



HAL
open science

Facteurs favorisant l'utilisation de l'échographie dans les cabinets de médecine générale de Haute-Savoie, étude descriptive

Valentin Droz Bartholet

► **To cite this version:**

Valentin Droz Bartholet. Facteurs favorisant l'utilisation de l'échographie dans les cabinets de médecine générale de Haute-Savoie, étude descriptive. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02175266

HAL Id: dumas-02175266

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02175266>

Submitted on 5 Jul 2019

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.



AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

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



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2019

*FACTEURS FAVORISANT L'UTILISATION DE L'ÉCHOGRAPHIE DANS LES CABINETS
DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE HAUTE-SAVOIE, ÉTUDE DESCRIPTIVE*

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

PAR

Valentin DROZ BARTHOLET

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 03/07/2019

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Monsieur le Professeur Guillaume DEBATY

Membres :

Monsieur le Professeur Laurent GUIBAUD

Monsieur le Docteur Arnaud SEIGNEURIN

Monsieur le Docteur Bernard AUDEMA (directeur de thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2018-2019

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENO	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et de Pathologie Cytologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CANALI-SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie digestive et viscérale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGLIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et Biologie Moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUTI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

Remerciements

À Monsieur le Professeur Guillaume DEBATY,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mes remerciements pour avoir accepté de juger ce travail.

À Monsieur le Professeur Laurent GUIBAUD,
Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de venir ici pour juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Arnaud SEIGNEURIN,
Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez recevoir ici toute ma reconnaissance et mes remerciements pour le temps que vous avez consacré à ce travail.

À Monsieur le Docteur Bernard AUDEMA,
Tu m'as fait le privilège d'accepter de diriger ce travail. Pour l'expertise, la sérénité, la rigueur que tu as su me transmettre, pour les portes que tu m'as ouvertes et la confiance que tu as mise en moi, tu trouveras ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect. Je me réjouis d'intégrer votre équipe à toi et à Jean-Marc.

À Monsieur le Docteur Jean-Marc BERTRAND, pour ton expertise quotidienne et la bonne humeur que tu insuffles au cabinet, c'est un plaisir de travailler avec toi.

À Monsieur le Docteur Grégoire THERY, pour la confiance que tu as placée en moi dès le départ et pour ta disponibilité indéfectible.

À Madame le Docteur Tiffany REVIL, pour ton optimisme, ta bonne humeur habituelle et pour tes conseils avisés.

À Monsieur le Docteur Pierre COUDERT et à l'équipe de radiologie de l'Hôpital de Sallanches, pour votre accueil bienveillant et la transmission de votre savoir, ce travail n'aurait pas été possible sans vous.

Aux Docteurs Amélie LACOSTE, Cyril CARDON et Marc GIROUX, pour le temps que vous m'avez consacré et les compétences que vous m'avez apportées.

À tous les médecins dont j'ai croisé le chemin, qui m'ont transmis leurs connaissances et la passion de leur métier : Dr Laurence DELAVENNAT, Dr Philippe BOULLE, Dr Liamine SLAMANI, Dr Florence PERRILLAT, Dr Élodie MOUNIER, Dr Guy JULIEN, Drs Julien et Christelle GUIBERTEAU, Dr Charles VOUILLON, Dr Alain STEMMELEN, Dr Maïzé DUCRET, Dr Isabelle REY, Dr Benoit FRANKO, Dr Thomas KOFMAN, Dr Déborah CHAINTREUIL, Dr Thierry DEWAELE, Dr Gilles MUNIER, Dr Alexandre GMYREK, Dr Edouard BAZIRE.

À Marie, Béatrice et Joris pour leur travail et leur implication.

Aux secrétaires, manip' radio et infirmières des Centres Médicaux de Morzine, des Gets et d'Avoriaz, parce que vous faites un travail formidable sans lequel le nôtre ne serait pas possible.

Aux équipes de Mont Blanc Hélicoptères et au service des pistes des Portes du Soleil, pour votre professionnalisme et votre rigueur en toutes circonstances, travailler avec vous est une chance.

À Charles, Pierre, Alexandre, Virgile, Marie, Nadège, Mathilde et Agathe, la Team TLB sans laquelle cet internat n'aurait pas eu la même saveur. À Charles et Pierre, pour votre disponibilité quotidienne, votre prévenance et vos conseils éclairés. À Charles pour la relecture de ce travail.

À Alexandra, Alice, Fred, Nabilah, Morgane, Hélène, Saskia, Camille et Florian, mes co-internes de choc.

