

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	12
I- Contexte de l'étude	13
II- Question de thèse	18
MÉTHODE	19
RÉSULTATS	22
I- Caractéristiques de l'échantillon	23
1- Constitution du panel.....	23
2- Accessibilité aux examens échographiques des médecins du panel.....	25
II- Le point de vue des médecins sur l'échographie de débrouillage	26
1- Les avantages à utiliser une échographie de débrouillage.....	26
A- Accessibilité.....	26
B- Améliorer l'efficacité et optimiser la prise en charge.....	27
C- Élargir la panoplie du médecin généraliste.....	28
D- Innocuité.....	29
2- Les freins s'opposant à l'utilisation d'une échographie de débrouillage.....	29
A- La formation.....	29
B- Les craintes des médecins généralistes.....	31
C- L'aspect financier.....	33
D- La responsabilité médicale.....	35
E- Le temps consommé à pratiquer l'échographie.....	35
F- La logistique.....	36
3- Les indications qui leur paraissent pertinentes.....	36
A- Gynécologiques/Obstétriques.....	36
B- Vasculaires.....	37
C- Urologiques.....	37
D- Abdominales.....	38
E- Musculo-tendineuses.....	38
F- Thyroïdiennes.....	38
G- Cardiologiques.....	39
H- Situations d'incertitude diagnostique.....	39

I- Rassurer le patient.....	39
J- Dépistage.....	39
4- L'intérêt porté par les médecins généralistes à la pratique de l'échographie.....	40
DISCUSSION.....	42
I- Force et faiblesses de l'étude.....	43
1- Faiblesses de l'étude.....	43
2- Originalité et force de l'étude	44
II- Analyse des résultats.....	46
1- Principaux résultats de cette étude.....	46
2- L'intérêt des médecins généralistes.....	46
3- Les freins vus par les médecins généralistes	51
4- Les indications utiles	59
5- Le profil type du médecin généraliste échographiste et sa formation	61
CONCLUSION.....	62
BIBLIOGRAPHIE	66
ANNEXES.....	69

INTRODUCTION

I- Contexte de l'étude

En médecine, les ultrasons ont été utilisés pour la première fois au début des années 1960. Ils résultaient de la mise au point dix ans plus tôt de l'oscilloscope de Helder et Hentz complété par la suite de celle du Doppler. Dans les années 1970, des chirurgiens commencèrent à utiliser l'échographie abdominale dans le cadre de la prise en charge de patients traumatisés abdominaux à la recherche d'épanchement péritonéal. C'est dans les années 1980 que l'échographie se démocratise et apparaît dans les cabinets médicaux.

L'échographie est un outil diagnostique dont l'innocuité et la simplicité de mise en action rend la pratique très intéressante en premier recours. Elle a longtemps été l'apanage des spécialistes de radiologie ou de certaines spécialités médicales comme les cardiologues, les gynécologues-obstétriciens, les médecins vasculaires. Elle est l'objet d'un intérêt croissant des médecins de premier recours notamment dans les pays Anglo-Saxons^(1,2). Il existe deux types d'activités d'échographie en médecine générale : les généralistes échographistes exclusifs qui ne pratiquent plus que l'échographie et les médecins généralistes qui se servent de l'échographie comme un moyen diagnostique dans le prolongement de leur clinique. En 1996, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini deux niveaux pour la pratique de l'échographie⁽³⁾ :

- Un premier niveau correspondant à une pratique sans diplôme validant ; il s'agit alors d'une échographie dans le prolongement de la clinique, qui n'est pas soumise à une cotation.
- Un second niveau imposant une formation de type Diplôme Inter-Universitaire (DIU) et qui correspond à une pratique spécialisée soumise à une cotation spécifique.

Les applications de l'échographie en médecine générale sont multiples et ses indications larges.

Une thèse de 2010 recensant dans la littérature les indications des examens échographiques en médecine générale⁽⁴⁾ parvenait à définir sept axes principaux avec : en premier lieu les échographies abdomino-pelviennes, obstétriques (hors échographie fœtale), les échographies vasculaires diagnostiques (thrombose veineuse profonde) et préventives (anévrisme de l'aorte abdominale), et les échographies d'urgence. Cette thèse montrait que les indications les plus fréquemment citées étaient obstétricales avec l'évaluation de l'âge gestationnel et la recherche de malformations fœtales in utero. L'indication abdominale était citée en deuxième position avec la recherche de lithiase vésiculaire. L'indication vasculaire avec la recherche de TVP arrivait en troisième position. Une seconde thèse de 2012 évaluait l'intérêt pour un cabinet de médecine générale de disposer d'un échographe⁽⁵⁾. Ce travail arrivait à la conclusion que 90% des 90 médecins interrogés avait recours à l'échographie au moins une fois par semaine et 80% adressait aux services des Urgences par manque de moyens diagnostiques. Une étude hollandaise a démontré que 64% des Médecins Généralistes interrogés auraient modifié leur prise en charge après avoir pris connaissance du résultat d'échographie. Ceci leur aurait permis de diminuer d'un tiers le recours aux spécialistes (de 45% à 30%)⁽⁶⁾.

Ceci démontre les avantages qu'apporterait l'échographie de premier recours tant pour la qualité du diagnostic que pour l'optimisation de l'économie du système de soin avec un moindre recours aux spécialistes et aux services d'urgences.

L'utilisation de l'échographie reste tout de même conditionnée par la qualité de son opérateur. Si à l'heure actuelle la formation n'est pas obligatoire, elle reste fortement recommandée comme en atteste un rapport de l'OMS en 1996⁽³⁾. Il existe deux formations reconnues : le classique DIU d'échographie permettant d'obtenir la qualification d'échographe, qui s'effectue sur une période de trois ans et le CFFE (Centre Francophone de Formation en Échographie) dirigé par le Pr Bourgeois proposant une formation adaptée à la médecine générale. Cette formation permet l'acquisition de réponses fiables et reproductibles par l'échographie face à des situations cliniques fréquentes en médecine générale.

Déjà largement répandue dans les pays Anglo-Saxons, l'échographie fait partie des modules de formation les plus fréquemment choisis des family physicians notamment pour les indications obstétriques et d'urgences^(1,2). L'organisation du système de soins aux Etats-Unis mais aussi au Canada, pays dont l'immensité des territoires rend difficile l'accès de tous aux soins, a donné naissance à un nouveau métier. Des Sonographes, manipulateurs radiologistes spécialisés en échographie, pratiquent la technique dans des centres de référence sur indication médicale et les images fournies sont interprétées par les family physicians. Au Royaume Uni, le Royal College of Radiologists recommande de former les non spécialistes de même qu'en Espagne où la Société Espagnole de Médecine Générale encourage la formation à l'échographie. En France son utilisation reste très marginale puisqu'elle ne regroupe qu'environ 2% des médecins généralistes.

A l'heure du transfert de compétences⁽⁷⁾ dans lequel est évoquée la possibilité pour les manipulateurs radiologistes de s'approprier la réalisation des échographies, pourquoi ne pas laisser l'échographie au prescripteur principal : le médecin généraliste ?

Durant de nombreuses années, les cabinets de médecine générale ont pu disposer d'appareils de radiosopies. Développée et installée dans les cabinets de médecine à la fin des années 1800, la radioscopie s'est largement répandue durant le XX^e siècle dans de nombreuses structures de soins pour aider au diagnostic de la tuberculose surtout, mais aussi d'autres indications. En dépit du risque d'irradiation, elle était un outil intéressant par sa proximité et sa facilité d'accès pour le patient à une époque où les déplacements vers des centres hospitaliers référents se faisaient difficilement. Progressivement cet outil s'est avéré de plus en plus utile au diagnostic à mesure que les praticiens le maîtrisaient mieux et que la technique devenait plus précise. Cette large utilisation a pris fin dans les années 70 avec la mise en évidence de la dangerosité liée au rayonnement. Depuis, les cabinets de médecine générale ont perdu cet outil d'imagerie diagnostique de première ligne.

Depuis ses débuts, dans les années 1980, l'échographie est devenue plus accessible, avec des appareils plus performants en termes de qualité d'images et des coûts plus abordables pour les cabinets médicaux. L'échographie dite de débrouillage clinique avec des appareils portatifs est déjà présente dans les services d'Urgences avec le développement des FAST écho (Focused Assessment with Sonography for Trauma) ou des échographies PREP (Programme Rapide d'échographie pour le Polytraumatisé) chez les patients polytraumatisés. Le principe étant d'utiliser l'échographie avec un objectif bien précis qui est d'affirmer ou d'éliminer une pathologie définie comme fréquente et pour laquelle une prise de décision rapide est importante^(8,9). Elle devient alors un prolongement de la clinique avec une haute fiabilité dans ces indications spécifiques. Comme la radioscopie au siècle dernier, l'échographie pourrait voir son utilisation se répandre largement dans les cabinets de médecine générale comme outil d'orientation diagnostic dans un certain nombre de situations prédéfinies. Les médecins répondraient alors à l'obligation de moyens telle qu'elle est décrite dans l'article 33 du code de déontologie médicale : « Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, (...) en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, des concours appropriés. »⁽¹⁰⁾

Depuis déjà une dizaine d'années, un premier rapport du Sénat mettait en évidence un déficit territorial des soins médicaux et introduisait la possibilité de voir s'étendre des désert médicaux : des zones de sous densité médicale et paramédicale mettant en péril l'accès des patients aux soins en un temps raisonnable. La réponse des professionnels de soins a été de se regrouper en maison de santé ou en pôle de santé rendant l'activité plus attractive. Onze ans après, un second rapport faisant état de la désertification médicale et des difficultés d'accès aux soins proposait des pistes de solution à étudier.

La population des médecins généralistes et spécialistes en France est très inégalement répartie sur le territoire, avec une concentration essentiellement urbaine. Le temps d'accès aux soins n'a cessé d'augmenter ces dernières années. En 2011, 75% de la population accédait à un radiologue en moins de 20 minutes de route, quand 10% devait parcourir environ une demi heure de trajet. Le temps d'accès aux médecins généralistes a lui aussi augmenté mais dans une moindre mesure que pour les spécialistes, restant inférieur à 15 minutes pour 95% de la population⁽¹¹⁾. Le vieillissement de la population rend les déplacements des plus fragiles et des plus isolés plus difficiles qu'auparavant. L'accès aux soins le plus proche possible devient pour eux un enjeu de santé publique majeur. L'organisation en maison ou pôle de santé s'est beaucoup développée, répondant au besoin des professionnels de lutter contre l'isolement. Ceci a accentué la concentration géographique des professions de soins au détriment des régions avoisinant ces pôles de santé. Cette centralisation des moyens humains en santé primaire a aussi imposé de disposer d'un plus large plateau technique dont l'échographie pourrait faire partie. Le rapport de 2013 revient aussi sur le transfert de compétences en évoquant la possibilité de laisser aux infirmiers libéraux et aux pharmaciens un certain nombre de tâches médicales dans le but de libérer du temps aux médecins. On pourrait imaginer un transfert de la compétence d'échographie vers le cabinet de médecine générale par le biais d'un médecin formé ou d'un manipulateur radiologiste à l'égal des sonographes aux Etats Unis¹⁰. Ceci supposerait la création d'une rémunération adéquate non permise par la nomenclature actuelle.

Comme la télé-médecine pour l'ECG en médecine générale, on pourrait aussi imaginer transmettre les images récoltées au cabinet à un référent échographique pour avis. Ce mode de fonctionnement, qui existe déjà avec des télé-consultations, pourrait être étendu à l'échographie par le biais de la télé-expertise.

Si l'échographie présente un intérêt diagnostique et économique non négligeable, on ne sait pas quel pourrait être l'intérêt des médecins généralistes pour cette technique. On peut supposer que de nombreux obstacles rendent son usage peu accessible, tels que le manque de reconnaissance en termes de cotation, la formation et le coût du matériel.

L'objectif de ce travail est d'explorer les besoins et les freins ressentis par les médecins généralistes sur la possibilité d'utiliser l'échographie de débrouillage en exercice ambulatoire de premier recours.

II- Question de thèse

Quels sont les intérêts ressentis par les médecins généralistes à utiliser une échographie de débrouillage ?

- Quelles indications leurs paraissent pertinentes pour l'utilisation de l'échographie en médecine de premier recours ?
- Quels freins voient-ils à son utilisation ?
- Existe-t-il un profil type de médecin généraliste intéressé à pratiquer l'échographie ?

MÉTHODE

Etude qualitative par entretien semi-directif auprès de médecins généralistes des départements du Maine et Loire, de la Sarthe et de la Mayenne.

Il s'agissait d'entretiens semi-dirigés réalisés à l'aide d'une grille d'entretien (cf. annexe1). Cette grille comprenait une première partie permettant de définir précisément le profil d'exercice du médecin répondant, puis une deuxième partie avec l'entretien en lui-même. Les premières questions permettaient de situer la thématique en parlant de l'échographie de débrouillage, puis ont été abordées les indications qui paraissaient utiles dans la pratique du médecin interrogé ; enfin la dernière partie abordait les freins ressentis à l'utilisation d'une échographie de débrouillage. Une des questions portait sur la distance à laquelle se situe le centre d'échographie le plus proche, puisque l'une des hypothèses était que cela influait sur l'intérêt pour l'échographie de premier recours. Enfin il a été exploré l'intérêt personnel à l'utilisation d'une échographie de débrouillage dans sa pratique.

L'échantillon (cf. annexe 2) a été constitué en fonction des hypothèses présupposant que la démographie et les limites d'accessibilité géographique influent sur l'intérêt pour l'échographie de premier recours. Les critères d'exclusions ont été les Modes d'Exercices Particuliers (MEP), les médecins déjà équipés d'une échographie, et le refus de participer. Les critères de variation maximale ont été choisis en fonction de plusieurs paramètres. Le premier était la localisation géographique, l'hypothèse étant que les médecins exerçant en zone sous dotée porteraient un intérêt plus important à l'acquisition de la technique et du matériel d'échographie de débrouillage. Pour cela, quatre sous-unités géographiques par département ont été définies : urbain de grande ville, urbain de moyenne ville, semi-rural et rural. Le second paramètre était l'âge des médecins interrogés. L'hypothèse était que les plus jeunes praticiens montreraient un intérêt plus prononcé pour la technique du fait d'une plus grande sensibilisation à son utilisation au cours de leur formation hospitalière. Le choix a été fait d'avoir une variation maximale avec les critères choisis dans ces trois départements qui présentent des modalités d'exercice et une démographie très différentes les uns des autres. L'échantillon a été constitué sur les trois départements avec une répartition équitable entre plus et moins de 45 ans. Un médecin de plus de 45 ans et un de moins de 45 ans ont été interrogés par sous-unité géographique.

La répartition en fonction du genre a été faite suivant la démographie de chaque département. Vingt pour cent de maîtres de stage universitaire a été intégré par département, ce qui correspond au pourcentage de maître de stage sur ces trois départements. L'échantillon a été constitué de huit médecins par département soit vingt quatre au total.

Le guide d'entretien a été éprouvé par un panel test de 5 médecins pour éviter des incompréhensions dans les intitulés des questions ou des redondances. Il a été envoyé au comité d'éthique pour approbation (annexe 3).

Le recrutement des médecins généralistes répondant a été fait par téléphone à l'aide de l'annuaire téléphonique pour trouver des médecins correspondants aux critères de choix géographique et de genre. Les médecins répondants ont été sélectionnés après un appel téléphonique pour confirmer la tranche d'âge et convenir d'un rendez-vous. Les statistiques des réponses téléphoniques sont fournies en annexe 4. Les entretiens ont été réalisés en face à face et enregistrés au moyen d'un dictaphone Digital Voice Recorder VN-711PC. La période de recueil des données s'est étalée sur un an de janvier 2014 à janvier 2015. L'entretien le plus court a duré onze minutes et le plus long quarante cinq minutes. La durée moyenne d'un échange était de vingt trois minutes.

Par la suite, les entretiens ont été retranscrits au rythme où ils étaient réalisés pour une extraction plus facile des données. Ce travail de retranscription a permis d'affiner et de modifier le guide d'entretien à mesure que les rencontres se faisaient. Chaque entretien a ensuite été relu par moi-même et par le directeur de thèse avec une confrontation de nos interprétations du discours des répondants. Une des retranscriptions est fournie en annexe 5. Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse thématique attentive de type inductive pour en extraire les idées en rapport avec les hypothèses de départ tout en restant ouvert aux idées nouvelles. Ces idées ont ensuite été classées dans un tableur Excel avec les citations correspondantes par regroupement d'idées. Ce tableau a été implémenté et complété au fur et à mesure de l'analyse des entretiens. Il n'a pas été réalisé d'évaluation systématique de la saturation des données puisque le nombre d'entretien avait été fixé au préalable.

