes, tels que la ponction d'un épanchement du genou ou la pose d'une sonde urinaire, ils ne consulteraient pas d'omnipraticien. Ce constat est encore plus net pour les gestes de gynécologie.

Aussi, selon les cas, les réponses semblent dépendre de caractéristiques sociodémographiques des enquêtés. Ainsi, une nouvelle analyse sur le sujet pourrait permettre de mieux appréhender les besoins et les connaissances des patients, sur la pratique des gestes techniques par un médecin généraliste, en fonction de leur appartenance à une catégorie socioprofessionnelle.

Il est important de noter que les réponses obtenues ne nous permettent pas de conclure, de façon certaine, d'un manque, ou d'une présence, de connaissances détenues par des patients. Les réponses variant d'un acte à l'autre, il convient de noter que la formulation elle-même des questions prête les réponses à interprétation. En dehors des connaissances des individus, il peut aussi en aller de leur pudeur, de leur confiance en leur médecin traitant ou d'autres freins qui leur sont propres. Concernant les gestes non réalisables au cabinet de médecine générale, il convient de noter que les enquêtés ont abondé très majoritairement dans ce sens.

Notre travail permet également de relativiser la réalisation des gestes techniques par les omnipraticiens. Une amélioration de l'information sur ces pratiques pourrait augmenter la demande des patients car leurs réponses varient selon les gestes, qui ont été proposés, et aussi, semble-t-il, selon la confiance qu'ils accordent aux médecins généralistes. Il serait intéressant d'observer si une communication sur la possibilité de réaliser ces gestes chez le médecin traitant de patients modifierait leurs demandes.

Enfin, la réalisation des gestes techniques pourrait être augmentée par un renforcement de cette pratique auprès des étudiants en médecine. Cela modifierait, dans une certaine mesure, leurs regards portés sur les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale. Il en va du maintien de cette pratique particulière par les omnipraticiens.

VI. Bibliographie

1. CNGE C, CASSF C. Référentiels métiers et compétences. Médecins Généralistes Sages-Femmes Gynécologues-Obstétriciens Paris Berg-Levrault. 2010;
2. CNGE. Marguerites des compétences des médecins généralistes. 2013.
3. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;108:148–55.
4. Asmar R. Traité des actes techniques en médecine générale. les Nouveaux généralistes; 1992. 371 p.
5. Guillot F. Gestes techniques en médecine générale: évaluation des besoins de formation en Basse-Normandie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen Normandie; 2015.
6. Sandler O. Gestes et actes techniques en médecine générale: mise en évidence des facteurs limitant leur réalisation dans le Cotentin [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen Normandie; 2016.
7. Lecler A-S, 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 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2017.
8. Quer S, Saint-Martin A. Evènements indésirables survenus lors de gestes techniques en médecine générale: impact sur la pratique des médecins généralistes dans le Tarn [Thèse d'exercice]. [France]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017.
9. La Tour B de. Les gestes techniques pratiqués par les médecins généralistes: enquête déclarative auprès de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2014.
10. Renault M-C. Médecins : le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous région par région [Internet]. FIGARO. 2017 [cité 21 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2017/03/23/20002-20170323ARTFIG00004-dentiste-ori-ophtalmologue-decouvrez-le-delai-d-attente-par-region.php>
11. Baromètre de l'accès aux soins JALMA [Internet]. jalma smart santé; 2017. Disponible sur: <http://apps.smartsante.com/barometre-acces-soins/>
12. René L. Code de déontologie médicale. Ed. du Seuil; 1996.
13. Gay B, Saccone P, Valverde-Carrillo A. 80 gestes techniques en médecine générale: guide des bonnes pratiques. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson, DL 2006; 2006. 340 p.
14. Beckius Y. Actes et gestes techniques réalisés en cabinet de médecine générale: à quelle pratique médicale s'attendre en fonction de son installation ? Une étude statistique des pratiques en médecine générale sur la région sanitaire de l'Alsace. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2009.

15. Christophe F. Etude de la pratique de gestes techniques au cabinet de médecine générale dans le département de la Somme [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2009.
16. Begoc-Kerloc'h C. Evaluation d'une formation sur les gestes techniques du département universitaire de médecine générale de la faculté de Brest [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2011.
17. Dubois Jacques V. Les gestes techniques en médecine générale, état des lieux en Loire-Atlantique et Vendée [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2012.
18. Szymaniuk Alchimowicz MM. Pratique et avenir des gestes techniques en médecine générale: enquête auprès de 120 médecins généralistes du département du Haut-Rhin [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2012.
19. Waymel H. Etat des lieux des gestes techniques en médecine générale et obstacles à leur réalisation: enquête réalisée dans la région Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. [France]: Université du droit et de la santé Lille; 2013.
20. Boulard B, Sévrin Y. Réalisation des gestes techniques en cabinet libéral: Étude des pratiques des médecins généralistes en Haute-Normandie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2013.
21. Daulier E. L'enseignement des gestes et techniques en France: entre disparités et consensus [Thèse d'exercice]. [France]: UPEC. Faculté de médecine; 2014.
22. Haget F. Déterminants de la participation facultative des internes en médecine générale de l'université de Bordeaux à des ateliers de gestes techniques. Enquête qualitative auprès d'internes en SASPAS [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux; 2014.
23. La Tour B de. Les gestes techniques pratiqués par les médecins généralistes: enquête déclarative auprès de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2014.
24. Luz X. Les gestes techniques en médecine générale: enquête auprès des médecins généralistes du Tarn [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier, Toulouse 3; 2014.
25. Noël C. Pratique et cotation des gestes techniques effectués au cabinet par les médecins généralistes d'Ille et Vilaine: étude observationnelle, descriptive, transversale, sur un échantillon de 166 médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2016.
26. Définition - Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles / Catégories socioprofessionnelles / CSP / PCS / PCS-ESE / Catégories socioprofessionnelles / CSP / PCS / PCS-ESE | Insee [Internet]. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1493>

