



HAL
open science

Représentations de l'usage de l'échographie par les médecins généralistes ayant une activité gynécologique : étude qualitative par la méthode des focus group

Maxime Geslin

► To cite this version:

Maxime Geslin. Représentations de l'usage de l'échographie par les médecins généralistes ayant une activité gynécologique : étude qualitative par la méthode des focus group. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01730856

HAL Id: dumas-01730856

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01730856>

Submitted on 13 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2017

N° 160

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Représentations de l'usage de l'échographie par les médecins
généralistes ayant une activité gynécologique : étude
qualitative par la méthode des focus group

Présentée et soutenue publiquement
le 28 septembre 2017

Par

Maxime GESLIN

Né le 16 juillet 1987 à Saint-Maur-des-Fossés (94)

Dirigée par M. Le Docteur François Bloedé, MCA

Jury :

M. Le Professeur Olivier Helenon, PU-PH Président

M. Le Docteur Sofiane Bendifallah, MCU-PH

M. Le Docteur André Nguyen Van Nhieu, MG



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Olivier Hélénon

Merci pour l'honneur que vous me faites en présidant cette thèse. Les cours du DIU d'échographie dont vous êtes le coordonnateur m'ont fait prendre conscience du potentiel de cet outil, pour lequel je me suis passionné. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et mon profond respect.

Monsieur le Docteur Sofiane Bendifallah

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma respectueuse considération et de mes sincères remerciements.

Monsieur le Docteur François Bloede

Merci d'avoir accepté la direction de cette thèse. Vos critiques toujours constructives, vos conseils, et votre disponibilité m'ont été d'une aide précieuse. J'espère avoir été digne de la confiance que vous m'avez accordée. Veuillez recevoir ma profonde gratitude pour votre encadrement, votre patience, et votre bienveillance.

Monsieur le Docteur André Nguyen Van Nhieu

Merci d'avoir accepté de poser votre œil expert sur cette étude qualitative. Votre perfectionnisme, votre charisme et votre bonne humeur sont un modèle pour moi depuis notre première année d'internat. J'espère être à la hauteur de vos exigences. Soyez assurés de mon profond respect.

Aux médecins qui ont accepté de participer à cette étude, sans eux rien n'aurait été possible.

A mes parents et à mes soeurs, pour leurs encouragements.

A tous mes co-internes, qui ont rendu joyeuses et agréables ces années d'internat : Kevin, Marion, Yamina, André, Laetitia, Jessica, Priscilla, Wilfried, Laura, David, Marie, Julie, Pierre-Henri, Claire, Hélène et Charlène.

Aux amis de la faculté de Créteil, avec qui j'ai passé mes plus belles années : Adam, Morgan, Kevin, Wilfried, Nathan, Bertrand, Anne-Sophie.

A l'équipe médicale et paramédical du Centre Hospitalier Marc Jacquet de Melun, avec qui je me suis initié à la gynécologie avant de me passionner pour cette discipline. Une pensée particulière pour Fabienne, pour sa gentillesse, sa pédagogie et sa simplicité, à François, Florent et Isolde pour leurs enseignements, à Nicole qui m'a tout appris de l'échographie, à Elodie, Annie, Marie, Nazime, Laura, Emilia, Alice, Delphine, Ines, Sabine, Céline, Kiki, et les autres pour leur bonne humeur qui ont fait de ces 12 mois de stage une expérience inoubliable.

A Léo, Lucas, Robin, Kouby et Hubert, pour leurs encouragements constants et leur soutien, merci d'avoir cru en moi.

A Charlotte, parce qu'avec toi à mes côtés, tout est plus beau. Merci pour ton soutien sans faille, pour ton amour et pour le bonheur que tu m'apportes.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES	4
LISTE DES ABREVIATIONS.....	6
INTRODUCTION.....	7
CONTEXTE ET OBJECTIFS :	9
A. Qui peut faire des échographies ?	9
B. Echoscopie ou examen échographique ?	9
C. La formation échographique	10
D. Indications de l'échographie en consultation gynécologique.....	11
E. Place de la pratique gynécologique en médecine générale :.....	13
METHODOLOGIE.....	15
A. Le type d'étude	15
B. Les Focus Groups	15
C. Constitution des focus groups.....	16
D. La grille d'entretien	16
E. Analyse des données recueillies.....	17
RESULTATS	20
A. Les participants au focus group :.....	20
B. Déroulement des focus group :.....	21
C. Analyse du focus group de médecins utilisant l'échographie.....	22
1. Les indications de l'échographie.....	22
2. Dans quels cas la patiente est-elle adressée à un spécialiste ?.....	24
3. Apport de l'usage de l'échographie :.....	26
a) Apport de l'échographie pour le médecin qui la pratique.....	26
b) Apport de l'échographie pour les patientes.....	27
4. Freins à l'usage de l'échographie.....	28
a) La responsabilité :.....	28
b) Le problème financier :	30
c) La formation.....	31
d) La perte d'identité de médecin généraliste.	32
e) La voie endovaginale.....	32

D. Analyse du focus group de médecins n'utilisant pas l'échographie	33
1. Les indications de l'échographie :	33
2. Alternative à l'échographie.....	35
3. Apport potentiel de l'usage de l'échographie	37
4. Les freins à l'usage de l'échographie :	38
a) Le problème financier.....	38
b) La formation.....	39
c) La prévalence des actes échographiques.....	39
d) La perte d'identité de « médecin généraliste »	39
E. Résumé des avantages ressentis, évoqués au cours des deux focus groups.....	40
DISCUSSION	42
A. Forces et faiblesse de l'étude.....	42
B. Interprétation des résultats.....	43
1. Indications de l'échographie dans la pratique gynécologique du médecin généraliste	43
a) Datation et localisation d'une grossesse débutante.....	43
b) Contrôle de dispositif intra utérin	44
c) Les autres indications.....	45
2. Apport de l'échographie dans la pratique gynécologique du médecin généraliste. 46	
3. Apport de la pratique gynécologique dans l'usage de l'échographie par le médecin généraliste	46
4. Les alternatives à l'usage de l'échographie.....	47
5. L'échoscopie remise en question	48
6. Les freins à l'usage de l'échographie	49
a) Les facteurs économiques :	49
b) Le risque médico-légal	50
c) La formation.....	51
d) Place de l'échographie dans la pratique de médecine générale	52
e) Le point de vue rassurant des généralistes échographistes.....	53
CONCLUSION	54
BIBLIOGRAPHIE	55
ANNEXES :.....	59
RESUME	Erreur ! Le signet n'est pas défini.

LISTE DES ABREVIATIONS

AAFP : American Academy of Family Physicians

CFFE : Centre Francophone de Formation en Echographie

CNGOF : College National des Gynécologues Obstétriciens Français

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

DES : Diplôme d'Etude Spécialisé

GEU : Grossesse Extra-Utérine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RCR : Royal College of Radiologists

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and

Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

INTRODUCTION

La gynécologie-obstétrique représente une part non négligeable de l'activité de médecine générale (le motif gynécologique représente 3,8% des consultations de médecine générale) (1). Diverses mutations tendent à accroître la place du généraliste dans la prise en charge du suivi gynécologique de ses patientes : la féminisation de la profession, l'évolution de la formation universitaire des internes de médecine générale et la pénurie annoncée des gynécologues médicaux. Bien que la majorité des médecins généralistes n'a qu'une faible activité gynécologique, certains choisissent d'orienter leur pratique : ils sont un peu plus de 10% à réaliser plus de 20% de leurs actes en gynécologie, chiffres qui devraient augmenter, au vu du nombre de médecins généralistes se formant à la gynécologie (80 par an en Ile de France, DIU de gynécologie) (2) (3) (4)

Or, dans cette discipline, l'échographie est un outil au rôle central, véritable « stéthoscope du XXI^e siècle » dont l'utilité dans certaines situations bien identifiées (métrorragies, douleurs pelviennes, GEU, Pré IVG) est clairement démontrée (5). Elle permet une prise en charge plus rapide et moins coûteuse.

De plus, les appareils d'échographie deviennent accessibles, moins chers, plus performants et moins encombrants, et divers diplômes se mettent en place, accessibles aux médecins généralistes et offrant une formation de qualité. (6) En dehors de la gynécologie, l'intérêt de l'échographie en consultation de médecine générale est également appuyé par plusieurs thèses ou études (7) (8) (9) (10). On peut d'ailleurs noter que depuis 2010, les études portant sur l'échographie en médecine général sont plus nombreuses, montrant un intérêt croissant de la communauté médicale pour le sujet. (7) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16)

Dans les prochaines années, l'échographie pourra et devra être adopté par les médecins généralistes, comme le stéthoscope l'a été au début du XIX^e siècle (17).

En attendant, les médecins généralistes restent peu nombreux à pratiquer l'échographie : en 2013, ils réalisaient moins de 3% des actes d'échographies. (18)

Si des freins ont été mis en évidence chez les omnipraticiens dont la pratique reste « généraliste » (11), il semble intéressant de se pencher sur la population croissante des médecins généralistes qui ont une activité en gynécologie. La forte prévalence des indications à l'échographie dans cette discipline les rend ils plus enclins à s'équiper ? Comment s'en sortent les rares qui pratiquent déjà l'échographie ?

J'ai eu, au cours de ma formation d'interne, la chance de passer un an dans des services de gynécologies, où j'étais souvent posté en 1^{ere} ligne aux urgences. L'appareil d'échographie est alors devenu indispensable dans ma pratique. J'ai vite compris que je pourrais difficilement me passer de ce plaisir de pouvoir, dans la même consultation, évoquer un diagnostic et vérifier aussitôt sa réalité, permettant ainsi de rassurer la patiente ou de lui prodiguer les soins nécessaires : une prise en charge globale et de premier recours, centrée sur la patiente, conforme aux définitions de la médecine générale selon la WONCA (19). Par la suite, cet attrait pour l'échographie et la gynécologie s'est confirmé, et m'a poussé à m'inscrire au DIU d'échographie et techniques ultrasonores de Paris V ainsi qu'au DIU de formation gynécologique de Paris VI me permettant d'explorer plus profondément ces deux disciplines. Aujourd'hui, dans l'optique d'une installation en ville, j'aimerais orienter ma pratique de médecin généraliste vers la gynécologie de 1^{er} recours, et l'échographie me semble en être un élément central. J'ai donc cherché à savoir pourquoi, si cela était aussi évident pour moi, tous les médecins généralistes qui pratiquent la gynécologie ne sont-ils pas équipés d'un échographe, et quels bénéfices en tirent ceux qui la pratiquent déjà.

CONTEXTE ET OBJECTIFS :

A. Qui peut faire des échographies ?

L'échographie n'est pas réservée aux radiologues.

Selon l'article 70 du code de déontologie, « Tout médecin est, en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose. »

N'importe quel médecin peut donc effectuer des échographies, à condition d'en avoir les compétences. Aucun diplôme n'est officiellement réclamé, mais sa conscience professionnelle dictera au praticien d'adapter sa pratique à la formation qu'il a reçue, en gardant à l'esprit qu'en cas d'erreur médicale, l'absence de diplôme ou de preuve d'une formation adéquate jouera clairement en sa défaveur. (20)

Il est par ailleurs intéressant de constater que les médecins ne sont pas les seuls concernés par la pratique échographique, puisque depuis 1986, les sages-femmes sont autorisées à pratiquer des échographies gynécologiques et obstétriques, et que depuis 2001, son apprentissage est intégré à leur formation initiale (21)

B. Echoscopie ou examen échographique ?

L'échoscopie est un examen échographique rapide, complétant l'examen clinique et permettant de répondre à une question simple, à l'instar du stéthoscope ou du tensiomètre. Cet examen permettant de conforter un diagnostic, est tout à fait recommandable, et conforme à l'article 33 du code de déontologie : « Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés. »

L'échoscopie ne demande pas la rédaction d'un compte rendu, et ne peut donc pas donner lieu à une cotation.

L'examen échographique quant à lui, nécessite une durée suffisante et la remise d'un compte rendu illustré par des images. Il existe des recommandations produites par le CNGOF pour la rédaction d'un compte rendu « minimum », en échographie gynécologique.

Seul l'examen échographique complet accompagné de son compte rendu, dont le contenu « minimum » est décrit par le CNGOF dans ses recommandations, peut être coté, pour des indications précises, et pris en charge par l'assurance maladie. (22)

C. La formation échographique

Il n'existe pas en France de recommandations claires sur le niveau de formation nécessaire pour la pratique de l'échographie. Le CNGOF travaille actuellement à l'établissement de directives qualités pour l'échographie en gynécologie et mettra sans doute prochainement à disposition un référentiel pour la formation en échographie gynécologique. Dans l'attente, nous pouvons nous baser sur le référentiel relativement exhaustif de nos confrères du collège royal de radiologie du Royaume Uni. Celui-ci identifie 3 niveaux de compétence en échographie. (23)

Le niveau 1, correspondant au niveau que devrait avoir un praticien pratiquant la gynécologie, requiert d'avoir effectué au moins 30 vacations d'échographie supervisé, en ayant pratiqué au moins 3 examens par vacations.

On retrouve cette idée de niveau dans un rapport de l'OMS : un groupe d'étude s'est penché sur la réglementation internationale de l'utilisation de l'échographie, et a identifié 3 niveaux d'exigence de formation, sans les définir strictement. Le premier niveau de pratique exige de savoir procéder des examens communs avec sécurité et précision, de savoir reconnaître et différencier l'anatomie normale et pathologique, de savoir diagnostiquer des anomalies fréquentes de certains organes, de savoir reconnaître être dépassé et passer la main ou demander un second avis. (24)

En France, un seul diplôme est reconnu par le conseil de l'ordre : Le DIU d'échographie et de techniques ultrasonores, qui est ouvert aux médecins généralistes (6); Il se déroule sur 1 ou 2 ans, au cours desquels il faudra valider 20

vacations de tronc commun (bases physiques de l'échographie, sémiologie échographique, et maniement de la machine) et 30 vacations par module de spécialités (donc 30 vacations d'échographie gynécologique si on ne choisit que ce module). Une épreuve théorique et une épreuve pratique vient valider le tronc commun et chaque module. La validation du diplôme d'échographie générale requiert le tronc commun et quatre modules, dont le module abdominal, et se révèle donc très chronophage.

D'autres diplômes existent :

- Depuis 2014 à Brest s'est ouvert un diplôme universitaire (DU) d'échographie en médecine générale à la suite à plusieurs travaux de thèse portant sur l'échographie en médecine générale (12) (14). Ce DU comprend 40 heures de formation théorique portant principalement sur les indications validées en médecine générale et 120 heures de stage à réaliser sur 1 à 3 ans.
- Le centre francophone de formation en échographie du Pr Bourgeois dispense des cours depuis 20 ans à l'attention des médecins généralistes sous forme de séminaires organisés principalement à Nîmes mais aussi à Colmar et Marne la Vallée. Cette formation est également proposée en ligne.