RÉSULTATS

I- Caractéristiques de l'échantillon

La période de recueil s'est échelonnée sur un an. Pour chacun des départements, un médecin de plus de 45 ans et de moins de 45 ans ont accepté de répondre pour chaque sous-unité géographique : grande ville, moyenne ville, semi-rural et rural. A part pour la Sarthe, département dans lequel il a été impossible de trouver un jeune médecin acceptant de répondre à l'entretien en secteur rural.

1- Constitution du panel

Pour le Maine-et-Loire, onze appels téléphoniques ont été nécessaires pour parvenir à obtenir les rendez-vous. Deux secrétariats n'ont jamais rappelé et il n'y a eu qu'une seule réponse négative, par manque de temps de la part du médecin. Il y a eu quatre femmes pour quatre hommes interrogés, trois étaient maîtres de stage. Un seul des médecins exerçait de façon isolée, les autres étaient en association.

Pour la Mayenne, douze appels ont été nécessaires pour obtenir les huit rendez-vous. Deux médecins ont refusé de répondre, l'un d'eux par manque de disponibilité et l'autre parce que le sujet ne l'intéressait pas. Deux médecins devaient rappeler mais ne l'ont jamais fait. Deux médecins qui ont accepté l'entretien l'ont fait pour « aider la jeunesse ». Il y a eu deux femmes pour six hommes interrogés, trois étaient maîtres de stage. Tous les médecins interrogés exerçaient en groupe.

Pour la Sarthe, il a fallu dix-neuf appels téléphoniques pour arriver à obtenir les huit rendez-vous. Il y a eu huit réponses négatives, six par manque de disponibilité pour répondre à l'entretien et deux parce que le sujet ne les intéressait pas. Trois secrétariats n'ont jamais rappelé. Il y avait deux femmes pour six hommes dont deux maîtres de stage. Un des médecins interrogés exerçait seul, les autres étaient associés. Il a été impossible de trouver un médecin de moins de 45 ans acceptant de répondre au questionnaire dans le secteur rural aussi le choix a été fait d'interroger deux médecins de plus de 45 ans. Un des entretiens a été fait par téléphone a cause d'une difficulté à trouver un créneau de rendez-vous.

Parmi les onze réponses négatives, sept l'ont été par des médecins maîtres de stage.

		Localisation géographique	Genre	Catégorie d'âge	Maître de stage
Maine-et-Loire	Entretien 1	Urbain	Homme	< 45 ans	Non
	Entretien 2	Rural	Femme	< 45 ans	Non
	Entretien 3	Semi-Rural	Femme	< 45 ans	Non
	Entretien 4	Moyenne Ville	Femme	< 45 ans	Non
	Entretien 5	Moyenne Ville	Homme	> 45 ans	Oui
	Entretien 6	Semi-Rural	Homme	> 45 ans	Oui
	Entretien 7	Rural	Homme	> 45 ans	Oui
	Entretien 8	Urbain	Femme	> 45 ans	Non
Mayenne	Entretien 9	Urbain	Homme	> 45 ans	Oui
	Entretien 10	Semi-Rural	Femme	< 45 ans	Non
	Entretien 11	Moyenne Ville	Homme	> 45 ans	Non
	Entretien 12	Rural	Homme	< 45 ans	Oui
	Entretien 13	Urbain	Homme	= 45 ans	Non
	Entretien 14	Moyenne Ville	Femme	< 45 ans	Non
	Entretien 15	Rural	Homme	> 45 ans	Non
	Entretien 16	Semi-Rural	Homme	> 45 ans	Oui
Sarthe	Entretien 17	Urbain	Femme	< 45 ans	Non
	Entretien 18	Urbain	Homme	> 45 ans	Non
	Entretien 19	Rural	Homme	> 45 ans	Non
	Entretien 20	Semi-Rural	Homme	> 45 ans	Non
	Entretien 21	Rural	Homme	> 45 ans	Oui
	Entretien 22	Moyenne Ville	Homme	> 45 ans	Oui
	Entretien 23	Semi-Rural	Femme	< 45 ans	Non
	Entretien 24	Moyenne Ville	Homme	< 45 ans	Non

Constitution de l'échantillon

2- Accessibilité aux examens échographiques des médecins du panel

En terme d'accessibilité géographique, plus de la moitié des médecins a un accès facilité aux radiologues : « *On a quand même des accès faciles à l'hôpital à 5 minutes ou la clinique aussi donc bon.* » (Entretien 20 : E20).

Certains avec des rendez-vous rapides : « *Il y a une secrétaire qui est très efficace, quand il y a besoin d'une échographie, dans la demi-journée...* » (E6).

D'autres reconnaissent, malgré tout, une difficulté pour obtenir des rendez-vous : « *Le problème actuellement c'est que pour avoir une écho en ville sans passer par les urgences, c'est compliqué.* » (E17).

D'autres n'ont pas de radiologues dans leur secteur d'exercice et ont des difficultés pour obtenir des rendez-vous : « *C'est 20 kilomètres de chaque côté donc à 20 minutes après les hôpitaux c'est M. Enfin non, c'est B. c'est un petit peu plus rapide c'est 30 minutes (...) bon c'est pas facile mais on y arrive* » (E19).

Peu de médecins ont des rendez-vous facilement mais dans une zone géographiquement éloignée de leur cabinet : « *Les échographies on les a au bout d'une semaine à 15 jours. (...) Après, moi je dis aux gens de prendre leurs bagnoles parce que s'ils vont à B., ils ont leur rendez-vous en trois semaines et s'ils vont à F. en trois semaines aussi.* » (E5).

Pour l'un des entretiens, l'accessibilité aux radiologues dans son secteur n'a pas été abordée.

II- Le point de vue des médecins sur l'échographie de débrouillage

1- Les avantages à utiliser une échographie de débrouillage

A- Accessibilité

La disponibilité immédiate : Pour la majorité des médecins rencontrés, l'accessibilité au cabinet était l'atout majeur de l'échographie de débrouillage : « *Ah ben ce serait un gain de temps phénoménal !* » (E8).

Le gain de temps dans la prise en charge était, pour la plupart d'entre eux, l'intérêt principal : « *ce serait intéressant parce que j'aurais pu gagner une semaine dans le diagnostic.* » (E4).

Notamment dans les situations d'incertitude diagnostique : « *En fait surtout les situations où tu sais pas trop et où il faut un diagnostic rapidement quoi.* » (E2).

Dans ces situations, la disponibilité de l'échographie trouvait toute sa valeur : « *On n'est pas dépendant des rendez-vous, surtout que c'est un peu compliqué en ce moment.* » (E21).

Certains ont souligné une désaffection des jeunes radiologues pour l'échographie de ville : « *Tous les jeunes internes de radio veulent faire des IRM, des scanners voir de l'interventionnel donc ils se fichent un peu du conventionnel. Ce qui est bien dommage parce (...) ça rendait service à la population.* » (E5).

L'accessibilité géographique : Quelques uns d'entre eux ont soulevé l'intérêt de l'échographie par son accessibilité géographique : « *C'est l'intérêt de l'avoir sur place et de pouvoir tout de suite prendre une décision.* » (E9).

Ceci éviterait au patient des déplacements inutiles : « *Sur un patient pour lequel je sais que ça va être compliqué, qu'il faut forcément une ambulance pour le déplacer (...) c'est sûr que ça permettrait de faciliter les choses quoi.* » (E2).

B- Améliorer l'efficacité et optimiser la prise en charge

Améliorer l'efficacité : De nombreux médecins de l'échantillon considéraient que l'échographie permettrait d'enrichir leurs capacités cliniques en élargissant leurs champs de compétences : « *c'est un investissement personnel de diversification d'activité.* » (E9).

Ils pensaient à son utilité pour gérer des situations de façon plus complète en améliorant la qualité diagnostique : « *Ha oui, intellectuellement c'est très satisfaisant quoi, de faire la consultation de A à Z* » (E21).

Un autre envisageait que cela permette de gérer la planification des soins de façon plus adaptée : « *ça m'aurait peut-être aidée (...) pour organiser les choses pour elle.* » (E17).

Optimiser la prise en charge : Quelques uns y voyaient un intérêt pour adresser de façon plus juste leurs patients : « *ça pourrait être d'affiner une situation de façon à envoyer aux urgences quelque chose de mieux présélectionné ça pourrait être l'intérêt.* » (E19).

D'autres ont soulevé l'utilité pour faciliter la prise en charge globale du patient : « *Il est évident que ce serait rendre service aux gens.* » (E18).

L'un d'entre eux y voyait une possibilité pour mieux communiquer avec ses patients : « *Ça rentre dans le cadre d'apporter de la compréhension et de la connaissance dans quelque chose (...) Ça permet de proposer de la connaissance aux gens.* » (E13).

Améliorer l'offre de soins : Certains relevaient l'intérêt de l'échographie dans la maîtrise du coût de la santé : « *Mais si ça peut éviter le passage aux urgences d'avoir un beau petit appareil (...) ça fait vachement d'économies.* » (E13).

Elle leur permettait de limiter le recours aux transporteurs et aux services d'urgences : « *C'est l'intérêt de pouvoir débrouiller des situations possiblement urgentes sur place quoi sans (...) avoir recours inutilement aux urgences (...) Et à limiter les transports oui.* » (E9).

Quelques uns évoquaient l'apport d'une offre de soin de proximité plus performante : « *Si c'est plus gênant, c'est forcément les urgences. Il n'y a pas d'entre deux. Tu arrives là toi et c'est intéressant.* » (E13).

L'un d'eux a introduit l'idée de pouvoir bénéficier de l'échographie de façon indirecte : « *Mais pour un collègue plus jeune et bénéficier de ça indirectement ou même d'assister (...) c'était très intéressant.* » (E21).

C- Élargir la panoplie du médecin généraliste

Outil utile en médecine de premier recours : Certains pensaient que l'échographie avait vocation à prendre toute sa place dans un cabinet de médecine générale : « *Quand on a commencé nos études on commençait à parler de cette espèce de technique bizarre (...) et puis ça s'est très affiné. (...) Probablement que dans 10 ans il y aura des petits appareils d'écho dans tous les cabinets.* » (E7).

Même si certains médecins ont été surpris que l'échographie puisse faire partie de leur arsenal diagnostique : « *C'est pas con, parce que je ne pensais pas que ça existait. Je pensais vraiment qu'il fallait faire radiologue quoi.* » (E13).

D'autres y voyaient même une source d'attractivité pour les jeunes médecins : « *ça pourrait être un élément de plus, de se dire, on se modernise, on a une activité un peu diversifiée.* » (E17).

Rares étaient ceux ayant montré un manque d'intérêt pour la technique : « *Ça fait surtout pas partie de mes priorités, des mes centres d'intérêts quoi.* » (E4).

Développer une nouvelle compétence en médecine générale : Quelques uns ont émis l'idée de créer un nouveau pôle de compétence particulier qui permettrait de répondre aux besoins de la population : « *Ha oui, avoir un échographiste ici, ce serait très bien, (...) il y a plein de gens d'autres cabinets qui viendraient parce que c'est vrai qu'on a besoin d'échographistes en fait.* » (E12).

D'autres ont évoqué une modalité particulière d'utilisation de l'échographie en médecine générale, la télémédecine avec la transmission possible des images : « *Parce que nous on est les seuls dans notre cabinet (...) ça pourrait être quelque chose d'intéressant de pouvoir envoyer quelques images pour lesquelles on a un doute.* » (E16).

Certains pensaient que l'acquisition d'un échographe au sein d'un groupement médical était plus intéressant que lors d'un exercice isolé : « *C'est vrai que si on avait dans une équipe de 4-5 médecins, un qui fasse ça, ce serait super effectivement.* » (E21).

Quelques médecins ont trouvé que l'échographie pourrait apporter un gain d'autonomie intéressant : « *Ça m'apporte un truc, ça m'évite d'aller voir untel ou untel et on y est encore quinze jours après quoi* » (E13).

D- Innocuité

Très peu de médecin ont relevé l'innocuité de la technique d'échographie comme un élément intéressant dans leur pratique : « Avec l'avantage d'un examen normalement rapide, peu agressif et pas très cher. » (E18).

2- Les freins s'opposant à l'utilisation d'une échographie de débrouillage

A- La formation

Quasiment aucun médecin, intéressé ou non, ne concevait la pratique de l'échographie sans une formation adaptée.

Les difficultés d'acquisition des compétences : La formation initiale à l'échographie était le frein majeur à son utilisation au cabinet : « Une échographie elle était intéressante quand elle était faite par un échographiste qualifié. Donc déjà il faut être qualifié, faut être formé. » (E8).

La majorité des médecins relevait l'acquisition des compétences nécessaires à la pratique de l'échographie comme un frein : « C'est un examen qui est dans la technicité et humaine, ce qui veut dire savoir manipuler une sonde et savoir lire ces espèces de lignes blanches sur un fond noir. » (E19). Ils regrettaient l'absence de son enseignement lors de leur cursus médical initial : « Ben la formation en ce qui me concerne. Parce que je n'ai pas eu à manier ce genre d'appareil. » (E10).

Nombre d'entre eux estimaient que si la formation avait été intégrée dans la Formation Médicale Initiale (FMI), cela aurait été plus facile : « *Si elle était faite pendant les études, ouais ce serait intéressant évidemment, elle serait même pertinente en fait, l'avenir c'est peut-être ça, peut-être que dans l'avenir ce serait utile* » (E12).

Ils auraient pu profiter d'un apprentissage bien séniorisé : « *Pendant un certain temps on va se dire est-ce que j'interprète bien l'image (...) on n'aura pas eu la double interprétation qu'on peut avoir lorsqu'on est étudiant et où on va un peu se reposer sur un tuteur.* » (E16).

Certains pensaient que cela aurait permis de lever le frein de formation : « *Si on y est sensibilisé on l'utilisera beaucoup plus facilement alors que là peut-être qu'on l'utilise pas parce qu'on y met nous-mêmes les freins.* » (E14).

La place précise de l'échographie de débrouillage en médecine générale : Beaucoup pensaient que des indications particulières de l'échographie en médecine générale devaient être définies : « *Ça me semble bien ça, parce qu'on a quand même pas plein de choses au cabinet, c'est souvent les mêmes choses donc si on sait les prendre en charge alors pourquoi pas (...) De cibler bien sûr, c'est plus adapté.* » (E10).

De cette façon, ils concevaient une possibilité de formation plus performante sur ces indications précises : « *Si elle est ciblée sur quelque chose et bien si on cherche une lithiase, on cherche au niveau de la vésicule, si on vise que la vésicule alors ok.* » (E13).

Le caractère chronophage du temps de formation : Pour la majorité des médecins, le temps passé en formation était un frein important : « *Oui, parce que la formation, elle prend du temps, faut faire la théorie mais aussi de la pratique et tout ça, ça prend du temps, et je ne sais pas où je le mettrais ce temps là.* » (E4).

Plusieurs considéraient que les difficultés pour se faire remplacer rendaient le temps de formation trop important : « *Je pensai pas que c'était si compliqué de se former avant de m'installer mais si en fait. (...) Je trouve que, ici, comme on manque de généralistes, on fait des journées de fous quoi* » (E17).

Quelques uns ont estimé que la formation n'était pas un frein : « *On me sort un truc comme ça et puis là je gagne du temps et je gagne pour les gens, ben là je le fais. La formation serait utile, donc ce n'est pas un frein.* » (E13).

L'âge des médecins interrogés et le temps d'exercice restant : Les plus anciens étaient plus réticents à faire la formation : « *Et puis moi, j'ai 61 ans et si j'avais 10 ans de moins je pense que ça m'aurait tenté mais le problème c'est qu'on a une activité très lourde (...) on n'a pas le temps.* » (E21).

L'entretien des compétences : De nombreux médecins interrogés voyaient des difficultés à maintenir un niveau de compétences suffisant à la pratique de l'échographie au cabinet : « *Faut pratiquer pour savoir l'utiliser au quotidien, parce que quand on pratique pas, faut se remettre à niveau régulièrement...* » (E10).

Certains jugeaient que la fréquence de pratique serait trop faible dans leur cabinet pour maintenir un niveau de compétence suffisant : « *Donc bon, ce qu'on fait deux fois par an, on le fait pas bien (...) si on le fait rarement, on le fait pas bien.* » (E20).

