

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(Décret du 16 janvier 2014)**

Présentée et soutenue publiquement

Le Mardi 12 Novembre 2013 à Poitiers

Par Monsieur Franck BECHEREAU

Attentes des médecins généralistes installés d'un médecin généraliste pratiquant l'échographie

Enquête qualitative auprès de 19 médecins du Poitou-Charentes en 2013

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Michel MORICHAU-BEAUCHANT

Membres : Monsieur le Professeur Rémy GUILLEVIN
Monsieur le Docteur Jérôme ROUMY

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François BIRAULT



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2013 - 2014

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (**surnombre**)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre**)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
(**de septembre à décembre**)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (**surnombre**)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, oncologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maitres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maitre de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Michel MORICHAU-BEAUCHANT,

Professeur des universités, Praticien hospitalier, Doyen de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers

Vous apportez à ce travail votre avis précieux de clinicien .Vous me faites le grand honneur de présider ce jury.

Veillez accepter l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Rémy GUILLEVIN,

Professeur des universités, Praticien Hospitalier, Chef de service d'Imagerie Médicale du CHU de Poitiers

Je vous remercie d'avoir contribué à ma formation au sein de votre service et vous suis vivement reconnaissant de l'honneur que vous me faites en jugeant ce travail.

A Monsieur le Docteur Jérôme ROUMY,

Maître de Conférences des universités, Praticien Hospitalier

Merci de m'avoir transmis ta passion de ce noble art qu'est l'échographie. Ta rigueur et ton exigence auront été pour moi très précieux. On peut donc être Ferretcapien et être quelqu'un de bien...

Merci de me faire l'honneur de juger cette thèse.

A Monsieur le Docteur François BIRAULT,

Maître de Conférences associé de Médecine Générale, Médecin Généraliste

Ta disponibilité et ton engouement autour de ce travail en a grandement facilité la réalisation. Merci pour l'aide que tu m'as apporté et ton soutien permanent.

A mes deux Amours :

- **Laure** pour avoir toujours été là et pour tous ces moments incroyables passés et à venir.
- **Jules** pour le bonheur immense que tu m'apportes chaque jour un peu plus.

- Au **Docteur Alain GUILLAUME** : Merci de m'avoir permis de suivre ma formation au sein de ton service .C'est une grande joie pour moi de pouvoir poursuivre cette collaboration en rejoignant ton équipe.

- Aux **Docteurs Ludovic DARGENTON et Cornéliu GRADINARU** pour m'avoir donné les outils nécessaires à une pratique échographique de qualité. Exercer à vos côtés sera pour moi un réel plaisir.

- Au **Docteur Isabelle DUMAS-REAM** : Ton sens aigu de la clinique aura été pour moi très formateur. Merci de m'avoir fait découvrir ce que médecine voulait dire...

- Au **Docteur Antoine TROUVE** : Ces six mois charentais sont passés beaucoup trop vite. Merci pour tout ce que tu m'as appris, notamment en thérapeutique.

- Au **Docteur Yves FOURE** pour ton aide méthodologique lors de l'élaboration de cette thèse et pour m'avoir accompagné lors de ces 3 années de tutorat.

- Au **Docteur Marc DORIN** et ses associés de m'accueillir au sein de votre structure.

- A mes **parents** pour avoir toujours crû en moi et pour la relecture de ce travail.

- A ma sœur, **Caroline**, pour ton soutien inconditionnel, et mon beau-frère **David**, ainsi qu'aux loulous : **Pierre, Alban, Jeanne et Sarah**.

- A mes **grands-parents** qui, je l'espère, doivent être fiers de leur petit-fils.

- Au reste de la famille notamment mes **oncles et tantes** ainsi que les cousins : **Jean-François, Aurore, Marie, Emma, Aude, Romain, Luc et Julien**.

- A **Cédric** pour ton aide précieuse à l'analyse des résultats et pour tout le reste depuis toutes ces années : le T-shirt TOAC-TUC, le « à 4 dans une chambre de 4 », la cidrerie en mode Docteur Boudin et le aqualand tout cramé.

- Au reste de l'équipe : **Ludo**, qui est jeune; **Bernard**, qui l'est moins; **Stéphanie** : elle a fait sa blague , elle est contente ! ; **Tanguy**, fan n°1 de Patrice LAFFONT ; **Tom**, pour les pieds en canards !! et parce que c'est dur dans le grand nord ; **Claire** ; et **Pierre**, qu'on ne voit pas assez.

- Aux membres du Carlita's Band : **Brigitte** : vraiment, tu devrais arrêter la bière ! ; **Fab** (toi non, car c'est beaucoup plus drôle) ; **Tat** : on fait un time's up ? et **Ben** le sérial noceur. Vivement les prochaines vacances communes !

- A la petite famille Niortaise : **Camille** pour ses imitations félines dans les couloirs de l'internat, **Patrice** mon bricoleur préféré, **Lélé** pour les soirées japonais-vin rouge, **Vincent** pour ton humour....décalé, **Danielle** : vive comptoir ! , **Mireille** : enfin Maître !... et **Bertrand** parce que tu nous dois toujours une visite de ton pays qui fleure bon l'anis). Ca me touche vraiment de vous voir à mes côtés en ce jour particulier.

- A **Johann** pour ta relecture attentive et pour avoir rendu ces six mois poitevins moins difficiles (longue vie au PLB !)

- A tous mes autres amis carabins : **Laurine** (ta présence ici aujourd'hui me fait très plaisir) et **Hervé**, **Amandine** et **Thomas**, **Claire** et **David**, **Anne-Sophie**, **Kamel**, **Pierrot**, **Ayoub**...

Et, bien sûr, à tous les médecins qui ont pris le temps de répondre à mon enquête.

TABLE DES MATIERES

Table des Matières

1.INTRODUCTION	12
1.1. Problématique	12
1.1.1. L'échographie en médecine générale	12
1.1.2. Sur le plan international.....	13
1.1.3. La relation médecin généraliste prescripteur-échographe.....	13
1.2. Questions de recherche	14
1.3. Hypothèses de recherche.....	14
1.4. Objectifs de L'étude	14
1.4.1.Objectif principal	14
1.4.2.. Objectif secondaire.....	15
2.MATERIELS ET METHODES	17
2.1. Recherche bibliographique	17
2.2. Méthodologie	18
2.2.1. Type d'étude.....	18
2.2.2. Population étudiée.....	18
2.2.3. Déroulement de l'enquête	19
2.2.4. Retranscription et anonymisation des données.....	20
2.2.5. Analyse des résultats	21
2.2.6. Considérations éthiques	22
3.RESULTATS	24
3.1. Médecins interrogés	24
3.1.1. Caractéristiques démographiques.....	24
3.1.2. Mode d'exercice	26
3.1.3. Formations reçues.....	27
3.1.4. En résumé	27
3.2. Usage de l'échographie	27
3.2.1. Démographie des échographistes.....	28
3.2.2. Motifs de prescription	28

3.2.3. Fréquence de prescription	29
3.2.4. Délai d'obtention des examens	29
3.2.5. Secteur d'activité	30
3.2.6. En Résumé	31
3.3. L'échographie réalisée par un médecin généraliste.....	32
3.3.1. Faible lisibilité	32
3.3.2. Plusieurs rôles	32
3.3.3. Opinions	33
3.3.4. En résumé	34
3.4. Attentes des interrogés	35
3.4.1. Compétence	35
3.4.1.1. Importance d'une formation satisfaisante.....	35
3.4.1.2. Importance d'une pratique suffisante	35
3.4.2. Moyens	37
3.4.3. Accessibilité	37
3.4.3.1. Caractéristique démographique	37
3.4.4.2. Disponibilité	39
3.4.5. La part clinique du médecin généraliste	40
3.4.6. Communication / relationnel	41
3.4.6.1. Relation médecin-malade.....	41
3.4.6.2. Dialogue interprofessionnel.....	42
3.4.6.3. Déontologie	43
3.4.7. Compte-rendu.....	44
3.4.7.1. Contenu	44
3.4.7.2. Conclusion.....	44
3.4.8. Aide à la Prise en charge globale.....	45
3.4.9. En résumé	48
3.5. Formation.....	48
3.5.1. Internes.....	48
3.5.2. Médecins interrogés	49
3.5.3. En résumé	51
4.DISCUSSION.....	53
4.1. Méthode.....	53

4.1.1. Le Choix de recherche qualitative	53
4.1.2. L'entretien	53
4.1.3. Recrutement	54
4.1.4. Structure de l'entretien	54
4.1.5. Analyse thématique transversale	55
4.1.6. Recherche de validité interne et externe	56
4.2. Résultats	56
4.2.1. Des déterminants socioprofessionnels ?	56
4.2.2. Un outil pour le médecin généraliste	57
4.2.2.1. Une démographie défavorable	57
4.2.2.2. Des indications communes	58
4.2.2.3. Nombre de prescriptions	58
4.2.2.4. Recours aux médecins libéraux	58
4.2.2.5. La difficulté de l'échographie urgente	59
4.2.3. Le médecin généraliste échographiste	59
4.2.3.1. Lisibilité perfectible	59
4.2.3.2. Des rôles divers	59
4.2.4. Des attentes claires	60
4.2.4.1. Accessibilité	60
4.2.4.2. Obligation de moyen	60
4.2.4.3. Compétence	61
4.2.4.4. Communication	61
4.2.4.5. Prise en charge globale du patient	61
4.2.5. Un besoin de formation ?	62
5.CONCLUSION	64
6.BIBLIOGRAPHIE	67
7.ANNEXES.....	72
7.1. Le pré-guide.....	72
7.2. Le guide d'entretien	73
7.3. Les entretiens retranscrits	73
8.RESUME ET MOTS CLEFS.....	74

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

1.1. Problématique

1.1.1. L'échographie en médecine générale

Depuis la création, en 1996, du Diplôme Inter-Universitaire d'Echographie (1), gage de qualité et de fiabilité pour son possesseur, l'échographie a fait une entrée remarquée dans le champ des soins primaires. Elle n'est plus l'apanage des seuls radiologues (2).

Perçue par certains comme le stéthoscope du XXI^e siècle (3), elle peut être considérée comme un prolongement de l'examen clinique, aux mains du généraliste, et amener notamment une aide diagnostique idéale (4). Néanmoins, un bon niveau d'expérience, au-delà du niveau de formation, reste, entre autres, une condition nécessaire à une bonne performance diagnostique de l'échographiste (5), l'obligeant à une pratique fréquente et régulière.

Les spécialistes d'organe, tels que les cardiologues (5), utilisent pleinement cette technologie. Or malgré ces avantages indéniables, la France apparaît en retard dans l'adoption de cette technique en médecine générale.

On estime actuellement qu'en France, seuls 12 % des médecins possédant le DIU d'échographie générale sont des médecins généralistes (1), la possession de ce diplôme étant un prérequis indispensable à ce type de pratique.

Cette latence peut s'expliquer, entre autre, par la contrainte socioéconomique inhérente à un tel projet : hormis le coût de la machine, se pose également le problème de la cotation de l'acte échographique.

1.1.2. Sur le plan international

La comparaison avec nos voisins est sans équivoque. En Italie notamment, les médecins généralistes seront capables de gérer, dans un avenir proche, environ 40% des demandes d'échographie selon l'étude METIS (6).

De même, la majorité des échographies abdominales sont réalisées par les gastro-entérologues et les médecins généralistes, montrant là aussi une décentralisation des actes d'imageries ultrasonores vers d'autres spécialistes (7).