27. Prodhomme M. Le stage chez le praticien en DCEM 3 (MED 5): un facteur influençant dans le choix d'une carrière de médecin généraliste ? [Thèse d'exercice]. [France]: Faculté de médecine Henri Warembourg Lille 2; 2014.
28. Pigache C, Lamort-Bouché M, Chaneliere M, Dupraz C, Girier P, Le Goaziou M-F. Le stage d'externe en médecine générale ambulatoire. Des représentations à la réalité. *Pédagogie Médicale*. mai 2015;16(2):119-32.
29. Boutillier B. Vision des étudiants de PCEM et DCEM sur la médecine générale [Mémoire pour l'obtention de la qualification en médecine générale]. [France]: Université de Picardie; 2004.
30. Bloy G, Schweyer F-X. Activités et pratiques des médecins généralistes. In: *Singuliers généralistes* [Internet]. Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique; 2010 [cité 15 août 2019]. p. 55-74. Disponible sur: <https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-page-55.html>
31. Borgne J-Y, Naveteur A. L'ECG en médecine générale. *Rev Prat Médecine Générale*. 2011;(854):78-79.
32. Ducrot P. Utilisation de l'électrocardiogramme en médecine générale: indications, interprétation et conduite tenue, Etude portant sur 211 médecins généralistes de l'Arrageois, Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. [f]: Faculté de médecine Henri Warembourg Lille 2; 2014.
33. Varraud J-M. Moteurs et freins à l'utilisation de l'électrocardiogramme en médecine générale: étude quantitative dans le département du Cantal [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Clermont I; 2013.
34. Fourcade N, Von Lennep F, Grémy I, Bourdillon F, Luciano L, Rey S, et al. L'état de santé de la population en France—Rapport 2017. Paris DREES—Santé Publique Fr. 2017;
35. Assayag P. Maladies cardiovasculaires du sujet âgé. *Rev Prat*. 2009;59:4.
36. ALD n°13 - Maladie coronarienne [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 27 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_534304/fr/ald-n13-maladie-coronarienne
37. ALD n° 5 - Fibrillation auriculaire [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 27 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_568395/fr/ald-n-5-fibrillation-auriculaire
38. ALD n°5 - Insuffisance cardiaque systolique [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 27 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_534689/fr/ald-n5-insuffisance-cardiaque-systolique
39. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2059286/fr/prise-en-charge-de-l-hypertension-arterielle-de-l-adulte
40. Mette C, Barnay T, de Saint Paul T. Dossiers Solidarité et Santé. In France: DREES et DARES; 2016. p. 40.

41. Coowar B. Prise en charge de la petite traumatologie en médecine de ville [Thèse d'exercice]. [France]: Faculté mixte de médecine et de pharmacie de ROUEN; 2011.
42. Decot T. Ressenti du médecin généraliste au cours de la prise en charge d'un patient brûlé : intérêt de la télémedecine [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier; 2017.
43. Bartolomeo N. Qualité de la prise en charge des abcès superficiels par les médecins généralistes en région Bretagne, intérêt d'une formation [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2018.
44. BISMUTH C. Circulaire CIR-58/2008. CNAMTS; 2008 nov.
45. Niveau de vie selon la catégorie socioprofessionnelle en 2016 | Insee [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489735#tableau-tableau2>
46. Que faire en cas d'hématome sous l'ongle ? [Internet]. [cité 29 juill 2019]. Disponible sur: https://www.allodocteurs.fr/bien-etre-psycho/beaute-soins-du-corps/soins-des-ongles/que-faire-en-cas-d-039-hematome-sous-l-039-onglenbsp_8986.html
47. Baubeau C. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. DREES. 2003;215.
48. Rouzier S, Vardon D, Joly M, De Mas Latrie T, Boyeau-Desmarres C, Six P, et al. Analyse des déterminants du recours et des caractéristiques sociodémographiques des patients se présentant spontanément aux urgences sans avis médical préalable. Ann Fr Médecine Urgence. 1 mai 2014;4(3):143-52.
49. Netgen. Rhumatologie. Infiltrations intra-articulaires en rhumatologie : mise au point [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 3 août 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-500-501/Rhumatologie.-Infiltrations-intra-articulaires-en-rhumatologie-mise-au-point>
50. Guillaume G. Infiltrations articulaires et para-articulaires chez le sportif: intérêts et limites. J Traumatol Sport. 1 juill 2007;24(2):77-85.
51. Aptel M, Aublet-Cuvelier A, Cnockaert J-C. Les troubles musculosquelettiques du membre supérieur liés au travail. Rev Rhum. 1 déc 2002;69(12):1181-90.
52. Rollin L, Caillard J-F. Affections rhumatologiques reconnues au titre des maladies professionnelles. EMC-ACOS Traité Médecine. 2010;1-5 [Article 7-0820].
53. Laporte S, Lebel C. Les infiltrations de corticoïdes en cabinet de médecine générale : Pratiques, réticences et souhaits Analyse qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [France]: Université Joseph Fourier Grenoble; 2013.
54. Aliaga C. Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes. INSEE. 2002;(869):4.
55. Fédération des Médecins de France. Tableaux actes courants Médecine générale. www.fmfpro.org; 2019.