D. Indications de l'échographie en consultation gynécologique.

L'échographie, de par sa simplicité de mise en œuvre, est un élément central de l'exploration pelvienne, et donc de la consultation gynécologique. Bien utilisée, et toujours associée à un examen clinique bien conduit, elle permet de répondre aux principales situations rencontrées en gynécologie pour lesquelles l'examen clinique seul ne permet pas de conclure.

Le CNGOF a établi une liste d'indications en échographie gynécologique, relativement exhaustive (22), présentée dans l'arborescence ci-après.

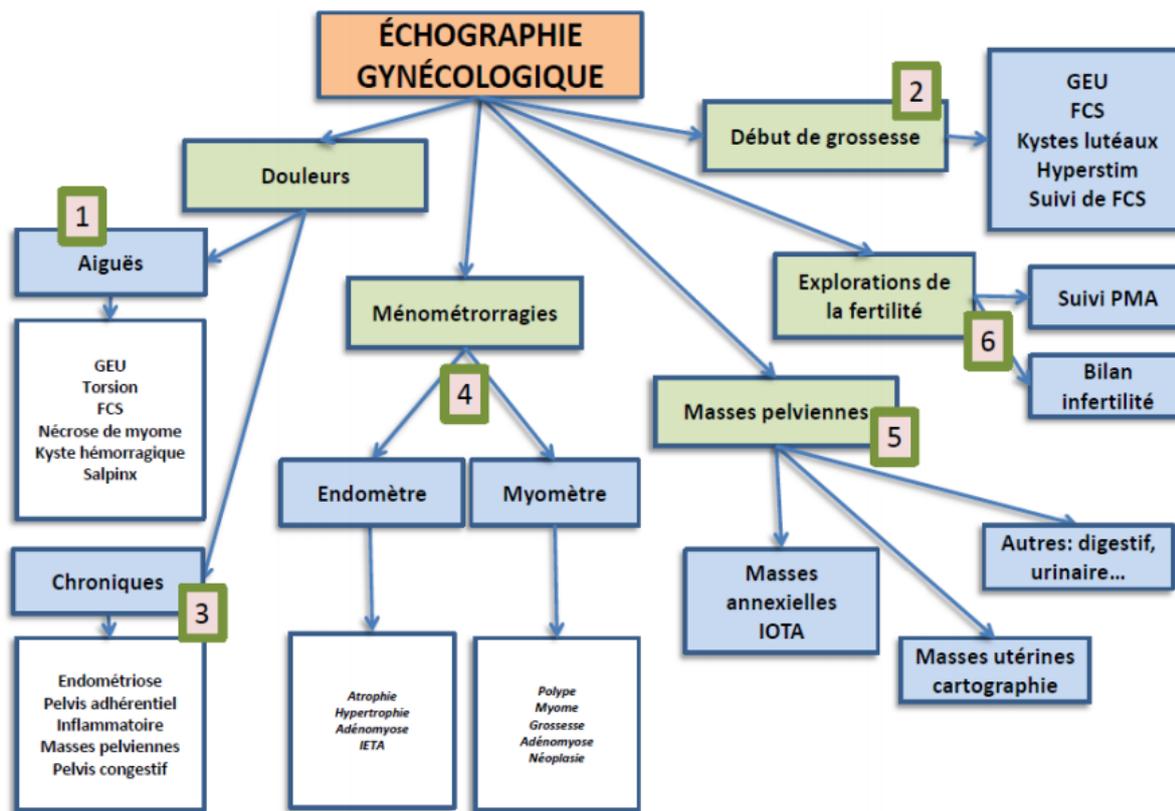


Figure 1: Indication des échographies gynécologiques (22)

Bien évidemment, le médecin généraliste ne pratique pas la gynécologie de manière exclusive, et le nombre d'examen pratiqué chaque année est probablement insuffisant pour garder un haut niveau de compétence dans certains domaines exigeants, comme la recherche d'endométriose profonde. En effet, le maintien d'un bon niveau de compétences nécessite de pratiquer entre 50 et 170 échographies gynécologiques par an, selon qu'on se réfère aux recommandations de la Société Suisse d'Ultrasons en Médecine (25) ou de l'American Institute of Ultrasound in Medicine (AIUM) (26) respectivement.

Une autre liste d'indications qui peut servir de repère est celle issue de la thèse « Sonostétho 1.0 » (7) : Marie Lemanissier s'est attachée dans cette thèse à identifier onze indications d'échographie réalisables par le médecin généraliste. On peut y retrouver deux indications gynécologiques :

- affirmer une image spécifique de grossesse intra-utérine de moins de 11 semaines d'aménorrhée et la date (en cas de suspicion de GEU ou de fausse couche ou de grossesse non désirée)
- devant des métrorragies post ménopausiques, affirmer une image spécifique d'endomètre normal.

Enfin, le Guide du bon Usage des examens d'imagerie médicale (27), dans la catégorie « gynécologie/obstétrique » évoque, en plus des indications citées par le CNGOF, le recours à l'échographie en cas de perte d'un dispositif intra utérin ou de fils de DIU non vus.

E. Place de la pratique gynécologique en médecine générale :

Dans l'organisation du système français, le médecin gynécologue, avec le médecin généraliste et le pédiatre de ville, sont les piliers de l'offre de soin de première intention (3). Mais déjà en 2000 un rapport du CNGOF mettait en avant une carence dans les effectifs de gynécologues, aggravée par le faible nombre d'internes formés chaque année. Selon l'atlas 2016 de la démographie médicale, le nombre de médecin gynécologue a diminué de 37% entre 2008 et 2016, et la tendance risque de se poursuivre au vu de la pyramide des âges dans cette discipline (59,1% des installés ont plus de 60 ans. (28)

A l'instar de ce que l'on peut voir en pédiatrie, où le suivi des enfants se fait très fréquemment chez le médecin de famille, de nombreuses femmes consultent leur médecin généraliste pour des motifs gynécologiques, depuis de nombreuses années. Le rapport du CNGOF de 2000 montrait que le nombre moyen de consultations chez le généraliste pour des états de santé en rapport avec la sphère gynécologique est de 3,6 par femme et par an. Plus du tiers de ces actes est lié à la prise en charge de la contraception, plus de 20% à celle de la ménopause et plus de 18% au suivi de la grossesse.

Cette situation n'a pas échappé aux responsables d'enseignement de la médecine générale qui ont, dès la réforme de l'internat en 2006, intégré dans la formation des internes en médecine générale un stage de 6 mois dans un service de gynécologie

(qui reste cependant facultatif, l'interne pouvant lui préférer un stage de 6 mois en pédiatrie)

Il semble donc que les médecins généralistes soient amenés à assurer un nombre croissant de consultations pour des motifs gynécologiques.

METHODOLOGIE

A. Le type d'étude

Le but de cette étude était de recueillir le point de vue et les représentations de médecins généralistes quant à l'usage de l'échographie en pratique gynécologique. L'enquête qualitative était la plus adaptée à cet objectif, car elle permet le recueil des hypothèses et des idées pour comprendre la perception du sujet par la ou les population(s) cible(s). La méthode des focus group a été choisie car cette technique d'entretien présentait divers avantages par rapport aux entretiens individualisés, notamment celui de permettre de multiples définitions d'une même situation, ou des réponses plus diversifiées, voire innovantes, par rapport au guide préétabli. (29) (30) Nous avons donc décidé d'organiser deux réunions de médecins généralistes franciliens qui ont une activité gynécologique : l'une avec des médecins disposant d'un appareil d'échographie, l'autre avec des médecins exerçant sans échographe.

B. Les Focus Groups

Il s'agit d'entretiens de groupes, qui oscillent entre 4 et 12 personnes, 8 ou 10 étant la moyenne. (31), Soit un nombre suffisamment important pour favoriser une discussion susceptible de générer une dynamique d'interaction, des significations partagées et des plages de divergence. On croit qu'un nombre limité de participants ne favorise pas une confrontation alors qu'un nombre trop important crée une diversion et induit des sous-groupes, augmentant les risques de s'éloigner du sujet. (32)

Le focus group diffère d'un simple groupe de discussion dans le sens où la collecte d'informations se fait grâce à un stimulus ou un guide d'entretien, semi-directif, qui aide à susciter un débat d'opinions. Il est « focalisé » par ce guide d'entretien (29) qui est défini en amont de la réunion, et le rôle de « focalisateur » retombe sur le modérateur (ou animateur) qui doit introduire les thèmes à aborder pour faire émerger les différents points de vue. Le but est de recueillir les perceptions, préférences, valeurs, priorités des personnes constituant les groupes cibles

L'animateur est accompagné d'un observateur qui s'occupe des enregistrements audios des séances et note les aspects non verbaux et relationnels des réunions. L'entretien dure en général entre 1h et 2h.

L'objectif est d'obtenir une dynamique de groupe autour du sujet sans rechercher un consensus ou faire valoir un point de vue. (33)

C. Constitution des focus groups

L'objectif était de recruter pour chaque groupe 6 à 12 médecins généralistes ayant une activité de consultation gynécologique. Dans le premier groupe ces médecins devaient utiliser l'échographie en pratique gynécologique, dans le deuxième groupe ils ne devaient pas en être équipés.

Il a été décidé de se concentrer en priorité sur le premier groupe, car une plus grande difficulté de recrutement était attendue. Un recrutement aléatoire de médecins généralistes n'était pas envisageable dans ce contexte, le pourcentage de profils correspondant aux caractéristiques du groupe étant trop faible il aurait fallu contacter un nombre trop important de médecins. Des demandes par mail ont donc été faites auprès du DIU d'échographie et techniques ultrasonores de Paris Descartes et du DIU de formation gynécologique et obstétrique pour les médecins généralistes, mais les rares médecins ayant répondu ne pratiquait pas la gynécologie, ou au contraire, s'étaient spécialisés en gynécologie médicale via la commission de qualification du conseil de l'ordre. Le recrutement s'est donc fait par le bouche-à-oreille.

Pour le groupe des médecins n'utilisant pas l'échographie, le recrutement s'est fait par le biais du DIU de gynécologie, mais également par le bouche-à-oreille.

D. La grille d'entretien

Avant de se lancer dans la rédaction du guide d'entretien, une analyse de la littérature sur les freins à l'usage de l'échographie mais également sur ses avantages et ses diverses indications, nous a permis d'élaborer un plan d'analyse afin de délimiter le type d'informations attendues. Il s'agit de cerner précisément l'objet d'étude en décrivant et en regroupant de manière logique les thèmes qui devront être abordés.

Le plan d'analyse permet, en outre, de définir le temps imparti à chaque thème et de dessiner ainsi la trame des débats. (33)

Deux guides d'entretien ont été rédigés, avec des différences minimales mais permettant de s'adapter aux caractéristiques de chaque groupe.

Dans le guide destiné aux médecins équipés d'un échographe les thèmes suivants ont été abordés :

- Indications dans lesquelles ils réalisent des échographies
- Indications dans lesquelles ils n'en réalisent pas
- Quel type d'usage ont-ils de leur échographe (Echoscopie ou échographie ?)
- Avantages à l'usage de l'échographie.
- Freins rencontrés à l'usage de l'échographie

Dans le guide destiné aux médecins non équipés, les thèmes suivants ont été abordés :

- Indications théoriques à l'échographie en consultation de gynécologie
- Raisons de l'absence d'équipement
- Palliatifs à l'absence d'échographe
- Avantages éventuels à la possession d'un échographe
- Facteurs pouvant inciter à l'équipement.
- Éléments pouvant conduire à ne plus utiliser l'échographie.

E. Analyse des données recueillies

Les données recueillies sous forme d'enregistrement sonore, étaient retranscrites intégralement sur un support informatique de façon manuelle.

L'analyse a été réalisée sur la base de la réduction phénoménologique en quatre étapes selon la technique de Deschamps.

Les étapes de la réduction phénoménologique

- Tirer le sens général de l'ensemble de la description :

C'est-à-dire effectuer une ou plusieurs lectures flottantes, de manière à se rapprocher à nouveau du phénomène et à s'en saisir de l'intérieur.

- Reconnaître les unités de signification qui émergent de la description :

Le chercheur doit alors découper le contenu du verbatim en autant d'unités que l'on peut en déceler à chaque transition thématique observée lors de la lecture, et cela dans la perspective de chaque participant. Les unités de signification dégagées permettent de remonter du vécu (expérience) vers le concept (structure typique du phénomène étudié). Les unités principales de signification représentent la structure du phénomène.

- Développer le contenu des unités de signification de manière à approfondir le sens qui est contenu dans le matériel :

A cette étape, le chercheur approfondit sa compréhension de l'expérience en traduisant les unités de signification en unités approfondies de signification, c'est-à-dire que le contenu du verbatim correspondant à une unité de signification est alors approfondi par le chercheur grâce à sa connaissance plus générale de la réalité explorée. Il explicite dans ses mots et dans ceux du participant ce qu'il en est de cette partie de l'expérience, dans une optique d'analyse qui permet l'appropriation du sens, sa compréhension, son explicitation et son élaboration. Par exemple, il est possible de séparer le texte analysé en deux colonnes : dans la première colonne, on peut lire dans l'ordre chronologique, les unités de signification des mots des participants et, dans la deuxième, les mêmes unités de signification sont reprises en unités approfondies de signification, explicitées et élaborées. Les unités approfondies de signification représentent la rencontre active du chercheur avec l'expérience.

- Réaliser la synthèse de tous les développements des unités de signification, dans le respect du phénomène considéré, et décrire la structure typique du phénomène :

C'est la dernière phase de la démarche de réduction phénoménologique. Ici, le chercheur doit réunir les unités de signification et les unités de signification approfondies en une description consistante, cohérente, qui prend une forme synthétique. Chaque récit analysé entraîne une description systématique et fidèle des propos de chaque participant, selon la structure qui lui est propre. Le chercheur procède aussi à la synthèse des différents récits par une description générale de la structure typique de l'expérience : on passe alors de la description vers le concept et un niveau de généralité supérieur. Dans sa démarche de réduction phénoménologique, le chercheur peut solliciter le point de vue des répondants, leur

communiquer la description de l'expérience typique et obtenir d'eux une appréciation. Cette étape permet d'approfondir l'analyse.