À Paul et Marie-Anne, pour ce que vous êtes, et pour les futures sorties en 2002.

À Vivien, pour ta présence à mes cotés depuis tant d'années et tout ce que tu m'apportes.

À Pierre et Josette, mes beaux parents, pour votre accueil, votre bienveillance et la confiance que vous avez placée en moi pour mes premiers remplacements.

À Claire, Marie, Charles, Baptiste, Léopold, Louison et Jeanne, pour tous les moments passés ensemble et pour tous ceux à venir.

À ma grande famille, mes grands-parents, oncles et tantes, cousins et cousines, vous retrouver est toujours une bouffée d'oxygène.

À Guy et Jocelyne, pour votre présence discrète et immuable à mes cotés.

À François, mon grand frère et modèle, et à sa Sophie, pour tout ce que tu m'as apporté depuis tant d'années, pour ta patience inaltérable et ton flegme légendaire, je n'en serais pas là sans toi.

À Clarisse, ma grande sœur et confidente, et à Nicolas, Rose et Romane, pour tout l'amour que vous m'apportez, sans vous non plus je n'en serais pas là, vous me donnez la force d'avancer.

À mes parents, sans qui rien n'aurait été possible. Pour tout ce que vous m'apportez quotidiennement, pour votre soutien toutes ces années, pour les valeurs que vous m'avez transmises et la famille magnifique que vous avez su fonder.

À Clémence, présente depuis le tout premier jour de fac. Parce que tu me connais mieux que personne et que tu m'aimes quand même, c'est une chance de t'avoir à mes côtés. Je t'aime.

Sommaire

Remerciements	7
Liste des abréviations	10
Préambule	11
Résumé	27
Abstract	28
Introduction	29
Matériel et Méthode	31
Résultats	35
Discussion	52
Conclusion	80
Bibliographie	82
Serment d'Hippocrate	89

Liste des abréviations

AMU	Aide médicale urgente
ARS	Agence régionale de santé
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CDOM	Conseil départemental de l'ordre des médecins
CFFE	Centre francophone de formation en échographie
CH	Centre hospitalier
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CSNP	Centre de soins non programmés
DESU	Diplôme d'études supérieures d'université
DIU ETUS	Diplôme inter-universitaire d'échographie et techniques ultra-sonores
DREES	Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques
FMC	Formation médicale continue
HPST	Hôpital patient santé territoire
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MCS	Médecins correspondants du SAMU
MEP	Médecin à exercice particulier
MMG	Maison médicale de garde
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
MSU	Maître de stage universitaire
PDSA	Permanence de soins ambulatoires
PMT	Patientèle médecin traitant
SAU	Service d'accueil et de traitement des urgences
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SISA	Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
SMUR	Service mobile d'urgences et de réanimation

Préambule

1) Contexte socio-démographique

Comme le rappellent les actualités et le récent rapport du député Thomas Mesnier, l'organisation de l'offre de soins non programmés en France fait face à de nouveaux défis (1). Le nombre de médecins généralistes exerçant en secteur libéral diminue régulièrement depuis une dizaine d'années, alors que la consommation médicale globale ne cesse de progresser, à l'image des consultations des Services d'accueil et de traitement des Urgences (SAU). Dans ce contexte de déséquilibre entre une demande toujours plus grande et une offre limitée, il nous faut repenser notre système de soins.

L'efficacité de l'offre de soins ambulatoires requiert une optimisation des pratiques médicales et une réorganisation des filières de soins, au centre desquelles les soins primaires doivent se réinventer.

2) Evolution des besoins : Un écart croissant entre l'offre et la demande

Le carré de White, revu par Green en 2001 montre que la majorité des demandes médicales concerne les soins primaires (2). Parmi eux, les soins non programmés représentent 12 % de l'activité en médecine de ville, soit 35 millions de consultations annuelles en France. L'évolution de la société et les changements des mentalités ne sont pas sans modifier les rapports qu'entretiennent les français avec leur système de soins. Le vieillissement de la population, l'augmentation des pathologies chroniques et de leurs comorbidités, la démocratisation d'internet avec l'accès plus aisé aux informations médicales, ainsi que les exigences sociétales d'immédiateté bouleversent son fonctionnement. De cette façon, les missions assurées par les services d'Urgences ont fortement évolué depuis leur création.