Chez nos confrères anglo-saxons, cette importance de pratique s'est justifiée par le souhait même des patients qui ont préféré passer leurs échographies chez leur médecin traitant, quitte à attendre quelques jours de plus s'il le fallait (8). Au Royaume-Uni, se pose actuellement la question de la télémédecine, technique pourtant contraignante, afin de former les médecins généralistes à l'échographie, preuve là encore d'une réelle implantation des techniques ultrasonores dans le paysage des soins de premier recours (9).

Enfin, l'échographie a même été utilisée comme outil d'apprentissage de l'examen clinique (10).

1.1.3. La relation médecin généraliste prescripteur-échographiste

Le médecin généraliste échographiste joue un rôle clef dans la démarche diagnostique de chaque patient adressé par les médecins généralistes.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de travaux s'intéressant aux attentes des médecins généralistes en matière d'imagerie ultrasonore.

1.2. Questions de recherche

Au vu de notre problématique, nous avons donc été amenés à nous poser les questions suivantes :

- Qu'apporte un médecin généraliste échographiste aux médecins généralistes installés autour de lui ?
- Qu'attendent ces médecins généralistes d'un médecin généraliste pratiquant l'échographie ?

1.3. Hypothèses de recherche

Quelques réponses semblent se dessiner, au vu des résultats de recherche bibliographique :

- Un impératif de fiabilité (3)
- Un compte-rendu de qualité (11)
- Une disponibilité satisfaisante dans la mesure du possible (12)(13)

1.4. Objectifs de L'étude

1.4.1. Objectif principal

Notre objectif principal était donc, à travers notre étude, de savoir si un médecin généraliste échographiste pouvait être une aide pour ses confrères généralistes, en répondant aux attentes de ceux-ci par rapport à un tel type de praticien.

Les buts de cette démarche sont :

- Améliorer la prise en charge globale du patient à travers une relation de qualité entre confrères.
- Guider le jeune médecin généraliste échographiste dans sa pratique future.

1.4.2. Objectif secondaire

Dans un second temps, nous avons cherché à évaluer la nécessité de l'introduction d'une formation à la pratique de l'échographie chez les internes de la région Poitou-Charentes.

MATERIELS ET METHODES

2. MATERIELS ET METHODES

2.1. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique s'est basée sur différentes sources :

Les bases de données médicales sur internet :

- Pubmed (Site de la National Library of Medicine)
- CISMEF (Catalogue et index des sites médicaux de langue Française)
- ScienceDirect (Information pour la recherche scientifique, technique et médicale)
- Service Commun de Documentation de l'université de Poitiers
- SUDOC (Système universitaire de documentation)
- Termsciences (Portail terminologique)
- Grand dictionnaire terminologique
- Springerlink (périodiques académique en texte intégral publiés par Springer)

Les moteurs de recherche spécialisés dans l'information scientifique :

Google Scholar, Scirus (outils de recherche de documentation scientifique).

Les sites officiels : Conseil national de l'ordre des Médecins, Ministère de la santé, Sénat, Site du SNUDE (syndicat national des ultrasonologistes diplômés d'état) .

L'aide de plusieurs consultants, notamment

- le Professeur TOPPING du Département de Médecine Générale, Université de LAVAL, QUEBEC ;
- Madame Werner du Service Commun de Documentation de la Faculté de Poitiers ;
- Et le Docteur François Birault, directeur de thèse, et le Docteur FOURE, directeur du mémoire de recherche.

Outils non scientifiques : Les sites Google, Amazon, Les Pages Jaunes.

Enfin, nous avons également eu recours à la bibliographie des articles trouvés.

Les **mots-clés** utilisés pour la littérature en langue française furent les suivants :

- Médecin généraliste, médecin traitant
- Médecine générale
- Echographie
- Attentes, besoins
- Formation

En langue anglo-saxonne :

- General practitioner
- General practice
- Ultrasonography, Ultrasound
- Needs, Expectations
- Training, Education

2.2. Méthodologie

2.2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête qualitative transversale, basée sur la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins volontaires.

2.2.2. Population étudiée

Nous avons interrogé un échantillon de 19 médecins généralistes installés dans la région Poitou-Charentes, inscrits au tableau du conseil de l'Ordre des médecins, pratiquant leur activité en ambulatoire.

Le recrutement fut réalisé selon la « méthode de proche en proche » ou « boule de neige » : chaque médecin interrogé nous donnait le ou les noms de confrère(s) susceptible(s) de répondre à notre questionnaire (14).

Les deux premiers médecins contactés étaient connus de l'enquêteur et du directeur de thèse. Ceux-ci ont donné une liste de plusieurs médecins susceptibles de participer à l'étude. Ces médecins ont été contactés par téléphone, et l'information délivrée par l'enquêteur s'appuyait sur le pré-guide, rédigé dans le but de n'omettre aucune information importante lors de la présentation de l'enquête (voir annexe I).

Les informations comportaient principalement :

- Une présentation générale du sujet (thème, objectif d'étude).
- Les modalités d'enquête (entretien semi-dirigé, garantie d'anonymat).
- Les conditions souhaitées d'entretien (cabinet, créneau horaire libre de 20 minutes environ).

Sur les 25 médecins contactés, 19 médecins ont accepté la rencontre : un n'a pu trouver le temps nécessaire à la réalisation de l'entretien, les cinq autres n'ont pas donné suite.

L'arrêt du recrutement a été décidé lorsque nous sommes arrivés à la saturation des données (14)(15), c'est-à-dire à partir du moment où les trois derniers entretiens n'ont plus apporté de nouvelles données .

2.2.3. Déroulement de l'enquête

L'enquête fut basée sur la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés.

L'entretien se déroule sous la forme de questions ouvertes et pertinentes en rapport avec le sujet. Elles encouragent une expression fidèle de l'enquêté avec explicitation si besoin de l'ambigu (14).

Un guide d'entretien fut élaboré dans un premier temps (16)(17), regroupant ces questions et servant de trame souple pour les entretiens.

Il comportait en introduction une brève présentation du sujet, une présentation de la personne interrogée puis de l'enquêteur. Le reste du guide se composait d'une trame

de questions ouvertes, complétées de relances et de clarifications exprimées si besoin

Une pré-enquête a été réalisée sur le Directeur de mémoire, médecin généraliste installé, afin de vérifier la pertinence du guide d'entretien et d'en modifier certains points pouvant donner lieu à confusion. Celui-ci a été légèrement modifié à la suite de ce premier essai.

Finalement :

- 19 entretiens ont été réalisés, entre Janvier et Avril 2013.
- 18 entretiens furent réalisés sur le lieu de travail des médecins interrogés, 1 seulement au domicile pour préférences personnelles.
- Chaque entretien a été enregistré intégralement à l'aide d'un dictaphone numérique (15)(17).

2.2.4. Retranscription et anonymisation des données

L'ordre chronologique selon lesquels ont été effectués les entretiens a conditionné la dénomination de ceux-ci (18).

Chaque entretien a été retranscrit individuellement sous format électronique : chaque passage dont la signification était imprécise n'a pas été retranscrit.

De même, toutes les données pouvant nuire à l'anonymat de la personne interrogée ont été supprimées ou modifiées (15) : les noms propres ont été remplacés par une lettre ou par des données évasives.

Chaque réponse du médecin interrogé dans l'enquête a été précédée de la lettre correspondant à l'intitulé de l'entretien, les interventions de l'enquêteur étaient, quant à elles, nommées avec le préfixe « FB ».

2.2.5. Analyse des résultats

La méthode utilisée fut l'analyse thématique transversale (19).

Cette méthode permet de « *cerner par une série de courtes expressions, les thèmes, l'essentiel d'un propos ou d'un document, en rapport avec l'orientation de recherche, puis à regrouper ces thèmes de manière organisée en un raisonnement* » (20).

Chaque entretien a été l'objet d'un codage multiple de la part de l'enquêteur et de 2 autres personnes :

- Un médecin généraliste remplaçant, n'ayant pas encore soutenu sa thèse.
- Un professeur des écoles

Ce codage axial a été réalisé à l'aide du logiciel N'vivo version 10, chaque codage ayant été comparé par la suite, afin de dégager une représentation synthétique et structurée sous forme d'un arbre thématique.

Les formulations ambiguës ont été retirées du codage. Chaque entretien a fait l'objet d'un relevé de thèmes ventilés (20), reprenant les thèmes associés aux extraits de témoignages.

Ce codage a été réalisé au fur et à mesure des entretiens, entre janvier et avril 2013.

Le codage descriptif fut multiple. En sus de l'enquêteur, ont participé :

- Le Directeur de thèse, pour aide méthodologique sur le premier entretien
- Un médecin remplaçant non thésé, spécialiste en médecine générale (totalité des entretiens)
- Un professeur des écoles (totalité des entretiens)

La multiplicité du codage garantit la fiabilité des résultats en limitant la subjectivité du chercheur et permet de faire ressortir de nouveaux thèmes (21).

Le regroupement en arbre thématique a été réalisé à l'aide du logiciel QSR N'Vivo version 10, en reprenant les thèmes de chaque analyste et en les organisant de façon synthétique et structurée (20).

2.2.6. Considérations éthiques

Nous avons recueilli le consentement oral du médecin lors de la prise de rendez-vous, ainsi qu'au début de l'entretien (22).

Il a été assuré aux médecins la garantie d'anonymat (22).

Conformément à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés), les médecins avaient un droit de regard sur les données relevées (15).

RESULTATS

3. RESULTATS

3.1. Médecins interrogés

3.1.1. Caractéristiques démographiques

- L'échantillon comportait 15 hommes et 4 femmes.

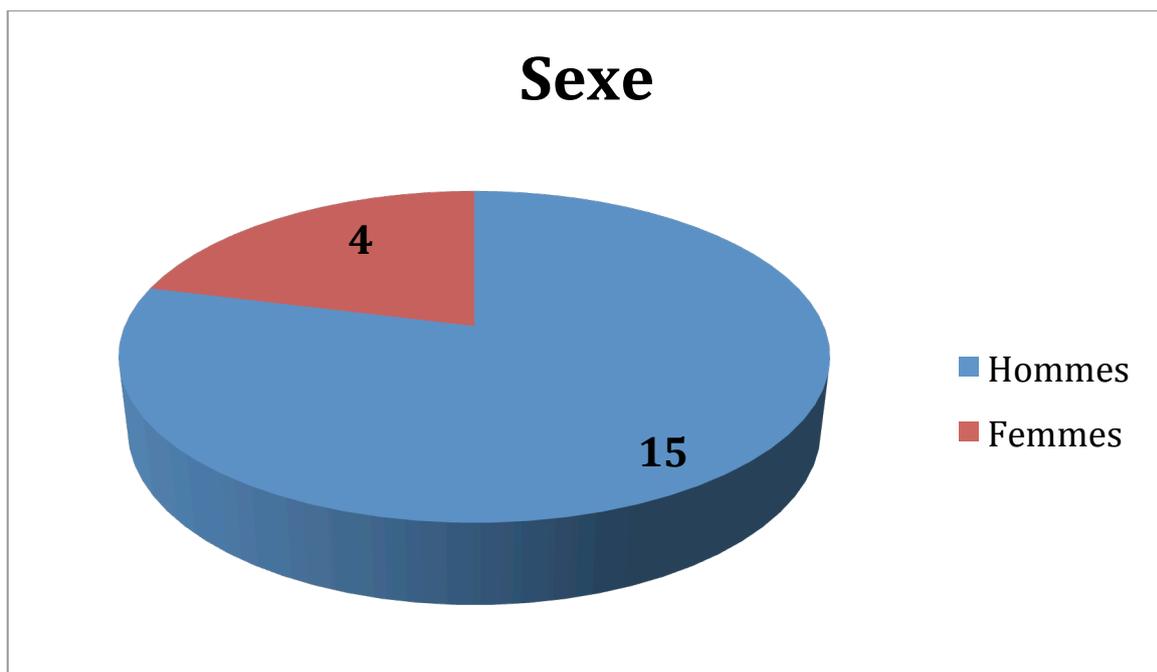


Figure 1 : Répartition selon le sexe des médecins généralistes interrogés

- 9 avaient entre 30 et 40 ans, 1 avait entre 40 et 50 ans, 6 avaient entre 50 et 60 ans et 3 avaient plus de 60 ans.