56. Perini R. Pratique d'immobilisation rigide en médecine générale dans la petite traumatologie du membre supérieur [Thèse d'exercice]. [France]: Faculté de médecine de Nice; 2018.
57. Kharoubi S. Corps étrangers des fosses nasales : étude de 700 cas et revue de la littérature. J Pédiatrie Puériculture. 1 déc 2010;23(6):314-21.
58. Dubois M, François M, Hamrioui R. Corps étrangers de l'oreille; à propos d'une série de 40 cas. Arch Pédiatrie. 1 sept 1998;5(9):970-3.
59. de Saint Paul T, Bouchardon M. Le temps consacré aux activités parentales. DREES Etudes Résultats. mai 2013;6.
60. Qui s'occupe des enfants ? [Internet]. Centre d'observation de la société. [cité 5 août 2019]. Disponible sur: <http://www.observationsociete.fr/structures-familiales/couples/qui-soccupe-des-enfants.html>
61. Carrasco B. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. Etudes Résultats. 2003;8.
62. Daniel SJ, Gada K. Cérumen, vous avez dit? Médecin Qué. mai 2017;42(5):4.
63. Foul M. Face à la pénurie de gynécologues médicaux, généralistes et sages-femmes soulignent leur propre rôle central. Le Quotidien du médecin [Internet]. 3 janv 2018 [cité 5 août 2019]; Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/face-la-penurie-de-gynecologues-medicaux-generalistes-et-sages-femmes-soulignent-leur-propre-role>
64. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee
65. Héloïse G. Etat des lieux du suivi gynécologique en médecine générale : revue de la littérature [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2018.
66. Gambiez-Joumard A. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin [Thèse d'exercice]. [France]: Université Jean Monnet Saint-Etienne; 2010.
67. Dépister le cancer du col de l'utérus grâce au frottis [Internet]. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-col-uterus/frottis-depistage>
68. Abramowitz L, Benabderrahmane M, Pospait D, Philip J, Laouénan C. The prevalence of proctological symptoms amongst patients who see general practitioners in France. Eur J Gen Pract. 2014;20(4):301–306.
69. Tournu G. Evaluation de la part de la proctologie en médecine générale : étude nationale prospective [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot-Paris 7; 2015.

70. Marche H. La saleté corporelle et l'« amour propre » : mémoire sociale et figures de l'intime. Face À Face Regards Sur Santé [Internet]. 1 mars 2003 [cité 7 août 2019];(5). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/faceaface/420>
71. Durel L. Sondage : Les Français pas toujours à l'aise avec leur médecin [Internet]. Actu Santé .net. 2017 [cité 8 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.actusante.net/societe/sondage-francais-toujours-a-laise-medecin-7988>
72. Boissier R. Prise en charge d'une rétention aiguë d'urine. J Eur Urgences Réanimation. 1 août 2012;24(2):78-85.
73. Gardic S, Descazeaud A. Rétention urinaire aiguë. Rev Prat Médecine Générale. 2016;30(953):3.
74. Mevcha A, Drake MJ. Etiology and management of urinary retention in women. Indian J Urol IJU J Urol Soc India. 2010;26(2):230.
75. Stevens S. Extraction d'un corps étranger cornéen. Rev Santé Ocul Communaut. 2011;8(9):21.
76. Traumatismes de l'oeil [Internet]. SNOF. 2011 [cité 8 août 2019]. Disponible sur: <https://www.snof.org/encyclopedie/traumatismes-de-loeil>
77. Observatoire de la Médecine Générale. Informations épidémiologiques sur les pathologies et leur prise en charge en ville. Dispon Sur Internet Httpomg Sfmng Orgcontentdonneestop25 Php. 2009;
78. Espíndola RF de, Teixeira FC, Yamakami IM, Silva HRF da, Freitas JAH de. Lack of basic ophthalmic information about ocular emergencies among non-ophthalmologists. Arq Bras Oftalmol. 2006;69(1):11–15.
79. Gibson C, Roche E. A survey of general practitioners' knowledge and perceived confidence with clinical ophthalmology. Ir Med J. 2014;107(6):173–175.
80. Cléron B. Conception d'un outil internet à l'usage des médecins généralistes pour la gestion des problèmes ophtalmologiques aigus : Ophtalmoclic.fr [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux; 2017.
81. Maisonneuve M. La fréquence de la douleur comme motif de consultation en médecine générale: résultats issus de l'étude ECOGEN [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2017.
82. Roux C. Arthrose des membres inférieurs : aspects épidémiologiques, cliniques et fondamentaux [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Nice-Sophia Antipolis; 2014 [cité 9 août 2019]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01249544>
83. Garstang SV, Stitik TP. Osteoarthritis: epidemiology, risk factors, and pathophysiology. Am J Phys Med Rehabil. 2006;85(11):S2–S11.
84. Byers PD, Contepomi CA, Farkas TA. A post mortem study of the hip joint. Including the prevalence of the features of the right side. Ann Rheum Dis. 1970;29(1):15.