Initialement vouées à la prise en charge des urgences vitales et de la traumatologie grave des Accidents de la voie publique (AVP), leurs missions ont progressivement glissé vers de nouvelles priorités d'urgences. On observe d'une part un accroissement des pathologies cardio-vasculaires et neuro-vasculaires bénéficiant de filières hyperspécialisées ainsi qu'une augmentation des consultations liées aux pathologies chroniques et à leurs complications. D'autre part, on observe une plus forte prévalence de patients se présentant dans un état sanitaire très dégradé, souvent associé à des situations sociales difficiles résultant d'une très forte précarité, voire d'une certaine marginalisation.

Ces changements sociétaux touchent également nos médecins libéraux dont l'activité a évolué depuis vingt ans du fait de revendications différentes des générations précédentes (3). Ceux-là souhaitent bénéficier de conditions d'exercice et de vie moins contraignantes. La généralisation des consultations sur rendez-vous, la raréfaction des visites à domicile, l'allongement des délais de rendez-vous, la poursuite de la désertification médicale et la réduction du temps d'exercice avec la progression du temps partiel sont autant de changements qu'il faut prendre en compte. Ainsi la demande de soins non programmés au sens large ne cesse de progresser dans les services d'Urgences, ne trouvant pas d'autres interlocuteurs dans la chaîne des soins pour s'en saisir. Cependant, malgré un certain sentiment d'abandon évoqué par les usagers des services d'Urgences, les travaux de la Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) nous montrent que (4) :

- La prise en charge débute en moins d'une heure pour 70 % des patients,
- Le premier contact avec un soignant intervient en moins de 15 minutes dans 95 % des cas,
- La première évaluation médicale a lieu dans les 30 minutes suivant leur arrivée pour 90 % des patients,
- La moitié des patients évalués attend moins de 20 minutes avant le début des soins,
- Au total, 50 % des passages durent moins de 112 minutes au total.

Pour autant, le fait que le temps d'attente représente la première cause de mécontentement évoquée par les usagers des Urgences est un signe encourageant de bon fonctionnement du point de vue médical, étant donné qu'on ne reproche aux médecins ni leurs diagnostics ni leurs prises en charges médicales (5).

L'évolution de la société concerne également le mode de gestion et de rémunération de l'Hôpital Public. Depuis l'introduction de la Tarification à l'activité (T2A) en 2004, l'Hôpital Public a vu son activité augmenter, dans la continuité d'une gestion entrepreneuriale des soins voulue par les instances de santé, dans le but louable d'augmenter l'efficacité du système. Cependant, la réduction progressive des tarifs alloués aux soins instaure un modèle inflationniste et une course à la rentabilité. Ainsi limité à une vision managériale des structures de soins, le constat des chiffres semble positif. La qualité des soins et le service rendu ne peuvent cependant pas se limiter à des chiffres et la santé de nos concitoyens ne peut en aucun cas s'appréhender comme une entreprise, soumise à des objectifs de rentabilité. Ainsi, tant que persistera une politique du rendement dans une dynamique d'augmentation exponentielle et inconsidérée de l'activité, pour des moyens humains,

matériels et logistiques déjà exploités en flux tendu, il semble tout à fait inconcevable d'envisager une amélioration de la situation au sein de notre système de soins. La réflexion récente autour de ces problèmes a introduit la possibilité de modes de financements combinés de l'Hôpital Public qui restent à évaluer, mais qui semblent s'orienter dans la bonne direction (6).

Dans ce contexte, et compte tenu de la conjoncture financière actuelle, il semble intéressant de délocaliser une partie de cette activité sur de nouvelles structures de soins, à mi-chemin entre cabinets de médecine générale traditionnels et services de petites urgences, tels que les Centres de soins non programmés (CSNP).

3) La problématique de la gestion des soins non programmés en France

En 1993, le rapport Steg pointait déjà les défaillances organisationnelles rencontrées par les services d'urgences. Les critiques étaient alors portées sur « *un flux jugé excessif et insuffisamment régulé* », « *un premier niveau d'accueil défaillant* », ainsi qu'une « *sous médicalisation* » (7). Ce rapport soulignait également la désaffection de la pratique des petits gestes de traumatologie des médecins libéraux aux heures ouvrables, en raison de la désorganisation induite par ces urgences dans un planning organisé sur rendez-vous.

En vingt ans, de nombreux progrès ont été faits concernant l'Aide médicale urgente (AMU), avec une professionnalisation médicale des urgences, une différenciation et une adaptation des services à leurs fonctions, le développement des services de régulation pré-hospitalière et la création des SAMU-SMUR (Service d'aide médicale urgente - Service médical d'urgence et de réanimation). Parallèlement le rôle du médecin généraliste dans la permanence de soins a également été revu, avec la mise en place de la Permanence de soins ambulatoires

(PDSA) et l'intégration des médecins généralistes dans le fonctionnement de la régulation médicale.

