

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

ANNÉE 2017 - 2018

N° 2018-10

**ENQUÊTE DE PRATIQUE SUR LA PRISE EN CHARGE DES PLAIES AIGÜES
PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES INSTALLÉS EN RÉGION HAUTS-DE-
FRANCE**

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE MÉDECINE GÉNÉRALE (DIPLÔME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 15 FÉVRIER 2018

PAR

Martin PETITPREZ

PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Éric HAVET

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Vladimir STRUNSKI

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Monsieur le Docteur Jean-Philippe LANOIX

DIRECTRICE : Madame le Docteur Bénédicte DOUAY

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Éric HAVET,

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, Anatomie, Assesseur du Premier Cycle.

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements ainsi que de mon respect pour votre investissement dans la formation de tous les étudiants en médecine.

Monsieur le Professeur Vladimir STRUNSKI,

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Oto Rhino Laryngologie), Chef du Service ORL et Chirurgie de la face et du cou, Pôle des 5 sens, Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques.

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Veuillez recevoir la marque de mes remerciements ainsi que de mon respect pour votre investissement dans la formation des étudiants en médecine.

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT,

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Maladies infectieuses et tropicales),
Responsable du service des maladies infectieuses et tropicales, Pôle "Médico-chirurgical
digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie" (D.R.I.M.E), Chevalier dans
l'Ordre des Palmes Académiques.

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Veuillez recevoir la marque de mes
remerciements ainsi que de mon respect pour votre investissement dans la formation des
étudiants en médecine.

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT,

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier, Médecine interne.

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Veuillez recevoir la marque de mes remerciements ainsi que de mon respect pour votre investissement dans la formation des étudiants en médecine.

Monsieur le Docteur Jean-Philippe LANOIX,

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier, Maladies infectieuses et tropicales.

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse après m'avoir encadré lors de mon stage dans le service d'accueil des urgences du CHU d'Amiens. Veuillez recevoir la marque de mes remerciements ainsi que de mon respect pour votre investissement dans la formation des étudiants en médecine.

Madame le Docteur Bénédicte DOUAY,

Praticien hospitalier, chef du service d'accueil des urgences du CHU d'Amiens

Pour m'avoir proposé ce sujet, pour ta disponibilité, pour tes conseils avisés et pour m'avoir encouragé à faire le choix de la médecine d'urgence, trouve ici l'expression de mon profond respect et de mes remerciements les plus sincères.

À Eugénie, pour ton soutien sans faille, ta relecture attentive, ton omniprésence à mes côtés et ta faculté à rendre la vie plus agréable,

À mes parents, qui ont fait de moi ce que je suis et sans qui mon parcours n'aurait pas été possible,

À mes sœurs, beaux-frères, nièce et neveux, parce qu'ils animent ma vie et ont contribué à ne pas faire avancer ce travail trop vite,

À tous ceux aux côtés de qui j'ai pris plaisir à me former, en particulier ceux que j'ai côtoyé en cardiologie à Soissons, aux urgences d'Amiens, en pédiatrie à Compiègne, au cours de mon stage « praticien » et en réanimation à Beauvais,

À tous les médecins généralistes qui, par leurs réponses, ont rendu ce travail possible,

À l'Union Régionale des Professionnels de Santé des Hauts-de-France, pour avoir soutenu ce travail et lui avoir donné une autre dimension,

Merci !

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPP : Comité de protection des personnes

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

EPI : équipement(s) de protection individuel(s)

FHA : friction hydro-alcoolique

HAS : Haute autorité de santé

HDF : Hauts-de-France

IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'état

SAU : service d'accueil des urgences

SHA : solution hydro-alcoolique

SFMU : Société française / francophone de médecine d'urgence

URPS-ML HDF : Union régionale des professionnels de santé - médecins libéraux des Hauts-de-France

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	9
1. INTRODUCTION	13
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE	14
2.1. DESCRIPTION DE L'ÉTUDE	14
2.2. LIEU ET PÉRIODE DE L'ÉTUDE.....	14
2.3. ÉCHANTILLONNAGE	14
2.4. ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE	14
2.5. CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	14
2.6. DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE	14
2.7. RECUEIL ET ANALYSE DES RÉSULTATS	14
2.8. DÉCLARATION À LA COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTÉS (CNIL)	15
2.9. AVIS D'UN COMITÉ DE PROTECTION DES PERSONNES (CPP)	15
3. RÉSULTATS.....	16
3.1. DÉFINITION DE LA POPULATION ET RETENTISSEMENT EN ANALYSE MULTIVARIÉE.....	16
3.1.1. Taux de réponse	16
3.1.2. Sexe	16
3.1.3. Âge	16
3.1.4. Territoire d'installation	16
3.1.5. Distance d'un SAU.....	16
3.1.6. Prise en charge des plaies aiguës : taux et fréquence.....	16
3.2. CARACTÉRISTIQUES DES PLAIES PRISES EN CHARGE	17

3.2.1.	Population prise en charge	17
3.2.2.	Localisation des plaies	17
3.2.3.	Caractère des plaies	17
3.2.4.	Âge des plaies.....	18
3.3.	CARACTÉRISTIQUES DES PRISES EN CHARGE	18
3.3.1.	Hygiène des mains	18
3.3.2.	Équipements de protection individuels (EPI).....	18
3.3.3.	Raisons de demande d'un avis spécialisé.....	19
3.3.4.	Anesthésie réalisée	19
3.3.5.	Préparation de la plaie	19
3.3.6.	Exploration	20
3.3.7.	Méthodes pratiquées.....	20
3.3.8.	Matériel utilisé.....	20
3.4.	CARACTÉRISTIQUES DES SUITES DE PRISE EN CHARGE.....	20
3.4.1.	Antibioprophylaxie.....	20
3.4.2.	Prévention du risque rabique.....	21
3.4.3.	Suivi des patients.....	21
3.4.4.	Soins locaux	21
4.	DISCUSSION.....	22
4.1.	DISCUSSION SUR LA MÉTHODE.....	22
4.1.1.	Points forts.....	22
4.1.2.	Points faibles	22
4.2.	DISCUSSION SUR LES RÉSULTATS ET L'ANALYSE MULTIVARIÉE.....	22
4.2.1.	Taux de prise en charge des plaies aiguës	22
4.2.2.	Fréquence de prise en charge	23
4.2.3.	Caractéristiques des plaies prises en charge.....	23
4.2.4.	Préparation de la plaie	24
4.2.5.	Prise en charge de la plaie	25
4.2.6.	Méthodes et matériel utilisés.....	25
4.2.7.	Antibioprophylaxie et risque rabique	26
4.2.8.	Suivi et soins	27
5.	CONCLUSION	28

6. BIBLIOGRAPHIE	29
7. ANNEXES	31
7.1. ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE.....	31
7.2. TABLEAU 1 : ANALYSE SELON LE SEXE	34
7.3. TABLEAU 2 : ANALYSE SELON L'ÂGE.....	34
7.4. TABLEAUX 3 : ANALYSE SELON LE TERRITOIRE D'INSTALLATION	34
7.4.1. Tableau 3.1 : Entre médecins urbains et le reste de la cohorte	34
7.4.2. Tableau 3.2 : Entre médecins ruraux et le reste de la cohorte.....	34
7.5. TABLEAU 4 : ANALYSE SELON LA DISTANCE D'UN SAU	35
7.6. TABLEAU 5 : ANALYSE SELON LA FRÉQUENCE DE PRISE EN CHARGE DE PLAIES AIGÜES	35
7.6.1. Tableau 5.1 : Entre médecins prenant en charge une plaie par semaine ou plus et les autres	35
7.6.2. Tableau 5.2 : Entre médecins prenant en charge moins d'une plaie par mois et le reste de la population.....	35
7.7. TABLEAU 6 : ANESTHÉSIE RÉALISÉE SELON LA TECHNIQUE DE SUTURE UTILISÉE.....	36
7.8. TABLEAU 7 : COMPARAISON DE NOTRE ÉCHANTILLON À LA POPULATION MÉDICALE DES HAUTS-DE-FRANCE SELON LE SEXE.....	36
7.9. TABLEAU 8 : COMPARAISON DE NOTRE POPULATION À LA POPULATION MÉDICALE DES HAUTS-DE-FRANCE SELON L'ÂGE.....	36
7.10. TABLEAU 9 : COMPARAISON DE NOTRE POPULATION À LA POPULATION MÉDICALE DES HAUTS-DE-FRANCE SELON LE SEXE.....	36
RÉSUMÉS	37

1. INTRODUCTION

La médecine générale est une spécialité complexe car centrée sur l'individu dans sa globalité. Elle regroupe six compétences selon une « marguerite » établie par le conseil national des généralistes enseignants [1] . Parmi ces six compétences, reliées entre elles par le professionnalisme du médecin, se trouvent les soins de premiers recours, véritable spécificité de la médecine générale. La prise en charge des plaies aiguës semble donc faire partie de son champ de compétences [2], même si peu abordée durant l'enseignement théorique et essentiellement apprise sur le terrain.