85. Kellgren JH. Osteoarthritis in patients and populations. *Br Med J*. 1961;2(5243):1.
86. Avogadro-Leroy S. Pathologies cutanées en médecine générale: une étude quantitative en Haute-Normandie [Thèse d'exercice]. [France]: Faculté mixte de médecine et de pharmacie de ROUEN; 2012.
87. Item 149—Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques: naevus. In: *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2012. p. A158–A163.
88. Haute autorité de santé. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique Mélanome cutané. www.has-sante.fr. 2012.
89. Senet P. CARCINOMES ET LÉSIONS CUTANÉES BÉNIGNES DU SUJET ÂGÉ. *Rev Prat Médecine Générale*. 2012;(884):507–512.
90. Radoï L, Veille-Finet A, Dupuis V, Folliguet M. Impact de l'état bucco-dentaire sur la santé générale : actualisation des connaissances. *Rev Gériatrie*. 2016;(1):12.
91. Touati G. La peur des soins dentaires : gestion des patients phobiques [Thèse d'exercice]. [Fran]: Faculté de chirurgie dentaire Nancy; 2010.
92. Informations épidémiologiques sur les pathologies et leur prise en charge en ville : données en consultation pour GASTRITE CHRONIQUE [Internet]. Observatoire de la Médecine Générale. 2009 [cité 17 août 2019]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>
93. Roquelaure Y, Ha C, Leclerc A, Touranchet A, Mariot C, Imbernon E, et al. Troubles musculo-squelettiques en France : données du réseau pilote de surveillance épidémiologique dans les entreprises des Pays de la Loire en 2002 et 2003. *Santé Société Solidar*. 2006;5(2):35-43.
94. Bour E. Evaluation du stage en médecine générale en deuxième cycle des études médicales à Nancy [Thèse d'exercice]. [France]: Université Henri Poincaré Nancy 1; 2010.
95. Wibaux Riboulet C. Conférence de préparation aux épreuves classantes nationales et représentation de la médecine générale: impact d'une conférence de médecine générale sur la représentation de la spécialité de 177 étudiants de DCEM 4 à la faculté Lille 2 [Thèse d'exercice]. [France]: Université du droit et de la santé Lille; 2014.
96. Lang S. Internat : les spécialités les plus prisées... sont aussi les mieux rémunérées. *Le Quotidien du médecin* [Internet]. 15 juill 2019 [cité 21 août 2019]; Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/etudes-medicales/internat-les-specialites-les-plus-prisees-sont-aussi-les-mieux-remunerees>
97. Lopez A. Quelles sont les représentations des patients vis-à-vis des gestes techniques pratiqués par les médecins généralistes en cabinet? [Thèse d'exercice]. [France]: Faculté de médecine AIX-MARSEILLE UNIVERSITE; 2017.
98. Bozon M, Leridon H. Les constructions sociales de la sexualité. *Population*. 1993;48(5):1173-95.

99. Gaté J. Nudité [Internet]. La Découverte; 2016 [cité 7 août 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/encyclopedie-critique-du-genre--9782707190482-page-409.htm>

VII. Annexes

Liste des annexes

Annexe 1 : Première page du questionnaire de gestes techniques utilisé pour notre enquête	84
Annexe 2 : Questionnaire à destination des patients	85
Annexe 3 : Questionnaire en possession de l'enquêteur	86
Annexe 4 : Répartition en fonction de l'âge et du sexe de la population française métropolitaine au 1 ^{er} janvier 2019 (Insee).....	89
Annexe 5 : Population selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle en 2018 (Insee)	92

Annexe 1 : Première page du questionnaire de gestes techniques
utilisé pour notre enquête

**Questionnaire d'évaluation des
connaissances des patients concernant la
pratique de gestes techniques au cabinet
de médecine générale**

Thèse de médecine générale réalisée par DI NATALI Julien, médecin remplaçant.

Ce questionnaire a pour but d'évaluer les connaissances globales des personnes interrogées concernant les gestes techniques réalisables par les médecins généralistes au sein de leur cabinet. Le métier de médecin généraliste demande des connaissances très vastes. Les connaissances théoriques des médecins généralistes peuvent, dans certains cas, être utilisées pour réaliser des actes techniques pour aider leurs patients.