Malgré ces progrès, le constat global des services d'Urgences en France reste une augmentation croissante du nombre de consultations depuis les années quatre-vingt-dix à un rythme constant de 3,5 % par an, alors même que le nombre d'urgences vitales demeure stable et minoritaire, représentant moins de 5 % des admissions. Parallèlement, la traumatologie représente le principal motif à l'origine du recours au SAU avec 25 à 50 % des admissions suivant les séries, les usagers choisissant ce recours pour la présence d'un plateau technique mais également par méconnaissance des possibilités de prises en charge de certaines de ces pathologies en médecine de ville (8) (9) (10). On remarque également que les passages dans les services d'Urgences sont essentiellement diurnes. En effet, 75 % des admissions ont lieu aux heures ouvrables des cabinets médicaux entre 8h et 20h, 15 % ont lieu entre 20h et 0h durant les horaires de la PDSA, et seulement 10 % entre 0h et 8h (11).

Le nombre de passages annuels est ainsi passé de 7 millions en 1990, à 10,1 millions en 1996, à plus de 21 millions en 2016 (12).

Parmi les explications que l'on peut apporter à cette situation, différents rapports pointent du doigt le comportement inadapté des usagers qui consulteraient les services d'Urgences pour des convenances personnelles (immédiateté de l'accès aux soins, absence d'avance de frais) ou bien pour des problématiques médicales pouvant relever des soins ambulatoires et alors qualifiées de « passages inutiles » ou « non pertinents » (1). Dans son rapport de 2014, la Cour des comptes avait ainsi établi qu'il existerait « *une réorientation éventuellement*

possible de l'ordre de 3,6 millions de passages annuels vers une prise en charge en ville », soit 15 à 20 % des passages aux urgences (13). Cependant, comme le rappelle le rapport d'information du Sénat sur les urgences hospitalières de 2017, cette explication doit être mise en perspective (14) :

- La notion de « passage inutile » est difficile à objectiver autrement qu'*a posteriori*,
- La notion d'« urgence ressentie » est à favoriser pour concilier le besoin de soins en prenant compte de l'angoisse éventuellement ressentie par le patient,
- La présentation au SAU est souvent le fait de l'absence de solution alternative dans le cadre de l'offre médicale de premier recours ou de la PDSA, soit qu'elle n'existe pas, notamment dans les déserts médicaux, soit que ces patients ne sachent pas qu'elle existe.

Le Dr Marc Giroud, ancien président de l'association Samu-Urgences de France, retranscrit bien cette notion en affirmant que « *l'absence d'offre adaptée constitue l'urgence* », le recours aux Urgences restant une solution « de confort » pour une minorité de patients (5). En parallèle, force est de constater que le nombre de médecins généralistes libéraux exclusifs en France métropolitaine diminue progressivement, passant de 62000 en 2012 à 58000 en 2017, avec une augmentation des recours au secteur libéral de 31 % sur ces dix dernières années, traduisant là encore, l'augmentation de la consommation médicale globale (8) (15). Ces chiffres nous permettent de comprendre un certain désengagement des professionnels libéraux quant à la prise en charge des soins non programmés. Ainsi, l'augmentation du recours aux Urgences ne serait que le reflet d'une organisation désuète de l'offre de soins non programmés et des soins primaires qui a fait son temps et qui reste à revoir.

« Les problèmes rencontrés ne pourront être résolus tant que les services d’Urgences continueront d’être considérés comme un point d’entrée défailant dans le système de santé. Ils constituent au contraire l’aboutissement de trajectoires individuelles dans ou en dehors du parcours de soins, et sédimentent à ce titre l’ensemble des problématiques sanitaires et sociales accumulées au cours de ces différents parcours » (14).

4) Quelles solutions apporter pour la prise en charge des soins non programmés ?

Face à ces constats, il apparaît indispensable de développer l’offre de ville pour la prise en charge en journée des soins non programmés. Plusieurs pistes ont été soulevées, dont certaines sont déjà opérationnelles (16) (17) :

- Revaloriser la prise en charge des soins non programmés par les médecins libéraux :
 - o Mise en place d’une majoration de 15 euros pour les médecins correspondants qui reçoivent sous 48 heures un patient adressé par son médecin traitant (Majoration correspondant urgence, MCU), à laquelle correspond une majoration de 5 euros pour le médecin traitant ayant adressé le patient (Majoration d’urgence du médecin traitant, MUT),
 - o Mise en place d’une majoration de 15 euros pour la prise en charge par le médecin traitant d’un de ses patients à la suite d’une demande du centre de régulation médicale des urgences (Majoration de régulation du médecin traitant, MRT),

- Création d'une nouvelle lettre dans la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) appelé « Acte non programmé », restant à mettre en place.