Des travaux ont déjà été réalisés sur le taux de généralistes réalisant des sutures et les obstacles qu'ils rencontrent. Ceux-ci montrent que de nombreux médecins suturent [3–5], notamment dans notre département [6]. Cependant, le nombre de plaies traitées chaque année par les généralistes reste faible et semble s'amoinrir d'année en année. Les principaux obstacles sont l'aspect chronophage, le manque voire l'absence de consultations pour ce motif, l'installation en milieu urbain et l'exercice seul en cabinet [3–11].

La prise en charge des plaies par les généralistes tend à diminuer au profit des services d'accueil des urgences (SAU). Nous n'avons trouvé dans la littérature aucun travail cherchant à savoir comment ces derniers soignent les plaies aiguës, si la diminution de leur activité avait un retentissement sur la qualité de leur prise en charge, pouvant aller jusqu'à la remise en question de l'appartenance de cette compétence au champ d'activité de la médecine générale.

Il s'agit d'un enjeu majeur pour le patient dont la qualité de la prise en charge initiale conditionne l'évolution de la plaie tant sur le plan esthétique que fonctionnel.

De nouvelles recommandations ont été publiées en 2017 [12].

Notre hypothèse est que les généralistes continuent à prendre en charge les plaies aiguës, assumant leur mission de soin de premier recours, et ce en ayant une attitude adaptée et cohérente avec les nouvelles recommandations [12].

L'objectif de notre travail est de réaliser une enquête de pratique sur la prise en charge des plaies aiguës par les médecins généralistes installés en région Hauts-de-France (HDF).

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1. Description de l'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive transversale à type d'enquête de pratique par envoi de questionnaires.

2.2. Lieu et période de l'étude

Les questionnaires ont été envoyés à des médecins généralistes installés en région Hauts-de-France le 19/06/2017 et le retour était autorisé jusqu'au 30/09/2017.

2.3. Échantillonnage

L'échantillon était constitué de 513 médecins sélectionnés par l'Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux Hauts-de-France (URPS-ML HDF) qui a soutenu ce travail. Les statisticiens se sont assurés que l'échantillon soit le plus représentatif possible de la population des généralistes des Hauts-de-France.

2.4. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire était court, constitué de 29 questions fermées et d'une question ouverte, réparties en 4 parties distinctes (épidémiologie, plaies prises en charge, prise en charge et suites de prise en charge). Celui-ci est disponible en annexe page 31.

2.5. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste en activité, thésé et installé en Hauts-de-France. Les critères d'exclusion étaient une installation hors des Hauts-de-France, une pratique autre que la médecine générale, une pratique particulière exclusive, un questionnaire non rempli ou retourné hors délai.

2.6. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été envoyé aux praticiens par voie postale avec une enveloppe de retour préaffranchie.

2.7. Recueil et analyse des résultats

Nous avons analysé les retours en deux temps : une analyse descriptive puis une analyse multivariée à l'aide des tests du Chi-2 et de Fischer. Le risque α était de 5% et le seuil de significativité était fixé à $p=0.05$. Les résultats sont disponibles dans les tableaux en annexe pages 34 à 36.

Nous avons utilisé le logiciel Sphinx, le site biostatgv [13] et la suite Microsoft Office 2016.

2.8. Déclaration à la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)

Suite à la parution du décret d'application de la loi Jardé [14], il est demandé à tous les doctorants de faire une déclaration de l'étude auprès de la CNIL.

La déclaration auprès de la CNIL a été envoyée le 01/06/2017 et la CNIL a confirmé sa réception.

2.9. Avis d'un comité de protection des personnes (CPP)

Conformément au décret d'application de la loi Jardé [14], le CPP « Ile de France 3 » a été tiré au sort pour l'examen du protocole de recherche. Après contact avec eux selon la procédure réglementaire, nous attendons toujours leur réponse.

3. RÉSULTATS

3.1. Définition de la population et retentissement en analyse multivariée

3.1.1. Taux de réponse

Nous avons reçu 119 réponses exploitables. Un questionnaire a été exclu (un médecin expert qui n'avait plus d'activité de médecine générale). Le taux de réponse était de 23,2%.

3.1.2. Sexe

Notre population était composée de 87 hommes (73,1%) soit un sexe ratio de 2,72.

3.1.3. Âge

Cinquante (42,0%) généralistes avaient plus de 55 ans, 30 (25,2%) entre 46 et 55 ans, 26 (21,8%) entre 35 et 45 ans et 13 (10,9%) moins de 35 ans.

Les hommes de notre cohorte étaient plus nombreux à avoir plus de 55 ans ($p < 0,001$). Les femmes étaient plus nombreuses à avoir moins de 35 ans ($p = 0,006$).

3.1.4. Territoire d'installation

Soixante-sept (56,3%) praticiens ont déclaré travailler en zone urbaine, 30 (25,2%) en zone semi-rurale et 22 (18,5%) en zone rurale.

3.1.5. Distance d'un SAU

Quatre-vingt-douze (77,3%) médecins se sont estimés à moins de 15km d'un SAU.

3.1.6. Prise en charge des plaies aigües : taux et fréquence

Cent-deux (85,7%) généralistes ont déclaré soigner des plaies aigües. Leur répartition selon la fréquence de prise en charge est rapportée dans la figure ci-dessous :

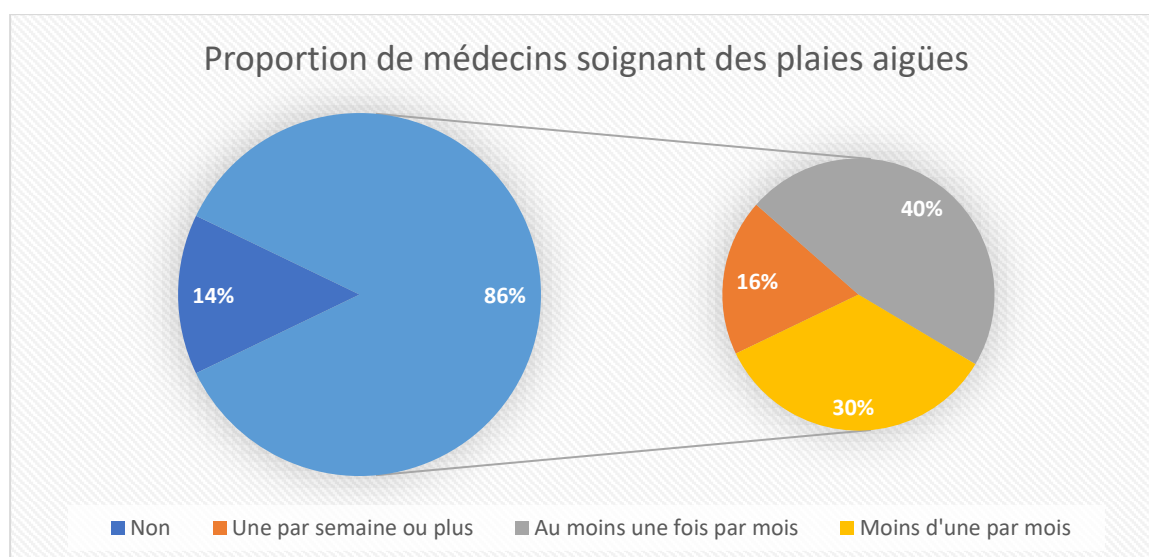


Figure 1 : répartition des 119 médecins selon qu'ils soignent des plaies ou non et selon la fréquence

Les plaies aiguës étaient moins prises en charge par les médecins de plus de 55 ans ($p < 0,001$).

Les médecins urbains ($p = 0,020$) ou situés à moins de 15 km d'un SAU ($p = 0,001$) étaient moins nombreux à traiter des plaies au moins une fois par semaine.

3.2. Caractéristiques des plaies prises en charge

3.2.1. Population prise en charge

L'intégralité des 102 généralistes soignant des plaies aiguës acceptait les plaies d'adultes.

Quatre-vingt-huit ($n = 88/102$ soit 86,3%) traitaient également les plaies d'enfants. Ces derniers étaient moins soignés par les praticiens déclarant voir moins d'une plaie par mois ($p = 0,016$).