Vos réponses sont indispensables, elles nous permettront de mieux vous informer sur les compétences connues et inconnues que vous avez de votre médecin généraliste. Le document fourni est composé de deux pages. Toutes vos réponses resteront anonymes.

Merci de votre participation.

**INFORMATIONS VOUS CONCERNANT POUR AMELIORER
L'ANALYSE DE CE QUESTIONNAIRE**

Sexe: ☐ Homme ☐ Femme

Âge: ☐ 18 à 24 ans ☐ 25 à 49 ans ☐ 50 à 65 ans ☐ plus de 65 ans

Catégorie socio professionnelle :

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre supérieur, profession libérale, ingénieur
- Profession intermédiaire et technicien (exemple : cadre moyen, infirmier, fonctionnaire, éducateur,...)
- Employé administratif et employé du commerce (exemple : secrétaire, standardiste, vendeur en magasin,...)
- Ouvrier (exemple : ouvrier agricole, manœuvre, routier, livreur, technicien de surface,...)

Annexe 2 : Questionnaire à destination des patients

N°	QUESTION	OUI	NON
1	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la réalisation et la lecture d'une électrocardiographie (ECG)?	☐ OUI	☐ NON
2	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la réalisation d'une extraction dentaire?	☐ OUI	☐ NON
3	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la réalisation d'une suture de la peau suite à une plaie cutanée?	☐ OUI	☐ NON
4	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour le traitement d'un abcès ou d'une autre collection sous-cutanée?	☐ OUI	☐ NON
5	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour le retrait de verrues?	☐ OUI	☐ NON
6	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour l'évacuation d'un hématome sous unguéal?	☐ OUI	☐ NON
7	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour le retrait d'un naevus gênant ou douteux?	☐ OUI	☐ NON
8	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour le pansement d'une brûlure?	☐ OUI	☐ NON
9	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la réalisation d'un pansement d'un ulcère ou d'une escarre?	☐ OUI	☐ NON
10	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la réalisation au cabinet d'une gastroscopie?	☐ OUI	☐ NON
11	Pour une femme: consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la réalisation d'un frottis cervico-vaginal? Pour un homme: conseillerez-vous à une femme de votre entourage d'aller réaliser son frottis cervico-vaginal auprès de son médecin généraliste?	☐ OUI	☐ NON
12	Pour une femme: consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la mise en place d'un stérilet? Pour un homme: conseillerez-vous à une femme de votre entourage, qui souhaiterait un stérilet comme moyen de contraception, de le faire poser par son médecin généraliste?	☐ OUI	☐ NON
13	Pour une femme: consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la mise en place d'un implant contraceptif sous-cutané? Pour un homme: conseillerez-vous à une femme de votre entourage de faire poser un implant contraceptif sous-cutané par son médecin généraliste?	☐ OUI	☐ NON
14	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour l'évacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe?	☐ OUI	☐ NON
15	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la réalisation d'une électromyographie (=EMG)?	☐ OUI	☐ NON
16	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour le retrait d'un corps étranger oculaire?	☐ OUI	☐ NON
17	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la réalisation d'un tamponnement antérieur d'une épistaxis?	☐ OUI	☐ NON
18	Consulteriez-vous ou amèneriez-vous votre enfant rapidement à votre médecin généraliste pour le retrait d'un corps étranger ORL?	☐ OUI	☐ NON
19	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour le retrait d'un bouchon de cérumen?	☐ OUI	☐ NON
20	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la réalisation d'un myélogramme?	☐ OUI	☐ NON
21	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la confection d'un plâtre ou d'une attelle dans le cadre d'une fracture?	☐ OUI	☐ NON
22	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la réalisation d'une ponction d'un épanchement du genou?	☐ OUI	☐ NON
23	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la réalisation d'une infiltration articulaire ou tendineuse?	☐ OUI	☐ NON
24	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la réalisation d'une exsufflation d'un pneumothorax ?	☐ OUI	☐ NON
25	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la mise en place d'une sonde urinaire?	☐ OUI	☐ NON