- Favoriser le développement et renforcer le maillage territorial des centres de santé sur le modèle de structures d'exercice collectif et pluridisciplinaire, présentant un plateau technique, traitant la traumatologie et la petite chirurgie au sein de filières dédiées, accueillant les transports sanitaires privés et publics, accessibles (secteur 1 et tiers payant), et dont les acteurs participent à la PDSA (3).

- Redonner de l'attractivité à l'activité de PDSA en élargissant ses horaires au samedi matin, dans un but de clarification en évitant la confusion des patients sur l'organisation du dispositif, et en regroupant les acteurs au sein de Maisons Médicales de Garde (MMG).

- Renforcer l'utilisation de la régulation médicale, outil précieux pour limiter les passages aux Urgences non médicalement justifiés. Là encore, la méconnaissance du système lui fait perdre une partie de son efficacité, puisque 70 % des passages aux Urgences se font sans avis médical préalable (9). La création d'un numéro supplémentaire, le 116-117, entretient cette confusion et peut nuire au dispositif.

- Rendre le patient acteur de son parcours de soins. Il ne doit pas être considéré comme un bénéficiaire passif de soins, mais comme un acteur de sa santé. Cette disposition passe nécessairement par une information et une éducation de la population. Une enquête TNS-Sofres de 2014 a montré que près de 54 % des Franciliens ne savaient pas quelle était la conduite à tenir en cas de problème de santé imprévu, ce qui montre bien le manque d'informations délivrées à ce sujet (18).

Toutefois, ces dispositions rencontrent aussi des limites :

- L'absence de plateau technique constitue un élément majeur de la perte d'efficacité des MMG car les examens de radiologie et de biologie ne peuvent pas y être directement pratiqués. Ainsi, l'offre de soins proposée en MMG n'apporte pas de solution supplémentaire à celle de la médecine de ville, hormis des horaires d'ouvertures élargies. Une meilleure intégration des MMG en collaboration avec les services d'Urgences par la mise en place de protocoles de réadressage entre ces structures et des modes de financements transversaux pourraient être des solutions à ces problèmes.
- La méconnaissance du dispositif par la population, entretenue par des amplitudes horaires de fonctionnement des MMG ne couvrant pas l'intégralité de la PDSA, participe à la confusion.

5) Dans le contexte actuel de restriction budgétaire, comment améliorer l'efficacité du système ?

L'optimisation des dépenses de santé doit passer par une régulation de la demande et une organisation de l'offre de soins ambulatoires (3) (19) (20) (21).

La régulation de la demande passe actuellement par une participation financière des patients par le biais de frais d'usages (ticket modérateur, franchise), ce qui limite la consommation globale mais affecte l'accès aux soins. Le recours à un compte d'épargne médicale ou la limitation du panier de soins en sont d'autres exemples utilisés chez nos voisins européens. Parallèlement à ces dispositions, l'optimisation du mode de rémunération des médecins avec la mise en place d'un droit de tirage introduisant des modes de rémunérations mixtes (*Praxisbudget* allemand) semble être une solution à privilégier, garantissant l'équité entre les assurés.

L'organisation de l'offre de soins ambulatoires devrait permettre une augmentation de la qualité des soins sans augmentation des coûts. Cela passe avant tout par l'optimisation des pratiques avec la mise en place de références médicales au niveau local, le renforcement de l'exercice en groupe et l'instauration d'incitations financières comme les Rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP) instaurées en 2011. La restructuration des filières de soins passera quant à elle par une meilleure coordination des soins avec la mise en place de programmes de « *case management* » et de « *disease management* ». La réforme du médecin traitant en France (2004) a quant à elle introduit un phénomène de « *gate keeping* » et potentialise des perspectives d'évolutions organisationnelles du système de soins basées sur une dimension populationnelle et non plus seulement individuelle des soins, en permettant l'introduction de modes de rémunérations alternatifs (22). Ces

réformes devront se poursuivre par la mise en place du Dossier médical partagé (DMP) et à terme pourraient permettre aux patients d'être inscrits auprès d'une structure de soins et non plus seulement auprès d'un seul médecin. Le développement des CSNP, à l'image des « *walk-in centers* » britanniques, fait également partie des pistes à envisager et à soutenir, comme le rappelle le rapport Grall (11).