Ils pointaient particulièrement l'aspect opérateur dépendant : « *Comme c'est opérateur dépendant (...) si on se contente de l'échographie de débrouillage pour des diagnostics très particuliers, effectivement on en fera pas très souvent et la pratique va manquer.* » (E15).

Pour d'autres, c'est la nécessité de formation continue qui poserait problème : « *Ça voudrait dire qu'il faut toujours se remettre en question et toujours aussi se reformer quoi.* » (E22).

Un seul des médecins considérait que l'entretien des compétences n'était pas un frein : « *Je ne pense pas qu'on perde les compétences (...) Quand on a compris quelque chose, ça part jamais de la tête* » (E13).

B- Les craintes des médecins généralistes

La modification des fonctions des médecins généralistes : Certains médecins ont estimé que l'échographie ne faisait pas partie de leur fonction : « *Pas du tout, ce n'est pas mon job (...) J'ai pas envie qu'on me mette ça sur le dos.* » (E11).

D'autres ont pensé que les modifications engendrées dans leur pratique quotidienne étaient trop importantes et représentaient un frein : « *Mais ça changerait complètement notre façon de voir la chose (...) donc c'est vrai que ça peut être utile mais ça peut être à double tranchant : on risque d'oublier un peu la clinique.* » (E6).

Le stress : Certains médecins ont évoqué le stress provoqué par le fait de faire de l'échographie comme un frein : « *Moi je dis que c'est un facteur de stress.* » (E11).

La confraternité : Quelques médecins ont relevé le risque de non confraternité comme un frein : « *Si on se mettait à faire de l'échographie, outre l'intérêt diagnostic, on aurait des problèmes avec nos confrères radiologues qui vivent quand même beaucoup de ça.* » (E6).

Certains craignaient un manque de reconnaissance de leurs compétences : « *L'avis des spécialistes là dessus, comme un exercice détourné (...) comment les radiologues voient ça ?* » (E13).

Et ce d'autant plus s'ils avaient un accès facile aux radiologues : « *Il y a des radiologues pour ça ici, on est pas en rase cambrousse non plus (...) on a un rendez-vous dans la journée.* » (E4).

D'autres estimaient que le fait d'exercer dans un groupement médical pouvait être un obstacle à s'approprier cet outil : « *Quand tu as envie de faire un truc, de mettre un truc en place tu es forcément obligé d'un peu impliquer tes collègues. (...) En fait si, le frein pourrait être le non accord des autres associés.* » (E7).

L'éthique du métier : Quelques médecins ont pointé des freins éthiques à l'utilisation d'une échographie au cabinet évoquant la crainte de provoquer une perte de chance pour les patients en cas de défaut diagnostic : « *C'est le danger quoi de se croire compétent (...) Je vais pas aller m'amuser à l'apprenti sorcier.* » (E3).

Certains ont aussi posé les limites de leurs compétences personnelles : « *Par mon niveau, j'atteindrais jamais un niveau suffisant pour pouvoir discriminer une appendicite d'une constipation.* » (E12).

Les freins liés aux patients : Enfin, des médecins ont évoqué des freins liés aux patients. L'un d'eux pensait que ce serait inutile pour la population qu'il suit : « *Est-ce que c'est utile dans une population que tu suis. Ben non. Après y avoir beaucoup réfléchi, non.* » (E12).

Un autre craignait d'attirer une patientèle supplémentaire : « *Et puis c'est pareil, quand on se spécialise entre guillemets, ben ça attire des clients et des clients j'en ai trop.* » (E21).

Un autre encore craignait que ses patients deviennent trop exigeants : « *L'autre frein, et notamment en ville, c'est l'exigence du patient (...) la fois d'après, le patient il la demande même si ça n'a rien à voir avec le motif de la consultation.* » (E18).

Un des médecins se demandait comment cette activité serait perçue par ses patients : « *Peut-être aussi la peur des gens, de se dire que c'est mon généraliste qui m'a fait mon écho.* » (E17).

Quelques uns ont évoqué le surcoût pour les patients comme un frein : « *Après il faut que les gens acceptent de payer plus pour l'échographie aussi.* » (E22).

C- L'aspect financier

L'acquisition du matériel : Nombreux étaient ceux qui ont estimé que le coût d'un échographe était un frein à son acquisition : « *Ensuite l'obstacle financier, (...) peut-être qu'il faut être à plusieurs pour pouvoir amortir un appareil, enfin je sais pas.* » (E1).

D'autres ne percevaient pas le coût d'achat comme un frein : « *Surtout que ça doit être des matériels qui s'amortissent sur sans doute trois ans. (...) C'est vrai que ça peut se faire.* » (E22).

Ceci d'autant plus parce qu'ils exerçaient en groupe : « *L'intérêt d'un cabinet de groupe c'est qu'on peut avoir un matériel commun ce qui déjà économiquement est plus facile.* » (E9).

Les représentations du coût d'un appareil d'échographie étaient très variables : « *Ben tu vois dans mon esprit j'en étais à 15 à 20000 euros quoi !* » (E7), « *Un appareil je pense que ça coûte quelques milliers d'euros quoi.* » (E20).

Un des médecins a soulevé que l'échographie était non seulement opérateur dépendant, mais aussi coût dépendant, selon le niveau de qualité et de performance de l'appareil : « *Et puis le problème c'est que les performances sont liées au coût des appareils aussi, c'est opérateur dépendant et aussi coût dépendant quoi.* » (E21).

L'absence de cotation spécifique : L'absence de nomenclature spécifique était un frein pour la majorité des médecins interrogés : « *Oui, je dirais que obligatoirement parce que si on investit dans quelque chose et qu'on n'a aucun retour sur quoi que ce soit, je vois pas l'intérêt.* » (E14).

Certains craignaient de ne pas rentrer dans leurs frais : « *Il faut pas non plus que je sois obligé de compter mes picajons à la fin du mois.* » (E7).

Pour certains, le bénéfice clinique l'emportait sur l'absence de nomenclature : « *Je m'en fous. Royalement. Du moment que ça me donne le bon diagnostic (...) ce serait intéressant de pouvoir rembourser l'appareil mais autrement c'est juste utile quoi (...) Du coup la cotation n'est pas un problème.* » (E13).

Les frais générés par l'utilisation d'une échographie :

La rentabilité : Quelques uns ont posé le manque de rentabilité financière d'une telle pratique comme un frein : « *Comment on peut le rentabiliser ? Faut bien gagner sa vie aussi !* » (E16).

Le coût des assurances : Pour d'autres le frein est le surcoût des assurances : « *On est dans un sur engagement avec à la clef des clauses assurantielles qui vont passer un cap.* » (E19).

L'entretien du matériel : Un autre a évoqué l'entretien du matériel comme un frein : « *Je suppose qu'il y a un entretien par contre, il faut pas que l'appareil tombe en panne, s'il tombe en panne je suppose qu'il y a un entretien.* » (E22).

D- La responsabilité médicale

Le risque médico-légal était un frein pour la majorité des médecins interrogés : « *On est vraiment dans un cadre avec une époque de plus en plus judiciairisée au niveau de l'exercice de la médecine, moi je me vois pas faire des échographies.* » (E19).

Même si quelques médecins ont estimé qu'une formation bien conduite devait limiter ce risque : « *Si toi tu es suffisamment formé (...) Le patient ne risque pas davantage si c'est toi qui fait l'échographie ou si c'est quelqu'un d'autre.* » (E8).

D'autres pensaient que l'aspect médico-légal n'était pas un frein : « *Non, parce que ça fait partie du métier la prise de risque donc ça non.* » (E4).

Certains estimaient que le risque n'était pas plus grand que dans leur pratique quotidienne : « *Dans tous les cas il y a une prise de risque et non, ça me pose pas de problème.* » (E15).

E- Le temps consommé à pratiquer l'échographie

Beaucoup de médecins ont jugé que le temps utilisé pour pratiquer l'échographie dans une journée de consultation était un frein : « *Ben ça rallongerait le temps de consultation (...) donc ça rallongerait nos journée quoi.* » (E17).

L'un d'entre eux a estimé que ce pourrait être préjudiciable à sa vie de famille : « *Si vous voulez être bien il faut voir tant de patients à l'heure ou alors il faut rallonger vos consultations (...) c'est que là ça devient compliqué pour vous pour votre vie de famille.* » (E22).

Quelques uns ont pensé que ce ne serait pas un problème : « *Non parce que je pense que ce sont des examens que l'on ne fera que ponctuellement, pas plus de deux ou trois par jour maximum je pense.* » (E9).

F- La logistique

Quelques uns ont estimé que la mise en place de l'appareil était un frein : « *La place dans le cabinet, si on le met pas là c'est qu'il faut le mettre ailleurs et qu'il faut faire déplacer le patient (...) faire bouger mon patient d'un endroit à l'autre (...) ça va être du sport les consultations !* » (E14).

Un médecin a pointé la difficulté de faire une échographie de qualité chez des patients qui n'y sont pas préparés : « *Quand les gens viennent nous voir ils sont pas à jeun donc on risque d'avoir des interpositions gazeuses.* » (E5).

3- Les indications qui leur paraissent pertinentes

A- Gynécologiques/Obstétriques

Pour la majorité des médecins interrogés, l'échographie était utile dans les indications gynéco-obstétriques : « *Gynécologique, pourquoi pas, (...) ça paraît pas non plus extrêmement compliqué.* » (E1).

La plupart des médecins y trouvait un intérêt pour vérifier le positionnement d'un Dispositif Intra-Utérin (DIU) : « *Le premier truc tout simple qui serait pas mal c'est quand on pose un stérilet, de vérifier s'il est bien en place.* » (E16).

D'autres ont cité les urgences gynécologiques : « *Ben sur les salpingites en infectieux mais aussi sur les kystes ovariens.* » (E13).

Au niveau obstétrique, la plupart des médecins pensait l'utiliser comme aide lors des métrorragies du premier trimestre : « *Ha oui, c'est très intéressant effectivement, de voir s'il y a encore un œuf en place, s'il y a une activité cardiaque ou pas.* » (E5).

Un des médecins estimait pouvoir l'utiliser dans le suivi des grossesses : « *L'autre indication de l'échographie, c'est les grossesses hein (...) L'échographie standard et les saignements si je suis capable* » (E18).

Un autre relevait son utilité dans la mesure de la longueur du col : « *Ils font plus de TV mais une écho de col tous les mois. (...) Oui, ça à la rigueur voilà, si ça faisait partie des recommandations de faire des échos de col.* » (E3).

B- Vasculaires

De nombreux médecins interrogés y verraient un intérêt dans la prise en charge de pathologies vasculaires, surtout au niveau des thromboses veineuses : « *Et puis les phlébites on en parle même pas parce que là ça lui rend énormément service quoi.* » (E21).

Quelques uns y verraient une utilité dans la recherche de pathologies artérielles : « *Après c'est vrai que dans les vertiges avec les carotides. Les artérites pourquoi pas.* » (E13).

C- Urologiques

Les indications urologiques ont été citées dans une même proportion, notamment lors de suspicion de lithiases urinaires : « *Ben urinaire ouais, sur une dilatation des cavités rénales (...) à la limite même pas de mesurer mais de mettre la sonde et de voir les deux côtés et de voir s'il y a une différence* » (E7).

Cela permettait de guider la prise en charge : « *Voir s'il y a indication à faire un drainage, une évacuation.* » (E8).

Quelques uns y voyaient un intérêt dans le diagnostic des globes vésicaux : « *Le seul truc dans lequel je vois un réel intérêt c'est un doute sur un globe (...) c'est facile et ça à un intérêt.* » (E14).

Un des médecins pensait pouvoir l'utiliser pour mesurer un résidu post-mictionnel :
« *Evaluer (...) un résidu post mictionnel.* » (E19).

D- Abdominales

Quelques médecins considéraient les indications abdominales comme pertinentes en médecine générale. Une large majorité pensait utiliser l'échographie lors de situation infectieuses abdominales aiguës : « *Ce serait super précieux sur les tableaux infectieux genre appendicite ou adénite mésentérique.* » (E13).

Quelques uns ont cité la recherche de lithiases hépatiques comme indication utile : « *Ben oui dans une colique hépatique, quand on suspecte une colique hépatique.* » (E4).

Quelques uns ont évoqué les limites de l'échographie : « *Elle avait un plastron chez une femme très obèse mais je suis pas persuadé que l'échographie cette fois-ci m'aurait beaucoup renseignée parce qu'elle était pas très échogène !* » (E21).

E- Musculo-tendineuses

Certains médecins y ont vu un intérêt dans les pathologies musculo-tendineuses aiguës : « *Éventuellement dans les tendinopathies peut-être ou dans les diagnostics de déchirure musculaire ça peut aider quand même.* » (E9).

Particulièrement pour les pathologies Achilléennes : « *Après tout ce qui est musculo-tendineux, est-ce que ça pourrait être utile (...) vérifier le tendon d'Achille, quand tu as un doute.* » (E17).

F- Thyroïdiennes

Peu de médecins ont cité l'échographie thyroïdienne comme utile en médecine générale : « *Après, on peut évoquer la thyroïde aussi, mais il faut bien connaître les mensurations normales, du coup.* » (E16).

G- Cardiologiques

Un des médecins a mentionné l'échographie comme utile dans les indications cardiologiques : « *Il y a peut-être des petites poussées d'insuffisance cardiaques qui mériteraient qu'on regarde s'il y aurait pas un peu de liquide dans cette plèvre là.* » (E7).

H- Situations d'incertitude diagnostique

D'autres y ont vu une utilité pour lever un doute dans une situation d'incertitude : « *Quand on hésite entre plusieurs diagnostics ou alors d'appuyer un diagnostic quand c'est presque une certitude mais on a besoin d'être sûr quoi. Plus quand on hésite en fait.* » (E17).

Ce qui aurait permis d'orienter le traitement au mieux : « *Voilà, orienter le traitement, (...) ça préciserait le diagnostic et ensuite la thérapeutique.* » (E5).

I- Rassurer le patient

Quelques médecins pensaient l'utiliser pour rassurer le patient : « *L'objectif c'est pas la précision mais juste le débrouillage et d'au moins rassurer les gens.* » (E1).

Cela leur permettant de mieux gérer des situations anxiogènes : « *Rassurer les dames aussi pour leur dire voyez, il est bien mis. Ça peut faire un peu mal mais c'est normal.* » (E17).

J- Dépistage

Rarement, des médecins ont cité le dépistage dans le cadre de pathologies chroniques comme intéressant : « *Ça peut aussi être un outil clinique, comme un déclic qui va faire prendre conscience au patient.* » (E5).

4- L'intérêt porté par les médecins généralistes à la pratique de l'échographie

Les médecins généralistes intéressés : La majorité des médecins interrogés s'est montrée intéressée par la pratique de l'échographie : « *Ouais ça m'intéresserait je pense parce que c'est vraiment un truc nouveau dont j'aurais un intérêt dans ma pratique.* » (E13).

Malgré leur intérêt, certains posaient quelques limites comme leur âge : « *Oui, pourquoi pas. Je suis un peu avancé dans ma carrière mais après pourquoi pas (...) je pense que si je m'installais comme jeune médecin, je serais sans doute pas hésitant à faire au moins les formations.* » (E16).

Pour la plupart, cela imposait de lever les interrogations sur les principaux freins ressentis : « *Si on répond à toutes les questions que l'on a soulevé tout à l'heure, c'est à dire le problème médico légal et de formation ça me serait très utile.* » (E18).

Quelques uns se sont projeté dans la possibilité d'utiliser une échographie au cabinet : « *Tu vois dans un cabinet comme le notre je verrais où on se forme tous les deux avec J. (...) on investit dans un appareil et on se le partage.* » (E8).

Ils imaginaient la marche à suivre pour s'équiper : « *Faire la formation adaptée, prendre le temps de le faire, puis acquérir le matériel et puis après ben se forcer entre guillemets à pratiquer régulièrement pour ne pas perdre la main.* » (E15).

Les médecins que l'échographie de débrouillage n'intéresse pas : Pour des raisons de proximité des radiologues, un certain nombre ne souhaitait pas utiliser cette technique dans leur cabinet : « *Une fois que vous êtes installé (...) dans un secteur où les échographistes sont accessibles, pour parler vulgairement, pourquoi aller vous emmerder ?* » (E19).