3.2.2. Localisation des plaies

Le graphique ci-dessous montre les localisations acceptées par les généralistes :

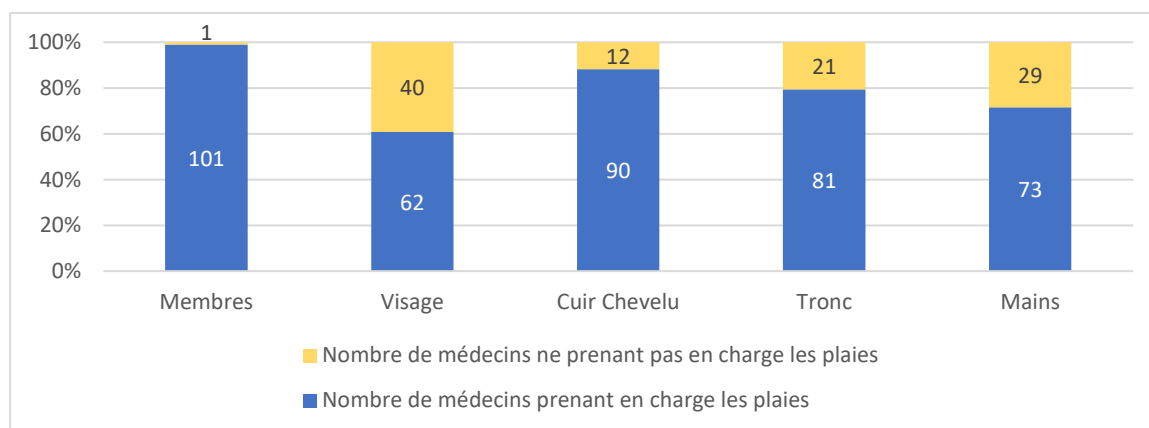


Figure 2 : répartition des 102 médecins selon la localisation des plaies prises en charge

Les médecins voyant une plaie ou plus par semaine s'occupaient plus souvent des plaies de main ($p = 0,019$).

3.2.3. Caractère des plaies

L'intégralité des 102 généralistes soignant des plaies aiguës acceptait les plaies superficielles.

La prise en charge des autres types de plaies était répartie ainsi :

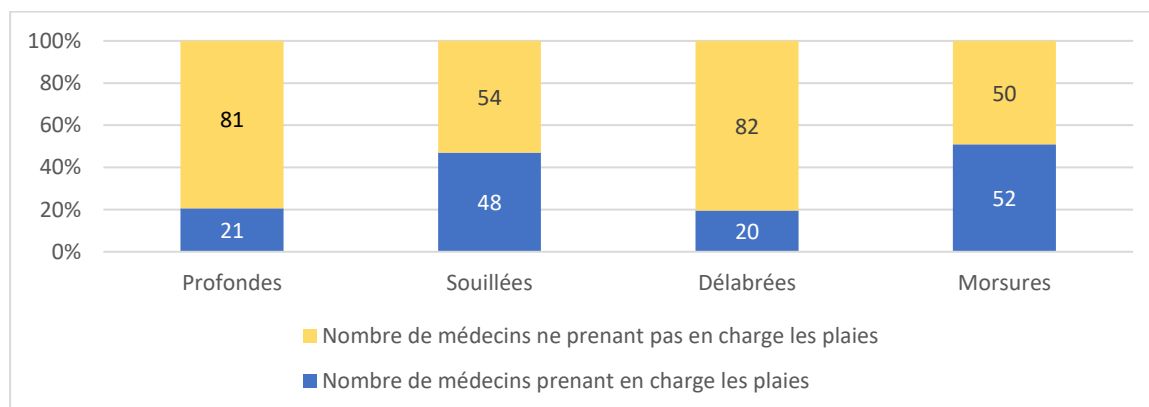


Figure 3 : répartition des 102 médecins selon le caractère des plaies prises en charge

Les plaies souillées étaient davantage prises en charge par les médecins hommes ($p<0,001$) ou qui voyaient une plaie par semaine ou plus ($p=0,012$).

Les hommes soignaient davantage les plaies profondes ($p=0,033$)

3.2.4. Âge des plaies

L'âge de la plaie importait peu pour la moitié des médecins ($n=53/102$ soit 52,0%), un peu plus d'un quart (27,5%) des médecins déclarait prendre en charge uniquement les plaies datant de moins de 6 heures et 20,6% d'entre eux des plaies de moins de 24 heures.

3.3. Caractéristiques des prises en charge

3.3.1. Hygiène des mains

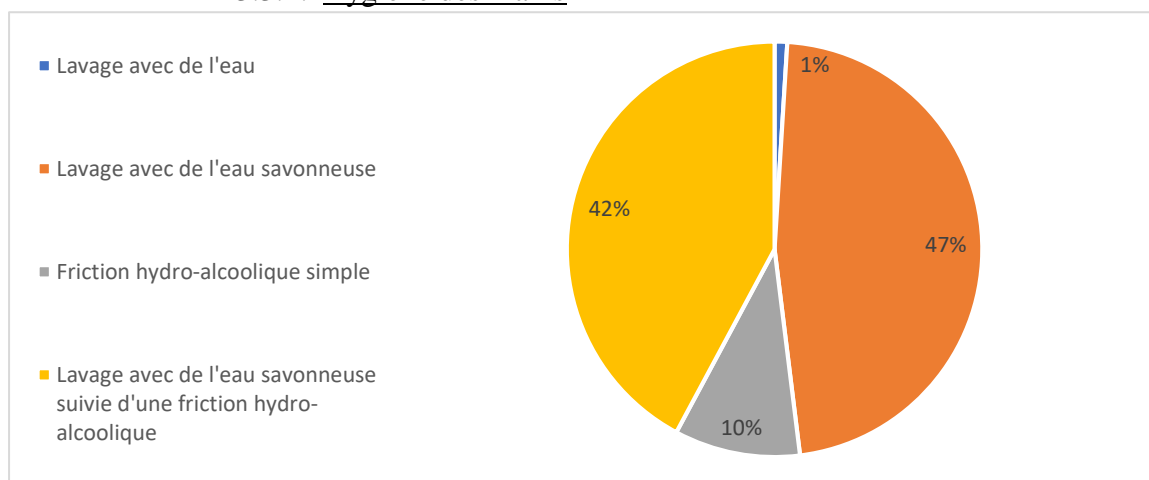


Figure 4 : hygiène des mains réalisée par les 102 médecins généralistes prenant en charge des plaies aiguës

Le lavage des mains à l'eau savonneuse suivi d'une friction hydro-alcoolique (FHA) était moins réalisé chez les praticiens installés en milieu rural ($p=0,024$).

3.3.2. Équipements de protection individuels (EPI)

Cinq des 102 questionnaires (4,9%) ont été retournés sans réponse à cette question. La majorité des médecins portait des gants stériles. Les résultats sont détaillés dans le graphique ci-dessous :

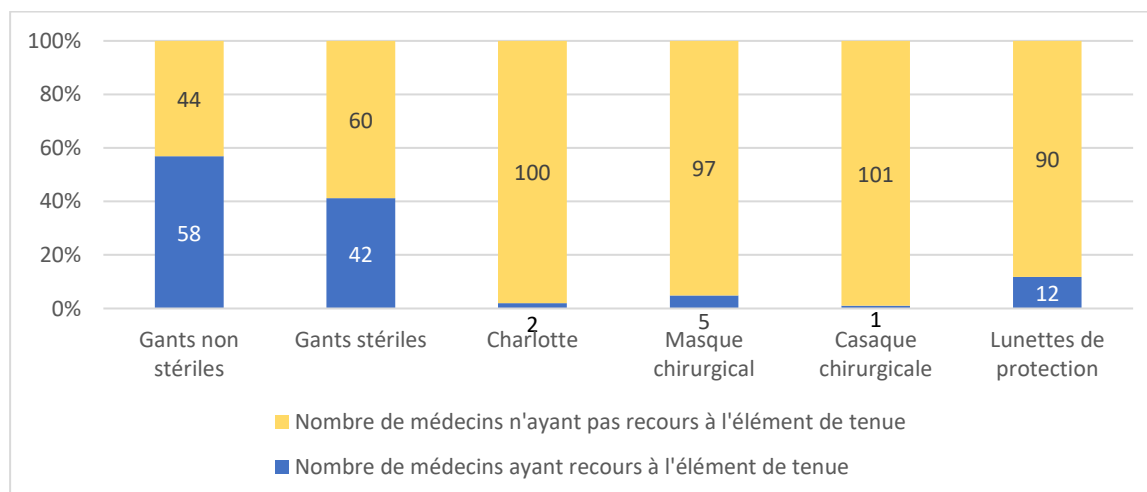


Figure 5 : EPI utilisés par les 102 médecins lors de la prise en charge des plaies aiguës.