Pour ce faire, le logiciel N'Vivo a été utilisé : les verbatim ont été importé dans le logiciel, et après une lecture flottant pour s'appropriier le contenu mais aussi la logique des discours et des échanges, ils ont été codés afin de faire émerger toutes les idées qu'ils contenaient. Ces idées ont ensuite été classé en thèmes et sous thèmes afin de structurer les résultats.

Une lecture de la retranscription et une deuxième réduction phénoménologique étaient faites par le Dr François Bloede afin de comparer le codage des données.

RESULTATS

A. Les participants au focus group :

Pour le premier focus group (médecins généralistes utilisant l'échographie), 15 médecins ont été contactés par téléphone, 4 ne correspondaient finalement pas au profil requis, et 3 n'étaient pas disponibles aux dates convenues pour la réunion. 8 médecins ont finalement accepté l'invitation et se sont présentés à la réunion.

Code Médecin	Sexe	Age	Lieu d'activité	Activité gynécologique (déclarée, en % de l'activité totale)
1	Femme	38	Paris	40%
2	Femme	32	Paris	20%
3	Femme	33	Paris	30%
4	Femme	31	Paris	30%
5	Homme	58	Paris	15%
6	Femme	39	Paris	40%
7	Femme	35	Paris	20%
8	Homme	62	Moissy Cramayel	30%

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins du 1er focus group

Pour le second focus group (médecins n'utilisant pas l'échographie), 20 médecins ont été contactés par mail ou par téléphone, 13 ont accepté l'invitation, 3 n'ont pas pu se libérer aux dates proposées pour la réunion. 10 médecins ont finalement accepté l'invitation.

Le jour de la réunion, il y'a malheureusement eu 5 désistements de dernière minute, expliqués en partie par le pic de pollution empêchant à certains véhicules de se rendre sur Paris ce jour-là. Cette deuxième réunion s'est donc tenue avec 5 participants.

Code Médecin	Sexe	Age	Lieu d'activité	Activité gynécologique (déclarée, en % de l'activité totale)
1	Femme	32	Paris et banlieue	50%
2	Homme	36	Est parisien	10%
3	Homme	62	Ville dans le 77	10%
4	Homme	63	Paris	20%
5	Femme	41	Paris	60%

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins du 2e focus group

B. Déroulement des focus group :

J'ai tenu le rôle d'animateur lors des 2 focus groups, et dirigé les débats en suivant le guide d'entretien et en tentant d'exploiter la dynamique de chaque groupe pour amener tous les participants à s'exprimer.

Lors du premier focus group le 14 septembre 2016 réunissant les médecins utilisant l'échographie dans leur pratique gynécologique, mon directeur de thèse, le Dr François Bloede a tenu le rôle d'observateur. 8 médecins généralistes étaient réunis et la séance a duré 1h10.

Lors du deuxième focus group le 6 décembre 2016, avec les médecins non équipés d'échographie, Le Dr Bertrand Bresson a tenu le rôle d'observateur. Ce focus group regroupait cinq médecins généralistes et a duré 1h05

Chaque séance a commencé par la remise de questionnaires sous forme papier et le rappel du déroulement de la réunion, en soulignant l'anonymat des débats et l'importance de la participation de chacun

Après accord oral des participants et rappel des consignes, les discussions ont été enregistrés à la fois sur support informatique et sur dictaphone. La conversation s'est voulue « à bâtons rompus », chaque médecin étant libre d'intervenir au moment où il le souhaitait.

C. Analyse du focus group de médecins utilisant l'échographie

1. Les indications de l'échographie.

- **Datation et localisation d'une grossesse débutante :**

L'ensemble des médecins pratiquait l'échographie dans le cadre d'un début de grossesse pour la datation et la localisation de l'embryon, notamment en pré IVG. C'est la seule indication qui faisait consensus, même si certains participants admettent leurs limites en cas de doute sur une grossesse extra-utérine

Médecin n°6 : localisation je fais, enfin je peux dire si c'est dans l'utérus, après si ce n'est pas dedans, je peux pas le trouver...

Médecin n° 5 : alors moi je fais de l'écho surtout pour de la datation.

- Certaines indications ont montré des divergences entre les médecins du groupe et ont donné lieu à des discussions pour diverses raisons.

Contrôle échographique post IVG : pour certains ils le pratiquent systématiquement, pour d'autres, seulement en cas de stagnation des β hcg au-dessus de 2000.

Médecin n°5 : alors il y'en a qui le font systématiquement mais moi non. Sauf si c'est au-dessus de 2000, la oui (...) mais le contrôle systématique sans beta non. Certains font ça mais je trouve ça vachement dur.

Contrôle échographique après mise place d'un dispositif intra utérin :

Un médecin admet contrôler systématiquement après la pose, pour se rassurer, pratique qu'un autre admet avoir eu à ses débuts.

Médecin n°6 : Moi je n'en pose pas assez (des stérilets), donc les rares que j'ai posé j'ai contrôlé, mais sans cotation, juste pour moi. »

Médecin n°7 : je pose des stérilets, je trouve ça quand même super agréable de pouvoir vérifier systématiquement au début, pour se rassurer. Avec la pratique maintenant je ne le fais pas tout le temps, sauf s'il y'a eu des problèmes pendant la pose.

D'autres ne contrôlent qu'à 1 mois, et dans l'ensemble, les autres médecins ne contrôlent le DIU qu'en cas de souci pendant la pose, de douleurs, ou d'absence de fils visibles.

Observateur : *et le stérilet vous le vérifiez systématiquement ?*

Médecin n°7 : *juste après la pose non, mais à 1 mois, oui.*

Médecin n° 8 : *bah moi je regarde au spéculum, si je ne vois pas les fils, je vérifie.*

Médecin n°1 : *Moi ça m'arrive de faire des contrôles de stérilet, quand je n'ai pas les fils, ou quand elles ont mal*

Surveillance de la grossesse :

En dehors des 3 échographies morphologiques de la grossesse, la plupart des médecins du groupe utilisent l'outil échographique pour assurer le suivi de la grossesse, notamment pour surveiller l'évolutivité en cas de douleurs ou de métrorragies, mesurer le col en cas de contractions utérines. Mais dans tous ces cas, ils admettent que leur examen ne leur sert souvent que de « débrouillage » avant d'adresser la patiente à un spécialiste.

Médecin n°3 : *MAF (mouvements actifs fœtaux) je fais, enfin c'est plutôt pour vérifier l'évolutivité de la grossesse, mais pas le bien être fœtal par exemple... Enfin je ne saurais pas calculer si les poches de liquide amniotique sont assez grandes, mais le rythme cardiaque oui. Métrorragies pendant une grossesse, je ferais une échographie de débrouillage pour vérifier l'évolutivité, mais je n'en ferais pas plus. Pour la taille du col, je vais bientôt être formée.*

Médecin n°4 : *Les MAF oui, et je pensais au score de Manning, ça a dû m'arriver une fois je pense de le faire. Les 3 échos obligatoires évidemment non, la taille du col et l'évolutivité de la grossesse je fais (...) mais de toute façon si je vois quelque chose je lui fais faire en ville...*

Deux médecins préfèrent adresser et ne font donc pas ces examens.

Médecin n°2 : *les MAF je faisais à l'hôpital, mais en ville je n'ai jamais fait, c'est un peu pareil pour le contrôle des métrorragies au cours de la grossesse ou la taille du col (...) j'adresse.*

Métrorragies ou douleurs pelviennes en dehors de la grossesse, explorations de masse pelvienne :

Un seul médecin pratiquait ce genre d'échographie.

Médecin n°1 : *Moi je fais quasiment tout ce qui est hors grossesse (...) sauf pour les bilans de fertilité ou les échos mammaires, ça je ne fais pas.*

Les autres médecins préféraient laisser aux spécialistes le soin de se prononcer, après avoir parfois eux même « jeté un œil » et estimaient que ce genre d'échographie sortait de leurs compétences.

Médecin n°3 : *...métrorragies hors grossesse je ne fais pas, parce que je pense que je ne serais pas assez compétente. Douleurs pelviennes, non plus. Kyste ovarien je ne fais pas, fibrome et bilan de fertilité, je ne fais pas...*

Médecin n° 4 : *Métrorragies et douleurs pelviennes je fais un peu, mais de toute façon si je vois quelque chose je lui fais faire en ville... Je fais un peu pour débrouiller, mais si par exemple je vois un kyste, je préfère que ce soit mieux exploré par un spécialiste.*

Bilan d'infertilité et échographie morphologique de la grossesse

Aucun médecin ne pratiquait d'échographie dans ces indications, considérant qu'elle relève du spécialiste.

2. Dans quels cas la patiente est-elle adressée à un spécialiste ?

Dans certaines indications, on a vu que les médecins interrogés ne pratiquaient pas l'échographie, ou ne pratiquaient qu'une échographie de « débrouillage » avant d'orienter la patiente ; les raisons invoquées étaient en premier lieu le manque de compétences, qui s'exprime de 2 manières :

- Soit ils ne savent simplement pas faire.

Médecin n°3 : *Enfin je ne saurais pas calculer si les poches de liquide amniotique sont assez grandes, ça je ne saurai pas faire*

Médecin n°7 : *La taille du col je ne sais pas faire.*

- Soit ils savent faire mais ne s'estiment pas suffisamment compétent pour conclure de manière formelle

Médecin n° 4 : *Métrorragies et douleurs pelviennes je fais un peu, mais de toute façon si je vois quelque chose je lui fais faire en ville... Je fais un peu pour débrouiller, mais si par exemple je vois un kyste, je préfère que ce soit mieux exploré par un spécialiste.*

« **Médecin n°6 :** *si elle me parle de fibrome, et que je ne le vois pas bien, là je fais compléter quand même. »*

« **Médecin n°1 :** *En général quand je trouve quelque chose d'anormal, je fais compléter par un échographiste heu...*

Médecin n°8 : *...un vrai ! (Rires)*

Médecin n°1 : *oui, enfin spécialisé ! »*

Dans les raisons de ne pas faire l'écho ils évoquent aussi le risque de redondance de l'examen ou son inutilité dans le parcours de soin de la patiente

Médecin n°2 : *si je sais que ma prise en charge ne va pas changer puisque la patiente sera de toute manière vue aux urgences ensuite, je vais pas m'attarder à lui faire une échographie.*

Dans toutes ces situations où l'échographie n'est pas faite par le médecin généraliste, ou qu'il persiste un doute, la patiente est adressée vers un spécialiste ou vers le service des urgences. Dans l'ensemble, les médecins déclaraient avoir un réseau d'échographiste référent pour chaque indication, et en étaient assez satisfaits.

« **Médecin n°3 :** *j'ai un carnet d'adresse pour chaque indication, de centre de radiologie spécialisé. Et si c'est une urgence, elle va directement aux urgences. »*

« **Observateur :** *Et quelles sont vos relations avec les radiologues du coin ?*

Médecin n°1 : *excellente.*

Médecin n°7 : *ha oui, c'est très bien. En plus il y'a beaucoup de femmes, et on a nos référents pour chaque pathologie. On en a même une qui va bientôt venir au cabinet nous faire un petit topo pour faire la différence entre ovaires poly kystiques et ovaire multi folliculaires.*

« **Médecin n°4 :** *Et puis à Paris on peut tellement avoir une écho facilement en centre d'imagerie...*

Cependant, adresser une patiente n'est pas toujours simple, et certains médecins ont relevé quelques difficultés à travailler avec un réseau d'échographiste. Les délais trop longs pour avoir une échographie urgente, le cout trop important chez les

échographistes en secteur 2, ou des problèmes de comportement vis à vis des patientes ont été rapportés.

« Médecin n°8 : oui mais si tu l'envoies faire son écho chez le radiologue du coin, il va devoir payer les 30%, voire plus si c'est en secteur 2...

« Médecin n°7 : au début on est allé voir les radiologues du quartier, et on leur a demandé s'ils pouvaient nous faire rapidement les échos de datation. Ils nous ont dit « pas de problème, vos échos de datation on les prendra tout de suite » et en fait, il y'avait toujours des soucis, des patientes pas toujours bien reçus, à qui on avait montré les images du fœtus, fait écouter les bruits du cœur, alors qu'on notait bien « pour IVG sur l'ordonnance », et puis on avait du mal à les avoir dans les délais...

3. Apport de l'usage de l'échographie :

Les arguments en faveur de l'usage de l'échographie étaient nombreux. L'ensemble des médecins estime qu'elle bénéficie à la fois au médecin et aux patientes.

a) Apport de l'échographie pour le médecin qui la pratique

Pour tous, il existe avant tout un intérêt personnel pour l'échographie, qui apporte un peu plus de variété dans l'exercice de la médecine générale. Certains avouent même ne plus pouvoir se passer de cet outil. Il semble par ailleurs indispensable en pratique gynécologique selon plusieurs participants, apportant une aide au diagnostic et permettant une prise en charge plus globale des patientes

Médecin n°2 : Et puis je trouve que ça apporte un truc en plus à la pratique, c'est un geste en plus...

Médecin n°4 : Moi je cherchais vraiment un endroit où il y'avait un échographe pour travailler, parce que j'adore l'écho gynéco, et puis ça s'inscrit dans la démarche diagnostique de la gynéco. C'est ce que j'aime vraiment, on fait l'interrogatoire, l'examen clinique, et avec l'écho on fait le diagnostic. On peut éliminer le kyste, la grossesse... ça permet aussi de rassurer les patientes.

Médecin n°8 : moi j'ai fait le DIU d'échographie, et donc forcément après tu as envie de pratiquer (...) Et quand tu as pris l'habitude, c'est vachement dur de s'en passer.

Médecin n° 6 : *Je trouve ça difficile de faire de la gynéco sans échographie. On peut le faire, mais par rapport aux débuts de la grossesse ou à l'IVG c'est indispensable. C'est une aide au diagnostic...*

L'autonomie qu'apporte la pratique de l'échographie étaient mises en avant par la plupart des participants, notamment dans la prise en charge de l'IVG en évitant d'adresser la patiente pour l'échographie de datation, puis de la revoir ensuite.

Médecin n°6 : *Pour l'IVG pareil, au lieu de l'envoyer faire l'écho en ville, on fait la datation nous-même ça avance les choses.*

Médecin n°5 : *bah moi, faisant beaucoup d'IVG, c'était une volonté de devenir autonome, et de donner une réponse globale à la patiente, par rapport à l'IVG médicamenteuse.*

Le fait de pouvoir facilement « se rassurer » au moyen d'une image échographique était un autre argument en faveur de l'échographie : après une pose de stérilet ou sur de faibles métrorragies en tout début de grossesse par exemple.