D'autres reconnaissaient une certaine utilité à l'échographie : « *Non, je ne pense pas, pour moi c'est une perte de temps au niveau de la formation pour un intérêt modeste (...). Après, je peux comprendre que dans les campagnes, ça puisse être très intéressant parce qu'une échographie, c'est quand même très intéressant et qu'en situation d'isolement c'est un bon outil.* » (E4).

L'un d'eux a pointé son âge comme déterminant principal de son manque d'intérêt : « *Je me vois pas faire ça, ça m'intéresse pas d'aller me former pour devenir échographiste d'un niveau suffisant, engageant ma responsabilité et pour m'arrêter là (...) avec l'âge on a moins envie de s'embêter.* » (E19).

Les médecins indécis : L'un d'entre eux, qui s'était déjà renseigné, y voyait trop de freins : « *Ouais, j'y ai déjà réfléchi, j'ai même regardé les prix sur internet. Mais après je me suis dit que c'était trop de formations et que je n'y arriverais pas.* » (E12).

Un autre se sentait trop âgé pour s'y investir : « *Moi objectivement, il me reste 6 ans à faire donc pour moi la formation et tout si c'est pour me former et dire voilà j'ai mon diplôme et je m'arrête l'année d'après bon voilà (...)* Moi ça m'intéresserait oui. *À un moment donné j'ai failli.* » (E21).

Enfin l'un, qui n'y avait pas pensé, commençait à y réfléchir : « *Ben au jour d'aujourd'hui, comme ça, je dirais non d'emblée (...)* et puis dans trois mois je me dirais ben finalement ce serait peut-être bien. » (E7). Surtout si la formation se trouvait organisée : « *Ho ben oui, trente fois oui, bien sûr mais d'ailleurs à mon avis c'est le boulot de la fac ça.* » (E7).

DISCUSSION

I- Force et faiblesses de l'étude

1- Faiblesses de l'étude

Biais de sélection : La sélection des médecins répondant à l'entretien s'est faite par téléphone et reposait sur la bonne volonté, on peut penser que les médecins qui ont accepté de répondre étaient intéressés par le sujet de la thèse ce qui induit un biais. Une minorité des médecins a été recrutée parce que nous les connaissions, ce qui limite le fait d'avoir obtenu des réponses « complaisantes ».

Biais de recueil des données : Du fait de l'inexpérience de l'interviewer, la qualité des entretiens a évolué dans le temps avec une ouverture plus grande à l'imprévu et des relances plus pertinentes. Dans les premiers entretiens, certaines questions trop fermées ou inductrices ont pu influencer les réponses. En tentant de clarifier quelques points, il se peut que le discours ait parfois été orienté. La reprise de parole trop précoce après des silences a pu limiter la spontanéité des réponses.

Lorsque les réponses semblaient trop induites par la manière de mener l'entretien, elles n'ont pas été intégrées dans les résultats.

Dans une large majorité des cas, les entretiens se sont déroulés avec un vouvoiement de rigueur permettant de garder une certaine distance. Malgré tout, quelques entretiens se sont déroulés avec le tutoiement, soit parce que les médecins étaient des connaissances soit parce que ceux-ci étaient passés au tutoiement au début de l'entretien.

Ceci a pu induire une familiarité laissant moins de place à l'explicitation de certains propos ou à l'inverse, cela a pu libérer la parole et permettre d'obtenir des réponses plus libres.

On ne peut que regretter de n'avoir pas pu interroger un jeune médecin sarthois en secteur rural et d'avoir été obligé d'effectuer un des entretiens par téléphone.

La principale raison du refus de participation était la charge de travail, probablement liée à la pression démographique du département.

Les entretiens en Sarthe, difficiles à obtenir, ont été réalisés les derniers et on ne peut pas écarter une certaine lassitude de l'interviewer. Il se peut que la présentation du sujet au téléphone ait été moins bonne rendant la rencontre peu intéressante pour eux.

L'utilisation d'un dictaphone, même de petite taille, a créé une gêne chez certains médecins biaisant probablement quelques réponses.

Biais de saturation de données : La saturation des données ne peut être affirmée puisque le nombre d'entretiens avait été défini au préalable avec des critères de choix des médecins pour diversifier les possibilités de réponses.

2- Originalité et force de l'étude

Originalité : L'originalité de l'étude tient en grande partie au fait que l'échographie en médecine générale, en complément de la clinique, est une activité qui reste, en France, très marginale. Quelques travaux ont été effectués sur le sujet mais ceux-ci s'intéressaient plutôt à la pratique des médecins échographistes, sans explorer les raisons qui les ont poussé à s'équiper. Un autre travail a aussi exploré les indications dans lesquelles ces médecins trouvaient l'échographie utile à leur pratique.

On n'a pas retrouvé de travaux s'intéressant aux éléments qui pourraient faire qu'un médecin généraliste s'équipe, ou pas, d'une échographie à son cabinet.

La méthode qualitative : Le choix d'une méthode qualitative avec des entretiens semi-dirigés a permis de recueillir des ressentis très personnels et diversifiées sur la possibilité de faire de l'échographie au cabinet. Si certaines idées ont émergé de façon plus fréquente, la méthode d'analyse inductive n'a rejeté aucune des idées formulées. Cela a fait apparaître des intérêts et des freins qui n'avaient pas été imaginés au début de l'étude.

De même, certaines hypothèses préalables n'ont finalement pas été retrouvées lors des entretiens.

Le guide d'entretien : Le guide d'entretien a évolué au fur et à mesure que ceux-ci étaient réalisés. De ce fait plusieurs relances ont été ajoutées et des tournures de questions ont été modifiées pour qu'elles soient plus faciles à comprendre.

En conséquence les entretiens ont progressivement été plus riches et plus complets à mesure qu'ils étaient effectués.

Validité interne : L'analyse des entretiens a été faite de façon inductive en croisant les données recueillies séparément entre le chercheur et le directeur de thèse. Puis les données ont été confrontées afin de les regrouper selon des thèmes consensuels. De cette façon, la fiabilité des données extraites des entretiens était plus élevée.

L'analyse thématique s'est déroulée au fil de la réalisation des entretiens permettant ainsi l'amélioration du guide d'entretien. Les différents thèmes ont été repris et reclassés à la fin.

II- Analyse des résultats

1- Principaux résultats de cette étude

Les médecins généralistes ont montré un net intérêt sur ce sujet. Une large majorité des médecins interrogés reconnaissait que l'utilisation d'une échographie dans leur pratique quotidienne leur rendrait bien des services.

Le principal frein relevé est celui lié à la nécessité d'une formation de qualité. Le temps dédié à cette formation et les difficultés à maintenir un bon niveau de compétences ont été des propos récurrents. Dans les entretiens, l'obstacle lié à la formation est bien plus prééminent que l'investissement financier.

Plusieurs médecins ont suggéré que cette formation soit intégrée dans la FMI, ce qui permettrait de lever en partie ce frein.

2- L'intérêt des médecins généralistes

Améliorer la prise en charge : Pour de nombreux médecins interrogés, disposer d'une échographie au cabinet leur permettrait d'augmenter leur efficacité diagnostique.

La plupart des médecins considéraient l'échographie comme une aide à la prise de décision plus qu'un examen complémentaire. Comme si l'échographie, dans le prolongement de leur clinique, pouvait leur permettre de prendre une décision plus juste, mieux étayée, lors de situations d'incertitudes diagnostiques. On peut penser que cette aide décisionnelle supplémentaire permettrait de lever des doutes avec lesquels est obligé de composer le médecin généraliste qui ne dispose que de sa clinique pour s'orienter.

Ce sont souvent ces doutes qui sont responsables d'avis complémentaires, que ceux-ci soient pris auprès de radiologues de ville ou du service des Urgences. La possibilité de lever ces incertitudes permettrait de limiter le recours aux spécialistes. C'est une donnée que l'on retrouve dans la littérature puisqu'une étude Hollandaise retrouvait une diminution d'un tiers des recours aux spécialistes après résultats de l'échographie de débrouillage⁽⁶⁾.

Le service rendu au patient s'en trouverait alors amélioré ce qui représentait, là encore, un des avantages vu par les médecins généralistes à l'échographie.

La plupart des médecins interrogés pensaient que la principale utilité de l'échographie de débrouillage serait de lever le doute dans les situations d'incertitudes diagnostiques.

L'hypothèse que les jeunes médecins, ayant eu l'expérience de la pratique de l'échographie au cours de leurs stages hospitaliers, seraient plus intéressés par son acquisition au cabinet n'a pas été confirmée lors des entretiens.

L'intérêt des jeunes médecins généralistes n'a pas été plus important que celui des plus anciens puisqu'ils sont à part égal parmi les médecins intéressés à l'échographie. Les jeunes médecins reconnaissent aisément que l'expérience de l'échographie lors de leurs études les aidait à se projeter dans son utilisation. Chez les plus anciens, on peut penser que l'expérience de l'utilité de l'échographie dans les situations d'incertitudes leur a permis d'appréhender tout l'intérêt d'une telle pratique dans leur exercice.

Contrairement à l'hypothèse de départ, l'âge ne semble absolument pas être un facteur déterminant dans le choix de s'équiper ou non d'une échographie.

Une autre hypothèse était que les médecins en situation plus isolée, avec une mauvaise accessibilité géographique aux radiologues, trouveraient un intérêt plus important pour cette échographie de premier recours. Étonnamment, il s'avère que les médecins les plus largement intéressés à la pratique de l'échographie exerçaient en secteur urbain ou semi rural avec des radiologues présents à proximité de leur cabinet. Majoritairement, les médecins non intéressés par l'échographie exerçaient, eux, dans des villes de moyenne importance. Les médecins de secteur rural se répartissaient équitablement entre intérêt et désintérêt pour l'échographie.

Les médecins exerçant en ville moyenne et en secteur rural non intéressés par la pratique de l'échographie, avançaient souvent le manque de temps et les difficultés à se faire remplacer pour se former. On peut penser qu'il ne s'agit pas forcément d'un réel manque d'intérêt mais plus de difficultés liées au manque de disponibilité qui empêchait de se projeter dans cette pratique.

On peut supposer que les médecins de ville sont plus enclins à acquérir de nouvelles techniques du fait d'une plus grande facilité pour se faire remplacer et donc de temps pour se former. L'appropriation de cette technique entrerait, pour eux, dans une démarche d'épanouissement personnel et d'enrichissement de leur activité mais ne serait pas une nécessité démographique.

Pour des raisons qui n'avaient pas été imaginées, les médecins de secteur urbain ou semi-rural exprimaient un intérêt pour l'échographie en terme d'enrichissement de leurs pratiques. Les médecins de secteur rural, plus isolés des radiologues, n'ont pas marqué un intérêt aussi fort que prévu pour l'échographie. Ceci est probablement dû au peu de temps dont ils disposent pour se former et pratiquer plus qu'à un manque d'intérêt pour la technique.

Pour beaucoup, l'échographie serait un gain en terme d'autonomie. Elle permettrait d'améliorer la prise en charge de leurs patients mais aussi de limiter le recours aux services spécialisés ainsi que les transports des patients.

On peut penser que l'échographie au cabinet permettrait, par exemple, de limiter le recours aux avis spécialisés ainsi que les transports qui peuvent être nécessaires, d'où des économies de santé. On ne retrouve pas d'étude Française d'impact sur le coût de la santé de l'échographie en médecine générale. Une étude Hollandaise auprès de médecins généralistes ayant adressés leurs patients aux Urgences pour une échographie a pu montrer qu'un tiers de patients n'auraient pas été orienté chez des spécialistes s'ils avaient eu connaissance du résultat d'échographie⁽⁶⁾.

En somme, l'amélioration de l'accessibilité de l'échographie permettrait aux caisses d'assurance maladie de faire des économies.

L'accessibilité en terme de rendez-vous : Des médecins généralistes disaient qu'avoir accès à l'échographie au cabinet permettrait de combler une difficulté grandissante pour obtenir des rendez-vous. De nombreux médecins, intéressés ou non par l'échographie, éprouvaient des difficultés à obtenir des rendez-vous auprès des spécialistes de leur secteur. Même si l'accessibilité géographique reste raisonnable sur le territoire avec en moyenne un temps d'accès aux radiologues de moins de vingt-cinq minutes pour la plupart des citoyens, il existe de profondes disparités de densité médicale comme en atteste un rapport de 2011⁽¹¹⁾. Celui-ci portait sur les distances et le temps d'accès aux soins en France métropolitaine. Il montrait que l'accès aux soins avait suivi l'évolution démographique de la population, créant des zones sous denses médicalement et démographiquement. On ne retrouve pas de chiffre portant sur l'évolution de la disponibilité des échographistes, autrement dit le délai de prise en charge. Mais globalement le temps d'attente des spécialistes tant à augmenter ces dernières années comme en atteste le récent rapport du Sénat sur les déserts médicaux⁽¹²⁾.

On peut alors se demander si la disponibilité des radiologues a pu conditionner l'intérêt des médecins généralistes pour l'échographie.

Les réponses des médecins intéressés par l'échographie montraient qu'une majorité a un accès aisé aux radiologues. Comme il a déjà été vu, la majorité des médecins intéressés exerce en secteur urbain ou semi-rural. Il semble que l'épanouissement personnel soit plus moteur que le réel besoin pratique. Ceci peut expliquer que, même avec une offre de soins qui semble suffisante en terme de radiologie, ils aient trouvé un intérêt pour l'échographie.

Les médecins non intéressés exerçaient majoritairement dans des villes de moyenne importance. Malgré une accessibilité moyenne, surtout au regard du délai de prise en charge, ceci n'était pas suffisant à les motiver. D'autres reconnaissaient que le manque de radiologues rendrait utile l'échographie mais les différents freins liés à son acquisition les en détournaient.

Les médecins indécis font partie de ceux qui ont un accès privilégié aux radiologues en terme de disponibilité de rendez-vous. On peut penser que cette accessibilité a joué en partie sur le manque d'intérêt franc pour l'échographie.

Un certain nombre exerce en secteur rural, ceux là ont la double difficulté de ne pas avoir de radiologues dans leur secteur géographique immédiat et ont des délais de rendez-vous élevés. Leur indécision peut venir soit de l'habitude de ne pas avoir accès facilement aux examens complémentaires soit, comme le soulignait l'un des médecins, de la difficulté à se dégager du temps de formation lorsque l'on exerce en secteur rural.

Des médecins ont relevé une forme de désamour et de désinvestissement des jeunes radiologues pour l'échographie. D'autres médecins, exerçant pour la plupart en milieu rural, ont vu les radiologues de leur secteur disparaître sans être remplacés. Cela a été une des raisons évoquées pour leur intérêt à l'échographie.

Au total, les médecins les plus isolés ne sont pas forcément les plus intéressés par l'échographie. Si le niveau d'accessibilité joue effectivement un rôle dans la sensation de besoin de cette technique, elle ne représente pas à elle seule un attrait suffisant pour franchir le pas.

On peut penser que la recherche d'une meilleure prise en charge pour leurs patients ainsi que la possibilité de diversifier leur activité sont des facteurs déterminant l'intérêt des médecins interrogés. Acquérir un nouvel outil dans sa panoplie semble être un des avantages vu par les médecins généralistes.

Un outil supplémentaire pour le médecin généraliste : Certains pensaient que l'échographie devrait faire partie de la panoplie du médecin généraliste de demain. Elle serait utile pour gagner en précision, notamment dans les situations d'incertitudes diagnostiques.

Parfois décrite comme le stéthoscope du troisième millénaire, elle viendrait en complément de la clinique. L'échographie est l'objet d'un intérêt croissant des médecins généralistes. Plusieurs formations postuniversitaires à l'échographie en médecine générale ont vu le jour ces dernières années.

Le Centre Francophone de Formation en Échographie (CFFE) dirigé par le professeur Bourgeois propose des formations adaptées depuis quelques années déjà. Plus récemment, la faculté de médecine de Brest a commencé à proposer une formation adaptée. Celle-ci se compose d'un module théorique de quarante heures et de stages pratiques organisés au sein du CHU.

Certains médecins ont évoqué la création de pôle de compétence d'échographie ce qui permettrait d'assurer un nombre suffisant de patients pour maintenir une bonne performance dans la pratique de l'échographie. Ceci permettrait de répondre au besoin de leur population sans pour autant équiper tous les médecins.

Ces médecins pensaient alors bénéficier de l'échographie en étant dans le secteur de ce pôle de compétence mais sans la pratiquer eux-mêmes.

Dans un rapport de 1986, l'OMS préconisait déjà ce genre de structure dans les pays en voie de développement et insistait sur la nécessaire formation des opérateurs⁽¹³⁾.