3.3.3. Raisons de demande d'un avis spécialisé

Deux (1,9%) questionnaires ont été retournés sans réponse à cette question. La plupart des avis spécialisés sont demandés devant une plaie profonde ou des lésions à l'exploration. Le graphique ci-dessous résume ces demandes d'avis spécialisé :

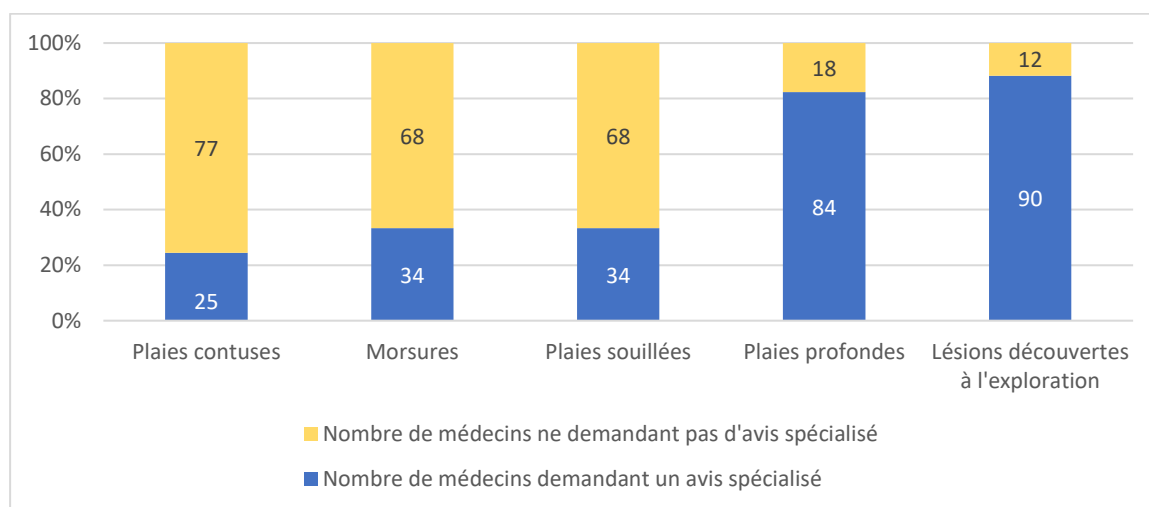


Figure 6 : raisons de demande d'un avis spécialisé par les 102 généralistes traitant des plaies aiguës.

3.3.4. Anesthésie réalisée

Parmi les 102 soignants prenant en charge des plaies aiguës, 69 (67,6%) ont déclaré réaliser une anesthésie. Ces derniers ont indiqué réaliser les méthodes suivantes :

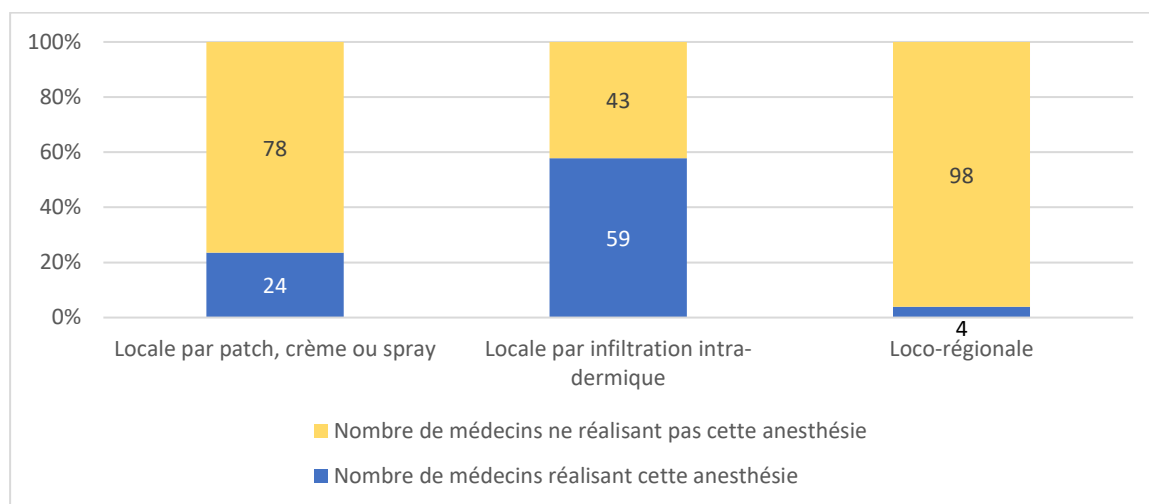


Figure 7 : répartition des médecins selon les différentes anesthésies réalisées avant la prise en charge d'une plaie.

Les médecins ne suturant ni par agrafe ni par fil ($p < 0,001$) soignaient plus de plaies sans anesthésie.

3.3.5. Préparation de la plaie

Quatre-vingt-quinze praticiens (93,1%) ont déclaré appliquer un antiseptique, 39 (38,2%) laver abondamment à l'eau courante, 38 (37,3%) laver abondamment à l'eau stérile et 35 (34,3%) tremper la plaie dans une solution antiseptique.

3.3.6. Exploration

Quarante-trois généralistes (42,1%) ont déclaré explorer toutes les plaies, 46 (45,1%) uniquement les plaies superficielles, 7 (6,9%) uniquement les plaies profondes et 6 (5,9%) n'exploraient aucune des plaies qu'ils traitaient.

L'exploration des plaies uniquement profondes était davantage réalisée par les praticiens voyant une plaie ou plus par semaine ($p=0,030$).

L'exploration systématique de toutes les plaies était davantage réalisée par les médecins ruraux ($p=0,024$).

3.3.7. Méthodes pratiquées

Les généralistes déclaraient pratiquer différentes techniques, répertoriées ci-dessous :

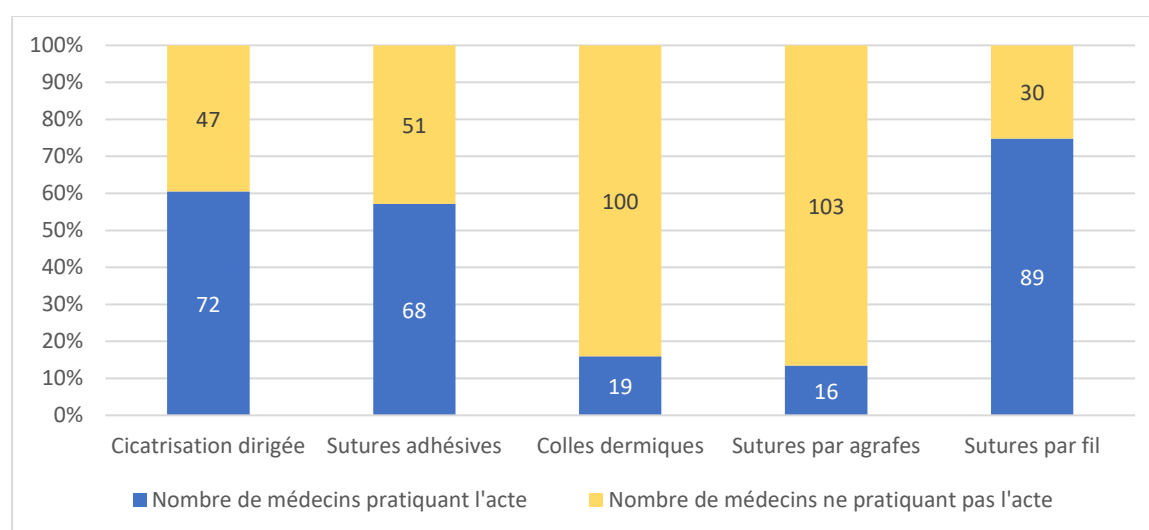


Figure 9 : répartition des 119 médecins de notre étude selon la méthode de fermeture pratiquée.

Les hommes réalisaient plus de sutures par fil ($p=0,046$).

3.3.8. Matériel utilisé

Quatre-vingt-sept ($n=87/89$, soit 97,8%) médecins réalisant des points de suture utilisaient du fil non résorbable. 72 ($n=72/89$, soit 80,9%) utilisaient du matériel à usage unique.

3.4. **Caractéristiques des suites de prise en charge**

3.4.1. Antibioprophylaxie

Quatre questionnaires ont été retournés sans réponse à cette question.

Aucun médecin ne prescrivait d'antibiotique systématiquement pour toutes les plaies.