Annexe 3 : Questionnaire en possession de l'enquêteur

RANG	QUESTION	OUI	NON
1	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la réalisation et la lecture d'un examen spécifique du cœur qui s'appelle une électrocardiographie (ECG) ? <i>Cet examen permet d'évaluer l'activité électrique du cœur.</i>	☐ OUI	☐ NON
2	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la réalisation d'une extraction dentaire ?	☐ OUI	☐ NON
3	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la réalisation d'une suture de la peau suite à une plaie cutanée ? <i>La suture est définie par la réunion de deux parties d'une plaie cutanée par l'intermédiaire d'un fil ou d'une colle spécifique.</i>	☐ OUI	☐ NON
4	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la réalisation d'une ponction, d'une incision, d'un retrait ou d'un méchage d'un abcès ou d'une autre collection située sous la peau ? <i>Un abcès est une collection de pus.</i>	☐ OUI	☐ NON
5	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour le retrait de lésions cutanées solides telles que des verrues ?	☐ OUI	☐ NON
6	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour l'évacuation d'un hématome sous unguéal ? <i>Il s'agit d'une collection de sang apparue sous l'un de vos ongles suite à un choc.</i>	☐ OUI	☐ NON
7	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour le retrait d'un grain de beauté gênant ou de forme et de couleur inhabituelles ?	☐ OUI	☐ NON
8	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la réalisation d'un pansement suite à une brûlure ?	☐ OUI	☐ NON
9	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la réalisation d'un pansement d'une plaie cutanée qui creuse la peau en profondeur (= ulcère ou escarre) ?	☐ OUI	☐ NON
10	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la réalisation au cabinet d'une gastroscopie ? <i>Il s'agit d'un acte consistant à insérer par la bouche un matériel muni d'une caméra (=endoscope) pour visualiser l'œsophage et l'intérieur de l'estomac.</i>	☐ OUI	☐ NON
11	<i>Le frottis cervico-vaginal est un examen du col de l'utérus de la femme, il est situé à la transition entre le vagin et l'utérus. L'objectif de cet examen est de prévenir l'apparition d'un cancer du col de l'utérus.</i> Si vous êtes une femme, consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la réalisation d'un frottis cervico-vaginal ? Si vous êtes un homme, conseilleriez-vous à une femme de votre entourage d'aller réaliser son frottis cervico-vaginal auprès de son médecin généraliste ?	☐ OUI	☐ NON

12	<i>Une contraception est un moyen permettant d'éviter une grossesse le temps de son utilisation. Il existe différents dispositifs comme le stérilet qui est installé directement au niveau de l'utérus de la femme.</i> Si vous êtes une femme, consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la mise en place d'un stérilet ? ☐ OUI ☐ NON Si vous êtes un homme, conseilleriez-vous à une femme de votre entourage, qui souhaiterait un stérilet comme moyen de contraception, de le faire poser par son médecin généraliste ?
13	Si vous êtes une femme, consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la mise en place d'un implant contraceptif sous la peau de votre bras ? ☐ OUI ☐ NON Si vous êtes un homme, conseilleriez-vous à une femme de votre entourage qui souhaiterait un implant contraceptif, sous la peau de son bras, de le faire poser par son médecin généraliste ?
14	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour l'évacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe ? <i>Il s'agit d'une complication d'une hémorroïde qui devient très douloureuse et qui nécessite, dans certaines situations, un geste chirurgical local.</i> ☐ OUI ☐ NON
15	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la réalisation d'une électromyographie (=EMG) ? <i>Il s'agit de l'enregistrement de l'activité électrique qui accompagne la contraction d'un muscle. Cet examen se fait par l'intermédiaire d'aiguilles que l'on place au niveau d'un muscle. Son analyse permet de préciser l'origine d'un déficit de contraction d'un muscle.</i> ☐ OUI ☐ NON
16	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour le retrait d'un corps étranger dans votre œil ? ☐ OUI ☐ NON
17	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la réalisation d'un tamponnement antérieur d'une épistaxis ? <i>Ce geste est réalisé lorsqu'un saignement de nez (= épistaxis) nécessite la pose d'une mèche pour arrêter le saignement (=tamponnement).</i> ☐ OUI ☐ NON
18	Consulteriez-vous ou amèneriez-vous votre enfant rapidement à votre médecin généraliste pour le retrait d'un corps étranger (bille, aliment, caillou, ...) situé au niveau des oreilles ou du nez ? ☐ OUI ☐ NON
19	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour le retrait d'un bouchon de cérumen situé dans l'une de vos oreilles ? ☐ OUI ☐ NON
20	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la réalisation d'un myélogramme ? <i>L'objectif est de rechercher des maladies sanguines. Ce geste consiste à récupérer, à l'aide d'une ponction osseuse, de la moelle osseuse qui se situe dans les os (au niveau du sternum ou du bassin). La ponction est réalisée grâce à une aiguille que l'on positionne dans l'os et on y aspire la moelle qu'il contient.</i> ☐ OUI ☐ NON

21	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la confection d'un plâtre ou d'une attelle afin d'immobiliser un de vos membres dans le cadre d'une fracture ?	☐ OUI ☐ NON
22	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la réalisation d'une ponction d'un épanchement du genou ? <i>Un épanchement est une accumulation de liquide dans le genou pouvant être douloureux et limitant la mobilisation du genou.</i>	☐ OUI ☐ NON
23	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la réalisation d'une infiltration articulaire ou tendineuse ? <i>Ce type d'infiltration consiste à injecter un produit anti-inflammatoire au sein d'une articulation ou au voisinage des tendons. Cette injection peut permettre de soulager une douleur qui persiste malgré l'utilisation de médicaments antidouleurs par voie orale.</i>	☐ OUI ☐ NON
24	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la réalisation d'une exsufflation d'un pneumothorax ? <i>Le pneumothorax est une maladie du poumon provoquant une difficulté respiratoire brutale. Pour traiter ou soulager au plus vite les personnes atteintes de cette maladie, une aiguille est introduite entre deux côtes pour permettre d'évacuer et d'aspirer de l'air qui s'est introduit dans la plèvre, membrane entourant le poumon.</i>	☐ OUI ☐ NON
25	Consulteriez-vous votre médecin généraliste pour la mise en place d'une sonde urinaire ? <i>Une sonde urinaire sert à vider une vessie qui ne se vide plus naturellement.</i>	☐ OUI ☐ NON