D'autres se sont posés la question du transfert des images à un référent échographique pour avis. Il semble que ce soit une aide, en cas de doute sur des images d'échographie, de pouvoir en référer ou tout simplement échanger avec des praticiens plus expérimentés. Cela permettrait de limiter la crainte d'erreur.

Ce type de pratique existe déjà aux Etats-Unis où des Sonographes, manipulateurs radiologistes, effectuent les échographies puis transfèrent les images à un médecin référent de l'hôpital le plus proche où elles sont interprétées.

A Tours, une expérimentation menée par le Pr Arbeille est en cours et consiste à utiliser un appareil guidé à distance pour faire de la télé-échographie robotisée. Concrètement l'opérateur, un radiologue du CHU de Tours, manipule à distance un robot qui se trouve à la maison médicale de Richelieu pour effectuer une échographie qu'il visionne et interprète en direct⁽¹⁴⁾. Ceci permet de palier la désertification médicale de ce secteur en apportant une solution innovante.

Des médecins ont souligné l'intérêt que pourrait avoir l'échographie dans l'attractivité de leur exercice. Elle permettrait d'élargir leur panel de compétences tout en répondant à la problématique de l'offre de soins de certaines régions. Elle pourrait aussi représenter un facteur d'attractivité pour l'installation des plus jeunes en offrant une activité plus diversifiée.

L'échographie dans ce cadre là permettrait d'offrir une ligne diagnostique supplémentaire dans la panoplie du médecin généraliste. Avant cela, il convient de lever les freins inhérents à sa pratique.

3- Les freins vus par les médecins généralistes

De très loin, puisque quasiment tous les médecins intéressés ou non à l'échographie l'ont citée, la formation est le frein le plus important à l'acquisition de l'échographie au cabinet.

La formation : Pratiquement tous les médecins voyaient la formation comme le frein majeur à la pratique de l'échographie. Beaucoup ne se sentaient pas suffisamment formés et ne sauraient que faire d'une échographie au cabinet. Les jeunes médecins étaient moins gênés par la formation à l'échographie que les plus anciens. On peut supposer que leur jeune âge les rend plus disponibles pour se former. De plus leur expérience hospitalière de l'outil contribue probablement à diminuer leur appréhension. Ce frein lié à la formation est identique quelque soit le lieu d'exercice.

Effectivement, l'acquisition d'une échographie suppose une formation rigoureuse comme l'encourage fortement l'OMS dans son rapport de 1996⁽³⁾.

La formation soulève aussi un problème d'objectifs et donc de contenu. Un certain nombre de médecins a relevé le fait qu'il faudrait définir précisément les indications de l'échographie en médecine générale. La majorité de ces médecins était des médecins de plus de quarante cinq ans. On peut supposer que leur expérience leur permet de dire qu'une formation à l'échographie ciblée en fonction des besoins des médecins généralistes serait certainement plus utile qu'une formation trop générale.

Ainsi les organismes proposant des formations à l'échographie en médecine générale ont ciblé des besoins spécifiques pour axer l'enseignement sur ceux-ci. Pour cela, ils se sont appuyés sur des thèses dont le principe a été de dégager une série d'indications utiles au médecin généraliste. Certaines ont recensé, chez des médecins échographistes, dans quelles indications ils réalisaient une échographies⁽¹⁵⁾. Une de ces thèses, réalisée auprès des médecins formés ou en cours de formation par le CFFE, utilisant la méthode Delphi, a abouti à une liste nommée Sonostétho 1.0. Cette liste recense onze indications réalisables et pertinentes en médecine générale⁽¹⁶⁾.

Une des problématique de formation le plus souvent relevée était la difficulté à se dégager du temps pour la formation. La plupart des médecins interrogés en ont parlé sans qu'il y ait de sous population, rurale ou urbaine, plus spécifiquement touchée. En secteur rural, les médecins ont pointé la difficulté à trouver un remplaçant comme la principale cause de leurs difficultés.

On peut relever que dans la Sarthe, l'ensemble des médecins a reconnu des difficultés à trouver du temps pour la formation. Le manque de remplaçants dans leur secteur était le principal obstacle pour se dégager du temps pour se former.

Il n'y a pas eu de différence entre les médecins plus âgés et leurs confrères plus jeunes.

La problématique démographique de certaines régions rend les remplacements parfois difficiles. Trouver du temps pour se former devient, pour ces médecins, un véritable casse-tête.

Devant cette de difficulté, un certain nombre de médecins a proposé l'idée que la formation soit intégrée dans le module initial de formation. Ceci permettrait de lever un certain nombre de freins.

Tout d'abord cela permettrait d'appréhender la technique à sa juste valeur, précisant ses intérêts et ses limites. En effet, certains reconnaissaient ne pas voir les indications pertinentes à une pratique d'échographie de débrouillage.

Cela limiterait le frein lié au temps de formation puisque celle-ci ferait partie intégrante du cursus initial. On s'affranchirait ainsi en partie des difficultés liées à la formation des médecins installés comme par exemple la recherche de remplaçants.

Dans d'autres pays, la formation à l'échographie est déjà partie intégrante du cursus des médecins généralistes. Aux Etats-Unis, les médecins généralistes peuvent disposer de formation à l'échographie ciblée sur de l'échographie obstétrique depuis des années déjà avec un bon niveau de performance⁽¹⁷⁾. Certains pays européens, notamment les pays nordiques, ont intégré cette formation au cursus des médecins généralistes depuis quelques années déjà. Les médecins généralistes et les pédiatres Allemands sont tous formés, ce qui fait que l'échographie est répandue dans les cabinets de médecine générale. En Suisse, l'Institut Universitaire de Médecine Générale s'est interrogé il y a presque vingt ans sur la pertinence de former tous ses médecins généralistes à l'échographie⁽¹⁸⁾.

En France, la formation à l'échographie en module initial de médecine générale n'existe pas. Intégrer la formation à l'échographie dans le module de formation initiale des médecins généralistes français serait sans doute la manière la plus adaptée de proposer son enseignement. Cela permettrait de lever nombre des freins de formation relevés par les médecins interrogés.

Un autre point problématique pour les médecins était la difficulté à maintenir un niveau de performance suffisant. La plupart ont estimé que la fréquence de pratique serait trop faible pour garder un bon niveau de qualité. Ceci concernait tous les types de médecins interrogés.

L'échographie est une technique opératrice dépendante et le fait d'avoir un opérateur régulièrement entraîné assure certainement des résultats plus fiables que si on ne l'utilise que ponctuellement. Une thèse de 2012 s'est intéressée à la vision de l'échographie par des médecins généralistes de Champagne-Ardenne et montrait que 90% d'entre eux pensaient pratiquer l'échographie au moins une fois par semaine⁽⁵⁾.

Si l'on regarde ce qui s'est fait dans les pays voisins, une étude Suisse a évalué la demande mensuelle en examens échographiques des médecins généralistes à trois⁽¹⁸⁾. Il est difficile de savoir si une telle fréquence est suffisante pour maintenir un bon niveau de performance, mais un rapport du comité national technique de l'échographie de dépistage prénatal de 2005 faisait état d'un nombre de trois cent échographies par an pour maintenir un niveau de performance suffisant⁽¹⁹⁾.

On peut penser que la méconnaissance des indications réelles et pertinentes de l'échographie provoque une sous estimation de son utilisation possible au sein d'un cabinet. Une des solutions pour assurer une fréquence de pratique élevée, en d'autre terme un recrutement de patient suffisant, serait d'organiser la pratique de l'échographie en médecine générale au sein de pôle de compétence comme l'ont proposé certains. De cette manière, le médecin généraliste échographiste « drainerait » les patients ayant une indication à l'échographie sur son secteur, assurant ainsi une fréquence de pratique suffisante pour garder une fiabilité élevée.

L'aspect financier : Les aspects financiers constituaient également des freins à l'acquisition et à l'utilisation de l'échographie de débrouillage en soins de premier recours. Le coût d'acquisition du matériel était clairement identifié comme élevé et représentait un frein pour les médecins interrogés. La plupart d'entre eux citant le coût d'acquisition comme obstacle était âgée. Il est probable que l'investissement par rapport au temps d'activité professionnelle restante paraissait peu attractif. On peut noter que les médecins exerçant seuls ont tous pointé l'investissement comme un frein. A contrario, ceux exerçant en groupe n'ont pas considéré l'investissement comme gênant.

Il existait une grande disparité dans la représentation du coût d'un appareil d'échographie. On peut penser que les fausses idées sur le coût réel d'un appareil ont participées à créer un frein d'investissement chez certains.

Ces dernières années, le coût d'un appareil d'échographie a progressivement diminué, notamment sur les appareils portatifs. Ils sont devenus abordables pour des médecins généralistes. Cependant, comme le soulignait l'un des médecins, la performance de l'appareil conditionne en partie la performance de l'échographie qui est donc aussi « coût-dépendante ». Il semble que l'utilisation d'un échographe portatif soit source de plus de faux négatif, de par la résolution plus faible de l'appareil ou le manque de certains modes d'acquisition des images.

Les dernières évolutions en matière d'échographie portative permettront sans doute de s'affranchir d'un certain nombre d'erreurs ; mais il apparaît clairement que la pratique de l'échographie au cabinet demandera un appareil adapté dont le coût sera plus élevé que l'entrée de gamme des appareils portatifs.

Un médecin exerçant dans un groupement médical et mutualisant les moyens avec ses associés semble alors plus à même de pourvoir faire face à cet investissement et aux coûts d'entretiens qui en découlent qu'un médecin isolé.

De plus, de nombreux médecins ont relevé le fait qu'il n'existait pas de cotation spécifique en médecine générale. Cette absence de nomenclature ne permet pas d'avoir de retour d'investissement sur l'achat du matériel et le temps passé à l'utiliser. Les médecins interrogés soulèvent là la problématique d'une pratique qui, finalement, pourrait leur faire perdre de l'argent. Pour nombre d'entre eux, cette absence de nomenclature rend difficile la pratique de l'échographie en dépit de l'intérêt clinique qu'ils y portent. D'autres ont considéré que cette absence de cotation n'était pas un frein et que l'utilité de l'échographie pouvait souffrir d'un « investissement à perte ».

Malgré tout, le cabinet médical est une entreprise qui doit répondre à une certaine rentabilité financière. Cette absence de rentabilité financière a été citée comme un frein par quelques médecins, souvent âgés. On peut penser que leur expérience de la gestion d'une entreprise médicale leur fait dire que se lancer dans des investissements coûteux sans une rémunération adéquate est sans doute trop risqué. On peut aussi penser que leur expérience les rend plus prudents quant à une prise de risque qu'ils considèrent comme élevée.

Parmi les solutions qui peuvent être envisagées on pourrait imaginer une cotation de la part des caisses d'assurance maladie. Moyennant une formation adéquate du médecin généraliste échographiste, elle rémunérerait un acte d'échographie diagnostique de premier recours exécuté au cabinet avec un appareil considéré comme conforme. Comme cela existe déjà dans les pays qui pratiquent l'échographie de premier recours ou pour l'ECG en France. Une autre solution serait d'obtenir une dotation de la part des Agences Régionales de Santé (ARS) pour l'équipement d'un appareil adapté à une utilisation en médecine générale dans les pôles de santé qui sont situés en zone sensible sur le plan démographique. Enfin dans les groupements médicaux avec un nombre important de médecins, le coût pourrait être dilué parmi les associés et ne plus être un frein.

Le surcoût potentiel des assurances a aussi été évoqué comme un frein par quelques médecins sans que cela soit un frein rédhibitoire, puisque tous ont marqué un intérêt pour l'échographie.

Le frein financier constitue une partie importante des réticences des médecins généralistes face à l'échographie de première ligne, mais il reste moindre que celui consécutif aux besoins de formation.

Le plus problématique semble être le coût d'acquisition du matériel, non compensé par une rémunération, risquant de déséquilibrer la gestion de l'entreprise médicale. Des actions d'incitation assorties d'aides des caisses d'assurance maladie pourraient aider à lever ces freins.

Le risque médico-légal : De nombreux médecins ont estimé que la responsabilité médicale liée à la pratique de l'échographie était un frein à son utilisation. On remarque que ce sont plutôt les médecins âgés qui ont eu cette crainte. On peut penser qu'ils ont déjà connu, personnellement ou dans leur entourage professionnel, des situations de mise en cause de leur responsabilité. Pourtant, lorsqu'on reprend les chiffres des vingt dernières années, le nombre d'actions en justice à l'encontre des médecins généralistes est stable, ce qui va à l'encontre de l'idée commune d'une « judiciarisation » de la médecine⁽²⁰⁾.

Malgré cela, l'expérience de l'après arrêt Perruche et du risque judiciaire qui en a découlé semble être un problème pour certains. Dans une publication du Centre d'Étude des Mouvements Sociaux de 2005, on pouvait voir qu'un certain nombre d'échographistes obstétriques avait stoppé leur activité du fait de ce risque judiciaire. Cette publication mettait aussi en évidence le fait que grâce à cela, la formation à l'échographie obstétricale s'était organisée et uniformisée pour avoir un contenu plus clair, ce qui a cadré la pratique et limité les recours judiciaires⁽²¹⁾.

On peut penser qu'une formation adaptée et cadrée devrait permettre de limiter ce risque médico-légal, qui est surtout lié aux représentations des médecins plutôt qu'à une réelle augmentation des recours judiciaires. Une telle formation imposerait alors de bien définir les limites des compétences des médecins généralistes en la matière.

Le temps consommé à pratiquer : Pour certains, le temps de pratique au cours d'une journée de consultation serait un frein à l'utilisation d'une échographie de débrouillage. Ils y ont vu une difficulté dans l'organisation de leur journée de travail et pensaient que cela pourrait nuire à l'accomplissement des autres tâches du médecin généraliste. Il n'y a pas eu de différences entre les médecins, isolés ou non, quant à la crainte de l'aspect chronophage de la pratique de l'échographie mais on remarque que quasiment tous les médecins Sarthois ont relevé le manque de temps comme un frein. Ceci est probablement en lien avec la pression démographique très forte du département.

Sur le plan de la durée d'une consultation, une thèse de 2012 qui interrogeait quelques médecins échographistes expérimentés, retrouvait un temps moyen de vingt-trois minutes pour la réalisation d'échographie abdominale au cabinet, ce qui n'est évidemment pas neutre⁽⁵⁾.

Les médecins qui pensaient ne pas trouver le temps de pratiquer sont les mêmes que ceux n'ayant pas de temps pour la formation, ce qui montre bien leur manque de disponibilités.

Une solution serait d'ouvrir des consultations dédiées à l'échographie avec toujours le risque que celles-ci ne soient pas remplies et un souci de rentabilité de l'exercice.

Des craintes personnelles : Parmi les freins évoqués par les médecins généralistes, il y a eu un certain nombre de craintes plutôt liées à des ressentis personnels. Elles n'ont pas été citées de façon fréquente mais ont une certaine valeur parce qu'elles sont le reflet d'angoisses liées à l'utilisation de cette technique dans leur pratique quotidienne.

Parmi ces freins, on retient que certains craignaient une modification de leurs pratiques qui risquerait de leur faire perdre de vue la clinique. Ils préféraient alors se reposer sur leurs compétences déjà acquises, exprimant finalement le risque de perte de chance des patients du fait d'une compétence mal maîtrisée.

D'autres ont relevé le stress lié à la pratique de l'échographie comme un frein risquant de majorer leurs facteurs de burn-out.

Quelques-uns ont évoqué un frein de confraternité du fait d'une mise en concurrence avec les radiologues. Leur crainte était celle d'une mauvaise entente avec leurs confrères radiologues s'ils se mettaient à faire de l'échographie. On peut effectivement penser que les radiologues de ville puissent voir d'un mauvais œil l'acquisition d'une échographie dans les cabinets de médecine générale.

Cependant, il ne s'agirait pas là de faire le même examen que les radiologues. Il s'agirait avant tout de débrouiller, d'orienter, dans des situations d'incertitudes la prise en charge des patients du cabinet. Cette activité viendrait alors en complément de celle des radiologues qui est plus précise et complète que ce qui pourrait être fait au cabinet. De plus, comme l'ont relevé quelques médecins, il existe dans certaines régions une désaffection des radiologues de proximité pour l'échographie. L'installation d'échographies de débrouillage dans des zones où les radiologues sont peu présents ne devrait pas représenter un souci de confraternité.