Médecin n°7 : *je pose des stérilets, je trouve ça quand même super agréable de pouvoir vérifier systématiquement au début, pour se rassurer*

En outre on peut noter que le sujet du gain financier que pourrait apporter l'usage de l'échographie n'a pas été abordé par les participants.

b) Apport de l'échographie pour les patientes.

L'ensemble des médecins considérait qu'ils apportaient un vrai service à leurs patientes grâce à leur pratique de l'échographie, notamment en leur simplifiant le parcours de soin : le fait de pouvoir faire l'échographie dans le même temps que la consultation évite aux patientes de devoir reprendre un rendez-vous avec un deuxième interlocuteur et de dépenser plus d'argent

Médecin n°5 : *Si une femme peut trouver un endroit où elle peut tout faire d'un coup elle y va plus facilement.*

Médecin n°7 : *Maintenant l'avantage que j'y vois c'est que ça simplifie vraiment la vie des patientes pour l'IVG, ça leur enlève une étape difficile...*

Médecin n°3 : *pour les IVG c'est un vrai confort de pouvoir faire l'échographie de datation de la patiente qu'on va suivre, elle ne va pas devoir raconter son histoire 500 fois, il n'y a pas de jugement, pas de problème...*

Médecin n°8 : *oui mais si tu l'envoies faire son écho chez le radiologue du coin, elle va devoir payer les 30%, voire plus si c'est en secteur 2...*

L'usage aisé de l'échoscopie, que ce soit après une pose de stérilet pour vérifier son positionnement, ou en début de grossesse pour voir le rythme cardiaque embryonnaire ou explorer de légères métrorragies, était plébiscité par les participants car il permet de rassurer la patiente dans bien des situations.

Médecin n°1 : *L'avantage c'est surtout la satisfaction des femmes, que ce soit au cours d'une IVG, pendant la grossesse, ou même en gynéco, pour rassurer des patientes très anxieuses... parfois je leur fais pour leur montrer que tout va bien, alors que j'ai déjà mon avis sur la question. Visualiser les choses ça les rassure.*

Médecin n°6 : *Une femme qui vient pour des petites métrorragies en début de grossesse c'est un peu frustrant de l'envoyer aux urgences, alors qu'on pourrait juste avec un coup d'écho la rassurer...*

Médecin n°8 : *Si tu vois qu'elle est enceinte, tu mets quand même un coup d'écho, voir s'il y'a un cœur qui bat, ne serait-ce que pour la rassurer.*

4. Freins à l'usage de l'échographie.

Même s'ils pratiquent quotidiennement l'échographie, plusieurs freins à son usage sont évoqués par les participants de ce premier focus group.

a) La responsabilité :

Le problème de la responsabilité a été longuement débattu au cours de la réunion et semble être un sujet auquel tous les médecins accordent beaucoup d'importance. La possibilité d'un procès et la peur de passer à côté d'un diagnostic étaient des sujets abordés par certains participants.

Médecin n°1 : *C'est mon angoisse, tu vois. Je lui regarde les ovaires, mais je suis même pas sûr de ne pas passer à côté de quelque chose. (...) Si je rate quelque chose, même s'il n'y pas de procès je m'en voudrais trop pour continuer. »*

Animateur : *et quels éléments pourraient vous faire arrêter de faire des échographies ?*

Médecin n°1 : *un procès.*

Médecin n°8 : *un petit procès oui, ça refroidit. »*

Observateur : *et la peur du procès ça pourrait vous retenir de faire de l'écho ?*

Médecin n°1 : *oui, c'est d'ailleurs sûrement ce qui m'a fait retarder l'achat de l'appareil... c'est mon angoisse.*

Aucun d'entre eux n'a cependant eu de difficultés à se faire assurer pour leur responsabilité civile professionnelle, et ils n'ont eu aucune surprime à assumer.

Médecin n°1 : *moi je suis au sou médical je leur ai dit ce que je faisais, ils m'assurent, et ça n'a pas changé ma prime. (Acquiescement général, « moi non plus » « pareil » ...) Ils m'ont juste demandé un appareil de moins de 7 ans, et la facture de l'appareil.*

Médecin n°8 : *Moi on m'a demandé ce que je faisais mais sans justificatifs... »*

Cette question de la responsabilité a déclenché un vif débat autour des questions d'échoscopie ou d'échographie : certains médecins considéraient que la pratique échoscopique, sans cotations ni compte rendu, engageait moins le médecin.

Médecin n°8 : *C'est vrai que si tu cotes, ta responsabilité est plus en jeu*

Médecin n°1 : *Et je me dis, si je ne cote pas, c'est pas opposable si ? Parce que si la dame elle dit, « regardez, j'ai eu une écho, j'ai bien payé une écho » t'es coincé...*

Tous restaient cependant bien conscient de leurs limites et affirmaient ne jamais s'aventurer dans des examens trop complexes pour eux. Un médecin affirmait qu'il prévenait systématiquement ses patientes qu'il n'était pas un « vrai échographiste »

Médecin n°6 : *après il faut savoir où sont ses limites, et adresser si on a un doute, pour pas prendre de risques si on a peur des conséquences...*

Médecin n°4 : *moi ce qui peut me freiner c'est surtout que si je ne me sens pas légitime, pas assez doué, je préfère ne pas faire.*

Médecin n°7 : *Bah moi par rapport à ça, je ne me présente jamais comme un vrai échographiste et je leur conseille toujours d'aller voir un vrai spécialiste si j'ai un doute... parce que des fois j'ai des patientes qui viennent juste pour faire une écho comme ça, et on doit leur dire qu'on est pas vraiment radiologue, qu'on fait de la médecine générale avec de l'écho si besoin mais voilà quoi...*

b) Le problème financier :

Les couts liés à l'équipement et l'entretien de l'appareil d'échographie, étaient un frein avancé par plusieurs médecins, mais si l'un d'eux considérait que pour de l'échoscopie, des machines à moindre cout étaient suffisantes

Médecin n°3 : *Un autre frein ce serait le cout d'investissement...*

Médecin n°8 : *Pour le cout d'achat, je ne suis pas trop d'accord, on trouve des bonnes machines d'occasion pas trop cher, pour notre utilisation c'est souvent suffisant. Je crois qu'en plus ça a tendance à baisser. Aujourd'hui pour 20000euros tu as un appareil neuf, et en occasion à 5000 euros.*

Médecin n°5 : *pour le cout de l'appareil je ne suis pas trop d'accord. J'ai cherché des appareils d'occasion je n'ai jamais trouvé... j'ai trouvé un appareil chinois mindray, 20000euros, enfin je paye 300euros par mois pendant 5 ans.*

Ce problème du prix élevé de la machine était d'autant plus important à leurs yeux que les cotations existantes, pour permettre d'envisager une rentabilité, ne sont pas adaptées à leur pratique.

Médecin n°1 : *comme on n'a pas beaucoup de possibilités de cotation, la réflexion elle était là. C'est difficile de l'amortir dans notre pratique...*

Ce problème de la cotation a été à plusieurs reprises abordé. Un médecin déclarait ne pas coter ses échographies, mais prendre parfois un petit dépassement d'honoraire, tandis que les autres praticiens utilisent les cotations CCAM en admettant qu'elles ne sont pas toujours justifiées. Par exemple un des médecins expliquait qu'il utilisait la cotation de l'échographie pelvienne pour un simple contrôle de stérilet 1 mois après la pose.

Médecin n°1 : *Soit je décide de ne jamais coter mes échos, mais je paye un leasing de 400€ par mois, donc il faut que je rentre dans mes frais... Même si je ne gagne pas d'argent, il faut que je rentre dans mes frais, donc voilà. Faire des DE ça m'embête, j'ai beaucoup de patientes jeunes, étudiantes...*

Médecin n°4 : *mais c'est un des problèmes qu'on a en tant que médecin généraliste, c'est qu'on a pas les cotations qui correspondent à notre pratique, et du coup on se retrouve à faire du bidouillage qui ne correspond à rien...*

Médecin n°8 : *mais c'est vrai que si on avait des cotations qui conviennent à notre pratique, une échographie « contrôle de stérilet » par exemple, bah on ferait juste ça, ce serait plus simple. (...) Je ne cote pas, mais si je m'en sers (de l'échographie), ça m'arrive de faire un petit dépassement. Au lieu de 23 je prends 30euros.*

c) La formation.

Seuls 2 médecins déclaraient avoir suivi une formation échographique (par les cours du Pr Bourgeois), les autres, plus jeunes, s'étaient formés au cours de leur internat. La majorité regrettait l'absence de formation ciblée, pour la gynécologie uniquement.

Médecin n°3 : *Un autre point négatif c'est la formation. Parce qu'il faudrait une formation d'échographie pour le médecin généraliste, ça serait top. Parce que le DIU complet d'échographie sur 2 ans (...) Mais les échographies pour les kystes, les douleurs pelviennes, les fibromes, là une formation ça serait bien.*

Médecin n°4 : *moi ce qui peut me freiner c'est surtout que si je ne me sens pas légitime, pas assez doué, je préfère ne pas faire. Donc la formation en fait, c'est le frein.*

Médecin n°7 : *Pour revenir à ta question c'est vrai que ce qui ferait étendre l'usage de l'écho c'est évidemment la formation, et loin devant tout le reste...*

Cependant les 2 médecins qui avaient suivi les cours du Pr Bourgeois considéraient que cette formation était relativement adaptée

Médecin n°8 : *mais Bourgeois c'est ça qu'il fait, c'est son cheval de bataille. C'est prévu pour les généralistes.*

Deux médecins d'un même cabinet déclaraient avoir pris les devants et organiser eux même leur formation avec des radiologues.

Médecin n°7 : *On a même une radiologue qui va bientôt venir au cabinet nous faire un petit topo pour faire la différence entre ovaires poly kystiques et ovaire multi folliculaires.*

d) La perte d'identité de médecin généraliste.

Un médecin évoquait le fait que le rôle de médecin généraliste lui tenait à cœur, et qu'il ne voulait pas avoir une pratique trop importante de l'échographie pour ne pas perdre cette identité

Médecin n°8 : *moi ce qui me choque un peu c'est qu'on est échographiste mais surtout médecin généraliste. Echographiste médecin généraliste c'est utiliser l'échographie comme on utilise d'autres outils, comme l'ECG, mais dans le cadre de la médecine générale. Donc si on fait de l'échographie stricto sensu, on met une plaque échographiste, et on fait que ça. (...) Ce n'est pas uniquement parce que c'est chiant et chronophage mais parce que je veux garder mon rôle de généraliste.*

e) La voie endovaginale

Bien que l'échographie ne soit pas un acte invasif, la voie endovaginale souvent nécessaire à un bon diagnostic est trop intrusive pour un des médecins, et donc difficile à mettre en application de manière non programmée. Les autres médecins ne semblaient pas en accord avec cela, et estimaient que cela n'était pas vraiment un problème.

Médecin n°8 : *je voulais parler d'un autre frein en écho gynéco, c'est l'écho endovaginale. (...) moi je me sers de l'écho comme un stétho, donc je veux pas devenir invasif... Elles ouvrent la ceinture et c'est tout. Alors oui quand on pose un stérilet ça va, parce qu'elles y sont préparées, mais ça m'ennuie pour une femme qui vient juste pour une douleur abdo, de, voilà quoi...*

Médecin n°5 : *moi pour les datations j'ai essayé par voie abdo, mais je ne vois rien... Donc en endovaginale, je fais les choses bien, je mets un drap pour cacher la patiente...*

D. Analyse du focus group de médecins n'utilisant pas l'échographie

1. Les indications de l'échographie :

- L'échographie pré IVG

L'ensemble des médecins reconnaissait que l'usage de l'échographie serait dans ce contexte utile à leur pratique. C'est la seule indication qui a fait l'unanimité.

Médecin n°2 : *ce qui me servirait vraiment c'est la datation pour les IVG parce que j'en fais pas mal.*

Médecin n°4 : *Très clairement, si je m'équipais... Enfin, l'endroit où ça me manque vraiment c'est la même chose que ce que vient de dire N°2, c'est à dire datation pré IVG.*

- Contrôle de stérilet.

3 médecins estimaient que dans cette indication l'échographie leur serait bénéfique, en cas de douleurs, de pose difficile ou douloureuse, ou de fils non visibles à l'examen sous spéculum. 2 médecins n'étaient pas d'accord avec ces indications, et ne faisaient jamais pratiquer d'échographie dans ce contexte.

Médecin n°1 : *Alors moi je pose beaucoup de stérilet donc ça peut arriver soit pour vérifier une pose de DIU, au moment de la pose ou plus tard dans la surveillance.*

Médecin n°5 : *Après la pose du stérilet, soit parce que la pose a été un peu rock'n roll, soit parce que je vois pas les fils ou parce qu'il y'a des douleurs... enfin tout ce qui ne rentre pas dans le « tout va bien ».*

Médecin n°3 : *je rajouterai en cas de disparition des fils du stérilet (accord général) afin de vérifier s'il est là ou s'il n'est plus là.*

Médecin n°2 : *Pour les stérilets il n'y a à ma connaissance aucun indication à contrôler par échographie, donc je n'en fais jamais faire.*

La distinction était faite entre l'échoscopie de contrôle, dans le même temps que la pose du DIU, qui ne devait pas donner lieu à une cotation, et l'échographie à distance, dans des indications plus précises, que les médecins prescrivaient à leurs patientes.

Médecin n°2 : *bah y'a aussi des gynécos qui le font systématiquement (à propos du contrôle de pose de stérilet)*

Médecin n°3 : *oui mais c'est différent, si t'as la sonde tu fais un coup et puis voilà...*

Médecin n°3 : *les sages-femmes chez nous elles le font systématiquement...*

Médecin n°1 : bah oui mais quand tu as l'appareil c'est tellement facile...

Médecin n°3 : oui mais là elles ne font pas, elles prescrivent... les nanas elles sont obligées de prendre un rendez-vous, chez un échographiste qui est souvent secteur 2...