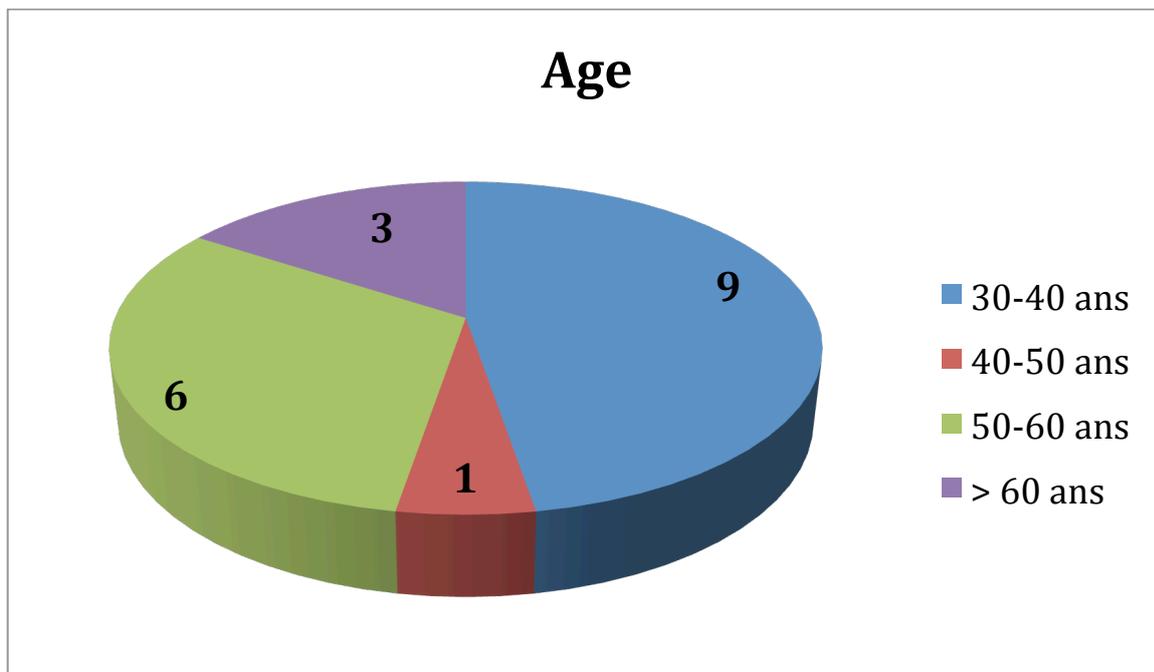


Figure 2 : Répartition selon l'âge

- 9 étaient installés depuis moins de 10 ans, 1 était installé depuis 10 à 20 ans et 9 depuis plus de 20 ans.

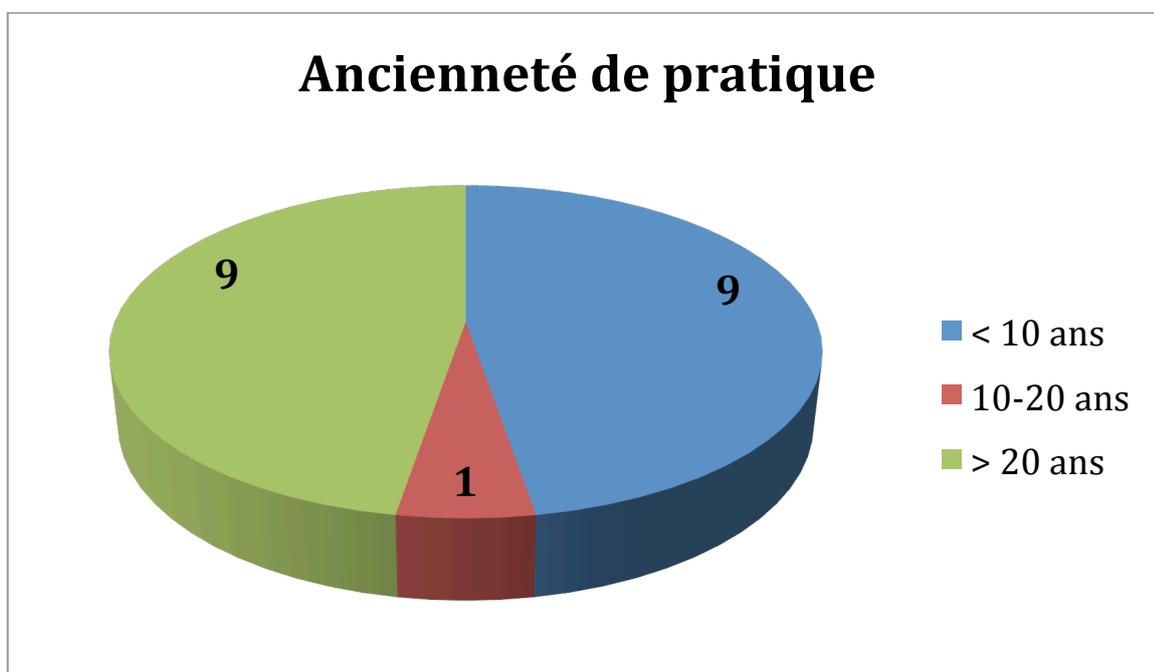


Figure 3 : Répartition selon l'ancienneté de pratique

- 5 Exerçaient en milieu rural, 9 en semi-rural et 5 en milieu urbain ¹

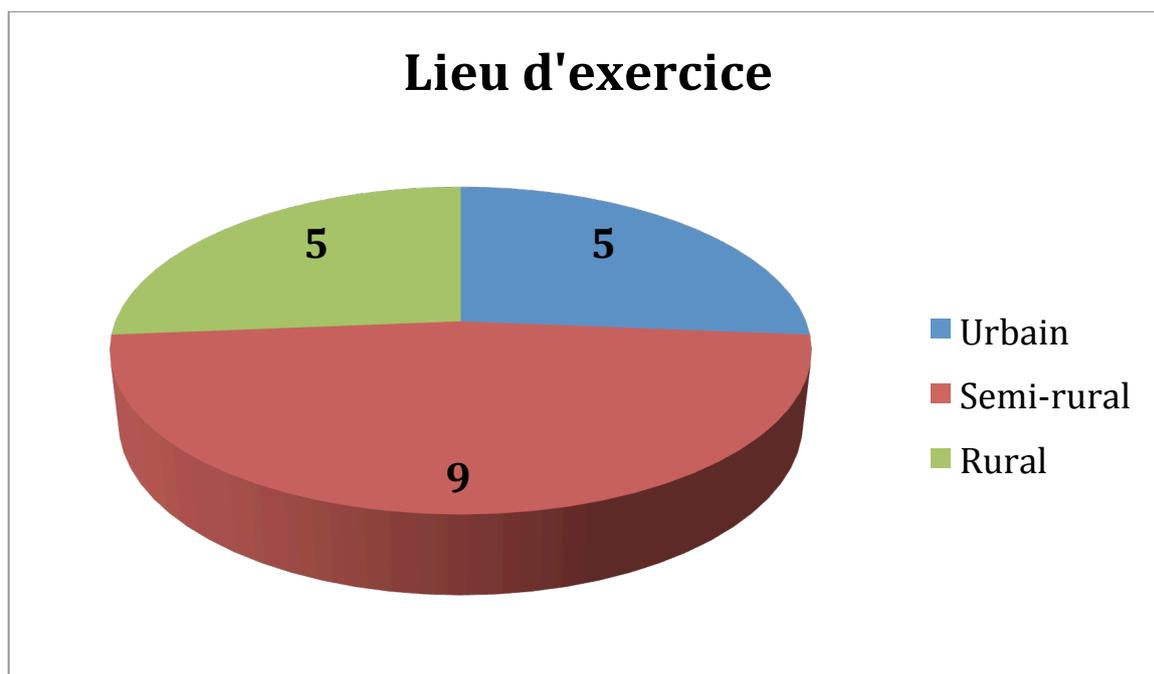


Figure 4 : Répartition selon le lieu d'exercice

3.1.2. Mode d'exercice

Les médecins exerçaient en groupe (C,D, E, F, G, H, I , J,K,L,M,N,P,Q,R,S)

C-11 : « associé avec une femme »

G-1 : « en pôle de santé »

Ils voyaient 20 à 30 patients par jour (C,D,F), faisaient peu de visites à domicile (C,D,F,H,J,K,O)

D-3 : « 20 à 25 Consultations par jour »

F-2 : « 4 Visites par jour »

¹ Rural : commune < 2000 habitants, Semi-rural : 2000 -10 000 habitants, Urbain : > 10 000 habitants.

La moitié étaient Maîtres de stage universitaire (ABCFGIJMS) .

F3 : « Maître de stage universitaire pour les internes et les externes »

Ils avaient une secrétaire (sur place ou téléphonique).

Ils participaient à la permanence des soins (ABDEFGILNOPQR), excepté en centre ville des grosses agglomérations (CJKS).

G-6 : « 1 week-end et 2 soirs par mois de garde »

3.1.3. Formations reçues

Aucun médecin n'avait de formation en échographie. Certains avaient une formation en pédagogie (ABCFGIJMS), en corrélation avec leur activité de Maître de stage.

C-10 : « J'ai le DIU de pédagogie »

3.1.4. En résumé

- On notait une proportion importante d'hommes :15 hommes pour 4 femmes
- Les âges étaient répartis selon la manière suivante : 9 avaient entre 30 et 40 ans,1 avait entre 40 et 50 ans, 6 avaient entre 50 et 60 ans et 3 avaient plus de 60 ans.
- La répartition des durées d'installation était relativement homogène (9 exerçaient depuis moins de 10 ans, 1 depuis moins de 20 ans et 9 depuis plus de 20 ans) , de même que les lieux d'installation : 5 exerçaient en milieu urbain, 9 en milieu semi-rural et 5 en milieu rural
- Ils n'avaient pas de formation en échographie

3.2. Usage de l'échographie

3.2.1. Démographie des échographistes

On constate un manque d'échographistes (P, I) marqué surtout dans l'échographie générale (E, O).

P-5 : « Dans notre secteur proche, il n'y en a pas »

E-6 : « Il nous en manque pas mal »

Les doppléristes sont, quant à eux, jugés en nombre suffisant (E, O).

E-11 : « L'accessibilité du doppler est très correcte »

3.2.2. Motifs de prescription

Ils sont dominés dans notre étude par les indications abdominopelviennes (Tous les entretiens).

O-21 : « Les douleurs abdominales, les masses abdominales »

N-22 : « Surtout les douleurs abdominales »

Les Médecins généralistes ont également recours à l'écho-doppler dans l'exploration des pathologies vasculaires : TVP, AOMI. (ECDEFHIKLMOPQRS).