Enfin, certains ont évoqué des freins liés aux patients. La plupart en terme d'accroissement de la patientèle lié à l'acquisition de nouvelles compétences. On peut rapprocher cette crainte des problèmes de disponibilité dont il était question plus haut, ces médecins étant les mêmes que ceux n'ayant pas de temps pour se former et pratiquer.

Une thèse soutenue en janvier 2015 à l'UFR de Grenoble avait pour titre « Les obstacles à la pratique de l'échographie en médecine générale au cabinet »⁽²²⁾. Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, individuels et collectifs, des freins à l'utilisation d'une échographie par les médecins généralistes.

Huit entretiens et un focus groupe composé de six médecins généralistes et deux internes ont été réalisés.

Les résultats montraient que le frein principal était la difficulté à maîtriser la technique. Les autres freins étaient le manque d'expérience de l'échographie en médecine générale, la place de l'échographie en médecine générale, la sensibilité personnelle des praticiens et le risque médico-légal.

Globalement on retrouve les mêmes résultats. La formation est le problème principal, les autres freins étant bien moins fréquemment cités.

Un point a été relevé dans cette thèse qui n'a pas été retrouvé dans nos entretiens, celui de la peur d'une découverte diagnostique impactant le patient.

4- Les indications utiles

Parmi les indications de l'échographie de débrouillage on retrouve plusieurs objectifs. La première indication était l'aide à la gestion de l'incertitude diagnostique, permettant d'orienter le traitement et parfois de fournir une information plus juste au patient. La seconde était l'utilisation de l'échographie comme moyen diagnostique, l'objectif était alors d'arriver au diagnostic le plus précis possible.

Lever l'incertitude en affirmant ou infirmant une hypothèse diagnostique : Il s'agit là du principe même de l'échographie de débrouillage. Au-delà des indications en terme d'organe, il s'agit de cibler des indications dans lesquelles l'échographie sera utile pour permettre d'orienter le diagnostic.

- *Gynécologiques et Obstétriques*, avec l'orientation lors de métrorragies de premier trimestre, indication largement majoritaire dans le domaine.
- *Vasculaires*, avec la recherche de thromboses veineuses profondes et d'anévrisme de l'aorte abdominale.
- *Urologiques*, avec la recherche de dilatation des voies urinaires dans le cadre de l'urgence.
- *Abdominales*, avec la recherche de lithiases vésiculaires et les suspicions d'appendicite.

Quelques indications originales : Il a aussi été relevé une indication qui n'est pas mentionnée dans les thèses qui visaient à élaborer une liste des indications utiles à la médecine générale, **la vérification du positionnement d'un dispositif intra-utérin**. Il est possible que l'accent porté par le Département de Médecine Générale d'Angers sur la formation de ses internes à la gynécologie y soit pour quelque chose puisque les médecins qui ont pensé à cette indication sont tous jeunes et formés à Angers sauf un qui avait cinquante ans. Cependant, celui-ci était maître de stage universitaire donc probablement sensibilisé à la question.

Une autre indication originale est apparue : **la recherche de globe vésical**. Il s'agit là d'une indication très intéressante puisque d'apprentissage aisé et réalisé de manière routinière dans les services hospitaliers tels que les services d'Urgences et de Gériatries à l'aide d'un Bladder-scan. L'HAS recommande d'ailleurs son utilisation et la formation des infirmiers depuis 2008 dans ces services⁽²³⁾.

Les indications cliniques : Pour quelques médecins, l'utilisation de l'échographie avait un but purement diagnostique se rapprochant de l'activité des radiologues. Parmi les indications principales de l'échographie diagnostique, on retiendra la recherche étiologique d'une douleur abdominale ou d'une douleur pelvienne et la recherche de pathologies musculo-tendineuses du sportif. Un des médecins pensait même pouvoir effectuer les suivis de grossesse.

Les autres indications sont citées de façon plus marginale. On peut penser que la multitude des indications proposées par les médecins interrogés tient surtout à leurs expériences personnelles. Un des médecins parlait par exemple d'une utilisation lors de poussées d'insuffisance cardiaque. Celui-ci exerçait auparavant la médecine d'urgence ce qui peut expliquer cette indication inhabituelle de l'échographie de débrouillage.

Une autre explication peut être le manque de connaissance des indications et des limites de l'échographie de débrouillage en médecine générale. Quelques travaux ont bien cherché à préciser les indications principales de l'échographie pour le médecin généraliste mais il n'existe aucun consensus à ce jour.

Une thèse de 2014 en médecine des armées a recensé les échographies réalisées au centre des armées de Villacoublay. La population suivie appartenait au corps des armées et était composée à 85% d'hommes dont la moyenne d'âge était de vingt-sept ans. Elle retrouvait comme indications une partie de la liste Sonosthéo 1.0 : la colique néphrétique simple, la thrombose veineuse profonde, le goitre à TSH normale, la recherche de corps étranger sous-cutané et l'appendicite aiguë⁽²⁴⁾. Evidemment, la particularité en terme d'âge et de genre de la population étudiée ne permet pas de se comparer. Cependant on peut noter qu'on retrouve trois des indications qui sont ressorties majoritairement parmi les médecins interrogés au cours de notre étude.

Sur la plaquette d'information du Diplôme Universitaire (DU) « Échographie en Médecine Générale » de la faculté de médecine de Brest, on retrouve comme module de formation : l'échographie abdominale, l'échographie gynécologique, l'échographie obstétricale lors de pathologie du premier trimestre, l'échographie des voies urinaires et l'échographie vasculaires des membres inférieurs et de dépistage des anévrysmes de l'aorte abdominale. Ces modules ont été choisis après une revue de la littérature concernant les indications de l'échographie en médecine générale. Ils correspondent aux items principaux de la liste Sonosthéo 1.0.

Ce qu'on peut en conclure, c'est que la formation n'a pas besoin d'être exhaustive. Comme l'a souligné l'un des médecins, la formation doit conditionner la capacité à utiliser l'échographie pour faire du débrouillage. Elle se doit donc d'être ciblée sur des indications utiles et nécessaires en médecine générale.

5- Le profil type du médecin généraliste échographiste et sa formation

Au terme de cette étude, il est difficile de dégager un profil type de médecin intéressé à l'échographie de débrouillage selon les critères de variation maximale prédéfinie. Ce qui semble déterminant c'est l'enrichissement des pratiques professionnelles. L'âge n'est pas un frein à la pratique de l'échographie puisqu'il y a autant de jeunes médecins intéressés à l'échographie que de médecins plus âgés. Les médecins isolés ne sont pas les plus intéressés à l'échographie bien qu'ils reconnaissent son utilité pour l'offre de soin. Ceux-ci souffrent d'un manque de disponibilité lié à la pression démographique de leur région. Pour eux, les bénéfices éventuels de l'utilisation d'une échographie de débrouillage ne sont pas suffisants pour franchir le pas.

On peut, en revanche, définir trois typologies distinctes de médecins généralistes :

- Le médecin que l'échographie de débrouillage n'intéresse pas.
- Le médecin intéressé par l'aspect purement diagnostique de la technique. Ce qui pose un problème de formation, une telle pratique imposant une connaissance globale qui se rapprocherait alors d'un Diplôme Interuniversitaire d'échographie.
- Le médecin intéressé par l'apport de l'échographie en terme d'orientation diagnostique. Ce qui correspond mieux à de l'échographie de débrouillage avec des indications simples et ciblées, utiles en médecine générale.

Relevée quasiment unanimement par les médecins interrogés, la formation, est le frein le plus important. Elle pose un problème de contenu avec la définition précise des indications utiles en médecine générale. La difficulté de beaucoup de médecins à dégager du temps de formation pourrait être palliée par l'organisation d'une formation lors de la formation initiale des études de médecine.

CONCLUSION

Le principal résultat est que la majorité des médecins généralistes est intéressée par la pratique de l'échographie de débrouillage. Les plus âgés ont marqué un intérêt aussi important que les plus jeunes pour cette technique ; il n'y a pas eu de différence entre les médecins de secteurs ruraux et les autres. Ce qui semble prédominant dans l'intérêt que peuvent porter les médecins généralistes à l'échographie est la recherche d'une meilleure prise en charge dans les situations d'incertitudes diagnostiques et la possibilité de diversifier leur activité. Le niveau d'accessibilité des échographistes du secteur joue un rôle moins important que prévu dans l'intérêt porté à l'échographie et n'est pas un déterminant majeur dans le choix de s'équiper ou non.

Globalement, la plupart des indications relevées par les médecins interrogés visaient à lever des doutes dans le cadre de situations d'incertitudes, ce qui est l'objet réel de l'échographie de débrouillage.

Les situations cliniques les plus souvent citées, sont :

- L'orientation devant des métrorragies du premier trimestre de la grossesse,
- Les suspicions de TVP,
- Les douleurs rénales d'une colique néphrétique,
- Les douleurs abdominales pour éliminer ou affirmer les lithiases vésiculaires et les suspicions d'appendicite.

Ces indications concordent avec ce qu'ont pu retrouver d'autres thèses cherchant à lister les indications principales de l'échographie en médecine générale.

Par ailleurs deux indications originales non citées dans les autres travaux de recherche sont apparues : la vérification du positionnement d'un dispositif intra-utérin et la recherche de globe vésical.

Le frein principal, et de très loin, est celui de la formation qui pose plusieurs difficultés. Un problème de contenu qui doit être précisé et adapté pour la médecine générale, mais aussi un problème de disponibilité des médecins pour se former. Les autres freins relevés sont d'ordre financiers avec les coûts d'acquisition et de maintenance du matériel ainsi que l'absence de cotation spécifique. Sont également cités le risque médico-légal lié à son utilisation et l'aspect chronophage d'une telle pratique.

Ces freins correspondent à ce qui a pu être retrouvé dans les autres travaux explorant les obstacles à la pratique de l'échographie en médecine générale.

Au terme de l'étude, trois profils de médecin se dégagent :

- Les médecins qui ne sont pas intéressés par l'échographie.
- Les médecins intéressés dans une optique purement diagnostique.
- Les médecins intéressés par l'échographie dans un but d'aide à la prise de décision.

Ces différents profils se répartissent indifféremment selon les critères de variation maximale choisie.

L'échographie est un outil supplémentaire pour le médecin généraliste à la recherche d'une meilleure efficacité diagnostique qui soulève de nombreuses questions. Au sommet d'entre elles se trouvent celles liées à la formation. Le contenu de la formation, les indications principales de l'échographie en médecine générale demandent à être précisés. Même s'il existe déjà plusieurs tentatives de listing non exhaustif de ces indications, il n'y a aucun consensus sur le sujet. Une étude des indications pressenties utiles par les médecins généralistes et celles effectivement retrouvées par les médecins échographistes pourrait être faite. La mise en commun des résultats, pondérés par les possibilités d'apprentissage et de mise en place pratique au cabinet, permettrait de créer une série d'indications représentatives des réels besoins échographiques en médecine générale.

Une fois le cadre de formation défini, il reste à lui trouver une place dans le cursus médical. Intégrer cette formation dans la FMI serait le plus sûr moyen de susciter l'intérêt et de s'affranchir des difficultés de disponibilité. Une étude pourrait être faite concernant le modèle d'enseignement à proposer et son contenu. L'expérience des formations post doctorat existantes montre qu'une formation plus tardive est possible et performante malgré les problèmes d'organisation.

L'échographie dans les pays voisins est réputée générer des économies de santé. En France, il n'y a pas d'études permettant d'en dire autant. Il serait sans doute intéressant que les caisses d'assurance maladie se penchent sur la question. On pourrait évaluer, auprès de médecins généralistes échographistes, le nombre de prescriptions de transport et le nombre d'avis demandés en moins ou en plus pour savoir si cette activité génère effectivement un bénéfice dans le coût des soins comme dans les pays voisins.

Si tel était le cas, une série de mesures incitatives pourraient être discutées en vue d'équiper des médecins généralistes. La création d'une cotation spécifique de l'échographie en médecine générale pourrait être négociée si les économies prévisibles sont importantes.

Certains médecins ont évoqué la création de pôles de compétence. Ceci permettrait de s'assurer d'un nombre suffisant d'échographies pratiquées par le médecin généraliste échographiste lui permettant de garder un niveau de compétence élevé. Ces pôles de compétences pourraient s'inscrire dans les projets de maisons de santé pluridisciplinaires. Une étude démographique serait intéressante pour déterminer précisément où existeraient les besoins en pôle d'échographie de débrouillage sur notre territoire. L'équipement des maisons de santé en échographie de débrouillage pourrait aussi faire l'objet d'une dotation des ARS dans le but de favoriser cette pratique.

Il est peut-être temps maintenant d'expérimenter une mise en place d'échographie de débrouillage dans les cabinets de médecine générale sur des zones ciblées pour en évaluer réellement l'intérêt global. Non seulement pour le praticien en terme d'efficacité diagnostique dans les situations d'incertitude et de diversification de l'activité ; mais aussi pour le patient en terme d'offre de soins et pour les caisses d'assurance maladie avec la diminution du coût des soins.

On pourrait imaginer prendre toutes les échographies réalisées sur une année par un ou plusieurs médecins généralistes échographistes. L'évaluation se ferait sur le bénéfice apporté au patient, celui apporté au médecin et la réduction éventuelle des coûts.

Rapport-Gratuit.com

BIBLIOGRAPHIE

1. Woo MY, Nussbaum C, Lee AC. Emergency medicine ultrasonography: national survey of family medicine-emergency medicine program directors. *Can Fam Physician Médecin Fam Can.* oct 2009;55(10):1010-1.e1-4.
2. Connor PD, Deutchman ME, Hahn RG. Training in obstetric sonography in family medicine residency programs: results of a nationwide survey and suggestions for a teaching strategy. *J Am Board Fam Pract Am Board Fam Pract.* avr 1994;7(2):124-9.
3. Palmer PE. Manuel d'échographie [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé; 1996 [cité 6 janv 2015]. 325 p. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63026/2/9242544612_fr_part1.pdf
4. MARTIN JC. Recherche bibliographique des indications retrouvées dans la littérature sur les examens échographiques en médecine générale. UFR Brest; 2010.
5. ARBONVILLE A. L'échographie doit elle faire partie du plateau technique du médecin généraliste en 2012 ? [these]. UFR Reims; 2012.
6. Speets AM, Hoes AW, van der Graaf Y, Kalmijn S, de Wit NJ, van Swijndregt ADM, et al. Upper abdominal ultrasound in general practice: indications, diagnostic yield and consequences for patient management. *J Fam Pract.* oct 2006;23(5):507-11.
7. BERLAND Yvon. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences [Internet]. 2003 oct [cité 1 juin 2013] p. 47_48. Disponible sur: http://www.timone.univ-mrs.fr/medecine/divers/MISSION2YB/rapport_complet.pdf
8. Morand G. Intérêt de l'examen échographique eFAST dans la prise en charge des patients traumatisés sévères en préhospitalier: étude prospective [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2012.
9. Colin J. Utilisation de l'ultrasonographie au service d'accueil des urgences par les médecins urgentistes: étude descriptive au CHU de Nîmes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2011.
10. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie Médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2012 [cité 6 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
11. COLDEFY M, COM-RUELLE L, LUCAS-GABRIELLI V. Distance et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. avr 2011;(164):8.
12. MAUREY H. Déserts médicaux : agir vraiment [Internet]. 2013 févr [cité 12 juill 2013] p. 133. Report No.: 335. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r12-335/r12-3351.pdf>
13. OMS. L'utilisation future des nouvelles techniques d'imagerie dans les pays en développement. Genève: OMS; 1986 p. 72. Report No.: 723.
14. Cristofari J-J. La Télémédecine au service des généralistes [Internet]. 2014 [cité 3 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.generaliste-en-france.fr/actualite-sante/t%C3%A9l%C3%A9m%C3%A9decine.html>

15. Hudson C. Les Besoins échographiques des médecins généralistes: pour une formation échographique adaptée à la médecine générale [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2013.
16. LEMANISSIER M. Validation d'une première liste d'indications d'échographies réalisables par le médecin généraliste. [Internet] [Thèse d'exercice]. [Toulouse]: Paul SABATIER- Toulouse III; 2013 [cité 5 févr 2015]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/172/1/2013TOU31041.pdf>
17. Hahn RG, Roi LD, Ornstein SM, Rodney WM, Garr DR, Davies TC, et al. Obstetric ultrasound training for family physicians. Results from a multi-site study. J Fam Pract. mai 1988;26(5):553-8.
18. Verdon F, Decrey H, Burnand B, Burnier M, Pécoud A. [Should all primary care physicians be educated in ultrasonography? Survey among practitioners. Group of Practitioners of the University Medical Polyclinic]. Rev Médicale Suisse Romande. août 1995;115(8):595-7.
19. SUREAU C, HENRION R. Rapport du Comité National Technique de l'Échographie de Dépistage Prénatale. [Internet]. Paris; 2005 avr [cité 8 févr 2015] p. 175. Disponible sur: <http://www.orpha.net/actor/Orphanews/2005/doc/echofoetale.pdf>
20. Gribeauval J-P. DROIT Judiciarisation de la médecine: réalité ou idée reçue? Rev Prescrire. 2010;30(321):536-41.
21. Moysse D, Diederich N. L'impact de l'arrêt Perruche sur les échographistes et les gynécologues obstétriciens. Centre d'étude des mouvements sociaux, éditeur. Paris, France: Centre d'études des mouvements sociaux; 2005. 110; 1; 9 p.
22. BLANCHET T, THIERRY R. Obstacles à la pratique de l'échographie par le médecin généraliste: étude qualitative [Internet] [Thèse d'exercice]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2015 [cité 3 févr 2015]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01108924/document>
23. SAINT-PIERRE F. Mesure du contenu vésical par technique ultrasonique [Internet]. HAS; 2008 déc [cité 8 févr 2015] p. 34. Disponible sur: <http://perinice.fr/IMG/pdf/bladder%20scan%20decembre%202008%20HAS%20rapport.pdf#page=4&zoom=auto,-127,638>
24. Lecerf C, Saboureau S. Apport de l'échographie en consultation de médecine générale au Centre Médical des armées de Villacoublay. [Créteil, France]: Université Paris-Est Créteil; 2015.