Les prescriptions d'antibiotiques par les généralistes selon la situation à laquelle ils sont confrontés sont réparties dans le graphique ci-après :

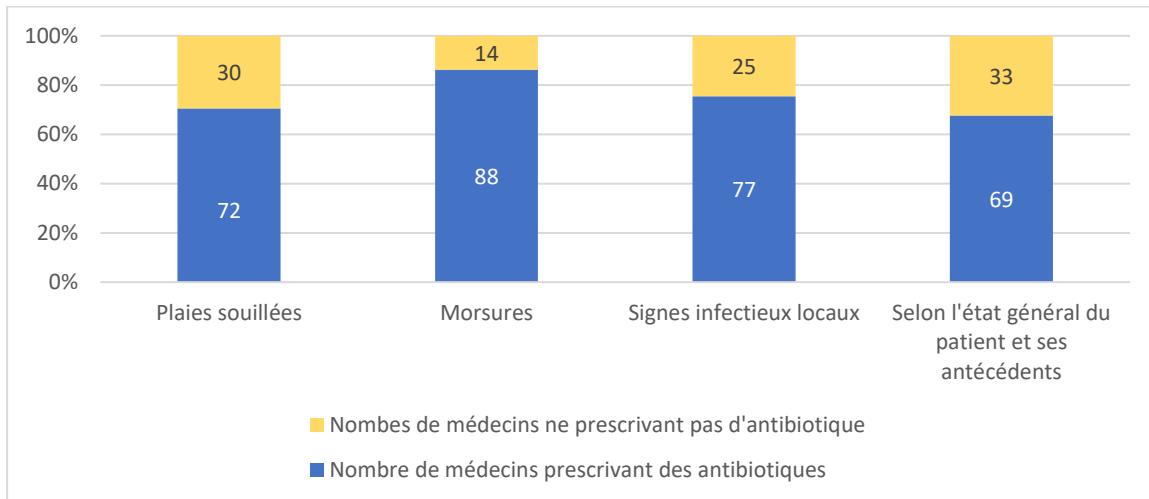


Figure 10 : raisons de prescription d'antibiotiques par les 102 médecins soignant des plaies aiguës.

3.4.2. Prévention du risque rabique

Quatre-vingt-six généralistes (n=86/102, soit 84,3%) ont indiqué ne pas adresser toutes les morsures au centre de référence antirabique.

3.4.3. Suivi des patients

Soixante-neuf (67,6%) praticiens ont répondu revoir leurs patients systématiquement pour réévaluation.

Ils ont déclaré les revoir en moyenne 6,3 jours après la prise en charge initiale (écart type de 3,7 jours, une réponse maximale de 30 jours et une réponse minimale de 2 jours).

3.4.4. Soins locaux

L'intégralité des 102 médecins traitant des plaies aiguës ont déclaré prescrire des soins locaux, qui sont représentés dans le graphique ci-dessous :

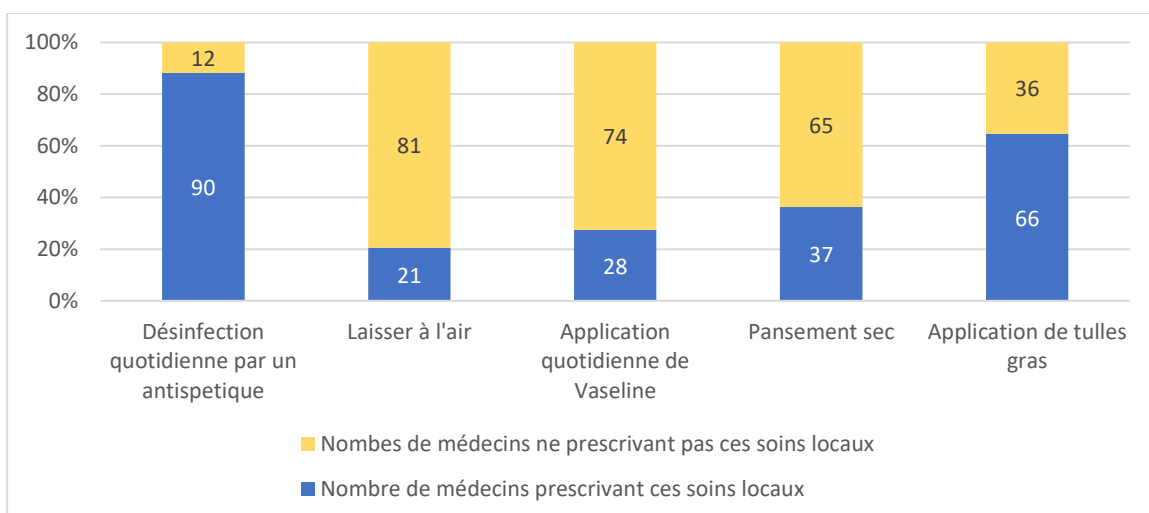


Figure 11 : type de soins locaux prescrits par les 102 médecins prenant en charge des plaies aiguës.

Quatre-vingt-cinq (83,3%) généralistes ont indiqué confier leur réalisation à un infirmier diplômé d'état (IDE).

4. DISCUSSION

4.1. Discussion sur la méthode

4.1.1. Points forts

Notre étude est une enquête de pratique par envoi de questionnaires anonymes. Cette méthode permet une analyse simple d'une quantité conséquente de données. Ce type d'étude permet de recueillir les pratiques réelles des médecins, qui ne sont pas forcément les mêmes que les pratiques déclarées officiellement, biais limité aussi par l'anonymat.

L'échantillonnage réalisé par l'URPS était de qualité puisque son sexe ratio ne différait pas de celui de la population médicale des HDF recensée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) [15] ($p=2,58$, cf. tableau 7 page 36).

Dans notre travail, l'âge des médecins ne différait pas significativement de celui des généralistes des HDF recensés par la DREES [15] ($p=0,53$, cf. tableau 8 en annexe page 36). La répartition de notre population a par ailleurs confirmé la féminisation de la profession [9,16] puisque les femmes étaient plus nombreuses chez les moins de 35 ans ($p=0,006$) et les hommes plus nombreux chez les plus de 55 ans ($p<0,001$).

4.1.2. Points faibles

Le principal biais de notre travail, intrinsèque à la méthode de recueil, est son effectif (taux de réponse de 23,2%), même s'il est comparable à d'autres travaux effectués sur le même thème dont les taux de réponse variaient de 16.2% à 39.5% [7,8,10,11,17]. Nous avons essayé d'optimiser notre effectif en utilisant une enveloppe retour préaffranchie et un questionnaire court comme préconisé par P. Edwards [18].

Un biais de sélection est apparu dans notre population qui différait de celle des généralistes des HDF établie par la DRESS [15] au niveau du sexe : il y avait beaucoup plus d'hommes que de femmes ($p=0,008$, cf. tableau 9 en annexe page 36).

4.2. Discussion sur les résultats et l'analyse multivariée

4.2.1. Taux de prise en charge des plaies aigües

La grande majorité des généralistes de notre travail (85,7%) traitait les plaies aigües, comme observé dans des études réalisées dans des territoires à démographie semblable, qui retrouvaient des chiffres allant de 92% à 94% [3,4,11].

Notre taux est probablement faussement élevé puisqu'une grande partie des généralistes (393 sur 512) de notre échantillon n'ont pas répondu, soit par désintérêt pour le sujet soit parce qu'ils ne prennent pas en charge de plaies aiguës.

Nous avons remarqué un déclin du taux de prise en charge avec l'âge puisque les médecins de plus de 55 ans en soignent moins ($p < 0,001$). Cela marquerait-il un changement de tendance, alors que les travaux précédents associaient sutures et médecins âgés [9,10,19] ?

4.2.2. Fréquence de prise en charge

Près des deux tiers (65.7%) des praticiens soignant des plaies en voyaient au moins une par mois. Ce résultat est supérieur aux résultats retrouvés dans la littérature [3,6,11], qui allaient de 44% à 50%.

Les généralistes installés en zone urbaine ($p=0,020$) ou à moins de 15km d'un SAU ($p=0,001$), étaient moins nombreux à déclarer voir au moins une plaie par semaine, tendance observée aussi dans l'étude de F. Tasei [4]. L'explication la plus probable est la proximité d'un SAU, les patients s'y rendant directement.

En général, les praticiens traitant un nombre plus important de plaies acceptaient des plaies plus complexes : souillées ($p=0,012$), de main ($p=0,019$) ou d'enfants ($p=0,016$).

4.2.3. Caractéristiques des plaies prises en charge

La grande majorité des médecins (86,3%) prenait en charge les enfants, comme dans l'étude de T. Le Reveille [3] (63.5%).

Aujourd'hui, les structures comme SOS mains améliorent le pronostic fonctionnel et le recours à ces structures doit être large [20]. Les résultats de notre étude (cf. figure 2 page 17) confirment l'exclusion de certaines plaies par les généralistes : 30% à 58.6% excluent de leur pratique le visage [3,5,8,11], 17% à 37% la main [3,8,11] et 9.7% les membres [5].

Trop de généralistes (71,6%) continuaient à prendre en charge des plaies de main alors que de nombreux centres SOS mains se sont développés. La région des Hauts-de-France compte trois centres en 2018 : Amiens, Lesquin et Saint-Quentin [21].