- **Suspicion de GEU**

Même s'ils pensaient que l'échographie pouvait être un atout dans cette situation, l'ensemble des médecins évoquaient la difficulté de cet examen, et préféraient orienter la patiente vers un référent (urgences, gynécologue spécialiste ou échographiste)

Médecin n°5 : *Bah si tu as l'appareil d'écho, et que tu as une suspicion de GEU parce que tu as grossesse, douleurs, et cætera, tu peux faire l'écho.... Mais que tu vois tout bien ou tout pas bien, il faut quand même avoir l'avis d'expert. puisqu'à partir du moment où tu y penses tu es quand même obligé d'aller au bout de la démarche...*

Médecin n°4 : *c'est comme quand tu penses à l'infarctus, c'est pas la peine de faire un ECG, puisque tu appelles le SAMU...*

Médecin n°3 : *mais à moins d'être sûr de ce qu'on peut voir à l'écho... parce que le problème de la GEU c'est que tu peux avoir quelque chose de très beau en intra utérin, ça ne t'empêche pas qu'il y'ait des choses qui se baladent à coté...et si tu ne sais pas voir le à coté... c'est pas évident. (...) moi je ne suis pas sûr que c'est moi qui la ferait, parce que... c'est compliqué.*

- **Autres indications :**

Un médecin estimait qu'un des usages qu'elle pourrait faire de l'échographie serait la surveillance des kystes fonctionnels, mais un autre n'était pas certain de la facilité de cet examen et préférait le laisser aux spécialistes.

Plusieurs citaient l'usage de l'échoscopie pour « débrouiller » certaines situations, en cas de toucher vaginal anormal ou de douleurs pelviennes.

Médecin n°4 : *Et puis si j'avais l'appareil, mais là c'est l'outil qui crée la fonction, j' imagine que j'irai regarder quand j'ai des douleurs ou quand j'ai un toucher qui n'est pas parfaitement normal... dans du débrouillage de choses pas claires, de la même manière que je peux parfois faire des ECG sur des douleurs où je ne pense pas qu'elle soit cardiaque et où j'ai besoin de me rassurer.*

Comme pour le premier groupe, les médecins n'envisageaient pas un instant de s'occuper des échographies morphologiques de grossesse. Ils n'ont par ailleurs pas évoqué les bilans d'infertilité.

Certains médecins suggéraient qu'une fois l'appareil d'échographie à disposition, les indications dans lesquelles ils seraient amenés à l'utiliser pourraient être plus variées, et cela pour deux raisons :

- Plus on pratique des échographies et plus on devient compétent.

Médecin n°5 : *Après je ne suis pas sûr que la pathologie ovarienne soit facile et je pense qu'il faut laisser ça vraiment aux spécialistes. Mais peut être que dans 5 ou 10 ans, vu que plus on fait de l'écho plus on... enfin je ne sais pas.*

- L'outil crée le besoin, donc on peut être plus souvent tenté d'utiliser l'appareil d'échographie, vu sa facilité d'usage.

Médecin n°4 : *Et puis si j'avais l'appareil, mais là c'est l'outil qui crée la fonction, si j'avais l'appareil j'imagine que j'irai regarder quand j'ai des douleurs ou quand j'ai un toucher qui n'est pas parfaitement normal...*

Médecin n°5 : *Peut être que comme on disait, l'outil va créer le besoin d'aller plus souvent faire des explorations pour des douleurs ou des anomalies à l'examen clinique. (...) c'est vrai que le fait d'avoir l'appareil, ça va être plus facile de mettre la sonde, quitte à l'adresser ensuite au spécialiste expert*

2. Alternative à l'échographie

Les participants ont tous déclaré avoir un réseau d'échographistes à proximité de leur cabinet. Plusieurs ont mis en avant les compétences des sages-femmes dans ce domaine.

Médecin n°2 : *Alors moi je travaille beaucoup avec des sages-femmes échographistes pour 2 raisons principales, la première c'est qu'elles sont très rapides et font des comptes rendus de très bonne qualité, et donc en fait ça fait 3 raisons puisque l'autre intérêt c'est le cout pour les patientes.*

Médecin n°1 : *alors moi je travaille à 2 endroits, et dans le 93 j'ai beaucoup recours aux sages-femmes pour (les échos de) grossesse et IVG.*

Les autres référents cités étaient les centres de radiologie, les médecins échographistes en cabinet, en secteur 1 ou secteur 2 et les urgences, et étaient jugés satisfaisants.

Médecin n°4 : *j'ai un médecin qui s'est installé, qui ne fait que de l'écho, qui est très sympa, très rapide, tu marques « sécurité sociale » et il applique le tarif, il est très aimable, donc pour les datations il est très rapide, on échange vite...*

Médecin n°3 : *moi j'ai 2 gynécos qui ont monté un cabinet d'échographie dans une autre ville, ils ne font que des échos, donc ils sont assez accessibles, et pour les échos vraiment gynécos je leur envoie mes patientes...*

Quelques médecins estimaient cependant qu'adresser une patiente pour une échographie n'est pas une tâche aisée. Le choix du référent dépend en effet de nombreux critères, et ceux cités plus haut ont chacun leurs avantages et inconvénients. Certains étaient jugés peu accommodants, pas assez compétents, peu humains, trop chers ou tout simplement trop éloignés du lieu d'exercice.

Médecin n°5 : *j'ai un centre de santé à cote qui font des échos...de merde ! Donc je dis aux patientes « n'y allez pas », alors c'est horrible de dire ça mais bon...*

Médecin n°1 : *moi j'ai une échographiste qui est à 2 minutes du cabinet, qui est secteur 1, qui a des places hyper rapides, mais alors je dois prévenir les patientes, parce que son rapport avec les patientes est un peu spécial.*

Le problème des échographistes secteur 2 a été évoqué, notamment pour la prise en charge des patientes les plus défavorisées, et un médecin s'inquiétait de la disparition des échographistes secteur 1

Médecin n°5 : *Moi j'ai un bassin de vie ultra privilégié, mais j'ai tout de même des patientes défavorisées, et j'ai des échographistes qui sont à 10 minutes à pied, mais secteur 2, et quand je marque « tarif sécurité sociale » et que j'appelle, ils arrivent à faire un geste mais difficilement, ce qui est un vrai problème (...) Mais c'est toujours le problème du secteur, parce que prendre 120euros l'échographie juste pour voir si c'est intra utérin...*

Médecin n°3 : *les nanas elles sont obligées de prendre un rendez-vous, chez un échographiste qui est souvent secteur 2, ça leur coute cher...*

Médecin n°1 : *Dans mon cabinet à Paris, on ne travaille qu'avec des échographistes secteur 1, qui se réduisent un peu comme peau de chagrin... donc j'essaye de faire avec ce carnet d'adresse qui est relativement réduit, en fonction des dates, de l'urgences...*

Les urgences gynécologiques, bien qu'assez accessibles étaient critiquées par un des médecins car les échographies y sont faites par des internes.

Médecin n°2 : *Concernant les urgences moi j'ai un peu de mal avec les urgences gynécologiques parce que j'ai appris que c'était les internes qui faisaient les échos et souvent les internes de médecine générales donc j'essaye d'éviter au maximum*

3. Apport potentiel de l'usage de l'échographie

Un médecin envisageait de s'équiper prochainement d'un appareil d'échographie, et trois autres s'étaient intéressés au sujet mais s'étaient finalement abstenus. Le dernier ne semblait pas s'être posé la question.

Médecin n°5 : *Oui. Ça sera ma mission 2017, de m'équiper et de me former, ou de me former puis de m'équiper*

Médecin n°1 : *alors moi je suis dans une maison de santé, on a justement discuté de savoir si on avait intérêt ou pas de s'équiper d'un appareil d'écho. Pour l'instant la réponse a été non*

La principale raison évoquée qui pouvait motiver à utiliser l'échographie était la simplification du parcours de soin pour la patiente : le moindre cout et le fait d'avoir un interlocuteur unique, sans devoir prendre un second rendez-vous permettrait aux patientes les moins favorisées de ne pas être perdus de vue, selon plusieurs des médecins.

Médecin n°5 : *le fait d'avoir l'écho au cabinet pour les datations de grossesse et cætera, ça permet d'avoir pour les patientes, à moindre cout, sans changer de docteur, juste la réponse...*

Médecin n°4 : *je pense que si on revient sur les inégalités sociales de santé, il y'a quand même un intérêt à avoir l'appareil (...) on sait très bien qu'il y'a un certain nombre de personne qui sur des douleurs ou des saignements n'iront pas plus loin s'il faut aller encore chez quelqu'un d'autre, ou payer encore quelque chose...*

Les autres arguments évoqués était le fait d'être plus autonome, d'obtenir plus rapidement la réponse à une suspicion diagnostique, et enfin de varier l'activité de médecin généraliste

En revanche, le gain financier n'était clairement pas une raison de s'équiper, puisque les participants estimaient qu'il était quasiment impossible de dégager un revenu grâce à l'échographie.

Médecin n°4 : *on ne peut même pas te parler de sources de revenus, parce qu'encore une fois, avant que ça ne devienne de revenus, il faut déjà changer l'appareil.*

4. Les freins à l'usage de l'échographie :

a) Le problème financier

Les inconvénients à l'usage de l'échographie qui ont été cités sont nombreux. Tout d'abord, le cout trop important de la machine et la difficulté à la rentabiliser semblait en inquiéter certains. Le médecin qui prévoyait de s'équiper était le seul à ne pas s'en inquiéter.

Médecin n°4 *Mais dans la réalité, si ça coute 15000 euros en moyenne pour avoir un matériel correcte (...) même si je fais beaucoup d'IVG, des datations et que je cote, il va falloir que j'en fasse une tripotée pour arriver juste à rembourser le truc, même si ça me fait des impôts en moins... Donc dans le calcul, je suis nul en calcul, mais je pense qu'il faudrait qu'on en fasse énormément pour...*

Médecin n°1 : *alors moi je suis dans une maison de santé, on a justement discuté de savoir si on avait intérêt ou pas de s'équiper d'un appareil d'écho. Pour l'instant la réponse a été non, pour un peu toutes les raisons qu'on a évoqué, à savoir le cout, la rentabilité, la cotation...*

Médecin n°5 : *Moi je vais m'équiper dans les 18 mois, je ne pense pas que le cout de l'appareil soit un frein...*

Quelques médecins croyaient savoir que les assureurs pour la responsabilité civile et professionnelle pratiquent une surprime importante pour l'usage de l'échographie. Propos encore une fois pondéré par le médecin qui souhaitait s'équiper.

Médecin n°3 : *Quand tu fais de l'écho tu dois t'assurer, et quand tu vois les assurances des gynécos qui font des échos, c'est un vrai problème (...) Donc si tu fais des échos tu es obligé de t'assurer. Donc il n'y a rien d'économique...*

Médecin n°5 : *Je pense que le problème de l'assurance c'est surtout pour l'échographie obstétricale, pas pour l'écho gynéco simple. Enfin il y'a peut-être une petite prime.*

Le problème de la cotation des actes a également été évoqué. Ils semblaient bien conscients du fait que l'échoscopie ne permet pas à ce jour de coter un acte et de

dégager un revenu, et estimaient qu'il était nécessaire de pratiquer des actes codifiés pour permettre au moins de rentabiliser leur appareil.

Médecin n°4 : *une des questions dont on n'a pas encore parlé c'est à partir de quel moment tu fais juste un coup de sonde, et à partir de quel moment tu cotes...*

Médecin n°5 : *si c'est juste pour écouter des BDC fœtaux à 12sa parce que tu galères, tu ne vas peut-être pas coter juste pour faire un coup de sonde...*

Médecin n°3 : *tu disais tout à l'heure coter ce n'est pas le problème, mais bien sûr que si, parce que quand tu sais le prix de l'appareil, si tu veux t'équiper il faut au moins pouvoir le rembourser. (...) à partir du moment où tu fais un geste technique tu le cotes, y'a pas de raison de leur faire cadeau de quoique ce soit.*

b) La formation

Les médecins interrogés ne semblaient pas être au fait des formations actuellement proposées et ne se sont pas étalés sur ce sujet, en relevant toutefois que l'absence de formation adéquate était un frein à l'apprentissage de l'échographie et à sa démocratisation.

Médecin n°5 : *J'ai vu les programmes de DU et il y'a des trucs de pathologie fœtale, et ce n'est pas de mon niveau ! Ça ne me concerne pas ! Je n'ai rien à faire avec ce genre d'échographie. Et on voudrait tous faire une formation qui dure pas une journée par semaine ou par mois pendant X mois, mais qui soit peut-être assez courte et très pratique.*

Ils étaient également conscients que le maintien d'un bon niveau de compétence nécessite de pratiquer un nombre d'acte conséquent chaque année.

c) La prévalence des actes échographiques

Un médecin relevait le fait que la prévalence des actes échographiques qu'il serait en mesure de pratiquer n'était sans doute pas assez importante pour conserver une compétence suffisante.

Médecin n°2 : *bah en faisant une fois par semaine l'écho, je ne suis pas sûr d'être compétent...*

d) La perte d'identité de « médecin généraliste »

Plusieurs médecins ont fait part de leur attachement à leur rôle de médecin généraliste, et craignaient de perdre cette identité par la pratique de l'échographie, en raison de l'importance que cette activité échographique risquerait d'avoir.

Médecin n°5 : moi ce qui m'embêterait si je me mettais à faire de l'échographie c'est de faire encore moins de médecine générale, parce que je suis généraliste dans l'âme, et ça m'embêterait de ne plus voir que des bonnes femmes

Médecin n°2 : c'est juste mon opinion mais pour le coup, si on veut être compétent en échographie, on est obligé d'en faire beaucoup et donc on perd la compétence de médecin généraliste. (...) je pense que l'identité professionnelle c'est un élément important.