ANNEXES

Annexe 1

Guide d'entretien.

Exploration qualitative des besoins et freins ressentis par les médecins généralistes sur la possibilité d'utiliser l'échographie de débrouillage en exercice ambulatoire de premier recours.

I- Données personnelles :

- Exercice en groupe,
- Exercice urbain de grande ville, de moyenne ville, semi rural ou rural,
- Âge, année de thèse,
- Maître de stage universitaire ?

II- Entretien :

1- Qu'attendez-vous d'une échographie ? Que représente une échographie pour vous ? Une image ? Un diagnostic ? Une orientation ? Puis explication sur l'échographie de débrouillage.

2- Décrivez-moi une situation clinique dans laquelle une échographie de débrouillage vous aurait permis d'obtenir un diagnostic ou d'orienter une décision thérapeutique.

3- Verriez-vous un intérêt à la pratique de l'échographie de débrouillage ? (explications sur la technique d'écho de débrouillage ?)

- Si positif : Relance sur ce qu'elle lui apporterait (Gain de temps ? Gain de qualité d'exercice ? Gain d'autonomie ? Fréquence d'utilisation ?)
- Rapport avec la situation décrite
- Si négatif : cf exploration des freins.

4- Dans quelles situations utiliseriez-vous l'échographie de débrouillage ?

- Relance sur les indications par localisation : abdominales, vasculaires, pelviennes, pulmonaires, thyroïdiennes et tissus mous, obstétriques, gynécologiques, urologiques...
- Propose aussi de les classer par ordre d'intérêt.
- Relance également sur des indications sociales : isolement du patient, difficultés d'accès aux soins.
- Voyez-vous des obstacles à la faisabilité de l'échographie en médecine générale ?
- Relance sur l'absence de législation : en cas de problèmes ou d'erreurs quelles protections ?
- Relance sur l'absence de nomenclature,
- Relance sur la nécessité de formation,
- Relance sur le coût d'acquisition du matériel,
- Relance sur l'entretien du matériel,
- Relance sur le temps consommé pour la pratique de l'échographie en consultation (en moyenne 23 min).

5- Que seriez-vous prêt à mettre en place pour vous permettre d'utiliser une échographie dans votre cabinet ?

- Relance sur le coût d'un appareil d'échographie et sur le prix imaginé,
- Relance sur les frais de fonctionnement au quotidien,
- Relance sur le coût des assurances et la responsabilité professionnelle,
- Relance sur le temps nécessaire à la formation, (On pourrait placer ici une question sur l'intérêt porté à une formation adaptée à la médecine générale au sein de la faculté d'Angers)
- Relance sur la formation continue.

6- En combien de temps a-t-on accès à un centre d'échographie de votre cabinet ?

7- Pensez-vous que disposer d'une échographie au cabinet vous aurait permis de moins adresser vos patients ?

8- En cas de besoin peut-on vous recontacter pour clarifier des réponses qui seraient ininterprétables ?

Annexe 2

Coordonnées et caractéristiques des Médecins du panel

I- Maine-et-Loire

1054 médecins généralistes inscrits à l'Ordre en 2013, dont 72% exerce une activité libérale ou mixte, c'est à dire 759 médecins.

45% de femmes soit 4 Médecins généralistes dans notre échantillon.

- A- Urbain grande ville : Un Médecin de moins de 45 ans et un de plus de 45 ans.
- B- Urbain moyenne ville : Un Médecin de moins de 45 ans et un de plus de 45 ans.
- C- Semi rural : Un Médecin de moins de 45 ans et un de plus de 45 ans.
- D- Rural : Un Médecin de moins de 45 ans et un de plus de 45 ans.

II- Sarthe

631 médecins généralistes inscrits à l'Ordre en 2013, dont 64% exerce une activité libérale ou mixte, c'est à dire 404 médecins.

36% de femmes soit 2 Médecins généralistes dans notre échantillon.

III- Mayenne

323 médecins généralistes inscrits à l'Ordre en 2013, dont 66% exerce une activité libérale ou mixte, c'est à dire 217 médecins.

38% de femmes soit 2 Médecins généralistes dans notre échantillon.

La constitution en terme d'âge est la même dans les trois départements.

ANNEXE 3

FACULTE DE MEDECINE
ANGERS

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
ANGERS

COMITE D'ETHIQUE

* * * * *

Le Président
Docteur Jean-Paul JACOB

M SAYSANA Jonathan

Angers, le samedi 19 octobre 2013

Monsieur,

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné le **9 octobre 2013** votre projet enregistré sous le numéro **N° 2013 71** **Etat des lieux des besoins et freins ressentis par les médecins généralistes sur la possibilité d'utiliser l'échographie de débrouillage en exercice ambulatoire de premier recours**. (Thèse de médecine générale).

Etude transversale déclarative par questionnaire auprès des médecins généralistes des départements du Maine et Loire, de la Sarthe et de la Mayenne.
Le questionnaire sera envoyé par mail.
Les résultats permettront d'identifier un profil type de médecin généraliste intéressé à la pratique de l'échographie générale.

Il n'y a pas d'obstacle éthique à la réalisation de cette étude.

AVIS FAVORABLE



Docteur Jean-Paul JACOB

Anesthésie-réanimation chirurgicale A
CHU Angers – 49933 Angers Cedex 9
Email : jacob@chu-angers.fr

Annexe 4

Statistiques des Réponses Téléphoniques

I- Maine-et-Loire

- Nombre d'appels : 11
- Réponses Positives : 8
- Réponses négatives : 1
- Absence de réponses : 2

II- Sarthe

- Nombre d'appels : 19
- Réponses Positives : 8
- Réponses négatives : 8
- Absence de réponses : 3

III- Mayenne

- Nombre d'appels : 12
- Réponses Positives : 8
- Réponses négatives : 2
- Absence de réponses : 2

Annexe 5

Entretien 5, Moyenne ville, plus de 45 ans homme, MDS

Jonathan SAYSANA : Du coup, j'enregistre et c'est anonymisé, c'est ce qui nous permet d'avoir une discussion. Moi j'ai un guideline pour pas oublier grand chose mais c'est pas un questionnaire, c'est une discussion. Le sujet de la thèse, c'est les intérêts et les freins des médecins généralistes à acquérir une échographie de débrouillage au cabinet. Vous en avez entendu parler un peu ?

Docteur Pe : Chez les généralistes ?

Oui.

Non.

C'est un peu la même chose finalement qu'aux Urgences, par exemple, où ils les utilisent beaucoup pour les thromboses veineuses profondes.

Plutôt les doppler alors ?

C'est ça, ils utilisent des écho-doppler portatifs pour répondre à une question très simple...

S'il y a une thrombose ou pas.

Oui, c'est ça, s'il y a une thrombose, on met un traitement et s'il y en a pas, c'est autre chose et on va un peu plus loin.

Le principe de l'échographie de débrouillage n'est pas de faire de l'échographie comme un radiologue, c'est vraiment de répondre à un questionnement très précis et qui permet, dans le prolongement de la clinique, de faire avancer soit le diagnostic, soit d'orienter le traitement.

Moi j'ai un mini doppler mais c'est plus pour les bruits fœtaux quand la mère est inquiète de ne pas entendre les bruits du cœur ou quand elle ne sent plus son bébé bouger.

C'est un peu le même genre sauf que c'est un peu plus perfectionné, et ça permet de faire avancer le diagnostic ou la thérapeutique.

Du coup on fait des entretiens avec les médecins généralistes dans différentes situations de travail, en ville, en campagne et semi rural.

Vous prescrivez des échographies de temps en temps, quand vous prescrivez des échographies, qu'est-ce que vous en attendez ?

Alors sur des écho doppler, deux situations, soit dans un contexte on va dire d'urgence ou de semi urgence par exemple, l'urgence c'est la suspicion de phlébite et là heureusement on a des rendez vous relativement rapidement c'est à dire le jour même en général en appelant à C. Ou bien dans une deuxième situation de semi urgence de constatation de souffle vasculaire non connu que ce soit cervical, ou fémoral.

Deuxième situation, je dirais, dans le cadre de suivi de patient artériel connu soit diabétique depuis des années soit ayant une cardiopathie ischémique, soit hypertendu depuis un certain temps. Et là pour faire un état des lieux et je dirais, il y a deux situations soit la première dans le cadre d'un bilan systématique initial, on dépiste une HTA avérée sur plusieurs valeurs et dans ce cas c'est l'occasion de faire un état des lieux. Soit ce sont des gens avec des anomalies pariétales et pour lesquelles l'angiologue propose de faire un suivi tous les 5 ans ou tous les deux ans.

Après il y a les échographies non vasculaires, abdominales là c'est pareil c'est essentiellement dans ce cas là je dirais deux cas de figure, soit d'exploration digestive dans le cadre de douleur abdominales, soit dans un contexte de suspicion de colique néphrétique, je viens de lire un article hier, où ils montraient bien que dans l'urgence, l'échographie rénale n'était pas moins performante que le scanner. Donc ma foi ça reste intéressant de savoir si on a une dilatation calicelle ou s'il y a un obstacle avec une dilatation urétérale.

Voilà je dirais que ce sont les deux cas de figure.

D'accord donc en fait sur des situations urgentes ou semi urgentes, quand vous demandez une échographie, vous demandez qu'elle puisse vous orienter sur le traitement ou sur le diagnostic en lui même ?

Voilà, quand il s'agit de coliques néphrétiques, généralement le diagnostic est clinique. C'est plus pour savoir s'il y a des signes de gravité, s'il va falloir faire une dérivation rapide, monter une sonde JJ ou...

Oui, orienter le traitement ?

Voilà, orienter le traitement, après au niveau abdominal, c'est un peu particulier, ça dépend de la catégorie d'âge mais chez un nourrisson qui a des vomissements, une suspicion d'invagination intestinale aiguë, bon ça préciserait le diagnostic et ensuite la thérapeutique.

Ou chez un plus grand enfant ou un adulte, dans un contexte de douleur abdominale l'échographie peut... Bon, là c'est pareil on peut demander et soit c'est effectivement une urgence ou semi urgence mais je pense à la pathologie biliaire par exemple, une colique hépatique mais c'est aussi, par exemple de manière non urgente, chez une personne chez qui on suspecte une hypertension portale ou de vérifier s'il y a pas une stéatose hépatique ou voilà des choses comme ça. Bon s'il y a une hypertension portale, en générale il y a une cirrhose à ce stade là mais bon. Disons, dans un contexte de syndrome métabolique par exemple, ça peut aussi être un outil clinique, comme un déclic qui va faire prendre conscience au patient que ah ben tient il va peut-être falloir faire attention et que sa stéatose hépatique elle est peut-être encore réversible.

Donc en faisant attention et en perdant un peu de poids et en faisant un peu d'exercice physique, ça peut être un élément supplémentaire pour amener un changement.

Ouais donc vraiment deux situations différentes. Une situation d'urgence ou de semi urgence, vraiment d'orientation et dans des situations, on va dire, plutôt de dépistage plutôt pour le diagnostic en fait, c'est à dire de vérifier qu'il y a pas un anévrisme chez les hypertendus ou des choses comme ça.

Tout a fait.

Vraiment deux situations très différentes.

Vous pourriez me décrire une situation, dans votre pratique, dans laquelle vous auriez eu un intérêt à avoir une échographie pour vous orienter ?

Qu'est-ce qu'on a eu récemment dans ce cadre là, ben si on a eu une patiente mais là c'était compliqué parce que c'était en visite alors j'aurais pas pu m'en servir...

Il y a des écho portatives et les échographies dont on parle pour faire du débrouillage peuvent être portatives. Ça fait la taille d'une mallette quoi.

Ouais ok. Donc là c'est une patiente qu'on a vu avec mon interne en visite, vomissements dans la nuit et puis à l'examen clinique, indéniablement on a une forte suspicion de diverticulite voir de sigmoïdite. L'interne lui palpe le ventre et lui trouve rien de spécial et je lui dis attend on va voir, je palpe et il y a une défense, je lui dis là c'est pas normal, du coup hospitalisation malheureusement la personne est décédée dans la nuit. A l'arrivée ils ont fait un scanner de débrouillage sans injection et donc ils suspectaient... En fait elle avait, parce qu'on avait rappelé le soir pour avoir des nouvelles, elle avait une distension colique droite et une stase stercorale gauche. Donc ils lui avaient fait un lavement enfin je sais plus s'ils devaient lui faire ou s'il lui ont fait et puis elle est partie en chirurgie viscérale parce qu'il n'y avait pas de place en gastro malheureusement elle est décédée dans la nuit vers deux heures du matin, c'est le médecin des Urgences qui a tenté de faire un peu de réanimation mais voilà. Et en fin de compte, ils pensent qu'elle a fait une ischémie mésentérique...

Ouais elle a fait un infarctus mésentérique...

Donc là est-ce que l'écho aurait apporté quelque chose, je sais pas parce que finalement on l'a hospitalisée donc à l'écho, j'aurais pas forcément eu de signes. Parce que pour réussir à bien interpréter, il faut quand même avoir une certaine pratique et en faire un certain nombre c'est comme tout quoi si on n'a pas une pratique suffisante...

C'est pareil, moi j'ai pas d'ECG donc bon voir si un rythme est sinusal ou pas, je saurais interpréter, si j'arrive à voir des ondes p ou pas mais bon, on cherche ce qu'on connaît et on trouve ce qu'on cherche. Enfin bon, l'exemple est peut-être mal choisi parce que je suis pas sûr que ça aurait changé mon attitude, parce qu'à l'examen clinique ma décision était prise.

Elle était inquiétante d'emblée quoi.

Donc c'est peut-être pas dans cette situation...

Ouais ce n'est pas une bonne situation. Qu'est-ce ce qu'on a d'autre comme situations... Ah si j'ai un patient, une suspicion d'appendicite, un jeune homme, que j'ai hospitalisé et finalement c'était pas une appendicite, mais bon est-ce que l'écho m'aurait apporté des arguments supplémentaires, je suis pas sûr...

Vous l'avez hospitalisé le jour même ?

Oui, oui.

Ben peut-être qu'avec une écho vous auriez peut-être vu l'appendice ?

Oui mais si je l'avais pas vue ?

C'est toujours le problème effectivement ! Mais dans une situation comme celle-là, d'incertitude on va dire...

Ça peut être une aide effectivement, mais je crois pas que j'en aurais un usage très important en fait.

Ha ben de toutes façons, il existe un intérêt d'un point de vue clinique, mais il y a aussi des freins effectivement à son utilisation.

Ah si j'ai une autre situation en fait une patiente artérielle qui venait parce qu'elle était à nouveau gênée pour un périmètre de marche d'à peine 50 mètres et elle avait déjà eu une angioplastie de l'artère poplitée et du coup sa symptomatologie clinique m'a amené à téléphoner rapidement au chirurgien donc elle a été prise en charge rapidement mais est-ce que j'aurais, avec un appareil de ce type, eu des arguments supplémentaires, pas forcément, c'était un stade d'ischémie critique donc bon. Là encore c'est pas un exemple qui a été suffisamment parlant...