Dans notre étude, les hommes traitaient davantage les plaies souillées ($p<0,001$) ou profondes ($p=0,033$).

Depuis 2017, la SFMU ne retient plus de délai de fermeture sauf en cas de haut risque infectieux [12]. L'attitude des médecins est globalement conforme aux recommandations puisque la majorité (52,0%) acceptait les plaies quel que soit leur âge.

Une grande partie des médecins demandait un avis spécialisé devant une plaie profonde (82,4%) ou des lésions découvertes lors de l'exploration (88,2%), un tiers (33,3%) face à une morsure ou une plaie souillée, et 24,5% face à une plaie contuse.

L'attitude des généralistes semble ici adaptée.

4.2.4. Préparation de la plaie

Il est recommandé par la SFMU [12,22] comme par la HAS [23] un lavage des mains à l'eau savonneuse suivi d'une FHA avant tout soin, ce qui était réalisé par moins de la moitié des praticiens (42,2%). Leur hygiène des mains n'était donc pas conforme aux recommandations, en particulier les médecins ruraux qui sont moins nombreux à la réaliser ($p=0,022$).

Les EPI préconisés par l'HAS [23] et la SFMU (uniquement depuis la version 2017 des recommandations [12]) sont les gants non stériles, les masques chirurgicaux et les lunettes de protection.

La majorité des médecins (56,9%) utilisait des gants stériles et très peu de médecins (respectivement 4,9% et 11,8%) utilisaient des masques chirurgicaux et des lunettes de protection, exposant la plaie de leur patient à un surrisque infectieux et s'exposant eux-mêmes.

La tenue utilisée par les généralistes n'était pas conforme aux recommandations, avec un paradoxe entre une hygiène des mains insuffisante et l'utilisation majoritaire des gants stériles. Il y avait un usage trop faible du masque chirurgical et des lunettes de protection alors que les recommandations insistent sur l'usage de ces derniers.

En 2005, la SFMU [22] recommandait l'usage d'antiseptiques avant la prise en charge des plaies, alors que l'HAS en 2007 [23] puis la SFMU en 2017 [12] insistaient sur un lavage abondant à l'eau courante sans application d'antiseptique (sauf en cas de plaie à haut risque infectieux ou vue plus de 24 heures après le traumatisme).

Seul 38,2% des praticiens réalisaient un lavage abondant à l'eau courante et 93,1% appliquaient un antiseptique, confirmant des pratiques inadaptées.

4.2.5. Prise en charge de la plaie

La SFMU [12] recommande la réalisation d'une anesthésie. Un tiers des médecins (32,4%) n'en réalisait pas avant la prise en charge d'une plaie aiguë, confirmant les mauvais chiffres de la littérature allant de 34% à 50% [3,8,11].

Nous constatons une association entre l'absence d'anesthésie et un geste jugé non douloureux : les médecins qui ne suturaient pas par agrafe ou par fil réalisaient moins d'anesthésie ($p < 0,001$).

L'anesthésie locale par infiltration était réalisée par 57,8% des praticiens, un quart des praticiens (24,5%) utilisait l'anesthésie topique et 3,9% ($n=4/102$) réalisaient une anesthésie loco-régionale. Cette dernière est facile d'accès pour certaines localisations (doigts, face) [24], efficace et ne détériore pas l'aspect des berges. C'est un type d'anesthésie sur lequel une formation des généralistes serait bénéfique pour qu'ils l'intègrent dans leur pratique.

La SFMU [12,22] préconise d'explorer toutes les plaies, y compris les plaies superficielles, à la recherche d'atteintes profondes ou d'organes nobles. Seuls 39,2% des praticiens les exploraient toutes, près de la moitié (48,0%) n'exploraient que les plaies superficielles et 5,9% n'exploraient aucune des plaies qu'ils soignaient. L'attitude des généralistes n'est donc pas adaptée concernant l'exploration, même si les médecins ruraux exploraient davantage toutes les plaies ($p=0,024$).

Les praticiens soignant régulièrement des plaies étaient plus nombreux à explorer uniquement les plaies profondes ($p=0,030$). Serait-ce par banalisation des plaies superficielles ?

4.2.6. Méthodes et matériel utilisés

Notre étude retrouve un taux de 74,8% de notre population totale réalisant des sutures par fil.

Les travaux précédemment réalisés avaient des résultats contradictoires concernant le taux de praticiens réalisant des sutures par fil allant de 45,7% (dans un travail réalisé en région parisienne, zone urbaine avec de nombreux SAU à proximité) à 91,9% [3,5–9,19].

La réalisation de points de suture par fil restait la méthode de prise en charge de plaies aiguës la plus pratiquée, devant la cicatrisation dirigée, ce qui est étonnant. Les généralistes sont-ils davantage amenés à voir des plaies nécessitant une fermeture qu'une cicatrisation dirigée, ou est-ce le terme de cicatrisation dirigée qui a été mal appréhendé ?

Les travaux précédents associaient sutures et médecins âgés [9,19], ruraux [5–11,19] ou masculins [6,8–10,19]. Notre étude n'a trouvé qu'un seul profil de médecin suturant davantage : les médecins masculins ($p=0,046$).

L'utilisation des kits à usage unique était massive (80,9%). La quasi-totalité des médecins (97,8%) utilisait du fil non résorbable en cas de suture, conformément aux recommandations pour la suture des plans superficiels [22].

4.2.7. Antibioprophylaxie et risque rabique

Dans ses recommandations, la SFMU [12,22] définit clairement les situations nécessitant une antibioprophylaxie (signes d'infection, prise en charge tardive, terrain à risque, difficultés de parage ou de lavage), qui ne doit en aucun cas être systématique pour toutes les plaies. Aucun médecin dans notre étude ne prescrivait systématiquement d'antibiotique.

Les résultats de notre étude (cf. figure 10 page 21) confirment les données existantes [3,10] et donc l'attitude appropriée des généralistes concernant l'antibioprophylaxie des plaies.

Les cas de rage en France proviennent d'animaux importés, la rage étant éradiquée en France depuis 2001. Il est recommandé de contacter le centre antirabique en cas de doute mais pas de manière systématique [12].

Dans notre cohorte, seul 15,7% des praticiens adressaient toutes les plaies de morsure au centre de référence, leur attitude était donc appropriée.

4.2.8. Suivi et soins

La SFMU [12] préconise de réévaluer les patients 48 à 72 heures après la plaie si le risque infectieux est élevé ou en cas de plaie majeure. Dans notre étude, 67,6% des médecins revoyaient leurs patients systématiquement, dans un délai moyen de 6,3 jours (écart type de 3,7 jours). L'attitude des médecins était adaptée.

La SFMU [12] recommande un lavage simple et quotidien à l'eau suivi d'une protection par un pansement sec avec une compresse intégrée pour les plaies suturées non compliquées. Elle insiste sur l'absence d'application d'antiseptique.

Dans notre étude, les médecins ont tous déclaré prescrire des soins locaux suite à la prise en charge initiale, mais seul un tiers d'entre eux (36,3%) ont une prescription de soins locaux conforme aux recommandations, avec un usage abusif (par 88,2%) des antiseptiques.

La part importante des généralistes ayant recours aux tulle gras (64,7%) peut s'expliquer par leur utilisation au cours de la cicatrisation dirigée.

La majorité des praticiens (83,3%) demandait à un IDE de réaliser les soins. Cela s'explique par la complexité des soins à effectuer. L'intervention quotidienne d'un IDE est-elle nécessaire pour un lavage à l'eau et un pansement sec ?

Une éducation des patients concernant les soins à appliquer suite à la prise en charge d'une plaie et la juste place des antiseptiques permettrait un soin plus conforme aux recommandations et la réalisation d'économies pour la société. Cela permettrait aussi de moins solliciter les IDE libéraux, leur laissant plus de temps pour leurs autres tâches.

5. CONCLUSION

Les médecins généralistes participent activement à la prise en charge des plaies aiguës.

Dans notre travail, leur pratique est conforme aux nouvelles recommandations [12,22,23] pour ce qui est du recours à un avis spécialisé, le type de suture utilisé (fil), l'antibioprophylaxie, la prévention du risque rabique et le suivi des patients.

Nous observons cependant des écarts pour ce qui est de l'hygiène des mains, des équipements de protection individuels comme les masques, lunettes et gants, de l'anesthésie locale ou loco-régionale, de l'usage des antiseptiques avant et après le soin, du recours aux filières de soins comme SOS mains, du type de pansement effectué et du recours à un IDE pour les soins à domicile.

Il est intéressant d'observer un déclin d'intérêt des médecins plus âgés pour la prise en charge des plaies aiguës.