E. Résumé des avantages ressentis, évoqués au cours des deux focus groups.

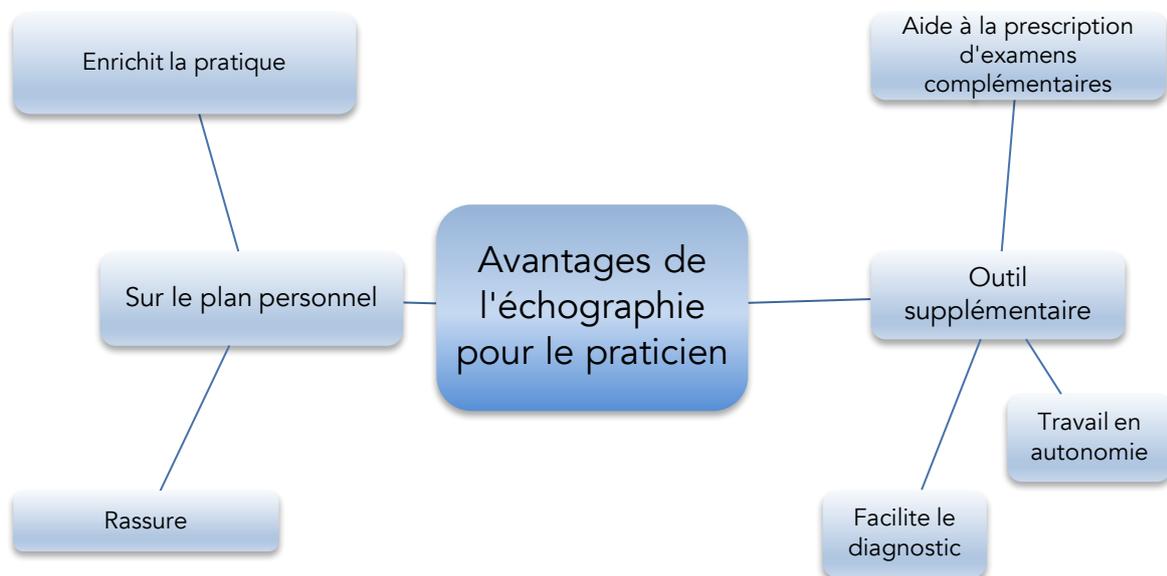


Figure 2 : Thèmes et sous thèmes - Intérêts de l'échographie pour les praticiens

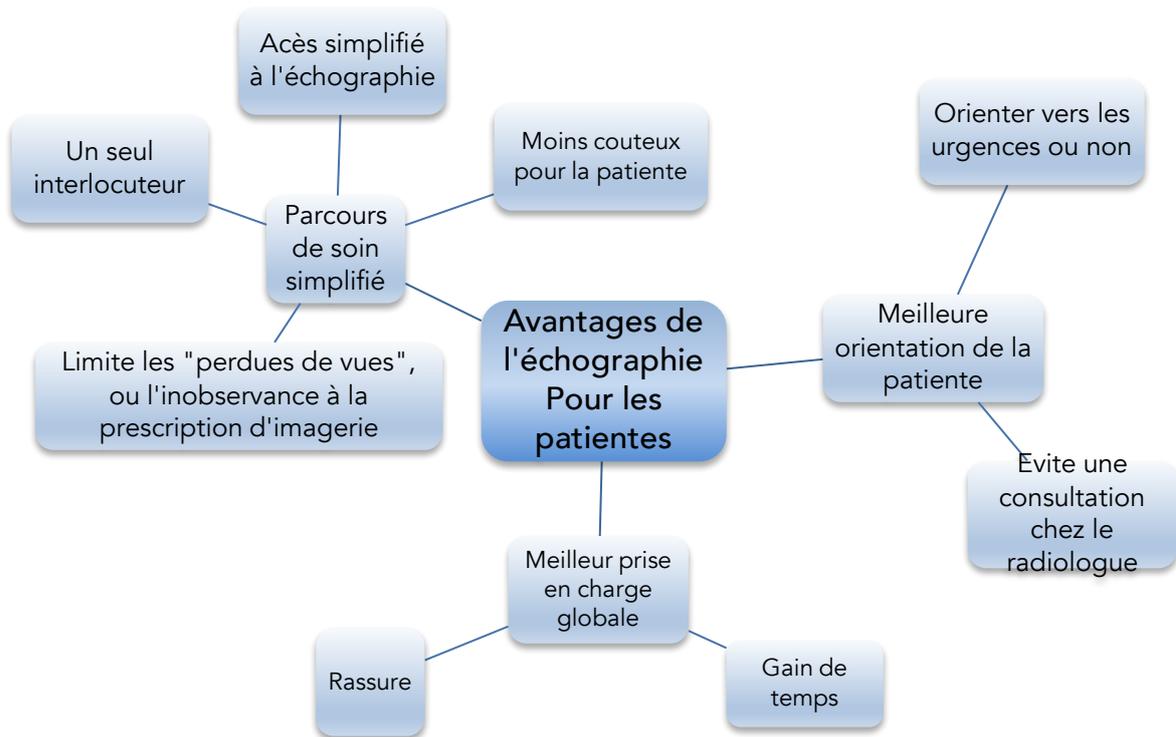


Figure 3 : Thèmes et sous thèmes - Intérêts de l'échographie pour les patientes

DISCUSSION

A. Forces et faiblesse de l'étude.

Contrairement aux études quantitatives, qui ne répondent qu'aux questions que l'on se pose, le type d'étude qualitative proposé ici permet de soulever de nouvelles questions, et d'explorer des problématiques qui n'avaient pas été anticipées. La méthode du focus group permet par la discussion de groupe d'explorer de nombreuses facettes d'une problématique, et nous a donc semblé la plus adaptée pour notre sujet.

Idéalement, 3 ou 4 focus group sont nécessaires pour répondre au principe de saturation du contenu. Nous avons pu organiser seulement 2 groupes, en raison des difficultés de recrutement et des lourdeurs organisationnelles qu'impose ces réunions. Nous avons cependant choisi de former des groupes avec des populations légèrement différentes, permettant une confrontation des résultats. La dynamique des deux réunions a offert une grande richesse d'opinion et de ressentis, bien que certains thèmes n'aient peut-être pas été abordés.

La seconde réunion ne comptait que 5 médecins ce qui peut sembler peu en regard de certaines recommandations sur les focus group. Cependant certains auteurs (30) évoquent le nombre de 4 participants minimum. En outre, malgré le moindre effectif du second groupe, la durée et la densité des verbatim est comparable dans les deux groupes.

Les médecins ayant été recrutés sur la base du volontariat, on peut penser qu'ils étaient intéressés et sensibilisés au sujet. Cela a donc pu conduire à un biais de recrutement. Cela est surtout vrai dans le groupe des médecins qui ne font pas usage de l'échographie. Leur motivation pour venir discuter et éventuellement se renseigner sur ce thème aurait pu limiter leurs opinions négatives. Ce biais semble en fait inhérent à tous les focus group réalisés dans le cadre d'études médicales, où les participants sont toujours au courant du sujet sur lequel se tiendra la réunion.

L'ensemble des médecins des deux groupes avaient un exercice en milieu urbain, et la grande majorité dans Paris. Certains problèmes évoqués sont donc sans doute typiques de l'exercice dans la capitale.

Le rôle d'animateur des deux focus group était tenu par l'étudiant thésard, qui était novice dans cette discipline. Cela a pu introduire un biais d'intervention, à la fois par la méthode de questionnement que par la difficulté de rester neutre au cours des échanges.

De la même manière, au cours de l'analyse des données, les propres représentations de l'étudiant sur l'usage de l'échographie ont pu générer un filtre de lecture, mettant plus facilement en avant les discours qui vont dans le sens de ses convictions. Ce biais a pu être limité par la comparaison avec le deuxième codage réalisé par le directeur de thèse.

Enfin, l'originalité du sujet est un des points forts de l'étude. Des thèses se sont déjà penchés sur les freins (11) ou l'intérêt (16) des médecins généralistes par rapport à l'usage de l'échographie, mais jamais sur la population plus restreinte des médecins généralistes qui pratiquent la gynécologie.

B. Interprétation des résultats.

1. Indications de l'échographie dans la pratique gynécologique du médecin généraliste

a) Datation et localisation d'une grossesse débutante.

Une seule indication à l'usage de l'échographie a fait l'unanimité dans les deux groupes, il s'agissait de la datation pré IVG. Plusieurs raisons ont été invoquées. Tout d'abord, rappelons que l'IVG reste aujourd'hui un choix difficile pour la très grande majorité des patientes, et son vécu est souvent douloureux. Une thèse de 2014 menée par le Dr MARTIN sur le vécu de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire (34) montrait que les femmes plébiscitaient la rapidité de prise en charge et l'interlocuteur unique pour leur parcours de soin. Les médecins des deux groupes l'ont bien compris, et voyaient dans l'usage de l'échographie le moyen de répondre à ces demandes. Ils estimaient également gagner en autonomie par ce biais, en acquérant la capacité de prendre en charge leur patiente de manière plus globale et de mieux les accompagner. En outre, cette échographie fait l'objet d'une cotation CCAM (JNQM001 : Echographie non

morphologique de la grossesse avant 11SA), ce qui est un avantage non négligeable pour viser une rentabilité de l'équipement.

Notons par ailleurs que l'échographie de datation embryonnaire avant 11SA est sans doute l'examen échographique le plus simple, le premier que les internes en gynécologie apprennent à maîtriser, et qu'il fait partie du premier des trois niveaux d'aptitudes selon le Royal College of Radiologists (23)

Dans le groupe des médecins qui n'utilisaient pas l'échographie, chaque fois que les participants évoquaient la datation, ils précisaient bien « dans le cadre de l'IVG » ou « pré IVG ». Ils se sont en revanche moins exprimés sur l'échographie pratiquée en début de grossesse, en cas de métrorragies, de douleurs, ou d'antécédent de GEU, permettant d'affirmer la viabilité et la localisation embryonnaire. Cet examen demande pourtant les mêmes compétences, mais semble être perçu comme plus complexe ou impliquant plus de responsabilités.

b) Contrôle de dispositif intra utérin

Les débats animés autour de l'indication de l'échographie de contrôle après la pose d'un DIU reflètent bien la réalité de cette problématique : il n'existe pas vraiment de recommandations officielles à ce sujet. L'usage de l'échographie en routine, dans la même consultation que la pose du DIU a principalement pour objectif de se rassurer, et éventuellement de rassurer la patiente en vérifiant la bonne position du stérilet. Dans les deux groupes, les participants déclaraient avoir fréquemment recours à l'échographie dans cette situation. Cet examen n'est pas recommandé systématiquement quand l'introduction s'est déroulé sans difficulté, et cela pour deux raisons : d'une part, il n'existe pas de preuve qu'un DIU mal positionné ou placé trop bas dans la cavité soit moins efficace (35) ; d'autre part, le risque de perforation utérine varie dans la littérature de 0,1 à 3 pour 1000 poses. (36)

L'intérêt de l'échographie systématique 6 à 8 semaines après la pose est également débattu : seule l'existence de symptômes cliniques anormaux ou une suspicion clinique de malposition du DIU (longueur des fils, visibilité) doit conduire à une échographie complémentaire.

Cependant rien n'empêche de pratiquer une rapide échoscopie après la pose du DIU pour rassurer praticien et patiente, d'autant plus si l'introduction a été difficile. Dans ce contexte, l'usage de l'échographie pourrait être en outre bénéfique pour les finances de la sécurité sociale, en évitant les trop nombreuses prescriptions d'échographie pelvienne en ville pour un simple contrôle de stérilet.

c) Les autres indications.

La plupart des autres indications de l'échographie gynécologique étaient perçues comme **trop complexes**, ou relevant du domaine du spécialiste (radiologue ou gynécologue). Cela était plus marqué dans le groupe de médecins qui ne faisaient pas usage de l'échographie.

Durant le deuxième cycle des études médicales, les cours de radiologie donnent une part plus importante à la radiographie, la tomodensitométrie et à l'Imagerie par résonance magnétique (37). L'échographie est loin d'être oubliée, mais il est plus difficile d'interroger les étudiants sur des coupes échographiques figées que sur des coupes radiographiques : l'échographie est un examen dynamique, et une coupe ne permet pas de trancher sur un diagnostic. Pour beaucoup, l'échographie reste donc un examen occulte, qui demande des heures d'apprentissage afin de pouvoir décoder ses images en noirs et blancs. Dans le service de gynécologie où j'ai débuté l'échographie, tous mes co-internes étaient traumatisés à l'idée de devoir se servir d'un échographe, et tous n'ont pourtant mis que quelques jours à apprivoiser la machine et à poser leurs premiers diagnostics.

Il semble donc normal que les médecins ne pratiquant pas l'échographie la juge trop complexe, et que ceux qui n'en ont qu'un usage limité aient une appréhension à s'en servir dans des indications réputées plus complexes.

Dans le groupe de médecins pratiquant l'échographie, beaucoup de jeunes médecins avaient une expérience assez limitée de l'échographie, sans vraie formation autre que celle de leur internat. Les deux médecins plus âgés ont eu une formation plus tardive, l'un n'avait qu'une pratique d'échoscopie de « débrouillage », l'autre ne faisait que de la datation. Un seul médecin pratiquait les échographies d'explorations de métrorragies, de douleurs ou de masses pelviennes. Ces indications font pourtant partie du niveau 1 selon le RCR (23), mais la grande majorité des médecins interrogés

se déclaraient non compétents pour les réaliser, bien qu'ils aient toutes les cartes en main pour en maîtriser les bases.

2. Apport de l'échographie dans la pratique gynécologique du médecin généraliste.

Nous retrouvons dans cette étude les mêmes avantages à la pratique de l'échographie que dans d'autres thèses sur le sujet (14) (15), résumés dans les figures 2 et 3. Ces avantages sont également ceux décrits par l'AAFP (38) qui expliquait en 2013 que les médecins de famille se devaient d'avoir accès au diagnostic échographique pour prendre en charge les problèmes de santé des femmes

Le principal apport de l'échographie en pratique gynécologique est sans conteste la simplification du parcours de soin de la patiente dans l'IVG. Tous les médecins interrogés étaient d'accord sur le sujet, et cela va dans le même sens que la thèse de S. Martin (34) (voir ci-dessus). Selon certains médecins interrogés, cette simplification permettrait également de diminuer les inégalités sociales de santé en évitant aux patientes les plus précaires d'être perdues de vue suite à une demande d'échographie, ce qui semble être une donnée intéressante mais à confirmer par des études.

3. Apport de la pratique gynécologique dans l'usage de l'échographie par le médecin généraliste

Une thèse effectuée en 2015 sur les obstacles à la pratique de l'échographie (11) par les médecins généralistes au cabinet, sous forme d'étude qualitative, montrait que les principaux obstacles étaient liés à la formation et au coût de l'équipement échographique. Il est vrai que le programme du DIU d'échographie générale, vu le volume de cours exigé, demande un investissement personnel important. Les autres formations échographiques, même si elles sont plus courtes, réclament malgré tout un certain nombre d'heure d'apprentissage.

L'avantage de la pratique gynécologique est qu'elle permet de débiter l'échographie grâce une seule indication : la datation/localisation de grossesse débutante. Son apprentissage est rapide, sa prévalence est importante pour un médecin pratiquant des IVG, et elle bénéficie d'une cotation permettant de rentabiliser en partie l'investissement financier. Tout cela permet au praticien de se lancer dans

l'échographie, à moindre risque et moindre frais, puis de se former progressivement à d'autres indications si l'envie lui prend.

Une autre thèse, en 2016 (15), laissait entendre que la trop grande variété d'examen échographique en médecine générale était un frein à sa pratique. Encore une fois, l'activité de gynécologie vient en partie lever ce frein, car elle permet de limiter le nombre d'indications, et ainsi de pouvoir se focaliser sur un nombre restreint d'actes échographiques. Dans notre étude, les médecins qui pratiquaient l'échographie étaient d'ailleurs ceux qui avaient l'activité gynécologique la plus développée, l'un aidant l'autre.