On peut le prendre dans l'autre sens, par exemple dans votre pratique on a déjà décrit un certain nombre de situations, sur les thromboses veineuses, sur le suivi de patients artéritiques ou avec un syndrome métabolique, sur les syndromes abdominaux aigus, est-ce qu'il y a d'autres situations, dans votre pratique, dans lesquelles ça pourraient être utile ?

Ben il faudrait connaître les signes sémiologiques. Par exemple sur une suspicion de pancréatite peut-être que ça peut être bénéfique encore que souvent quand les gens viennent nous voir ils sont pas à jeun donc on risque d'avoir des interpositions gazeuses qui risquent de gêner l'analyse mais bon.

J'avais une autre situation en tête... Oui, un patient qui a eu une phlébite surale mi juin et après trois mois de traitement, proposition d'arrêt des AVKs et par prudence vu que c'est un patient insuffisant rénal et cardiaque avec une néoplasie prostatique, sédentaire, à domicile, je lui dit écoutez vaut mieux contrôler votre doppler avant d'arrêter les AVK. Il va voir l'angiologue qui me dit bingo il y a une extension à la veine fémorale... En plus je lui avais mis dans le courrier phlébite fémorale, parce que je croyais que c'était fémoral mais en fait... C'est un peu compliqué parce que c'est un patient qui a été pris en charge entre temps par ma consœur et puis finalement il a décidé de revenir avec moi. Mais dans l'intervalle de temps, il était avec elle. Moi j'avais comme notion que c'était remonté à l'aîne il m'avait dit donc bien fémoral et pourtant le doppleriste me dit que non, c'était bien une phlébite surale donc il a aggravé sa phlébite sous AVK. Donc c'est vrai que c'est un patient qui est pas facilement compliant et pas facile à équilibrer donc il a dû avoir des épisodes de sous dosage, un peu de surdosage et bref il se retrouve avec 6 mois de traitement en doses curatives. Donc là, est-ce que... Oui si j'avais eu un doppler portatif, j'aurais pu vérifier la normalité.

Après c'est une question de temps aussi, parce que je l'examine souvent assis dans sa salle à manger donc il aurait fallu l'allonger, bon... Il y a tous ces paramètres là à voir mais bon si ça pouvait lui éviter un déplacement jusqu'à C. Et puis il faut connaître la cotation aussi, ça peut être coté dans ce cas là ?

Alors ben justement c'est un frein aussi, la cotation pour de l'échographie en médecine générale, elle existe pas pour le moment.

N'étant pas radiologue... Par contre les échographies chez les rhumatologues quand ils cherchent une synovite, elle est cotée ? Ils ont une cotation, c'est pas juste ça !

Il faut peut-être développer ce genre de choses effectivement. Je pense qu'ils sont passés par une période avant où ils pouvaient pas coter parce que c'était pas reconnu puis ça l'a été et la création de cotation a été possible, de même que le frottis est coté désormais...

Est-ce que éventuellement sur des métrorragies de premier trimestre, ça pourrait être intéressant ?

Ah oui, c'est très intéressant effectivement, de voir s'il y a encore un œuf en place, s'il y a une activité cardiaque ou pas. C'est une autre situation urgente à laquelle j'avais pas pensé et qui amène fréquemment à hospitaliser la personne pour savoir ce qu'il en est. Quand les gens sont suffisamment sereins, on arrive à faire des BHCG et à reconstrôler à 24 heures mais souvent, dans l'incertitude, la patiente étant souvent quand même anxieuse, angoissée, ça débouche souvent sur une hospitalisation aux urgences de gynéco. C'est une situation qui pourrait être intéressante.

Oui. On m'en a cité une autre à laquelle on a pas pensé, mais vérifier la disposition d'un dispositif intra-utérin ?

D'accord, oui, bon, si les fils sont en place... Bon c'est moins irradiant que la radio mais oui, pourquoi pas...

Alors on parlait de suivi des artéritiques, il y a une indication qui revient un peu de temps en temps, c'est de vérifier les thyroïdes.

Ah oui, de voir s'il y a un gros nodule ou pas !

Oui, c'est ça de vérifier l'apparition ou la stabilité d'un nodule, des petites choses de suivi qui pourraient être utiles.

Un autre type d'indication, pas forcément médicale mais plutôt sur des indications, on en a parlé tout à l'heure, d'isolement social. Vous disiez en visite, ça pourrait être intéressant parce que les patients qui se déplacent peu, ou en maison de retraite, faire venir les ambulances, les emmener à C., pour la radio ou l'échographie, c'est pas toujours évident, est-ce que sur des situations comme ça, avec un appareil portatif, ça pourrait aider ?

Oui, oui, bien sûr c'est une aide diagnostique complémentaire.

Ok, on peut parler des freins, on à commencé à en parler tout à l'heure, vous me parliez du temps que ça prend...

Oui, c'est l'un des freins.

Premièrement, l'investissement, il faut avoir l'appareil. Deuxièmement il faut avoir la compétence d'utilisation et d'analyse sémiologique.

Et puis troisièmement le temps de réalisation, encore que ça, on peut prendre le temps si on le décide. C'est peut-être plus un faux prétexte et qui sera compensé par la cotation, si c'est un acte coté, on prendra le temps de faire les choses d'allonger les gens, et voilà c'est tout.

De la même manière qu'un ECG ?

Absolument.

Finalement le temps que ça peut vous consommer durant vos consultations...

Il sera pallié par la cotation. S'il y a une rémunération pour faire l'acte, ben on prendra le temps de faire la chose correctement et puis c'est tout.

D'accord, d'accord, donc ce qui vient en premier finalement c'est l'acquisition du matériel vous disiez...

Et des compétences pour l'utiliser correctement, oui.

La formation donc.

Vous connaissez les prix un peu ou pas ?

Non.

Bon il y a tous les prix hein c'est comme les ECG.

Oui les ECG maintenant pour mille euros, on en a du très bon matériel en général.

Ok, pour une échographie portative comme ils les utilisent aux urgences, on est à un peu plus évidemment, c'est 4000 à 5000 euros. On n'est plus sur des appareils qui valaient...

Ouais plusieurs dizaines de milliers d'euros.

Ouais évidemment si vous partez sur des appareils comme ceux des radiologues...

Ca reste le tarif en vigueur !

Ça reste très élevé oui, mais ils ont des cotations spécifiques qui leur permettent d'amortir leur matériel. Ici sur des échographies portatives, c'est une petite taille, ça correspond effectivement à un coût d'achat de 5000 euros quoi.

Pour la formation, il y a différent type de formation. Il y a des formations qui sont longues, équivalentes de DIU sur deux, trois ans, celles-ci bon elles permettent de devenir échographiste par le fait et vous pouvez coter vos échographies mais enfin ça équivaut à une spécialisation quasiment donc bon c'est pas exactement de ça dont on parle, on parle de formation plus courte de un an très ciblée sur...

Sur des pathologies bien précises.

Voilà tout à fait et adaptée à la médecine générale, ça existe déjà dans le sud de la France, dans d'autres pays aussi, en Allemagne, en Angleterre, aux Etats-Unis ils le font déjà mais complètement adapté...

A la médecine générale ok.

Oui, ou de spécialité si vous en faites une. Un peu comme les angiologues, on en parlait tout à l'heure qui savent faire les axes vasculaires mais pas le reste.

Oui, ils nous disent bien des fois s'ils ont l'impression qu'il y a un nodule thyroïdien et qu'il faut vérifier !

Qu'est ce qui vous freinerait dans la formation ? Le temps de formation ?

Oui, oui par exemple la semaine prochaine, je m'absente une semaine pour passer mon permis poids-lourd, j'ai pas trouvé de remplaçant, voilà quoi.

Ok, c'est l'organisation du cabinet lorsque vous n'y êtes pas ?

Exactement. Quand on trouve des remplaçants c'est très bien mais quand on en a pas ça devient compliqué. Pourtant on est hors période de vacances scolaires mais on n'a pas trouvé. Ils sont tous en vacances ! Beaucoup bossaient cet été, maintenant ils sont en vacances !

C'est possible effectivement.

Le deuxième frein dont vous parliez c'est l'investissement.

Oui, l'aspect financier, il n'y a pas de cotation, c'est ce qui permettrait de rentabiliser l'achat. Après s'il y a une cotation et bien voilà, même si on le rentabilise que petit à petit ça permettrait quand même de rentrer dans ses frais mais c'est vrai que bon c'est un frein quand même.

Oui, c'est une problématique effectivement de pas avoir la possibilité d'amortir le matériel.

C'est ça.

Est-ce que vous voyez d'autres freins par exemple à l'utilisation d'une échographie ?

Je dirais des aspects pratiques, le poids de l'appareil, l'encombrement de l'appareil, le fait d'avoir une source électrique ou alors ça fonctionne sur batterie enfin bon des choses concrètes, avoir du gel aussi. Après c'est des choses plus anecdotiques je dirais.

Est-ce que l'aspect médico légal pourrait être un problème ?

Non, non, on explique aux gens que ça nous permet de préciser un peu plus les choses et avant on l'avait pas et on faisait sans mais maintenant qu'on l'a, si on a un doute là ça peut être intéressant de voir... Ah oui vous voulez dire si on passe à côté d'une phlébite ? Ah oui...

Difficile à dire ?

Oui, mais bon, si on a un doute, à nous d'être suffisamment sage, responsable, pour dire qu'on a une hésitation, qu'on ne sait pas si c'est bouché ou pas j'aime mieux demander à un confrère plus compétent, plus spécialisé. Si on considère que le doute n'est pas permis, on met en œuvre ce qui est nécessaire pour lever le doute, si on considère que le doute est acceptable on explique aux gens qu'on hésite entre ça et ça et dans les deux cas ça paraît pas être gravissime, si c'est ça voilà ce qu'il faut faire et si c'est plutôt comme ça voilà. Le temps va aussi nous guider et on recontrôle la semaine prochaine, ça dépend des situations on peut baliser les choses pour sécuriser au maximum la prise en charge de la personne. Pour moi ce n'est pas un frein, c'est pas ce que je mettrais comme frein.

Ok, si la faculté d'Angers proposait des formations adaptées, comme on en parlait tout à l'heure, à la médecine générale ?

Ça, ça m'intéresserait oui.

Vous en auriez une utilité, vous dans votre pratique ?

Je vous dis, peu en fait. Peut-être parce que justement pour le moment je vois pas encore toutes les situations où je pourrais l'utiliser et c'est pareil, le fait de pratiquer permet de prendre conscience qu'on a plus de possibilités d'utilisation de ce genre de technique. Là comme je n'en ai pas, je fais différemment donc je n'ai pas l'impression que ça me soit très utile mais bon...

Vous en parliez tout à l'heure aussi, le fait de pouvoir en faire régulièrement c'est un facteur de qualité...

De performance oui.

Voilà, ce serait un frein aussi de se dire que bon ok j'ai acquis l'appareil et la formation mais...

Oui, oui, je m'en sers qu'une fois tous les 15 jours donc... Oui absolument c'est un frein.

Donc faudrait être sûr de pouvoir s'en servir pour entretenir les compétences ?

Oui, absolument, quand on fait les choses fréquemment on est expert dans le domaine et quand on s'en sert pas fréquemment, on est novice et donc effectivement c'est là qu'on peut passer à côté de certaines choses et faire des erreurs. Ça, c'est un frein qui peut être important.

Oui, tout a fait. On sait bien que l'échographie...

Est opérateur dépendant comme on dit !

Elle l'est oui, et ce n'est pas une imagerie comme une radio ou un scanner, figée...

Et qui peut être réinterprétée derrière.

Là si vous n'avez pas pris la bonne image, ben il verra rien. C'est une imagerie dynamique et ça se voit par celui qui est devant, après coup, on voit moins bien. Donc pouvoir en faire régulièrement...

C'est un gage de qualité et ce serait un frein de ne pas en faire souvent.

Le cabinet de radiologie le plus proche c'est où ?

A C. ou à V. Avant il y en avait un ici mais il a fermé en 2010. Il travaillait à cheval sur une autre ville et ici il faisait de la radiologie conventionnelle, radiologie standard et échographie, mammographie aussi. Il a déjà retardé sa retraite de deux ans en cherchant un remplaçant mais tous les jeunes internes de radio veulent faire des IRM, des scanners voire de l'interventionnel donc ils se fichent un peu du conventionnel. Ce qui est bien dommage parce que pour les populations locales ce qui compte c'est de savoir si c'est cassé, si c'est pas cassé, si c'est une vésicule ou pas, si la colique nephretique est grave ou pas. Voilà c'est ça qui rend service aux gens.

On avait des rendez-vous rapidement, le jour même ou le lendemain c'était très pratique. Il travaillait bien, c'est vrai que ces comptes rendus étaient toujours alambiqués mais voilà j'ai jamais eu de problème avec lui. Même s'il avait une façon de tourner ses comptes rendus pas très synthétique mais bon ça rendait service à la population.

Là vous soulevez un point intéressant, il y a un certain attrait des jeunes radiologues vers une pratique très spécialisée et c'est vrai que la radiologie conventionnelle et l'échographie particulièrement qui est quand même chronophage est moins attractive. C'est vrai que...

C'est bien embêtant. C'est un examen qui n'est pas irradiant et qui rend service.

C'est un phénomène qui a déjà eu lieu dans d'autres pays, notamment dans les pays avec un grand territoire, comme le Canada ou les Etats-Unis où l'échographie...

Ah oui, elle se trouve aux mains des généralistes ?

Ouais c'est ça, dévolue aux médecins de ville : cardiologues, rhumatologues, angiologues, soit effectivement aux généralistes parce que les radiologues du coup ne font plus ça. Ils restent aux scanner ou à l'IRM et les radio se sont les manipulateurs radio et les écho les médecins spécialistes directement.

C'est possible qu'on aille vers cette orientation petit à petit.

Oui ce sont des pistes explorées parce que c'est très chronophage pour des gens qui sont formés à lire des scanner et des IRM...

Ou alors il faudrait une double spécialité de radiologie. Une de radiologie conventionnelle et une de radiologie numérique.

Une spécialité hospitalière dans les gros centres et une plus proche de la population.

Les cabinets de radiologie à V., et à C. on en est à combien de temps ?

C'est long là, un scanner c'est deux, trois mois et une IRM pareil. Les échographies on les a au bout de une semaine à 15 jours et les radiologies dans la semaine. Après ça dépend en fonction de l'hôpital ou la clinique les délais sont plus longs qu'en cabinet de ville. Après, moi je dis aux gens de prendre leurs bagnoles parce que s'ils vont à B., ils ont leur rendez-vous en trois semaines et si ils vont à F. en trois semaines aussi. C'est une heure et quart de route mais au moins ils ont leur rendez-vous plus rapidement. Pareil je leur dis parfois d'aller à A. parce que les rendez-vous sont plus rapides. Donc bon c'est...

Le problème ici, c'est qu'on est situé entre trois régions et comme c'est les ARS qui gèrent, on est entre Pays de la Loire, Centre et Poitou-Charentes donc on est mal placé. Pour avoir des fonds c'est très dur. C'est pour ça qu'il n'y a pas de cardiologie interventionnelle et que les cardiologues se barrent ! C'est bien beau les ARS mais faut voir qu'il y a des pôles interrégionaux qui pourraient aussi être soutenus parce qu'ils ont un bassin de population important, un centre hospitalier important et je trouve que les crédits sont peut-être pas alloués à hauteur de l'enjeu de la population locale.

Et de l'activité qu'ils ont, parce qu'ils ont quand même une sacrée activité...

De pas avoir de cardiologie interventionnelle, c'est quand même incroyable, quand on voit qu'à Vannes il y a de la coronarographie et que nous, à C., il y en a pas, c'est un peu bizarre.

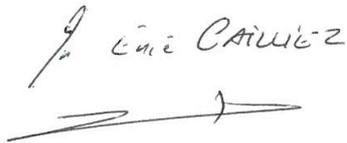
Ok, merci beaucoup.

Il n'y a pas de quoi.

PERMIS D'IMPRIMER

THÈSE DE Monsieur SAYSANA Jonathan

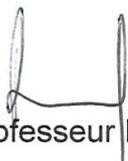
Vu, le Directeur de thèse

J. CAILLÉZ


Vu, le Président du jury de thèse



**Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS**


Professeur J. RICHARD

Vu et permis d'imprimer