6) L'exercice en groupe, une des clés pour l'avenir ?

La situation française en matière de soins non programmés et de soins d'urgences n'est pas une exception. Dans des mesures diverses, beaucoup de pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) rencontrent des difficultés dans la gestion des soins non programmés, avec un accroissement important des consultations de leurs services d'Urgences depuis vingt ans, à des rythmes plus ou moins rapides (23). Ce constat s'explique car les évolutions sociétales observées en France sont globalement les mêmes dans ces pays. Face à ces bouleversements, la tendance générale est au regroupement des professionnels de santé, qui est un moyen d'améliorer simultanément la productivité des soins et les conditions de travail par une meilleure répartition des contraintes.

De ce point de vue, la France reste pourtant en retard (24). Ceci s'explique en partie car historiquement, le système de soins français n'a pas été construit autour des soins primaires. L'organisation des soins ambulatoires y reste encore largement déterminée par les principes de la charte de la médecine libérale de 1927, structurée ensuite par la loi de 1958 (16). Ainsi, il aura fallu attendre les années 2000 pour voir se démocratiser des exercices collectifs de la médecine libérale en France, plébiscités par différents rapports (20).

En 2003, 44 % des médecins libéraux français exerçaient en groupe, toutes spécialités confondues, contre 11 % en 1969 et 27,4 % en 1982, et ce n'est qu'en 2009 que ce mode d'exercice est devenu majoritaire (25).

En parallèle à la situation française, d'autres pays comme la Suède, la Finlande ou les Pays-Bas ont instauré une organisation de leur système de soins bâtie autour des soins primaires dès les années quatre-vingt. Cette organisation est le fruit d'un accompagnement des services publics et de choix politiques forts. Durant cette période, la volonté était d'apporter une réponse globale de proximité allant dans le sens de la conférence de l'Alma-Ata de 1978 et de la conférence d'Ottawa de 1986 (26) (27). La Suède et la Finlande ont ainsi pris la décision de n'assurer les soins primaires qu'au sein de centres de santé publics, gérés et financés par les collectivités locales. Le Royaume-Uni a quant à lui supprimé la liberté d'installation, instauré une obligation de liste minimale de mille patients par cabinets et a mis en place des incitations financières (« *Group allowance* », « *Cost rent scheme* » puis les « *New GP contract* » en 2004) ayant favorisé le regroupement des médecins. En 1997, la mise en place des « *Primary care Groups* » a permis le regroupement des médecins à un échelon supérieur d'association, au sein de réseaux de soins (24).

Outre la mise en place précoce de décisions politiques fortes portant un véritable projet d'organisation du système de soins autour des soins primaires, ces modèles diffèrent de notre système en ce qui concerne :

- Le mode de financement : basé sur l'impôt plutôt que sur un mode assurantiel,
- La gestion du système de soins : décentralisé au niveau local,
- Le statut et le mode de rémunération des acteurs : rémunération mixte associant à différents niveaux capitation/salaire/rémunération à l'acte,

- L'organisation du système de soins en modèle « communautaire intégré » selon la typologie décrite par Beaulieu (24),
- L'existence d'un champ de recherche universitaire dans la discipline,
- La reconnaissance de la place et de l'importance des médecins généralistes dans l'organisation et la coordination des soins sur le modèle du *gate keeping*,
- Valorisation financière passant par des modes de rémunérations mixtes (24).

Malgré les différences historiques entre ces différents modèles, on assiste depuis les années quatre-vingt-dix à une uniformisation progressive avec :

- Instauration de mécanismes d'inscription volontaire des patients, faisant passer des modèles « Professionnel de contact » vers des modèles « Professionnel de coordination »,
- Développement de la coopération et la délégation de tâches entre les différents professionnels de santé,
- Mise en place de modes de rémunérations mixtes permettant le développement de nouvelles activités, l'amélioration de l'accès aux soins par élargissement des amplitudes horaires et la prise en charge des soins non programmés,
- Modification des modes de conventionnement passant par une décentralisation territoriale et financière.

Ces modes d'exercice en groupe sont finalement un apport en terme :

- Economies d'échelle et de gamme,
- Efficacité et efficience avec une qualité des soins au moins identiques, au mieux améliorée, notamment sur le suivi des pathologies chroniques,

- Productivité par une augmentation de rendement du groupe et une baisse de la charge de travail individuelle,
- Formation par l'encadrement d'étudiants en formation.