L-28 : « les artéritiques, les Thromboses veineuses profondes et les varices »

La pathologie thyroïdienne est également souvent explorée (ADGHKN) ainsi que les parties molles, et l'obstétrique (AFGILO) .

G-21 : « L'obstétrique, la thyroïde »

O-23 : « Les parties molles : lipomes, kystes, adénopathies... »

3.2.3. Fréquence de prescription

La fréquence apparaissait très disparate selon les médecins.

Néanmoins, les Médecins généralistes prescrivaient majoritairement moins de 5 écho-doppler par semaine (BCDEGHINPQR).

B-21 : « 3 examens par semaine prescrits »

Les médecins Maîtres de stage universitaire décrivaient une plus grande prescription des examens chez les internes.

C-48 : « Mes internes demandent plus d'échographies que moi »

3.2.4. Délai d'obtention des examens

Le délai d'obtention était globalement long pour les médecins généralistes en échographie générale (ACDFIJKNO).

F-8 : « Dans le coin, on est toujours sur des délais un peu longs.... »

O-10 : « C'est difficile d'avoir des rendez-vous, même à la ville (...). Une échographie non urgente, c'est 3 semaines de délai. »

Cependant, ce délai était quasi systématiquement raccourci pour les examens doppler (EFIJKLNOPR).

N-19 : « Très bon délais, on a les doppler dans la journée »

R-9 : « Les délais sont plus courts. L'examen de routine, je ne me soucie pas du délai »

Les échographies étaient obtenues plus rapidement en zone urbaine (EN).

E-8 : « Dès qu'on a un examen complémentaire, ce sera à *la ville* »

Plusieurs difficultés se posent aux médecins généralistes :

- L'échographie obstétricale était très difficile à obtenir (EKLMO PQ)

Q-9 : « L'obstétrique, c'est très compliqué »

K-19 : « C'est la galère (...). En plus , les radiologues n'en font pas (...) Ce ne sont que les gynécologues.

- ainsi que les échographies urgentes, les médecins devant généralement appeler eux-mêmes (EGJKNO).

O-12 : « Les échographies en urgence, ce n'est pas toujours facile (...). Tu peux les avoir le lendemain et parfois à 3 semaines.

E-8 : « Quand on veut un rendez-vous en urgence, là on a un problème. Il faut vraiment quémander »

Dans tous les cas, les médecins insistaient sur la nécessité d'appeler eux-mêmes pour raccourcir les délais (KP).

K-13 : « Les urgences, c'est très compliqué, on appelle nous-mêmes les Secrétaires (...) et on doit se justifier. »

3.2.5. Secteur d'activité

Les médecins faisaient quasi exclusivement appel aux échographistes du secteur privé pour la réalisation des échographies (CDEIJKLNRS).

K-20 : « Pour une échographie du 1^{er} trimestre, l'hôpital ne fait pas, il faut aller à la clinique. »

Deux explications ressortaient :

- la lourdeur administrative de l'hôpital (INR)

N-12 : « A l'hôpital, il faut arriver à joindre le secrétariat... Tu dois tout régler en 15 minutes donc bon, si déjà tu attends 5 minutes à attendre les secrétaires »

R-6 : « L'hôpital, je n'essaie même pas. Pour les joindre, c'est déjà compliqué... »

- et également les délais jugés trop longs (DL)

D-13 : « On ne travaille pas avec l'hôpital car les délais sont beaucoup trop longs »

Ils avaient souvent recours aux centres urbains majeurs (EP)

P-5 : « Dans notre secteur proche, il n'y en a pas donc faut aller à la ville ».

3.2.6. En Résumé

- **Des carences démographiques en échographie générale**
- **Les motifs de prescription dominants : urgences abdominales, vasculaires**
- **Les jeunes médecins demandent plus d'examens ultrasonores**
- **Les délais sont jugés trop longs notamment en obstétrique**
- **Les échographies urgentes sont problématiques, le médecin devant appeler lui-même**
- **Les médecins généralistes font appel aux centres privés urbains**

3.3. L'échographie réalisée par un médecin généraliste

3.3.1. Faible lisibilité

Cette pratique apparaît comme peu répandue et peu connue des médecins généralistes (DEFGIJOPQR).

I-29 : « Je ne savais pas que cela existait. »

D-31 : « Je n'en connais pas personnellement qui en font »

I-29 : « La question que je me pose c'est : qui ? Comment les joindre ? Est-ce que ça rentre dans le cadre de leur pratique ou on peut les assimiler à de la radiologie classique ? »

3.3.2. Plusieurs rôles

L'échographie se place comme le complément logique du stéthoscope, et même une évolution de celui-ci et constitue une aide à la clinique intéressante (EGHJ).

E-22 : « Je n'en ferais pas pour les autres , ce serait pour me servir moi »

H-25 : « L'échographie, je la verrais bien comme un complément du stéthoscope avec un appareillage pas aussi perfectionné qu'un radiologue ».

J-38 : « Mon rêve, c'est faire de la médecine générale et de passer en même temps un petit coup de sonde ».

L'idéal serait de compléter son propre examen clinique avec les ultrasons, utilisés alors comme aide diagnostique à des fins de « débrouillage » (JS) .

J-103 : « Moi, en faisant surtout de la médecine générale, j'aurais besoin d'un

petit coup de sonde par moment. Ca m'aurait bien plu d'avoir ça, dans le cadre du débrouillage »

L'échographie est parfois également perçue comme une échappatoire, un outil permettant de sortir de la routine du médecin généraliste (J).

J-96 : « Le problème est qu'actuellement tous les médecins généralistes veulent un peu fuir la médecine générale et faire autre chose. L'échographie est assez à la mode .»

3.3.3. Opinions

Ce genre d'activité était considéré de manière favorable (ADEGHIJKLNPS).

D-31 : « Avec une formation qui tient la route, je n'y suis pas opposé »

S-49 : « Je ne vois pas pourquoi les médecins généralistes ne seraient pas capables de faire des bonnes échographies »

L-47 : « Avec une formation bien ficelée, ça marcherait ! »

Notamment, pour le partage des compétences entre radiologue et autres spécialistes (E).

E-7 : « Il faudrait décentraliser la radiologie »

Néanmoins, le médecin généraliste échographiste devra faire ses preuves pour obtenir ou maintenir cette confiance (KLM).

K-35 : « Nous, médecins généralistes, on vous aura à l'œil et il faudra que les premières échographies soient nickel ! »

L-76 : « A compétence égale, je choisirais plutôt le généraliste, mais il faudra du temps pour qu'il me prouve ses compétences égales »

M-54 : « J'envoie des patients à un médecin généraliste échographiste. (...).

Au.début, ça me posait problème de savoir quelle était sa compétence, a-t-elle la même compétence que les autres ? A force de lui envoyer des patients, j'ai changé d'avis ! »

Il devra se faire connaître, et être le correspondant (KP)

K-83 : « Ca me manque de pas avoir de correspondant attitré (...). Quand on a un correspondant direct, c est beaucoup plus simple »

K-5 : « En libéral, il faut faire sa réputation »

3.3.4. En résumé

- **L'échographie réalisée par un médecin généraliste est peu connue de ses confrères**
- **Les ultrasons sont le complément de l'examen clinique**
- **Ce praticien devra se faire connaître**
- **Les médecins généralistes sont favorables à cette pratique, sous réserve d'une qualité suffisante dans la réalisation des examens**

3.4. Attentes des interrogés

3.4.1. Compétence

3.4.1.1. Importance d'une formation satisfaisante

Avant tout, il devra avoir reçu une formation correcte (EFHLNO).

F-64 : « Je n'aurai pas de doutes sur sa compétence s'il a une formation adéquate »

L-67 : « Il doit avoir une formation béton ! »

Celle-ci serait initiale et poursuivie en formation continue (O).

O-70 : « Une formation solide avec une bonne formation continue

L'entretien de ces acquis serait facilité par une activité partielle en milieu hospitalier (B).

B-57 : « Il doit avoir une part hospitalière pour entretenir ses connaissances »

3.4.1.2. Importance d'une pratique suffisante

Le médecin généraliste échographiste doit réaliser beaucoup d'actes pour être compétent (FJ).

F-65 : « Ca dépend aussi du nombre d'actes pratiqués dans l'année, qui va jouer sur l'expérience »

J-81 : « La compétence va dépendre de la quantité d'actes. Il y a un seuil minimal, surtout pour l'obstétrique »

0-32 : « Si le médecin la pratique beaucoup, ça peut être bien. »

En cela, l'activité partagée du médecin généraliste entre la pratique de la médecine générale et l'échographie est jugée difficile, toujours dans une optique de compétence (HJ).

H-78 : « Faire médecine générale et échographie, c'est possible en ville peut-être mais c'est très difficile, en pratique, ce n'est pas évident »

J-39 : « Je crois qu'il faut choisir avec la Médecine générale, tu fais soit l'un, soit L'autre »

L'échographie réalisée sur ses propres patients serait alors à visée de « débrouillage » (CEJS).

J-85 : « Il serait bon que les Médecins généralistes qui font de la médecine générale puisse débrouiller avec un peu d'échographie »

E-98 : « M'en servir toujours pour ma pratique personnelle, ou rendre service localement »

C-68 : « Je verrais ça comme l'ECG, c'est-à-dire un examen de débrouillage à confirmer par quelqu'un d'expérimenté »

Les médecins généralistes encouragent donc, pour certains, une activité exclusive de l'échographie (CRS).

S-15 : « Je pense que c'est bien si ils en font un usage exclusif »

C-82 : « Je ne me vois pas aujourd'hui envoyer un patient à quelqu'un qui ne serait pas hyperspécialisé dans ce domaine »

3.4.2. Moyens

Outre le fait d'avoir une structure adéquate, avec le personnel nécessaire (J),

J-73 : « Il faut avoir une structure : ça ne sert à rien d'avoir un super échographe si derrière, on n'a pas le compte-rendu, si on a pas de secrétariat, ça le fait pas».

Le médecin généraliste échographiste possédera un matériel de bonne qualité et régulièrement mis à jour (BCDGLORS).

B-55 : « Un bon matériel récent »

C-64 : « C'est toujours pareil, si on veut rester performant, l'appareil doit se changer assez souvent »

D-63 : « Il faut un matériel satisfaisant, ça va dans les compétences »

R- 83 : « En échographie, vous devez changer les appareils régulièrement »

Certains n'hésitent pas à mettre l'échographe en avant (G).

G-54 : « Je crois que c'est l'appareil qui compte. Le médecin généraliste échographiste doit être techniquement très fiable »

3.4.3. Accessibilité

3.4.3.1. Caractéristique démographique

Le lieu idéal de ce genre de pratique était clairement défini :

- En Campagne (BDEGIMOPR)

B-70 : « Plus important en campagne car le critère géographie et mobilité est de

plus en plus difficile. »

P-53 : « Ici on n'a rien. Les gens sont réticents à se déplacer (...) Quelqu'un plus proche, ce serait bien »

E-82 ! « En pleine campagne, l'échographie est très utile, plus qu'en ville. »

- Dans un Pôle de santé (ACDFIL)

L-81 : « Sa place serait plutôt en groupe (...) dans le premier recours ».