**Annexe 4 : Répartition en fonction de l'âge et du sexe de la population
française métropolitaine au 1^{er} janvier 2019 (Insee)**

Pyramide des âges au 1er janvier 2019, France métropolitaine

Année de naissance	Âge révolu	Nombre d'hommes	Nombre de femmes	Ensemble	Tranche d'âge dans notre échantillon	Pourcentage tranche d'âge plus de 18 ans
2018	0	347 089	330 880	677 969	Non évalué	0%
2017	1	352 659	338 073	690 732		
2016	2	360 982	346 072	707 054		
2015	3	370 939	355 458	726 397		
2014	4	381 708	369 626	751 334		
2013	5	390 254	372 543	762 797		
2012	6	399 597	378 966	778 563		
2011	7	400 858	385 142	786 000		
2010	8	411 494	394 486	805 980		
2009	9	409 404	390 194	799 598		
2008	10	411 674	392 537	804 211		
2007	11	407 421	389 521	796 942		
2006	12	414 022	396 677	810 699		
2005	13	405 127	386 621	791 748		
2004	14	404 065	385 368	789 433		
2003	15	403 426	384 188	787 614		
2002	16	405 773	385 162	790 935		
2001	17	413 251	391 448	804 699		
2000	18	416 343	395 666	812 009	5 210 940	10,23%
1999	19	395 309	375 286	770 595		
1998	20	385 065	370 927	755 992		
1997	21	372 131	357 581	729 712		
1996	22	370 146	362 301	732 447		
1995	23	360 901	356 005	716 906		
1994	24	347 002	346 277	693 279	20 101 396	39,45%
1993	25	345 674	345 575	691 249		
1992	26	362 321	363 459	725 780		
1991	27	366 486	372 324	738 810		
1990	28	373 290	383 355	756 645		
1989	29	374 197	391 141	765 338		
1988	30	379 875	395 872	775 747		
1987	31	381 893	399 849	781 742		
1986	32	387 094	407 992	795 086		
1985	33	387 604	406 130	793 734		
1984	34	385 394	403 783	789 177		
1983	35	380 127	400 179	780 306		
1982	36	405 212	423 799	829 011		
1981	37	409 918	427 819	837 737		
1980	38	415 493	433 421	848 914		
1979	39	393 900	409 982	803 882		

1978	40	387 855	400 285	788 140		
1977	41	392 747	399 454	792 201		
1976	42	378 560	389 825	768 385		
1975	43	391 896	398 442	790 338		
1974	44	413 159	419 802	832 961		
1973	45	435 027	444 733	879 760		
1972	46	445 836	453 714	899 550		
1971	47	443 926	450 509	894 435		
1970	48	435 014	442 478	877 492		
1969	49	427 528	437 448	864 976		
1968	50	420 403	434 367	854 770	12 503 757	24,54%
1967	51	418 677	431 582	850 259		
1966	52	427 611	441 391	869 002		
1965	53	428 356	443 353	871 709		
1964	54	430 748	448 656	879 404		
1963	55	424 098	444 809	868 907		
1962	56	408 160	429 696	837 856		
1961	57	408 160	430 734	838 894		
1960	58	403 439	430 410	833 849		
1959	59	398 034	429 394	827 428		
1958	60	388 186	420 715	808 901		
1957	61	384 480	418 514	802 994		
1956	62	379 050	415 501	794 551		
1955	63	371 791	412 354	784 145		
1954	64	370 846	410 242	781 088		
1953	65	361 301	402 421	763 722	13 133 254	25,78%
1952	66	365 439	407 626	773 065		
1951	67	356 096	398 247	754 343		
1950	68	366 582	412 349	778 931		
1949	69	356 693	404 851	761 544		
1948	70	354 324	400 690	755 014		
1947	71	343 241	393 058	736 299		
1946	72	320 586	371 293	691 879		
1945	73	236 900	279 240	516 140		
1944	74	228 830	272 775	501 605		
1943	75	219 772	263 648	483 420		
1942	76	199 977	242 996	442 973		
1941	77	173 672	216 640	390 312		
1940	78	175 051	225 878	400 929		
1939	79	178 422	234 807	413 229		
1938	80	168 374	227 972	396 346		
1937	81	157 797	221 619	379 416		
1936	82	150 275	218 414	368 689		
1935	83	136 476	209 883	346 359		
1934	84	129 598	207 254	336 852		
1933	85	114 789	192 418	307 207		
1932	86	106 796	189 784	296 580		
1931	87	93 660	173 457	267 117		
1930	88	81 969	162 312	244 281		
1929	89	65 674	137 295	202 969		
1928	90	54 447	122 543	176 990		
1927	91	44 125	103 879	148 004		