7) L'accès à l'Aide médicale urgente en zone isolée

L'accès à l'AMU dans un délai de moins de trente minutes pour l'ensemble de la population française est un des douze engagements du Pacte territoire santé présenté en 2012 et revu en 2015 par la Ministre de la Santé, Madame Marisol Touraine (28). Malgré l'évolution du système et les réformes successives, on comprend aisément à la vue de la situation actuelle des services d'Urgences, que cet objectif doit s'appuyer sur d'autres moyens que ceux existant pour être respecté. Selon la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), l'accès à l'AMU a été amélioré depuis 2012, notamment par une légère augmentation du nombre de SMUR, mais surtout par un accroissement important du nombre de Médecins Correspondants du SAMU (MCS). En effet, depuis la création du réseau MCS Alpes du Nord en 2003 à l'initiative de l'Association Médecins de Montagne, et la parution du décret n°2006-576 du 22 mai 2006 ainsi que de l'arrêté du 12 février 2007 fixant les grandes lignes de leurs missions et de leurs modalités d'intervention, le nombre de MCS n'a cessé d'augmenter (28) (29) (30). Entre 2012 et 2014, ce nombre a été multiplié par 4 pour atteindre 580 (28). De cette façon, l'accès à l'AMU a été rendu possible pour un million de Français supplémentaires en dix ans. Cependant, selon la DREES, 2,7 millions de personnes, soit 4,1 % de la population française se trouveraient encore à plus de 30 minutes d'un service d'Urgences, d'un SMUR ou d'un MCS au 1er novembre 2016.

Nous voyons ici l'importance du dispositif et la marge de progression encore possible. Parmi les solutions amenées par le rapport Grall (11), l'une d'elle était de « *revisiter le niveau de prise en charge des urgences* » en distinguant différents types de structures représentant quatre niveaux de prise en charge, parmi lesquels les CSNP.

8) Les cabinets de médecine de montagne peuvent-ils apporter des solutions ?

La configuration géographique des départements de montagne telle la Haute-Savoie a permis depuis une cinquantaine d'années le développement de structures innovantes que sont les cabinets de médecine de montagne. Ceux-ci ont su exploiter les contraintes et les avantages inhérents à leur position afin de développer des activités et des modes de fonctionnement novateurs. Ainsi, le regroupement des médecins y est fréquent, tout comme la présence d'un plateau technique nécessaire à la prise en charge de la traumatologie des sports d'hiver. Point d'émergence du dispositif des MCS, nombreux sont les médecins de stations à endosser cette fonction. Les spécificités de leur mode d'exercice nécessitent dans bien des cas un fonctionnement sans rendez-vous, au moins une partie de l'année, puisque ces cabinets drainent en grande partie les soins non programmés d'une population qui n'appartient pas à leur patientèle. Par bien des aspects, ces cabinets se rapprochent donc des Centres de soins non programmés (CSNP). Dans le contexte actuel, les cabinets de médecins de montagne ou les CSNP pourraient bien apporter des éléments de réponse à différents enjeux.

D'une part ils offrent un accès de proximité pour des soins urgents et/ou non-programmés, déchargeant de fait les services d'Urgences hospitaliers, pour un coût de fonctionnement substantiellement avantageux, et leur permettant de concentrer leur travail sur les vraies priorités d'urgences (31). D'autre part, leur plateau technique diversifie la pratique des

médecins et renforce l'attractivité de ces structures pour une qualité des soins et des compétences mises en œuvre au moins équivalentes à ce qui peut se faire dans un service d'Urgences, dès lors qu'il existe des formations et des équipements adaptés à la prise en charge des urgences, comme c'est le cas pour les MCS.

En reprenant l'exemple des cabinets de stations, on remarque que malgré leur isolement, des moyens limités, et une confrontation quotidienne aux soins non programmés parmi lesquels de vraies urgences, les taux d'hospitalisations de ces cabinets sont inférieurs à 5 %, alors même qu'ils drainent une activité de traumatologie qui sans eux, aurait nécessité un passage par un SAU (32). L'intrication de ces structures au sein de la chaîne des secours est une évidence dans ces régions isolées, mais peut également s'imaginer plus proche des structures d'Urgences, dès lors que les rôles de chacun sont bien définis et la population éduquée en ce sens.

L'isolement géographique de ces cabinets les a donc poussés à développer des solutions organisationnelles innovantes parmi lesquelles le regroupement au sein des cabinets ainsi qu'à des niveaux organisationnels supérieurs, la mise en commun des moyens et des recettes, la mise en place de plateaux techniques avec des appareils d'imageries, la coopération avec des laboratoires d'analyse et la dotation en appareils de biologie délocalisés, l'appui sur du personnel paramédical salarié et la filiarisation des flux de patients. Ces mesures ont été mises en œuvre afin d'apporter aux populations fréquentant ces cabinets les soins primaires les plus innovants et variés possible, dont l'échographie est aujourd'hui un des outils.