- Pluridisciplinaire (ABFGIJ)

A-96 : « Au sein d'une maison pluridisciplinaire, je verrais la place d'un Médecin généraliste échographiste »

F-73 : « En maison médicale (...), on avait envisagé de proposer à des spécialistes de venir une journée (...). Un échographiste qui viendrait une journée par semaine (...) pour nous, ça serait intéressant »

En effet, une telle activité constituerait un gain de temps et de distance pour le patient par sa proximité (IMPQ)

I-75 : « L'avantage, c'est d'éviter aux patients de faire 40 km pour aller à *la ville*, une accessibilité améliorée et pouvoir discuter beaucoup plus facilement de l'examen »

Q-73 : « L'intérêt, c'est la proximité ! »

De plus, il doit être accessible sur le plan pratique (FHMPQ).

P-53 : « Les gens choisissent les sites en fonction des parkings, des accès. Le critère, c'est « je veux aller là car il n'y a pas de bouchons, c'est pas dangereux, je peux me garer devant ».

Cela constituerait une activité de premier recours conforme à l'activité de médecin généraliste initiale (INRS).

I-83 : « On serait vraiment dans le cadre des soins de premier recours »

Enfin cela assurerait un recrutement interne à l'échographiste (JNQS).

J-92 : « Dans un gros cabinet, avec recrutement interne »

Q-40 : « Quand il est dans le même cabinet, dans le même village, ça serait bien »

3.4.3.2. Disponibilité

Le médecin généraliste échographiste doit être disponible et avoir suffisamment de créneaux de rendez-vous (DNJOQR).

N-61 : « Surtout la disponibilité »

O-78 : « Si il est disponible(...) , je lui enverrai mes patients, oui ».

I-72 : « Si c'est pour avoir des délais indécents, ce n'est pas la peine ».

Cette disponibilité peut être altérée en cas de pratique partagée entre médecine générale et échographie (F).

F-60 : « Je pense que l'obstacle, ça va être le fait de ne pas être que radiologue donc obligatoirement, il va y avoir des périodes où il ne va pas être disponible pour faire une échographie »

3.4.4. La part clinique du médecin généraliste

Son passé de généraliste sera un avantage pour l'échographiste dans la prise en charge du patient notamment sa capacité à les interroger et à réaliser un examen physique (BCDGIJ).

B-26 : « L'avantage d'être médecin généraliste, c'est de garder la capacité de palpation d'un examen clinique, qui permet d'orienter son échographie. Un radiologue ne fera pas d'examen clinique »

D-38 : « Le médecin généraliste échographiste va être amené à faire l'examen clinique »

I-58 : « Le plus, c'est quelqu'un qui connaît la pratique du médecin généraliste, qui connaît les patients »

Le médecin généraliste apportera son avis clinique de la situation (BDGI).

D-36 : « Il aura une clinique ou un passé de clinicien qui va être différent du radiologue, qui lui, ne voit plus le patient ».

Il aura une vision globale de la situation, à la différence du spécialiste qui peut avoir une vision d'organe (ACFK) .

A-23 : « Un médecin généraliste a une vision de la médecine générale qui est globale avec une appréhension du malade dans sa totalité »

C-87 : « Ca peut aider à avoir un diagnostic encore plus complet dans le sens bio-psycho-social car quelqu'un qui a une formation uniquement d'imagerie, il va faire son diagnostic uniquement sur l'image ».

F-25 : « Il aura sûrement un regard différent du spécialiste qui n'a pas une vision globale du patient ».

3.4.5. Communication / relationnel

3.4.5.1. Relation médecin-malade

Le médecin généraliste échographiste doit être à l'écoute du patient (FKNP).

F-61 : « L'avantage, ça va être dans l'échange avec le patient »

K-46 : « Le médecins généraliste échographiste sait parler au patient, ce que ne font pas les radiologues »

P-44 : « Le médecin généraliste échographiste peut avoir ce côté communication, explication des résultats au patient. »

Le patient doit rester au centre de la prise en charge et être considéré en tant qu'être humain à part entière (AKM).

A-59 : « C'est la prise en charge du patient qui compte, il ne faut pas oublier le patient »

M-42 : « C'est le patient qui est au centre de l'affaire »

Il est fondamental également de donner des explications claires au patient en utilisant les mots adaptés ; il est souvent reproché aux radiologues notamment de ne pas parler suffisamment aux patients ou en termes peu clairs (AEKP).

E-65 : « Certains radiologues n'expliquent rien, c'est nul...S'ils ont le temps dans les cabinets de radiologie, qu'ils prennent 5 minutes pour expliquer aux patients ».

H-38 : « Les radiologues utilisent des mots savants que les gens ne comprennent pas, donc ils arrivent chez nous affolés après... »

P-30 : « Le radiologue a découvert un foie métastatique fortuitement (...) il me l'a ré-adressé sans rien dire au patient, ce qui m'a choqué »

K-70 : « Quand un radiologue explique, on est super content mais c'est devenu exceptionnel »

3.4.5.2. Dialogue interprofessionnel

La relation de confiance est primordiale pour le médecin généraliste, avec son correspondant (AG).

A-84 : « C'est la relation avec le correspondant qui est importante (...). C'est toujours la relation de confiance »

G-56 : « Je dois pouvoir lui faire autant confiance qu'à un radiologue »

Ils insistent sur l'importance d'une bonne communication et d'un échange satisfaisant entre l'échographiste et le médecin prescripteur (FGHIJKLMNOPR).

A-76 : « Le tout, c'est d'expliquer pourquoi on fait ça, et de l'expliquer au médecin traitant ».

G-46 : « Il doit prévenir le médecin prescripteur »

J-61 : « Il faut par contre impérativement être au courant en communiquant »

R-50 : « L'important, c'est qu'il communique, c'est plus correct »

La communication serait plus facile avec un médecin généraliste échographiste qu'avec un radiologue notamment (AF).

A-23 : « Il est plus facile d'exprimer ses doutes et ses recherches avec un médecin généraliste échographiste qu'avec un radiologue qui, lui va vouloir le mode de cliché, le diagnostic....»

F-57 : « La communication (...) sera peut-être plus facile avec un généraliste qu'avec un spécialiste d'imagerie »

Cette communication ne doit pas nécessairement se faire sous la forme d'un courrier formel (A).

A-88 : « Si il n'a pas le temps, il me fait un mot (...) Je ne suis pas dans l'exigence d'un courrier formel »

Mais au moins sur la base d'un entretien téléphonique (DHIO).

H-56 : « S'il a quelque chose à dire, il vaut mieux qu'il appelle »

I-62 : « L'idéal, c'est le coup de fil pour discuter, ça prend 2 minutes ».

3.4.5.3. Déontologie

Le médecin généraliste échographiste devra respecter ses confrères, notamment ne pas « récupérer » les patients du médecin prescripteur en cas d'activité partagée (HJ).

H-82 : « Ca posera des problèmes de confraternité car les confrères devront avoir confiance (...) dans les capacités de retour du patient (...). La clientèle reste une chasse gardée (...). Il faut avoir confiance dans la moralité du collègue »

J-89 : « Il y aura des problèmes avec les autres généralistes qui ne vont pas lui envoyer leurs patients de peur de les perdre ».

3.4.6. Compte-rendu

3.4.6.1. Contenu

Il se doit, avant tout, d'être formulé en termes clairs, avec des explications (ACO)

A-31 : « Il doit être clair, organisé »

O-42 : « Dans les comptes-rendus, il y a beaucoup de trucs où nous, on est largués et en plus ça ne nous intéresse pas ! »

Le mode de progression devra également être explicité (AH).

A -31 : « L'échographiste nous raconte quel a été son mode de progression dans l'examen ».

H-43 : « J'attends un descriptif »

3.4.6.2. Conclusion

Elle sera fondamentale :

Elle doit apporter avant tout une réponse à la question posée (ABCGIM).

B-30 : « Un compte-rendu est centré sur ma demande »

G-42 : « Tout d'abord, une réponse à la question posée »

M-34 : « Parfois, on a tout un texte mais on a pas l'impression que l'échographiste ait répondu au problème qui nous occupe »

Mais aussi, aller au-delà de cette interrogation initiale (BCFGINP)

I-44 : « Un peu plus, aussi »

N-38 : « J'aime bien quand ils me disent un peu plus »

et comporter une aide sur la conduite à tenir (DEHJKNOPQRS).

D-48 : « Des fois, on a des comptes-rendus de nodule thyroïdiens, on a un nodule et on sait pas trop quoi en faire....La conduite à tenir est importante ».

H-44 : « Il peut éventuellement émettre un avis sur la conduite à tenir »

Q-46 : « Souvent, il y a un diagnostic et débrouillez-vous »

L-49 : « Le radiologue ne fait qu'un compte-rendu laconique et descriptif sans être toujours intéressé de savoir ce que pense le généraliste. Le généraliste échographiste aura une réponse plus orientée ».

Le médecin généraliste a néanmoins ensuite le loisir de suivre ou pas ce conseil (CH).

F-41 : « Après, nous, on en fait ce que l'on veut »

3.4.7. Aide à la Prise en charge globale

De manière générale, il est souvent reproché au radiologue son manque d'implication dans la prise en charge du patient (FJLNP).

K-50 : « J'attends une aide à la prise en charge mais comme je ne l'ai jamais vu, je ne l'attends plus».

L-41 : « J'attends que le radiologue se mouille un peu plus »

Les médecins généralistes encouragent la prise d'initiative de l'échographiste et ce notamment dans une perspective de gain de temps pour l'ensemble des acteurs, médecin traitant et patient (AFJKLMNOPQR).

A-46 : « pour gagner du temps »

M-41 : « Je peste contre les spécialistes qui ne prennent pas les rendez-vous eux-mêmes. Si ils le font eux même, ça gagnerait du temps »

Cette prise d'initiative, comme par exemple la prise de rendez-vous pour un examen supplémentaire à réaliser à la suite de l'échographie, est validée à la condition d'une communication suffisante et nécessaire avec le médecin traitant (OPQR) .

P-30 : « Très bien, dans la mesure où il communique ».

Q-55 : « Ils nous tiennent (...) au courant, c'est bien »

R-43 : « Ca ne me choque pas (...) L'important, c'est qu'il communique »

De plus, le médecin généraliste échographiste ne sera pas tenté par la course à l'activité, notamment vers le scanner ou l'IRM (JK).

K-66 : « L'avantage du médecin généraliste échographiste, c'est qu'il n'y a pas de conflits d'intérêt ».

J-67 : « Si les radiologues sont de bonne foi, y a pas de souci. Sinon, on fait tourner sa bécane... »

Dans le cadre de l'urgence thérapeutique comme la réalisation d'une injection d'anticoagulants dans le cadre de la découverte d'une thrombose veineuse profonde, l'action de l'échographiste est là encore encouragée (BNOP).

B-41 : « Il fait son boulot de médecin, l'urgence prime »

N-47 : « C'est son travail ! Pas de problème ! »

O-65 : « Je trouve ça justifié et en plus, c'est médico-légal. Si la famille porte plainte pour une embolie pulmonaire, comment tu te défends de pas l'avoir fait ? »

Le médecin échographiste doit cependant ne jamais outrepasser ses compétences (BCHIQRS).

B-62 : « L'échographiste ne doit pas outrepasser ses compétences »

C-125 : « Y' a certains spécialistes, vous envoyez le patient et vous le revoyez plus. Il tourne entre spécialistes (...) c'est fort désagréable. »

R-33 : « Parfois le radiologue va loin aussi dans sa proposition et suggérer une exérèse par exemple, c'est pas trop son rôle »

J-61 : « Si le mec prend tout en charge et qu'il se fait renvoyer les plaquettes, etc. Là, il y'a un problème. »

Le médecin traitant doit rester au centre de la prise en charge (ABCDGHIJLNOPS).