Des formations médicales continues ou universitaires pourraient être proposées. Un travail pluridisciplinaire associant les centres hospitaliers (services d'urgence et de chirurgie), les centres SOS mains, les médecins généralistes et les infirmiers pour les soins à domicile mais aussi les patients permettrait d'améliorer les pratiques en optimisant les filières de soins.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Attali, Bail. Concepts et principes pédagogiques [Internet]. Collège National des Généralistes Enseignants. 2013 [cité le 5 juin 2017]. Disponible sur : https://www.cnge.fr/la_pedagogie/concepts_et_principes_pedagogiques/
2. Pouchain D. Médecine générale : concepts & pratiques. Masson ; 1996. 1048 p.
3. Le Reveille T. Prise en charge des plaies traumatiques de l'adulte et de l'enfant en médecine générale : étude descriptive des pratiques dans le Calvados [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Caen. UFR de médecine ; 2011.
4. Tasei F. Prise en charge des plaies en médecine générale à partir d'une enquête téléphonique réalisée auprès de 337 médecins généralistes du département de la Vienne [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Poitiers ; 2000.
5. Gobin F. Les sutures par les médecins généralistes du Maine et Loire [Thèse d'exercice]. [France] : Université d'Angers ; 2016.
6. Delclitte T. La pratique de la suture par le médecin généraliste : état des lieux dans le département de la Somme [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Picardie ; 2012.
7. Boulard B. Réalisation des gestes techniques en cabinet libéral : Étude des pratiques des médecins généralistes en Haute-Normandie [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Rouen ; 2013.
8. Coowar B. Prise en charge de la petite traumatologie en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Rouen ; 2011.
9. Daviau S. La pratique des sutures non programmées au cabinet du médecin généraliste en milieu urbain : identification des obstacles et détermination de leur importance respective au moyen de deux enquêtes connexes [Thèse d'exercice]. [France] : Université Paris-Est Créteil Val de Marne ; 2009.
10. Rousseau G. Évaluation de la prise en charge de la petite traumatologie de la main en médecine générale en région Centre en 2014 [Thèse d'exercice]. [France] : Université François Rabelais (Tours). UFR de médecine ; 2015.
11. Soriot V. Étude sur la prise en charge des principales urgences traumatologiques courantes de l'adulte au cabinet du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Picardie ; 2000.
12. Société française de médecine d'urgence, Lefort H, Valdenaire G, al. Plaies aiguës en structure d'urgence, Référentiel de bonnes pratiques. France ; 2017.
13. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. [cité le 20 octobre 2017]. Disponible sur : <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>
14. Décret n° 2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine | Legifrance [Internet]. [cité le 18 août 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/16/AFSP1621392D/jo/texte>
15. DREES. Études et statistiques - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité le 17 août 2017]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>

16. Bessière S. La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. *Revue française des affaires sociales*. 2005 ; (1) :17–33.
17. Tamisier T. Les futurs médecins généralistes pratiqueront-ils les sutures en cabinet de ville ? [Thèse d'exercice]. [France] : Université Paris Descartes ; 2015.
18. Edwards P, Roberts I, Clarke M, DiGuseppi C, Prata S, Wentz R, et al. Increasing response rates to postal questionnaires : systematic review. *BMJ*. 18 mai 2002 ; 324 (7347) : 1183.
19. Christophe F. Étude de la pratique des gestes techniques au cabinet de médecine générale dans le département de la Somme [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Picardie ; 2009.
20. Dubert T. État des lieux de la prise en charge des urgences main en France. *E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie*. 2011 ; 10(2) :27–30.
21. Carte des centres FESUM | FESUM [Internet]. [cité le 31 décembre 2017]. Disponible sur : <http://www.fesum.fr/node/24/lat/50.5886/lng/3.08882/idc/75#menu-up>
22. Société Francophone de Médecine d'Urgence. Prise en charge des plaies aux urgences, 12^e conférence de consensus. France ; 2005. p. 47.
23. Société de formation thérapeutique du généraliste, Haute Autorité de Santé. Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical. France ; 2007.
24. Freysz M. Anesthésie locorégionale chez l'adulte en structure d'urgence. 2010 ; 12.

7. ANNEXES

7.1. Annexe 1 : questionnaire

ENQUÊTE DE PRATIQUE SUR LA PRISE EN CHARGE DES PLAIES AIGÜES AU CABINET DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE INSTALLÉ EN RÉGION HAUTS-DE-FRANCE

Martin PETITPREZ, interne de médecine générale en 4ème semestre

14, rue Jean Catelas, 80000 AMIENS

06.26.81.16.08

martin.petitprez@outlook.fr

Madame, Monsieur,

Actuellement en DES de médecine générale, je réalise mon travail de thèse sur la prise en charge des plaies aigües en ambulatoire auprès des médecins généralistes installés en région Hauts-de-France. Il s'agit d'une **enquête de pratique**.

Vous trouverez ci-dessous un questionnaire, essentiellement constitué de questions fermées concernant votre pratique. Il ne vous prendra que quelques minutes à remplir.

J'ai besoin de vous pour mener à bien ce travail.

Conscient de la préciosité de votre temps, l'URPS-ML Hauts-de-France qui m'aide pour l'envoi des questionnaires, vous joint également une enveloppe affranchie pour le retour du questionnaire.

J'espère récolter le nombre de questionnaires remplis dont j'ai besoin avant le 30/09/2017.

Je reste évidemment à votre entière disposition pour toute information concernant le questionnaire ainsi que mon travail.

En vous remerciant vivement pour votre collaboration, je vous prie de recevoir l'expression de mes respectueuses salutations.

Martin PETITPREZ

1. DÉFINITION DE LA POPULATION

Vous êtes : Une femme Un homme

Vous avez : Moins de 35 ans 35-45 ans 46-55 ans Plus de 55 ans

Vous pratiquez en zone : Urbaine Semi-rurale Rurale

Vous vous trouvez : A moins de 15km d'un service d'urgence A plus de 15 km d'un service d'urgence

Prenez-vous en charge des plaies aiguës ? Non Oui

EN CAS DE RÉPONSE POSITIVE, MERCI DE CONTINUER !

Si oui, à quelle fréquence ? Au moins une fois par semaine Au moins une fois par mois Au moins une fois par an

2. CARACTÉRISTIQUES DES PLAIES PRISES EN CHARGE

Vous prenez en charge des plaies d'enfant : Non Oui

Vous prenez en charge des plaies d'adulte : Non Oui

Localisation des plaies que vous prenez en charge : Membres Visage Cuir chevelu Tronc
 Main

Vous prenez en charge des plaies : Superficielles Profondes Souillées Délabrées De morsure

Vous prenez en charge les plaies datant de : moins de 6 heures moins de 24 heures peu importe

3. CARACTÉRISTIQUES DE VOTRE PRISE EN CHARGE

Vous vous lavez les mains (plusieurs réponses possibles) : par un lavage avec de l'eau par un lavage avec de l'eau savonneuse par friction hydro-alcoolique simple

Vous mettez : des gants non stériles des gants stériles une charlotte un masque chirurgical
 une casaque chirurgicale des lunettes

Vous demandez un avis spécialisé (patient adressé en milieu hospitalier) pour : une plaie contuse
 une morsure une plaie souillée une plaie profonde des lésions découvertes à l'exploration

Vous réalisez une anesthésie : non locale par crème, patch ou spray locale par infiltration intradermique locorégionale

Pour préparer la plaie, vous avez recours, si nécessaire, à :

-Un lavage abondant à l'eau courante : Non Oui

-Un lavage abondant à l'eau stérile : Non Oui

-Une application d'un antiseptique : Non Oui

-Un trempage de la plaie dans une solution antiseptique : Non Oui

Vous explorez : toutes les plaies les plaies superficielles les plaies profondes aucune plaie

Vous pratiquez : les cicatrisations dirigées les sutures adhésives les colles dermiques les agrafes les points de suture

Si vous utilisez du fil, vous utilisez du fil : résorbable non résorbable

Si vous devez suturer, utilisez-vous du matériel à usage unique ? Non Oui

4. CARACTÉRISTIQUES DES SUITES DE VOTRE PRISE EN CHARGE

Vous prescrivez une antibiothérapie orale pour : toutes les plaies les plaies souillées les morsures s'il existe des signes infectieux locaux selon l'état général du patient et ses antécédents

Adressez-vous toutes les morsures en centre antirabique ? : Non Oui

Revoyez-vous systématiquement vos patients ? : Non Oui

Si oui, dans quel délai ? :

Prescrivez-vous des soins locaux ? : Non Oui

Si oui, quel type ? : désinfection quotidienne par antiseptique laisser à l'air application quotidienne de vaseline compresses sèches tulle gras