1926	92	33 992	89 816	123 808		
1925	93	26 815	75 353	102 168		
1924	94	20 161	60 164	80 325		
1923	95	14 224	47 710	61 934		
1922	96	9 943	37 262	47 205		
1921	97	7 100	27 274	34 374		
1920	98	4 845	19 380	24 225		
1919	99	1 963	8 092	10 055		
1918	100	917	4 442	5 359		
1917	101	483	2 832	3 315		
1916	102	300	1 577	1 877		
1915	103	247	1 055	1 302		
1914	104	279	892	1 171		
1913 ou avant	105 ou plus	599	1 322	1 921		
	Total	31 361 439	33 450 613	64 812 052	50 949 347	100,00%

Mis à jour : janvier 2019

Champ : France métropolitaine

Source : Insee, estimations de population (résultats provisoires à fin 2018)

Annexe 5 : Population selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle en 2018 (Insee)

Catégorie socioprofessionnelle	2018		Ensemble	Part des femmes
	Femmes	Hommes		
Agriculteurs exploitants	0,4	1,2	0,8	25,3
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1,9	5,1	3,4	29,0
Cadres, professions intellectuelles supérieures	7,6	11,8	9,6	41,3
Professions intermédiaires	14,0	13,6	13,8	52,9
Employés	22,2	7,8	15,3	75,7
Ouvriers	4,6	19,7	11,8	20,2
Inactifs ayant déjà travaillé	34,9	29,9	32,5	56,0
Anciens agriculteurs exploitants	1,1	1,2	1,1	49,3
Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprises	2,0	3,1	2,5	40,8
Anciens cadres, professions intellectuelles supérieures	2,9	5,3	4,1	37,3
Anciennes professions intermédiaires	6,8	6,4	6,6	53,7
Anciens employés	16,2	3,3	10,0	84,4
Anciens ouvriers	6,0	10,6	8,2	38,1
Personnes n'ayant jamais travaillé	14,3	10,7	12,6	59,3
Chômeurs n'ayant jamais travaillé	0,8	0,9	0,8	48,8
Élèves ou étudiants	7,8	7,8	7,8	52,2
Personnes n'ayant jamais travaillé de moins de 60 ans	2,8	1,3	2,1	69,6
Personnes n'ayant jamais travaillé de 60 ans ou plus	3,0	0,7	1,9	81,8
Total	100,0	100,0	100,0	52,2

Note : les chômeurs sont classés dans leur ancienne catégorie socioprofessionnelle.

Champ : France hors Mayotte, population des ménages, personnes de 15 ans ou plus.

Source : Insee, enquêtes Emploi.

VU

NANCY, le **26 août 2019**
Le Président de Thèse

NANCY, le **26 août 2019**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **10813**

NANCY, le **30 août 2019**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

Résumé de la thèse

Introduction : La pratique des gestes techniques en médecine générale constitue une partie de l'offre de soins de premiers recours. Le manque de demande des patients, décrit par les omnipraticiens, est un frein à leur réalisation. Il peut être dû à une méconnaissance de cette compétence des médecins généralistes.

Objectifs : Objectif principal : Évaluer la connaissance des patients concernant la pratique des gestes techniques par un omnipraticien. Objectif secondaire : Évaluer la connaissance des étudiants en médecine sur le même sujet.

Matériels et méthodes : Etude descriptive transversale qualitative réalisée à l'aide d'un questionnaire sur 2 échantillons de personnes interrogées dans des lieux publics de Meurthe-et-Moselle, de janvier 2019 à mai 2019. Le questionnaire portait sur 20 gestes techniques réalisables et de 5 gestes non réalisables par les omnipraticiens. 367 individus (échantillon 1) ont été interrogés dans des lieux publics de Meurthe-et-Moselle, en dehors des facultés, et 83 étudiants (échantillon 2) ont été interrogés sur deux facultés à Nancy.

Résultats : Les enquêtés acceptaient de consulter un médecin généraliste pour les 12 gestes, sélectionnés, réalisables suivants : gestes ORL, gestes de dermatologie et petite chirurgie, infiltrations, ECG et confection d'un plâtre. Les gestes les plus refusés étaient les gestes de gynécologie, l'évacuation d'un thrombus hémorroïdaire, le retrait d'un corps étranger oculaire et la ponction d'un épanchement du genou. Les gestes réalisables par le médecin généraliste sont plus souvent acceptés par les hommes, les 18-24 ans, les ouvriers et employés.

Les actes non réalisables par un omnipraticien étaient plus souvent refusés surtout par les femmes, les plus de 65 ans et les inactifs.

Conclusion : La réalisation par un médecin généraliste de la majorité des gestes techniques sélectionnés était acceptée. La connaissance ou non des gestes réalisables par les médecins généralistes n'était pas formellement apparue. Des freins, propres aux individus, pouvaient expliquer certains non recours au médecin généraliste pour ces gestes. Une amélioration de l'information donnée aux patients sur la réalisation de gestes techniques serait nécessaire.

TITRE EN ANGLAIS: Assessment of patients' knowledge of technical actions achievable by the general practitioner

THÈSE : Médecine générale, année 2019

MOTS CLÉS : Geste technique, médecine générale, compétence, patient

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