B-48 : « Je suis très attaché à la notion de médecin pivot, celui qui centralise les informations et qui prend les meilleures décisions. »

C-117 : « L'échographiste ne doit pas se substituer au médecin traitant »

O-52 : « Il ne faut pas déposséder le patient du médecin traitant car c'est quand même à la base son patient».

Et c'est à lui qu'incombe notamment la responsabilité de l'annonce diagnostique (A).

A-54 : « Je ne crois pas qu'un cabinet d'échographie soit le lieu adapté pour annoncer un diagnostic »

3.4.8. En résumé

Le médecin généraliste échographiste :

- Sera compétent , avec une formation initiale solide et une pratique régulière.
- Aura une obligation de moyens : matériel performant et à jour, locaux ...
- Conservera sa vision globale du patient.
- Sera accessible en s'installant en maison de santé pluridisciplinaire et disponible.
- Communiquera de façon adaptée avec les patients et ses confrères, en respectant la déontologie.
- Etablira un compte-rendu clair qui répondra à la question posée et qui devra comporter des conseils notamment dans la conduite à tenir.
- S'appliquera à apporter une aide à la prise en en charge globale.

3.5. Formation

3.5.1. Internes

Les médecins généralistes interrogés ne voyaient pas de besoin de formation spécifique à la pratique de l'échographie à court terme (CDEFGKMPR).

D-86 : « Il y a tellement d'autres choses à aborder en médecine générale, je ne le mettrais pas en priorité ».

M-62 : « C'est déjà difficile d'appréhender tous les domaines qu'on a à connaître ».

P-57 : « Je suis pas sur que ça apporte grand-chose si on pratique pas. On en voit de toute façon dans le cursus de médecine générale, on en voit faire.

Le souhait se portait plus sur une éventuelle formation aux indications des échographies afin d'améliorer les demandes (AEFG).

E-92 : « Il y a d'autres choses plus importantes comme la fiscalité que l'on pourrait introduire, l'échographie tu peux y aller lors de tes stages... »

F-80 : « Plus peut-être dans l'apport ou les indications des échographies pour être bien cadré dans les indications (...). Comme les échographies articulaires (...). Les vieux généralistes ont peut-être besoin d'avoir une formation pour connaître les indications »

G-81 : « Le mieux serait de connaître les bonnes indications. Mais on ne peut pas tout faire. »

3.5.2. Médecins interrogés

La majorité jugeait ce type de pratique de façon très positive et l'encourageait (ADEGHIKLNPN).

A-19 : « Je pense que c'est une belle initiative qui (...) pourra faire partie à terme, dans quelques années, des outils utilisés par le médecin généraliste »

E-23 : « Je trouve que c'est une très bonne idée »

Cependant, ils n'étaient pas eux-mêmes prêts à suivre une formation dans le domaine (CDEFGIKMOP).

C-159 : « Moi ? Non ».

Outre le critère de l'âge (BGHS),

A-85 : « Si j'avais du faire ça, je l'aurais fait plus tôt ».

G-92 : « Si j'avais 20 ans de moins, oui »

Ils mettaient en avant un emploi du temps chargé (CDFGKMO),

K-107 : « Ca nécessite un investissement (...) en temps »

O-88 : « Je n'ai pas le temps pour cette formation, déjà que j'ai du mal à me former en acupuncture »

Une non-compatibilité avec leur activité existante (DEFGIKMPS),

F-88 : « Ca voudrait dire changer mon mode d'exercice ? (...) Si j'étais isolé, peut-être que j'aimerais bien avoir plus de matériel pour faire du diagnostic par moi-même. »

I-85 : « Dans le cadre de ma pratique, je n'en ai pas le besoin. »

M-66 : « Comme il y a des gens qui font ça mieux que moi, je ne vois pas ce que cela pourrait apporter à mes patients. »

Et l'envie de conserver uniquement un jugement basé sur la clinique, considérée comme la pierre angulaire de l'activité du généraliste (ABFL).

A-117 : « Si l'échographe devient un stéthoscope, que devient la clinique ? »

B-94 : « Si un jour, on est perdu sur une île déserte, on n'a que ses mains et ses oreilles pour soigner »

L-88 : « Je ne suis pas un technicien, moi ! Je suis plutôt dans la clinique, la psychologie »

La contrainte économique était aussi un frein (EFJKMPS).

F-93 : « Ca demande un investissement (...) en argent qui n'est pas négligeable (...). Je ne pense pas que ça soit rentable si on en fait peu. »

J-102 : « Le gars qui s'est formé, il reste chez lui, il appelle un radiologue pour avoir un vieil échographe pas trop cher car ça coute très cher. »

P-64 : « Encore faut-il pouvoir payer le matériel... »

3.5.3. En résumé

- La formation des internes de médecine générale à la pratique de l'échographie n'est pas une priorité.**
- Les médecins interrogés ne sont pas favorable à l'utilisation de cette technique, mettant en cause notamment une pratique inadaptée et une contrainte socio-économique trop importante.**

DISCUSSION

4. DISCUSSION

4.1. Méthode

4.1.1. Le Choix de recherche qualitative

Nous avons fait appel aux méthodes qualitatives dans le cadre de notre étude.

Notre question de recherche nous poussait à comprendre les attentes des médecins généralistes dans un domaine particulier qu'est l'échographie réalisée par un confrère généraliste.

Cette question de départ a fait écho à la propre expérience de l'enquêteur et à son parcours professionnel (16).

La méthode de recherche la plus pertinente est choisie en fonction de la question de recherche (17)(19).

La méthode qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés tels que les attentes des médecins généralistes sont subjectifs, et donc difficile à mesurer(17).

Elle permet, à travers une connaissance approfondie de l'interaction entre les sujets, d'explorer les sentiments, les comportements et les préférences personnelles des praticiens (19) .

4.1.2. L'entretien

Nous avons procédé à une enquête par entretien individuel d'usage principal ; l'entretien était le principal mode de collecte de l'information.

Cet entretien était semi-structuré, permettant une liberté d'expression chez la personne interrogée.

L'entretien individuel était le plus adapté à la question de recherche, permettant d'aborder des sujets parfois délicats.

La technique des entretiens de groupe ou *focus group* ne nous paraissait pas adaptée ici. En effet, celle-ci est souvent utilisée pour mettre en évidence des différences de perspective entre des groupes d'individus (16)(23) et ne permet pas d'aborder certains sujets sensibles.

L'observation directe n'était pas réalisable car la question de recherche s'intéressait surtout aux préférences des médecins et non à leurs attitudes.

4.1.3. Recrutement

L'enquête a été effectuée dans un milieu d'interconnaissance (16) .

L'influence du médecin entremetteur a pu entraîner un biais de censure chez le médecin enquêté.(14)

Certains médecins ont été recrutés directement. Cela a pu constituer un biais de réponse; le fait de connaître l'enquêteur a pu modifier certaines de leurs affirmations.

Le recrutement s'est fait sur un mode d'accès direct, en l'occurrence un appel téléphonique après recherche du numéro dans l'annuaire (24). Il présentait l'avantage d'être neutre (16).

L'enquêteur a présenté dès le départ son travail de recherche avec le plus de clarté possible, afin de garantir un recrutement optimal (15).

Le corpus nécessaire à la réalisation d'une enquête par entretien est de taille plus réduite que celui d'une enquête par questionnaire, les informations issues des entretiens étant validées par leur contexte (14).

De plus, n'ayant pas la vocation de produire des données quantifiées, les entretiens ne devaient pas forcément être représentatif du milieu sondé (16).

4.1.4. Structure de l'entretien

L'enquêteur s'est efforcé de mettre en place une écoute empathique et de faire preuve de flexibilité (14)(15). Il a tout fait pour mettre en place une relation de confiance indispensable à la pleine réussite de ces entretiens (16).

La pré-enquête a permis d'affiner les questions et de procéder à des réajustements nécessaires (14)(15).

Le guide d'entretien élaboré a constitué une trame de questions souples (ou consignes) qui traduisait les questionnements issus de la problématique et les hypothèses en questions concrètes formulées simplement (14)(15).

Il fut rédigé et structuré afin que les données produites puissent être confrontées aux hypothèses, sans toutefois diriger le discours (14).

Les relances permettaient d'approfondir les données recueillies et d'éclaircir les dires de la personne interrogée (15). Elles étaient parfois improvisées (14).

Les entretiens furent intégralement enregistrés par dictaphone numérique, servant de filet de sécurité (15) et couplés à la prise de notes.

Dans notre étude, les médecins étaient principalement interrogés :

- sur leur lieu de travail, soit le cabinet médical, pour 17 personnes ayant accepté de répondre : cela facilitait l'échange d'un dialogue soutenu et maîtrisé sur le thème choisi (14).

- Au domicile même des médecins, sur leur demande et pour convenance personnelle, pour 2 d'entre eux.

Dans tous les cas fut choisi un lieu peu bruyant, afin de réaliser l'enregistrement dans les meilleures conditions (15).

4.1.5. Analyse thématique transversale

Les entretiens ont été retranscrits de la façon la plus fidèle possible, en employant la première personne du singulier (15)(17).

Le principe de généralisation des résultats est d'abord fondé sur la preuve par l'occurrence et non sur la fréquence (15) .

L'analyse thématique cherche une cohérence thématique inter-entretiens, le thème étant considéré comme le cadre stable de l'analyse (14) .

Cette analyse sert de trame au découpage des retranscriptions conduisant à passer d'une approche centrée sur la cohérence propre à chaque individu à une approche transversale (15).

Elle cherche une cohérence thématique inter-entretiens (14) .

4.1.6. Recherche de validité interne et externe

Dans notre étude, nous avons eu recours à la triangulation des codages afin de garantir la fiabilité et la reproductibilité des résultats (14).

La réalisation d'un codage multiple a permis de vérifier la fidélité de l'analyse du contenu du corpus (14).

L'un des 3 analystes était professeur des écoles et apportait son œil « non-médical » à l'étude.

Cette multiplicité de codage garantissait une validité interne, qui « consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité » (17).

La recherche de validité externe doit permettre de généraliser les observations recueillies à d'autres objets ou contextes (17).

L'échantillon choisi doit être « ciblé, représentatif de la problématique » et décrit de la façon la plus exacte possible (17).

4.2. Résultats

4.2.1. Des déterminants socioprofessionnels ?

Les attentes des médecins féminins ne différaient pas de celle de leurs homologues masculins. Cependant, la proportion des médecins femmes étaient moins représentées dans notre étude en comparaison avec les chiffres nationaux (13) .

Les médecins de moins de 50 ans avaient davantage recours à l'échographie. La plus grande prescription d'échographie, chez les médecins ayant peu d'expérience, peut s'expliquer par un manque de confiance en soi, « la peur de passer à côté »

(C). La connaissance des indications des échographies chez les jeunes médecins a également connu une amélioration progressive et ce, notamment, grâce à la rédaction de divers guides de prescription des échographies contribuant à une plus grande prescription de celles-ci chez les plus jeunes (25)(26)(27).

Le lieu d'exercice des médecins interrogés avait beaucoup d'influence sur leurs attentes. Les médecins non urbains jugeaient l'accessibilité comme un critère fondamental (DFIN). De même, ils privilégient quant à eux la compétence comme critère majeur.

La compétence du médecin généraliste en tant qu'échographiste pose effectivement souvent débat, et ce depuis de nombreuses années (28). Néanmoins, la création du DIU d'échographie générale ouvert aux médecins généralistes a permis une évolution fiable des compétences...

Aucun médecin généraliste interrogé n'avait de formation spécifique en échographie.