4. Les alternatives à l'usage de l'échographie

Il est intéressant de noter les différents moyens qu'ont à disposition les médecins généralistes pour leurs demandes d'échographie. Le premier recours cité, source de nombreux débats, est le radiologue de quartier. Sur Paris, le principal problème semble être, selon les médecins interrogés, qu'une part importante de ces radiologues exercent en secteur 2, rendant difficile leur accès pour une certaine catégorie de patiente. C'est d'ailleurs l'une des raisons qui pousserait certains médecins du 2^e focus group à s'équiper d'un appareil d'échographie : s'il devient trop difficile pour leurs patientes de trouver un radiologue en secteur 1 (sans complément d'honoraire).

Les centres de santé en secteur 1 étaient également cités, mais cette fois, le reproche qui leur était fait portait sur la qualité des examens échographiques pratiqués. Plusieurs médecins avaient déjà récupéré des comptes rendus de qualité hasardeuse. L'avantage d'être formé à l'échographie, en plus de pouvoir les faire soi-même, est de pouvoir analyser les échographies de confrères, lorsque les patientes leur ont été adressés, et d'en estimer la qualité.

Enfin quelques médecins avaient recours à des sages-femmes échographistes pour certaines demandes d'échographie, et en étaient apparemment très contents, à la fois pour leur faible cout, la qualité de leurs échographies, et la rapidité de prise en charge. Depuis 1992, (21) les Sages-femmes sont en effet autorisées à pratiquer des échographies pelviennes et morphologiques de la grossesse, et son apprentissage fait partie intégrante de leur formation depuis 2001. Elles sont cependant tenues « d'adresser les patientes à un médecin en cas de situation pathologique dans le cadre de leur suivi gynécologique ». Les médecins généralistes pourraient prendre

exemple sur ce modèle, en ne pratiquant que des échographies de « dépistage », et en adressant à des échographistes experts au moindre doute. C'est d'ailleurs ce que faisaient plusieurs médecins du premier focus group, et ce que recommande l'OMS (24) pour la pratique échographique de niveau 1.

5. L'échoscopie remise en question

Les médecins des 2 groupes reconnaissent une utilité à l'échoscopie, principalement pour se rassurer sur un diagnostic, mais aussi pour rassurer la patiente, après une pose de stérilet par exemple. Utilisée comme examen de débrouillage, elle permettrait selon eux une meilleure prise en charge de la patiente, plus rapide et moins coûteuse. Il existe effectivement un certain nombre d'avantages à l'usage de l'échoscopie : son utilisation rapide peut se faire au cours d'une consultation standard, elle permet de répondre à une question simple (le kyste fonctionnel vu il y'a 3 mois a t'il disparu ? le stérilet est-il toujours en place ?), son cout pour les patientes est nul (du moins pour le moment), et elle peut permettre des économies à la sécurité sociale lorsqu'elle évite la réalisation d'un examen échographique complet.

Plusieurs points viennent cependant assombrir le tableau. Tout d'abord, son usage exclusif semble être compliqué. Le cout d'un appareil n'est pas négligeable, et il n'est pas normal que le médecin assume une telle dépense sans contrepartie, sous une forme qu'il reste à élaborer : cotation d'échoscopie basée sur celle de l'ECG, forfait pour les médecins ou les centres de santé équipés, prise en charge de l'appareil d'échographie par la sécurité sociale... Cela n'étant évidemment envisageable qu'à la condition que l'échoscopie fasse la preuve des avantages précédemment cités. Il n'existe en effet pas d'étude sur la rentabilité de cet examen, autant du point de vue économique que sanitaire et il existe encore un flou sur l'encadrement de cette pratique. Il faudrait tout d'abord évaluer les indications dans lesquelles l'échoscopie permettraient d'apporter une réponse rapide et fiable, sans risque de faux négatif (si le premier avantage cité était de rassurer la patiente, il serait dommage de la rassurer à tort) et d'améliorer la prise en charge des patientes. Le surdiagnostic est un écueil à éviter, difficilement chiffrable : la découverte de fibromes sur des douleurs pelviennes modérées, sans lien direct, ne risque-t-elle pas d'entraîner la patiente dans une médicalisation en fait inutile ? Afin de respecter le principe de la prévention quaternaire, il serait intéressant que des études se penche sur cette question.

Au niveau juridique, la responsabilité de l'échoscopiste reste à définir : comme le disait un des médecins interrogés, si lors d'une échoscopie pour contrôle de position du stérilet je ne vois pas une tumeur ovarienne, peut-on me le reprocher ?

Malgré ces obstacles, il semble que l'échoscopie soit promise à un bel avenir : en 1831, le stéthoscope était la cible des mêmes interrogations (17), il est pourtant devenu indispensable à notre pratique. Plus récemment, une thèse de 2016 (13) montrait que l'échographie orientée par la clinique pouvait modifier la prise en charge des patients dans 55% des cas, et éviter un passage aux urgences dans un cas sur trois, tout cela en ne comptant que 4 indications : recherche de thrombose veineuse profonde, suspicion de cholécystite, suspicion de colique néphrétique et suspicion d'appendicite.

6. Les freins à l'usage de l'échographie

Une thèse de 2015 (11) a conduit à identifier un certain nombre d'obstacles à la pratique de l'échographie par le médecin généraliste parmi lesquels, l'aspect financier, matériel ou logistique, la difficulté de se former, le risque médico-légal, et la place incertaine de l'échographie dans la pratique du généraliste. Ce sont à peu près les mêmes freins à l'usage de l'échographie qui ont été relevés par les participants aux deux focus group.

a) Les facteurs économiques :

La grande majorité des médecins interrogés estimaient que le coût de l'appareil d'échographie était un frein à son usage. S'il est vrai que le coût des machines pouvait être exorbitant il y'a quelques années, il semble que les évolutions technologiques aient permis de l'abaisser nettement. Aussi, on peut aujourd'hui trouver de très bons appareils aux alentours de 20000 euros neufs, et de bonnes occasions entre 5000 et 10000 euros, tout en sachant que des solutions de leasing existent, à partir de 400euros par mois. Il ne faut pas non plus oublier qu'il s'agit d'un investissement professionnel, qui peut être déduit fiscalement.

Certains médecins parlaient de la mutualisation de l'outil échographique dans les cabinets de groupe, qui est évidemment une excellente solution pour réduire les coûts.

Dans cette problématique financière, il faut avoir une vision plus globale et ne pas s'intéresser qu'aux dépenses mais également aux recettes envisageables. Les revenus engendrés par l'activité d'échographie (à condition de ne pas faire que de l'échoscopie, actuellement non cotée) viendront amortir l'investissement et un calcul simple permet d'estimer que 10 à 15 examens par mois suffisent à rentrer dans ses frais. Comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, en plus des cotations déjà existantes il serait judicieux d'imaginer de nouvelles cotations plus adaptées à l'usage échographique en consultation, avec éventuellement une cotation d'échoscopie. Il semble indispensable d'étudier en France l'impact de l'échoscopie et de l'échographie, pratiquée par le médecin généraliste, sur le parcours de soin des patientes et notamment sur les économies potentiellement réalisées en limitant le nombre de consultation et d'examens spécialisées. A ce jour aucun travail dans ce sens n'a été fait.

b) Le risque médico-légal

Les participants aux focus group ont également exprimé des craintes concernant le risque d'erreur et la responsabilité qu'impliquent l'usage de l'échographie. Dans le groupe des médecins qui ne pratiquaient pas d'échographie était évoqué la potentielle surprime des assurances liée à cette activité. Après avoir contacté les trois principaux assureurs nous avons fait établir des devis pour la responsabilité civile et professionnelle d'un médecin généraliste débutant (cf. Tableau 1) : il est apparu que la seule pratique de l'échographie de datation n'augmentait quasiment pas les cotisations, et que la pratique de l'échographie gynécologique plus globale, et obstétrique avant 11SA n'entraînait qu'un surcout de 300 à 400 euros par an. Sachant que le cout de l'assurance pour une activité donné est proportionnel au risque médico-légal qu'entraîne cette activité, on peut en conclure que, du point de vue des assureurs, la pratique de l'échographie de datation ne présente pas plus de risque que la pratique habituelle d'un médecin généraliste. L'échographie gynécologique quant à elle, semble entrainer effectivement un léger surcroit de responsabilité. Cependant, rien n'impose à un médecin de réaliser des échographies dans des indications où il n'est pas parfaitement à l'aise, et cela a bien été exprimé par les médecins qui réalisent des échographies : ils savent identifier les situations qui pourraient leur poser problème et n'hésitent pas à adresser leurs patientes vers un échographiste référent.

Assureur	Médecin généraliste	Médecin généraliste avec pratique gynécologique (Pose de stérilet)	Médecin généraliste pratiquant l'échographie de datation	Médecin généraliste pratiquant l'échographie gynécologique, et obstétrique avant 11SA
Le Sou Médical	411€	411€	500€	≈700€
Groupe Pasteur Mutualité	373€	373€	376€	≈750€
La Médicale de France	430€	430€	440€	≈650€

Tableau 3 : Tarifs annuels des principaux assureurs pour la RCP

c) La formation

Les médecins des deux groupes citent également, comme obstacle à la pratique, le manque de compétences même si, sans surprise, ce sont les médecins non équipés qui l'évoquent en premier lieu. Ils semblent ne pas s'estimer légitimes pour réaliser des échographies et préfèrent s'abstenir de peur de mal faire. Cette précaution est évidemment indispensable dans la pratique médicale, car comme le rappelle l'article 70 du code de déontologie, le médecin ne doit pas « *entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.* » Cependant, lorsque la connaissance, l'expérience et les moyens sont à portée de main, il serait dommage de se priver (et de priver le patient) d'un examen échographique potentiellement bénéfique.

Il n'est pas attendu du généraliste qu'il soit compétent dans tous les domaines de l'échographie, et comme nous l'avons déjà dit, l'avantage de la gynécologie est de limiter le champ d'application de l'échographie. Or, plusieurs études montrent que dans certaines indications échographiques ciblées, après une formation courte et adaptée, les médecins généralistes sont aussi compétents que des radiologues (39).

Par ailleurs, en échographie gynécologique, certains examens sont relativement simples à pratiquer (telle l'échographie de datation) et accessible à une formation courte.

Les médecins ont parlé d'un autre frein à la pratique d'échographies plus complexes : leur faible prévalence. Si ces examens sont trop rarement effectués par le médecin, le maintien des compétences, ou même leur acquisition (puisque c'est en pratiquant qu'on s'améliore) n'est pas assuré. Il est donc vrai que pour des médecins ayant une activité gynécologique plus modeste, il sera difficile d'avoir une pratique plus poussée de l'échographie. Cependant, comme nous l'avons vu, il existe en gynécologie des indications échographiques simples et fréquentes, accessibles malgré une faible activité.

d) Place de l'échographie dans la pratique de médecine générale

L'un des aspects intéressants évoqué par plusieurs médecins était le risque de « perte d'identité » du médecin généraliste : en technicisant leur pratique ils craignent de s'éloigner de ce qui caractérise leur profession. Pour l'un d'eux, le médecin généraliste doit déjà remplir sa mission première, et l'échographie ne semble pas en faire partie. Le temps occupé par cette nouvelle pratique risque en effet d'empiéter sur les autres tâches du praticien, qui se retrouve à devoir faire le grand écart entre l'augmentation des tâches administratives ou « non médicales », et les actes de plus en plus techniques qu'exigent la modernisation et les progrès technologiques. Cette problématique est d'autant plus importante qu'elle n'est pas exclusivement inhérente à la pratique de l'échographie ; le simple fait d'avoir une activité gynécologique, notamment par la pratique des frottis cervico utérins, ou de l'IVG, a un temps pu être perçu par certains comme une perte de l'identité du médecin généraliste, or la profession a évolué et a fini par adopter ces nouvelles pratiques. On constate donc que des mutations s'opèrent dans la médecine générale, et que la diversité des pratiques tend à s'accroître. L'usage de l'échographie doit donc dans ce contexte rester un choix personnel et non une obligation pour le médecin généraliste, bien qu'elle puisse, à l'instar du stéthoscope et comme c'est déjà le cas dans d'autres pays, devenir un outil indispensable. En Allemagne par exemple, en 2014, 80% des médecins généralistes déclaraient pratiquer des échographies abdominales en consultation (40). En Italie, le METIS project (41) prévoit de former les médecins

généralistes, afin que dans un futur proche, 40% des actes d'échographie puissent être réalisés par ces praticiens.

Le rôle du médecin généraliste – échographiste reste donc à définir, sans perdre de vue qu'il est avant tout un coordinateur des soins. Le but de cet outil n'est donc pas de rendre le médecin généraliste totalement autonome, mais plutôt d'être une aide à l'optimisation du parcours de soin des patients.

e) Le point de vue rassurant des généralistes échographistes

Il est intéressant de noter que les participants au premier focus group, qui avaient déjà une pratique échographique, ont toujours modéré leur propos sur les obstacles à l'usage de l'échographie. Selon eux, l'investissement financier n'était pas insurmontable, le problème de la responsabilité était tout à fait gérable en prenant les précautions qu'il faut (notamment d'adresser les patientes au moindre doute et de ne pas s'aventurer à pratiquer des examens qu'on ne maîtrise pas), quant à la formation, elle leur semblait nécessaire uniquement pour étendre leur usage de l'échographie, mais ils semblaient ne pas avoir eu trop de difficultés à maîtriser les bases de l'échographie et les examens les plus simples.

Il y'a donc un fossé sur les représentations de l'usage de l'échographie entre les médecins la pratiquant et ceux qui n'en sont pas équipés, et il semble dommage que des mauvaises idées reçues entravent le désir de franchir le pas.

CONCLUSION

Si comme certains le promettent, l'échographie est promise au même avenir que le stéthoscope, tous les médecins généralistes se devront d'en être équipés. Certains ont déjà franchi le pas, particulièrement dans le cadre d'une pratique gynécologique. Au cours de notre étude, des craintes sur cette pratique ont cependant été évoquées, principalement par les médecins ne pratiquant pas l'échographie, concernant l'investissement que demande l'usage de l'échographie, qu'il soit financier ou personnel, pour suivre des formations souvent longues. Les médecins équipés d'un échographe et ayant une pratique gynécologique ont été plus optimistes sur ces questions, et ont témoigné de la rentabilité d'un tel investissement, à la fois en termes d'épanouissement personnel, de qualité du service rendu aux patientes, et de stabilité financière. Une formation courte sur un petit nombre d'indications permet effectivement de débiter facilement la pratique échographique en gynécologie, dans le prolongement de l'examen clinique, tout en permettant de rentabiliser le coût de la machine.