Confiez-vous ces soins à une infirmière ? : Non Oui

7.2. Tableau 1 : analyse selon le sexe

		Hommes		Femmes		p value
		n (%)		n (%)		
		Oui	Non	Oui	Non	
Âge	Moins de 35 ans	5 (5,7)	82 (94,2)	8 (25,0)	24 (75,0)	0,006
	Plus de 55 ans	47 (54,0)	40 (46,0)	3 (9,4)	29 (90,6)	<0,001
Caractère des plaies acceptées	Profondes	19 (26,0)	54 (74,0)	2 (6,9)	27 (93,1)	0,033
	Souillées	42 (57,5)	31 (42,5)	6 (20,7)	23 (79,3)	<0,001
Pratique les sutures par fil		67 (91,8)	6 (8,2)	22 (75,9)	7 (24,1)	0,046

7.3. Tableau 2 : analyse selon l'âge

	Médecins de plus de 55 ans		Médecins de moins de 55 ans		p value	
	n (%)		n (%)			
	Oui	Non	Oui	Non		
Prend en charge des plaies aiguës		36 (72,0)	14 (28,0)	66 (95,7)	3 (4,3)	<0,001

7.4. Tableaux 3 : analyse selon le territoire d'installation

7.4.1. Tableau 3.1 : Entre médecins urbains et le reste de la cohorte

	Urbains		Semi ruraux et ruraux		p value	
	n (%)		n (%)			
	Oui	Non	Oui	Non		
Prend en charge des plaies au moins une fois par semaine		5 (9,4)	48 (90,6)	14 (28,6)	35 (71,4)	0,020

7.4.2. Tableau 3.2 : Entre médecins ruraux et le reste de la cohorte

	Ruraux		Semi-ruraux et urbains		p value	
	n (%)		n (%)			
	Oui	Non	Oui	Non		
Hygiène des mains à l'eau savonneuse puis FHA		4 (19,0)	17 (81,0)	39 (48,1)	42 (51,9)	0,024
Explore toutes les plaies		13 (61,9)	8 (38,1)	27 (33,6)	54 (66,7)	0,024

7.5. Tableau 4 : analyse selon la distance d'un SAU

	Médecins installés à moins de 15km d'un SAU		Médecins installés à plus de 15km d'un SAU		<i>p</i> value
	n (%)		n (%)		
	Oui	Non	Oui	Non	
Prend en charge des plaies au moins une fois par semaine	8 (10,5)	68 (89,5)	11 (42,3)	15 (57,7)	0,001

7.6. Tableau 5 : analyse selon la fréquence de prise en charge de plaies aiguës

7.6.1. Tableau 5.1 : Entre médecins prenant en charge une plaie par semaine ou plus et les autres

	Médecins soignant une plaie par semaine ou plus		Médecins soignant moins d'une plaie par semaine		<i>p</i> value
	n (%)		n (%)		
	Oui	Non	Oui	Non	
Prend en charge des plaies de main	18 (94,7)	1 (5,3)	55 (66,3)	28 (33,7)	0,019
Prend en charge des plaies souillées	14 (73,7)	5 (26,3)	34 (41,0)	49 (59,0)	0,012
Explore uniquement les plaies profondes	5 (26,3)	14 (73,7)	6 (7,2)	77 (92,8)	0,030

7.6.2. Tableau 5.2 : Entre médecins prenant en charge moins d'une plaie par mois et le reste de la population

	Médecins soignant moins d'une plaie par mois		Médecins soignant plus d'une plaie par mois		<i>p</i> value
	n (%)		n (%)		
	Oui	Non	Oui	Non	
Prend en charge des enfants	26 (74,3)	9 (25,7)	62 (92,5)	5 (7,5)	0,016

7.7. Tableau 6 : anesthésie réalisée selon la technique de suture utilisée

	Médecins réalisant des sutures par agrafe ou fil n (%)		Médecins ne réalisant pas de suture par agrafe ou fil n (%)		p value
	Oui	Non	Oui	Non	
	Anesthésie réalisée	68 (76,4)	21 (23,4)	1 (7,7)	

7.8. Tableau 7 : comparaison de notre échantillon à la population médicale des Hauts-de-France selon le sexe

Sexe des médecins	Nombre de médecins dans notre échantillon n (%)	Nombre de médecins installés en Hauts-de-France n (%)
Hommes	360 (70,2)	5456 (60,9)
Femmes	153 (29,8)	3500 (39,1)
Total	513 (100,0)	8956 (100,0)

7.9. Tableau 8 : comparaison de notre population à la population médicale des Hauts-de-France selon l'âge

Âge des médecins	Nombre de médecins dans notre étude n (%)	Nombre de médecins installés en Hauts-de-France n (%)
Moins de 35 ans	13 (10,9)	1160 (13,0)
35 à 45 ans	26 (21,8)	1517 (16,9)
46 à 55 ans	30 (25,2)	2326 (26,0)
Plus de 55 ans	50 (42,0)	3953 (44,1)
Total	119 (100,0)	8956 (100,0)

7.10. Tableau 9 : comparaison de notre population à la population médicale des Hauts-de-France selon le sexe

Sexe des médecins	Nombre de médecins dans notre étude n (%)	Nombre de médecins installés en Hauts-de-France n (%)
Hommes	87 (73,1)	5456 (60,9)
Femmes	32 (26,9)	3500 (39,1)
Total	119 (100,0)	8956 (100,0)

RÉSUMÉS

Introduction : Plusieurs travaux ont montré la place prépondérante du médecin généraliste dans la prise en charge d'une plaie aiguë. L'objectif de notre travail était de réaliser une enquête de pratique parmi les généralistes installés en région Hauts-De-France.

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive par envoi de questionnaires à 513 généralistes du 19/06/17 au 30/09/17.

Résultats : Le taux de réponse était de 23,2%. Les médecins étaient nombreux (85,7%) à soigner des plaies. Parmi eux, tous traitaient les plaies d'adultes ou superficielles, 86,3% les enfants et 71,6% les plaies de main. Une minorité (42,2%) lavait leurs mains à l'eau savonneuse puis à la solution hydro-alcoolique. Seul 38,2% réalisaient un lavage de la plaie à l'eau courante alors que 93,1% appliquaient un antiseptique. Un tiers (32,4%) effectuait une anesthésie. Les trois-quarts de notre population (74,8%) réalisaient des sutures par fil. Aucun médecin ne prescrivait systématiquement d'antibiotiques. Un tiers (36,3%) réalisait un pansement sec, 88,2% appliquaient des antiseptiques. Le recours à un IDE à domicile était de 83,3%.

Discussion : Les médecins appliquaient les recommandations pour les demandes d'avis spécialisé, le fil, l'antibioprophylaxie, la gestion du risque rabique et le suivi des patients. Des écarts existaient pour l'hygiène des mains, la tenue, le recours aux filières de soin comme SOS mains, l'anesthésie, les antiseptiques, les pansements et le recours à un IDE à domicile.

Conclusion : Des formations pourraient être proposées. Un travail pluridisciplinaire associant centres hospitaliers, SOS mains, généralistes, infirmiers mais aussi patients permettrait d'améliorer les pratiques en optimisant les filières de soins.

Mots Clés : Plaies et blessures, médecins généralistes, petite chirurgie, sutures

SURVEY ON THE TREATMENT OF ACUTE WOUNDS BY GENERAL PRACTITIONERS INSTALLED IN THE "HAUTS-DE-FRANCE" REGION

Introduction : Several studies have shown the preponderant place of the general practitioner in the care of an acute wound. Our work's goal was to conduct a practice survey among generalists in the "Hauts-De-France" region.

Study Design and methods : This was a quantitative descriptive study by sending questionnaires to 513 generalists from 19/06/17 to 30/09/17.

Results : The response rate was 23.2%. Many doctors (85.7%) treated wounds. Of these, all treated adult or superficial wounds, 86.3% children and 71.6% hand wounds. A minority (42.2%) washed their hands with soapy water and then with the hydro-alcoholic solution. Only 38.2% performed a washing of the wound under water while 93.1% applied an antiseptic. One-third (32.4%) performed anesthesia. Three-quarters of our population (74.8%) made stitches. No doctor prescribed antibiotics for all wounds. One third (36.3%) performed a dry dressing, 88.2% applied antiseptics. The use of home-based FDI was 83.3%.

Discussion : Physicians applied the recommendations for specialist opinion requests, thread, antibiotic prophylaxis, rabies risk management and patient follow-up. Discrepancies existed for hand hygiene, dress keeping, use of branch of care such as "SOS mains", anesthesia, antiseptics, dressings and the use of home FDI.

Conclusion : Training could be proposed. Multidisciplinary work involving hospitals, "SOS mains", GPs, nurses but also patients could improve practices by optimizing the branch of care.

Keywords : Wounds and injuries, general practitioners, minor surgery, sutures