4.2.2. Un outil pour le médecin généraliste

4.2.2.1. Une démographie défavorable

Les médecins jugeaient les échographistes trop peu nombreux dans la région Poitou-Charentes. En considérant le fait que les radiologues réalisent environ 43 % de ces actes en France (3), alors qu'aux Etats-Unis seulement 24 % de ces actes sont réalisés de manière comparable par nos confrères radiologues, ces affirmations rejoignent les chiffres officiels, qui font apparaître une diminution de la densité des radiologues sur les 20 dernières années en Poitou-Charentes (12).

De même, la spécialité est touchée par une augmentation de l'âge moyen des médecins (29), et cela laisse présager un « creux démographique » du corps radiologique approfondi dans l'avenir (12).

Les difficultés d'obtention des échographies sont un problème récurrent commun à tous les pays de l'Europe Occidentale (30).

Une des pistes à explorer afin de lutter contre ce problème démographique serait d'améliorer les connaissances du médecin généraliste pour réduire le nombre de

demandes injustifiées (31). Il faudrait également optimiser la répartition des médecins sur le territoire, et favoriser l'augmentation de leur nombre (32)

4.2.2.2. Des indications communes

Les prescriptions comportaient principalement les urgences digestives et rénales, ainsi que les suspicions de maladie thromboembolique veineuse.

L'échographie est l'examen de référence dans ces indications (25)(26)(27) avec un fort niveau de preuve dans les recommandations.

Ces motifs de prescriptions étaient communs à l'ensemble des personnes ayant répondu.

Les indications des examens échographiques, en médecine générale, ont déjà été étudiées dans le travail de J.C. MARTIN (33)

En ce qui concerne l'échographie ostéo-articulaire, on notait des résultats disparates. En effet, cette technique n'était que très peu évoquée dans la littérature « semi-récente » (26) d'où un probable manque d'informations des médecins prescripteurs.

4.2.2.3. Nombre de prescriptions

La fréquence de prescriptions était, pour la plupart, inférieure à 5 par semaine. Néanmoins, il est constaté une demande croissante des examens d'échographies dans la littérature (12)(34)(35), probablement due, là encore, à une meilleure connaissance des indications (25)(26)(27).

4.2.2.4. Recours aux médecins libéraux

Afin de justifier ces choix communs à la quasi-totalité des médecins interrogés, il était mis en avant le délai jugé trop long au sein des structures hospitalières (DIL) ou la lourdeur administrative du système (I).

On peut justifier cette latence excessive par le nombre important de postes vacants dans les services d'imagerie médicale (41%) (29), cette carence de personnel allongeant de fait le délai d'obtention des examens dans les centres hospitaliers.

4.2.2.5. La difficulté de l'échographie urgente

Les médecins décrivaient une difficulté d'obtention des examens dans les situations d'urgence, les contraignant parfois à adresser le patient aux urgences (1).

Parallèlement, et probablement selon une notion de cause à effet, on note une augmentation régulière du nombre de médecins urgentistes suivant la formation du DIU d'échographie d'urgence (36)(1).

4.2.3. Le médecin généraliste échographiste

4.2.3.1. Lisibilité perfectible

La pratique de l'échographie ne jouit pas actuellement d'une franche notoriété et ce, malgré l'existence de société savante telle que la SFAUMB (Société Française d'Application des Ultrasons en Médecine et Biologie) (1) ou de syndicats actifs comme le SNUDE (Syndicat National des Ultrasonologistes Diplômés ou Equivalents) (37)

L'ignorance de la possibilité d'un tel type de pratique peut également être imputable à la mise en place récente du DIU d'échographie ouvert au médecin généraliste, qui date de 1996 (1).

4.2.3.2. Des rôles divers

L'échographie était considérée comme une aide à la clinique par les médecins, elle est même admise par certains comme étant le prolongement du stéthoscope (1) .

L'échographie permettrait de compléter son examen clinique (4) et pourrait être réalisée à des fins de « débrouillage » (36). Certains pays offrent déjà la possibilité pour les omnipraticiens de passer un diplôme spécifique à ce type d'exercice de l'échographie (38).

L'échographie permettrait d'éviter le recours trop fréquent aux spécialistes d'organes (39) et pourrait intervenir notamment en tant qu'action de prévention (dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale par exemple (40).

Néanmoins, ce genre de pratique pourrait poser un problème éventuel de confraternité : *Le détournement ou la tentative de détournement de clientèle est interdit* (art 57 du code de déontologie) (41).

4.2.4. Des attentes claires

4.2.4.1. Accessibilité

✓ Lieu d'installation

Les médecins s'accordaient à dire quasi-exclusivement que ce type de pratique trouverait pleinement son utilité dans une maison pluridisciplinaire en campagne.

En effet, cette organisation en groupe permet de répondre au problème du maillage du territoire pour tous les médecins, échographistes inclus (42) .

L'échographe s'installera dans un secteur géographique adapté, et prévoira toute commodité pour faciliter l'accès des patients au local médical.

✓ Disponibilité

La disponibilité d'un tel type de praticien est pondérée par les contraintes démographiques qui lui incombent (1) .

4.2.4.2. Obligation de moyen

Le praticien aura des locaux adaptés et un matériel de bonne qualité, révisé régulièrement. Ce critère est communément acquis comme indispensable (3).

4.2.4.3. Compétence

L'échographiste doit pratiquer beaucoup pour être compétent (3). L'activité partagée entre médecine générale et échographie peut être un frein à cette obligation « numérique » d'exams et donc à la compétence. Il est indispensable qu'un tel praticien ait reçu une formation correcte (3)(43).

4.2.4.4. Communication

L'échographe doit savoir instaurer, comme les autres spécialistes, une relation médecin-malade pleine d'empathie, de qualité, gage d'optimisation de la prise en charge (44). Egalement, la relation avec le confrère prescripteur apparaît comme fondamentale et ce notamment à travers l'élaboration du compte-rendu, comme il ressort dans l'étude R BEDDOK (11). Les médecins généralistes apprécient de lire des données pertinentes concernant leurs patients (45).

4.2.4.5. Prise en charge globale du patient

La part clinique propre à tout médecin généraliste peut faciliter cette obligation.

L'échographiste doit s'efforcer de donner des conseils sur la prise en charge du patient (45), le médecin généraliste étant libre par la suite de leur utilisation.

Toutefois, l'échographiste ne doit pas dépasser ses compétences, en respectant le rôle pivot du médecin traitant (*Le consultant ne doit pas de sa propre initiative, au cours de la maladie ayant motivé la consultation, convoquer ou réexaminer, sauf urgence, le malade sans en informer le médecin traitant. (Art 62 du code de déontologie)* (41)

Il ne doit pas procéder à une annonce diagnostique (46) .

4.2.5. Un besoin de formation ?

Les médecins n'étaient pour la plupart pas encore prêts à franchir le « cap » de l'introduction d'une formation à l'échographie (28) .

Cette formation est néanmoins beaucoup plus avancée dans les pays anglo-saxons (40)(47)(48)(49)(50).

Certains trouvaient cependant l'idée intéressante, rejoignant les études actuelles (47)

Bien que des références existent déjà (25)(26)(27) le respect des indications des échographies reste difficile mais pourtant indispensable (26)(50).

La contrainte socio-économique apparaît comme un frein majeur pour les médecins généralistes, justifiant cette appréhension à suivre une formation.

Même si les prix des échographes ont diminué (3) , la cotation des actes reste problématique, la rentabilité de l'échographe étant une condition *sine qua none* à son acquisition. Une modification de la loi parue au JO (51) va dans le sens de la double cotation pour les médecins généralistes, mais dans certaines situations uniquement (grossesse par exemple) ; sa récente parution ne permet pas de constater, pour le moment, un effet bénéfique pour ce type de pratique et devra être réévaluée dans l'avenir.

CONCLUSION

5. CONCLUSION

Les médecins généralistes ont des attentes claires et précises de la part d'un médecin généraliste pratiquant l'échographie, qu'on peut exprimer à travers la comparaison avec les autres spécialistes pratiquant l'échographie.

Si nous devons décrire le médecin généraliste échographiste idéal, celui-ci :

- fait la preuve d'une formation correcte et reconnue par les instances comme le Conseil de l'Ordre des Médecins, telle que les formations reçues par, notamment, les gynécologues obstétriciens.

- a un bon niveau de performance, condition acquise notamment par une pratique intense et régulière, ainsi que par le suivi d'une formation médicale continue régulière.

En effet, même certains radiologues, malgré des acquis prouvés pendant le cursus du D.E.S. d'imagerie, perdaient cette compétence devant le nombre trop faible d'examens pratiqués.

- est accessible et disponible, pour les patients et les confrères. Installé en maison de santé pluridisciplinaire, il essaie au maximum de conserver des délais de rendez-vous satisfaisants, ceux-ci étant considérés actuellement comme excessifs chez l'ensemble des spécialistes pratiquant l'échographie.

- veille à entretenir une relation médecin-malade de qualité, pleine d'empathie. Il est souvent reproché aux radiologues leur manque de clarté dans les informations données aux patients.

De même, il n'hésitera pas à communiquer ses résultats aux médecins généralistes prescripteurs, les médecins généralistes critiquent l'absence de relation « humaine » avec le radiologue et donc de relation de confiance.

- tente d'apporter une aide diagnostique au médecin généraliste, un conseil sur la prise en charge. Pour les médecins généralistes, le radiologue notamment, fait

souvent preuve d'un défaut d'implication à travers ses comptes rendus, ne facilitant pas la démarche diagnostique du médecin prescripteur.

- Enfin, il s'emploiera à former ses confrères à la bonne prescription des examens ultrasonores, en réfléchissant à une éventuelle formation à la pratique de l'échographie pour les jeunes médecins généralistes, tel qu'il est communément répandu chez nos voisins européens et américains.

BIBLIOGRAPHIE

6. BIBLIOGRAPHIE

1. GRADINARU G. Étude rétrospective transversale concernant la pratique échographique des médecins inscrits au DIU d'Imagerie et Techniques Ultrasonores ces 10 dernières années. Université de POITIERS; 2012
2. HAZEBROUCQ V. Directeur de l'enseignement du DU d'imagerie médico-légale. Qui peut donc faire légalement les échographies ?. Disponible sur : www.hazebroucq.net.
3. Pierre HAENEL. Rapport sur « L'échographie » du Conseil National de L'Ordre des Médecins (1997).
4. ANGLESIO N. Pratique de l'échographie en médecine générale : illustration auprès de cabinets équipés en Limousin sur l'année 2009. Limoges; 2010.
5. DIJOS M, PUCHEUX Y, LAFITTE M, REANT P, PREVOT A, MIGNOT A, et al. Fast track echo of abdominal aortic aneurysm using a real pocket-ultrasound device at bedside. Echocardiography Mt Kisco N. mars 2012;29(3):p.285-290.
6. BONO F, CAMPANINI A. The METIS project for generalist ultrasonography. Journal of Ultrasound. 2007;10(4): p.168-174.
7. MACONI G, TERRACIANO F, DE SIO I, RIGAZIO C, ROSELI P, RADICE E, et al. Referrals for bowel ultrasound in clinical practice: A survey in 12 nationwide centres in Italy. Digestive Liver Disease. 2011; 43(2):165-168.
8. WORDSWORTH S, SCOTT A. Ultrasound scanning by general practitioners: is it worthwhile? Journal Public Health. 2002; 24(2): p.88-94.
9. HUSSAIN P, DESHPANDE A, SHRIDHAR P, SAINI G, KAY D. The feasibility of telemedicine for the training and supervision of general practitioners performing ultrasound examinations of patients with urinary tract symptoms. Journal of Telemed Telecare. 2004;10(3): p.180-182.
10. FODOR D, BADEA R, POANTA L, DUMITRASCU DL, BUZOIANU AD, MIRCEA P-A. The use of ultrasonography in learning clinical examination - a pilot study involving third year medical students. Medical Ultrason. 2012; 14(3): p.177-181.
11. BEDDOK R. Analyse des critères permettant à un médecin généraliste d'utiliser les conclusions d'une échographie: application dans le cadre d'une situation rencontrée en médecine générale: prise en charge d'un nodule thyroïdien en euthyroïdie. Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et

Marie Curie.; 2010.