Le résultat le plus notable de cette étude, était le désir des médecins généralistes de ne pas perdre leur identité d'omnipraticien en développant leur activité échographique, du fait de la technicité de cet acte, qui ne laisse pas forcément la place à la parole et à la relation médecin-patient, et de son caractère chronophage, pouvant empiéter sur les missions premières du médecin de famille.

Dans les mains du généraliste, l'échographie doit être utilisée dans le prolongement de l'examen clinique, dans le même temps que la consultation. Il est donc nécessaire de définir et créer un cadre plus formel pour cette pratique échographique (ou échoscopique), avec des référentiels d'indications où son utilité est démontrée, des formations courtes et adaptées, et de nouvelles cotations. Cela passera nécessairement par des études permettant d'évaluer le coût ou les économies occasionnées par cette pratique, ainsi que l'amélioration du service rendu aux patients et l'optimisation du parcours de soins.

BIBLIOGRAPHIE

1. Delannoy E. A propos du suivi gynécologique : étude du parcours de soins de l'activité des médecins généralistes en gynécologie. In Thèse de médecine générale. Lille; 2009.
2. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile de France. Thèse de médecine générale. 2010 Janvier.
3. Cohen J, Madelenat P, Levy-Toledano R. Gynécologie et santé des femmes, quel avenir en France ? Etat des lieux et perspectives en 2020. Paris: Editions ESKA; 2000.
4. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Revue santé publique, 2005, n°51. 2005: p. 109-119.
5. Al Watar B, Frank M, Fage E, Gupta P. Use of ultrasound in emergency gynaecology. J Obstet Gynaecol. 2014 Feb; 34(2): p. 172-3.
6. DIU d'échographie et techniques ultrasonores, Paris Descartes. [Online]. Available from: <http://naxos.biomedicale.univ-paris5.fr/diue/le-diplome/>.
7. Lemanissier M. "L'échographie, deuxième stéthoscope du médecin généraliste?" Validation d'une première liste d'indications d'échographies réalisables par le médecin généraliste. Toulouse III: Thèse de médecine générale; 2013.
8. Wordsworth S SA. Ultrasound scanning by general practitioners: is it worthwhile? J Public Health Med. 2002 Juin; 24(2): p. 88-94.
9. Everett C, Preece E. Women with bleeding in the first 20 weeks of pregnancy: value of general practice ultrasound in detecting fetal heart movement. Br J Gen Pract. 1996 Janvier; 46(402): p. 7-9.
10. Genc A, Ryk M, Suwala M, Zurakowska T, Kosiak W. Ultrasound imaging in the general practitioner's office – a literature review. Journal of Ultrasonography. 2016; 16(64): p. 78-86.
11. Blanchet T, Thierry R. Obstacles à la pratique de l'échographie par le médecin généraliste au cabinet : étude qualitative. Human health and pathology. 2015.
12. Cueff S. Existe-t-il un consensus d'experts en médecine générale sur les indications d'échographie les plus utiles dans leur exercice quotidien afin de les valider dans une formation spécifique. Thèse pour le doctorat en médecine. Brest; 2013.

13. Gueguen C. La pratique de l'échographie en médecine générale permettrait-elle un moindre recours ou un recours plus adapté aux services d'urgences ? Thèse pour le doctorat en médecine. Rennes 1;; 2016.
14. Hijazi J. Opinion des internes de médecine générale sur l'intérêt ou le non-intérêt de l'usage de l'échographie en consultation de médecine générale : étude quantitative transversale auprès des internes de médecine générale de Bretagne. Thèse pour le doctorat en médecine. Rennes;; 2014.
15. Pla M SL. Pratique de l'échographie dans l'exercice de la médecine générale en cabinet : perceptions de praticiens. Thèse pour le doctorat en médecine. Grenoble;; 2016 Décembre.
16. Salles M. Interet de la pratique de l'échographie en soins primaires par le médecin généraliste en France (hors echographie foetale). Thèse d'exercice en médecine générale. Toulouse;; 2016.
17. Vadeboncoeur A. L'actualité. [Online].; 2015. Available from: <http://www.lactualite.com/blogues/le-blogue-sante-et-science/le-stethoscopeest-mort-vive-lechographie/>.
18. SNIR - activité des médecins par région. [Online]. Available from: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/activite-et-prescriptions/activite-des-medecins.php>.
19. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine général - médecin de famille. ; 2002.
20. Hazebroucq V. Qui peut donc faire les échographies ? [Online].; 2014 [cited 2017]. Available from: http://sfre.org/pdf/news/2014/qui_peut_donc_faire_les_echographies.pdf.
21. Couriot S. Sage-femme échographiste : formation, enjeux et modes d'exercice. Mémoire pour le diplôme de Sage-femme. Nancy 1;; 2010.
22. CNGOF. Compte rendu d'échographie minimum en gynécologie. 2016 février..
23. The Royal college of radiologists. Ultrasound training recommendations for medical and surgical specialties. London;; 2012.
24. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Group d'étude de l'OMS sur la formation à l'échographie diagnostique : éléments, principes et normes. ; 1998.

25. Société Suisse d'Ultrasons en Médecine Section Gynécologie et Obstétrique.
Recommandations pour la pratique de l'Echographie Gynécologique.
<http://www.geburtshilfe.usz.ch/fachwissen/Documents/ultra-empfr-fran.pdf>.
26. AIUM. Training Guidelines for Physicians Who Evaluate and Interpret Diagnostic Ultrasound Examinations of the Female Pelvis. 2013..
27. Société Française de Radiologie. Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale. [Online]. Available from: <http://gbu.radiologie.fr/>.
28. Conseil National de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er Janvier 2016. ; 2016.
29. Davila A, Dominguez M. Formats des groupes et types de discussion dans la recherche sociale qualitative. 2010; 29.
30. Moreau A, Dedianne M, Letrilliart L, Et al. S'approprier la méthode du focus group. La revue du praticien médecin générale. 2004 Mars 15: p. 382-384.
31. Baribeau C. Analyse des données des entretiens de groupe. Recherches qualitatives. 2009: p. 133-148.
32. Toure E. Réflexion épistémologique sur l'usage des focus groups : fondements scientifiques et problèmes de scientificité. Recherches qualitatives. 2010: p. 5-27.
33. Davister C. Appui en promotion et en éducation pour la santé. [Online].; 2004. Available from: <http://labos.ulg.ac.be/apes/wp-content/uploads/sites/4/2014/05/stop-groupe-focalis%C3%A9.pdf>.
34. Martin S. Étude qualitative sur le vécu de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire. 2014..
35. Golightly E, Gebbie A. Low-lying or malpositioned intrauterine devices and systems. J Fam Plann Reprod Health Care. 2014; 40: p. 108-112.
36. Faucher P, Hassoun D. Morbidité des dispositifs intra-utérins. Paris: CNGOF; 2014.
37. Collège des enseignants en radiologie de France. Référentiel pédagogique d'imagerie médicale. [Online].; 2016 [cited 2017 Juin. Available from: <http://cerf.radiologie.fr/enseignement/etudiants-medecine-preparation-ECNi/dfasm>.
38. AAFP. Diagnostic Ultrasonography in Women's Health Care. [Online].; 2013 [cited 2017. Available from: <http://www.aafp.org/about/policies/all/ultrasonography-diagnostic.html>.

39. Siso-Almirall A, Gilabert Solé R, Bru Saumell C, Kostov B, Mas Heredia M, Gonzalez de Paz L, et al. Feasibility of hand-held-ultrasonography in the screening of abdominal aortic aneurysms and abdominal aortic atherosclerosis. *Med Clinica*. 2013 novembre: p. 417-422.
40. Chababe A. Le contenu de la consultation de médecine générale en Allemagne : une étude comparative avec la France. Thèse d'exercice de médecine générale. Lille2; 2014.
41. Bono F, Campanini A. The METIS project for generalist ultrasonography. *Journal of Ultrasound*. 2007 Décembre; 10(4): p. 168-174.

ANNEXES :

Guide d'entretien :

Guide d'entretien destiné aux focus groupes de médecins généralistes sur
« L'utilisation de l'échographie en consultation de gynécologie. »

Médecins non équipés d'un échographe

Estimation du temps évaluée pour un groupe de 10 médecins

Bonjour à toutes et à tous,

Tout d'abord merci d'avoir répondu présent ;

Pouvez-vous vous présenter sommairement en nous précisant votre nom, votre âge, votre lieu d'exercice et votre rapport à la gynécologie ? (3-5 minutes)

1/ Nous allons dans un premier temps nous intéresser aux indications théoriques à l'échographie en médecine générale :

Dans quels cas pourriez-vous avoir besoin d'une échographie en consultation de gynécologie ? (15 minutes)

(Avoir un paperboard pour organiser au fur et à mesure)

Les laisser donner les grandes catégories puis revenir dessus avec une question de relance si tout n'est pas sorti. Ne pas utiliser comme un listing et ne pas faire passer un « examen » aux médecins ; De toute façon préférer la question au groupe plutôt qu'à l'individu.

2/ Nous allons maintenant aborder la question de l'échographie dans votre pratique :

Avez-vous déjà songé à vous équiper ?

Relancer sur :

Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez choisi de ne pas vous équiper d'un échographe ?

Puis relancer sur : quels sont les éléments qui, pour vous, limitent la réalisation des échographies en médecine générale ?

30 minutes

3/ Dans les situations précédemment décrites, où l'échographie est nécessaire, comment procédez-vous aujourd'hui ?

- Orientation vers échographiste ou service d'urgence ?
- Autres

⇒ 30 minutes

4/ Si vous aviez un échographe quels avantages pourriez-vous y trouver ?

- Prise de décision ?
- Gain de temps ?
- Rassurance patient et médecin ?
- Economie pour la société ?
- Autres ...

⇒ 30 minutes

5/ Question subsidiaire s'il nous reste du temps sur les 2 heures :

Et enfin, qu'est-ce qui pourrait vous inciter à vous équiper ?

- Rien
- Revalorisation de l'acte
- Formation
- Difficulté d'obtenir une échographie rapidement.

Guide d'entretien destiné aux focus groupes de médecins généralistes sur « L'utilisation de l'échographie en consultation de gynécologie. »

Médecins équipés d'un échographe

Estimation du temps évaluée pour un groupe de 10 médecins

Bonjour à toutes et à tous,

Tout d'abord merci d'avoir répondu présent ;

Pouvez-vous vous présenter sommairement en nous précisant votre nom, votre âge, votre lieu d'exercice, votre rapport à la gynécologie, et votre formation échographique ? (3-5 minutes)

Pouvez-vous vous présenter sommairement en nous précisant votre nom, votre âge, votre lieu d'exercice et votre rapport à l'urgence ? (3-5 minutes)

1/ Quelle sont selon vous les indications théoriques de l'échographie en pratique gynécologique ? (Organiser les réponses sur paperboard)

- Certaines indications n'ont-elles pas été citées ? (permettra de relancer la parole pour les médecins qui ne seront pas intervenus; fera peut-être aussi sortir des réponses à la question des cas dans lesquels ils ne font pas d'échographie

→ 15 minutes

2/ Dans ces indications comment procédez vous ?

- Echographie complète avec compte rendu ? Echoscopie (= examen orienté) ?
- Au contraire par rapport aux indications théoriques dans quel(s) cas ne réalisez vous pas d'échographie et pourquoi?
- Existe t'il des indications dans lesquelles vous n'utilisez pas l'échographie ? pour quelles raisons ?

⇒ 30 minutes

⇒

2/ Qu'est ce qui vous a poussé à vous équiper ?

relancer sur :

Quels avantages voyez-vous à l'utilisation de l'échographie?

Quel intérêt plus personnel y trouvez vous ?

- Prise de décision ?
- Gain de temps ?

- Rassurance patient et médecin ?
- Economie pour la sécurité sociale ?
- Autres ...

⇒ 15 minutes

3/ Quels sont pour vous les freins/ facteurs limitants que vous rencontrez à la réalisation des échographies en pratique gynécologique :

⇒ 30 minutes

4/ Question subsidiaire en fonction du temps encore disponible sur les 2 heures

Quels sont les éléments qui pourraient faire que vous n'utilisiez plus l'échographie ?

Représentations de l'usage de l'échographie par les médecins généralistes ayant une activité gynécologique : étude qualitative par la méthode des focus groups.

Contexte : Diverses mutations tendent à accroître la place du généraliste dans la prise en charge du suivi gynécologique de ses patientes, or, dans cette discipline, l'échographie est un outil au rôle central, véritable « stéthoscope du XXI^e siècle » dont l'utilité dans certaines situations bien identifiées (métrorragies, douleurs pelviennes, GEU, Pré IVG) est clairement démontrée.

Objectifs : L'objectif principal de cette étude était d'étudier les représentations de l'usage de l'échographie qu'ont les médecins généralistes qui pratiquent la gynécologie.

Méthode : Une étude qualitative a été réalisée par le biais de deux focus group constitués de médecin généralistes ayant une activité gynécologique. Dans le premier groupe les médecins pratiquaient l'échographie, pas dans le second. Après retranscription, le contenu des verbatim a été codé et analysé selon la technique de la réduction phénoménologique, sur le logiciel N'Vivo

Résultats : Comme au cours de précédentes études sur le sujet, des freins à la pratique de l'échographie ont été mis en avant, principalement par les médecins ne pratiquant pas l'échographie, avec en premier lieu l'investissement important que demande cette activité, qu'il soit personnel, pour suivre des formations souvent longues, ou financier. Les médecins équipés d'un échographe et ayant une pratique gynécologique ont été plus optimistes sur ces questions, et ont témoigné de la rentabilité d'un tel investissement, à la fois en termes d'épanouissement personnel, de qualité du service rendu aux patientes, et de stabilité financière. Par le biais de la pratique gynécologique, l'adoption de cet outil par les médecins apparaît plus simple, plus rapide, et rapidement profitable. Il a également été mis en avant le désir des médecins généralistes de ne pas perdre leur identité d'omnipraticien en développant leur activité échographique, du fait de la technicité de cet acte, qui ne laisse pas forcément la place à la parole et à la relation médecin-patient, et de son caractère chronophage, pouvant empiéter sur les missions premières du médecin de famille.

Conclusion

S'il semble évident que l'échographie est un outil d'une utilité certain pour le médecin généraliste, des aménagements dans la formation des internes de médecine générale et dans le système de soin français sont à prévoir afin de démocratiser cette activité, qui permettrait à terme une optimisation du parcours de soin de nombreux patients et des économies probables dans les dépenses de soins.

Mots clés : Echographie, Médecine générale, Gynécologie, Focus group

**Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06**