12. Ministère du travail , de l'emploi et de la santé, Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Compte-rendu de l'Audition des Radiologues du 15 février 2012 [Internet]. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé; 2012 .

13. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas National de la démographie médicale ; 2013 . Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr>

14. BLANCHET A, GOTMAN A. L'entretien. Paris: A. Colin; 2010.

15. ALAMI S, DESJEUX D, GARABUAU-MOUSSAOUI I. Les méthodes qualitatives. Ed. Que sais-je?; 2013.

16. BEAUD S, WEBER F. Guide de l'enquête de terrain : La Découverte; 2010.

17. AUBIN-AUGER I, MERCIER A. Introduction à la recherche qualitative. Exercer- Revue Française de Médecine Générale. 2008; p.142-145.

18. ORIOL S. Abord de la sexualité en consultation de médecine générale: méthodes, expériences et représentations utilisées par les médecins. 2009.

19. GREEN J, BRITTEN N. Qualitative research and evidence based medicine. BMJ. 1998;316(7139): p.1230-1232.

20. PAILLE P, MUCCHIELLI A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: A. Colin; 2012.

21. LETRILLIART L. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Exercer. Revue Française de Médecine Générale. 2009.

22. INSERM, UPMC. BiostaTGV -Etudes cliniques. Aides à la rédaction du protocole. Disponible sur: <http://marne.u707.jussieu.fr/>

23. MOREAU A. S'approprier la méthode du focus group. La Revue du Praticien.2004; 18(645): p.382-384.

24. Site des Pages Jaunes. Disponible sur: <http://www.pagesjaunes.fr/>

25. Société Française de Radiologie, Société Française de Médecine Nucléaire et d'imagerie moléculaire. Guide du Bon Usage des examens d'imagerie médicale. 2013. Disponible sur: <http://gbu.radiologie.fr/>

26. CHAGNON S, DUVAUFERRIER R, Collège des enseignants de radiologie de France. Indications des examens d'imagerie ; 1997 .

27. UK Royal College of Radiologists, Commission européenne, Comité d'experts en radiologie et médecine nucléaire. Recommandations en matière de prescription de l'imagerie médicale . Société Française de Radiologie; 2000.

28. WEIL F. L'échographie peut-elle être confiée à des médecins généralistes avec pour toute formation celle acquise pendant le cursus des études médicales? Journal d'Echographie et Médecine par Ultrasons. 1992;13(3).
29. Conseil professionnel de la Radiologie Française, Union Nationale des Internes et Jeunes Radiologues. Audition ONDPS de la spécialité Radiologie et Imagerie Médicale . Société Française de Radiologie; 2012.
30. TOMASIK T, WINDAK A, SEIFERT B, KERSNIK J, PALKA M, MARGAS G, et al. The self-perceived role of general practitioners in care of patients with cardiovascular diseases. A survey in Central and Eastern European countries following health care reforms. International Journal of Cardiology. 2013;164(3): p .327-333.
31. BROADHURST NA, BARTON CA, ROWETT D, YELLAND L, MARTIN DK, GIALAMAS A, et al. A before and after study of the impact of academic detailing on the use of diagnostic imaging for shoulder complaints in general practice. BMC Family Practice. 2007;8(1): p.1-8.
32. Direction Générale de la Santé. Comment augmenter et mieux répartir les médecins en exercices? Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. 2001 . Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/>
33. MARTIN J-C. Recherche bibliographique des indications retrouvées dans la littérature sur les examens échographiques en médecine générale. Université de Bretagne Occidentale; 2010.
34. SMITH-BINDMAN R, MIGLIORETTI DL, LARSON EB. Rising Use Of Diagnostic Medical Imaging In A Large Integrated Health System. Health Affairs. 2008;27(6): p.1491-1502.
35. The Royal College of Radiologists. Ultrasound training recommendations for medical and surgical specialties. 2005. Disponible sur: <http://www.rcr.ac.uk/>
36. HINGLAIS E. Intérêt de l'échographie dans un service d'urgences.Le Praticien en Anesthésie Réanimation. 2007;11(3): p.208-211.
37. SNUDE. Historique du SNUDE (Syndicat National des Ultrasonologistes diplômés ou Equivalents). 2012. Disponible sur: <http://www.snude.org/>
38. JOSEPH A. Why do we need a CCPU? ASUM Ultrasound Bulletin (Journal of the Australasian Society for Ultrasound in Medicine). 2007; p.48.
39. SPEETS AM, HOES AW, GRAAF Y, KALMIJN S, WIT NJ, SWIJNDREGT ADM , et al. Upper abdominal ultrasound in general practice: indications, diagnostic yield and consequences for patient management. Family Practice. 2006; 23(5): p.507-511.

40. FLEMING C, WHITLOCK EP, BEIL TL, LEDERLE FA. Screening for abdominal aortic aneurysm: a best-evidence systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*. 2005; 142(3): p.203-211.
41. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie médicale. 2012. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/>
42. JUILHARD J-M. Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ? Sénat; 2007. Report No.: 14.
43. TOLSGAARD MG, TODSEN T, et al. International multispecialty consensus on how to evaluate ultrasound competence: a Delphi consensus survey. *PLoS One*. 2013.
44. HAYNAL-REYMOND V. L'empathie. 2005; (5). Disponible sur: <http://titan.medhyg.ch>
45. GRIEVE FM, PLUMB AA, KHAN SH. Radiology reporting: a general practitioner's perspective. *British Journal of Radiology*. 2010; 83(985): p.17-22.
46. BETTEVY F. Critères de qualité de l'annonce du diagnostic : point de vue des malades et de la Ligue nationale contre le cancer. *Risques et Qualités*. 2006; III(2): p.67-72.
47. VIDAL V, JACQUIER A, GIORGI R, PINEAU S, MOULIN G, PETIT P, et al. La radiologie vue par les étudiants. *Journal de Radiologie*. 2011; 92(5): p.393-404.
48. SURAMO I, MERIKANTO J, PAIVANSALO M, REINIKAINEN H, RISSANEN T, TAKALO R. General practitioner's skills to perform limited goal-oriented abdominal US examinations after one month of intensive training. *European Journal of Ultrasound*. 2002; 15(3): p.133-138.
49. LEONE AF, SCHUMACHER SM, KROTISH DE, ELEAZER GP. Geriatricians' interest to learn bedside portable ultrasound (GEBUS) for application in the clinical practice and in education. *Journal of American Medical Directors Association Home*. 2012; 13(3): 308. e7-10.
50. GLAZEBROOK R, MANAHAN D, Chater AB. Educational needs of Australian rural and remote doctors for intermediate obstetric ultrasound and emergency medicine ultrasound. *Canadian Journal of Rural Medicine*. 2006; 11(4): p.277-282.
51. *Journal officiel de la République Française*. 2013.

ANNEXES

7. ANNEXES

Les annexes 7.2 et 7.3 sont présentes sur le CD-ROM joint à cet effet.

7.1. Le pré-guide

INFORMATIONS A DELIVRER AU MEDECIN LORS DU RECRUTEMENT

- Toujours parler si possible au médecin directement (à défaut au secrétariat).

1) Présentation générale du sujet :

L'échographie en médecine générale, étudier ce qu'attendent les MG d'un MG qui pratique l'échographie

2) Modalités d'enquête :

Contact du médecin suite au conseil du médecin précédent ,
entretien semi-dirigé enregistré , de durée estimée à 30 min
environ , avec garantie d' anonymat des identités des médecins
répondant et des données recueillies auprès de ceux-ci et droit
de regard sur ces données

3) Entretien réalisé sur place, au cabinet, à une heure
préférentielle pour le médecin

7.2. Le guide d'entretien

7.3. Les entretiens retranscrits

19 entretiens retranscrits nommés de A à S selon l'ordre chronologique de réalisation.

✓ Les abréviations utilisées

- MG : Médecin généraliste
- Echo : Echographie
- MSU : Maître de stage universitaire
- EHPAD : Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes
- TDM : Tomodensitométrie
- TVP : Thrombose Veineuse Profonde

✓ Les exemples

Le terme « Exemple TDM » renvoie à la question suivante : « L'échographiste , en réalisant son examen , découvre fortuitement une lésion difficilement caractérisable par la seule échographie et décide , de son propre chef, de programmer un examen supplémentaire d'imagerie à visée diagnostique. Qu'en pensez-vous ? »

Le terme « Exemple TVP » renvoie à : « L'échographiste met en évidence une TVP lors de son examen et décide de réaliser lui-même la première injection d'héparine. Qu'en pensez-vous ? »

8. RESUME ET MOTS CLEFS

Introduction

L'échographie prend une place de plus en plus importante en médecine générale, à travers l'aide diagnostique qu'elle constitue dans les soins de premiers recours. Elle reste néanmoins peu utilisée en France en 2013, pour des raisons notamment socio-économiques, en comparaison avec d'autres pays, européens ou non. Le but de notre étude était de mettre en évidence les attentes des médecins généralistes du Poitou-Charentes d'un médecin généraliste pratiquant l'échographie, et d'étudier en second lieu, les besoins de formation à l'échographie pour ces médecins référents.

Matériel et Méthode

Nous avons procédé à une étude qualitative, réalisée en 2013, sur un échantillon de 19 médecins généralistes installés en région Poitou-Charentes. Cette enquête s'est effectuée sur la base d'entretiens individuels semi-dirigés avec élaboration préalable d'un guide d'entretien servant de trame souple aux entretiens. Les données ont été retranscrites de manière anonyme, et de façon fidèle. L'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel de codage QSR N'vivo 10 permettant une analyse thématique transversale. Trois encodages furent réalisés par 3 opérateurs différents.

Résultats

Les modes et les secteurs d'activités des médecins interrogés étaient variables, ainsi que les âges. Les femmes étaient moins représentées. Ils estimaient les échographistes comme peu nombreux, avaient recours à ceux-ci majoritairement dans le cadre des douleurs abdomino-pelviennes et urgences vasculaires. La gestion des échographies urgentes était problématique et ils faisaient appel aux centres d'examen privés. L'échographie réalisée par le médecin généraliste avait une faible lisibilité. Néanmoins, elle permettait de compléter l'examen clinique. Le lieu idéal de cette pratique était la maison de santé en milieu rural. Les médecins mettaient en avant l'importance de la disponibilité, du relationnel, du matériel, de la performance, du conseil dans le cadre de la globalité du traitement du patient.

Conclusion

Le médecin généraliste échographique aura un rôle majeur à jouer dans la prise en charge du patient. Au travers d'une comparaison avec les autres spécialistes, nous avons pu dégager les attentes fortes des médecins généralistes, que l'échographe s'efforcera de respecter : accessibilité, relation médecin-malade empathique avec le patient, communication claire avec le confrère prescripteur, compétence maximale, et aide à la prise en charge globale.

MOTS CLEFS

Médecin généraliste, échographie, attentes, formation.

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