Résumé

THÈSE SOUTENUE PAR : Valentin DROZ BARTHOLET

TITRE : FACTEURS FAVORISANT L'UTILISATION DE L'ECHOGRAPHIE DANS LES CABINETS DE MEDECINE GENERALE DE HAUTE-SAVOIE, ETUDE DESCRIPTIVE

Contexte : L'organisation de l'offre de soins non programmés en France fait face à de nouveaux défis. Dans ce contexte de déséquilibre entre une demande toujours plus grande et une offre limitée, il nous faut réorganiser les filières de soins, et repenser nos soins primaires.

Objectifs : L'objectif de cette étude était d'étudier dans quelles proportions intervenaient les facteurs identifiés comme favorisant l'utilisation de l'échographie dans les cabinets de médecine générale de Haute-Savoie.

Méthode : Une étude observationnelle descriptive transversale était réalisée. Un questionnaire a été distribué par courriel à l'ensemble des médecins généralistes installés en Haute-Savoie inscrits au Conseil départemental de l'ordre des médecins. La population des médecins généralistes utilisant l'outil échographique a été comparée à la population de ceux ne l'utilisant pas. L'ensemble des médecins généralistes libéraux non Médecin à exercice particulier (MEP) de Haute-Savoie (n=683) a été interrogé par questionnaire et 87 réponses ont été analysées. Les médecins non répondants étaient recontactés par téléphone afin de connaître leur position quant à l'utilisation de l'outil échographique, qu'il s'agisse de la réalisation d'échographies ou d'échoscopies.

Résultats : Au total, 38 médecins généralistes ont été référencés comme échographistes non exclusifs en Haute-Savoie. Parmi eux, 65 % (n=25) ont participé à cette étude. Il ressort de ce travail que ces médecins sont plus souvent des hommes exerçant dans un cabinet éloigné des centres hospitaliers, appartenant à une Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), fonctionnant en filières avec des consultations sans rendez-vous et possédant un plateau technique. Les associés de ce cabinet travaillent plus souvent en partage d'honoraires, emploient des salariés, et sont des Médecins correspondants du SAMU et des Maîtres de stage universitaire impliqués dans la formation universitaire et dans des activités médicales hors cabinet.

Conclusion : Dans le contexte existant de réflexion autour de la réorganisation des soins primaires, le développement de structures novatrices conçues sur ces caractéristiques pourrait être une des solutions aux problèmes actuels.

Mots clés : *médecine générale, échographie, soins non programmés, soins primaires*

Abstract

AUTOR : Valentin DROZ BARTHOLET

TITLE : FACTORS ENCOURAGING THE USE OF ULTRASONOGRAPHY WITHIN GENERAL PRACTITIONERS' OFFICES IN HAUTE-SAVOIE, DESCRIPTIVE STUDY

Context : The offer of unscheduled care in France is facing an imbalance between ever stronger demand and limited offer. In this context, we need to reorganize our care systems and rethink our primary care.

Aim : The aim of this study was to observe to what extent the identified factors were encouraging the use of ultrasonography within General practitioners' (GPs) offices in Haute-Savoie.

Method : A cross-sectional descriptive observational study was carried out to compare the population of GPs using the ultrasound tool to the population of those not using it. A survey was distributed by e-mail to all GPs settled in Haute-Savoie (n = 683), and 87 responses were analysed. Non-responding GPs were contacted over the phone to determine their position on the use of ultrasonography.

Results : In total, 38 GPs were referenced as non-exclusive sonographers in Haute-Savoie. Among them, 65% (n = 25) participated in this study. According to this work, these GPs are more often men, practicing in offices away from hospitals, belonging to a cross professional outpatient care services corporations, operating in sectors with consultations without appointments and having a technical platform. The associates of these offices work more often in fee-sharing, hire employees, and are corresponding doctors of the emergency services and university supervisors involved in out-of-office medical activities. In the existing context of rethinking the organisation of primary care, the development of innovative structures designed around these characteristics could be one of the solutions to current problems.

Key words : *general practice, ultrasonography, primary care, unscheduled care*

Introduction

L'organisation de l'offre de soins non programmés en France fait face à de nouveaux défis. Le déséquilibre croissant entre une demande toujours plus forte et une offre limitée nous oblige à repenser notre système de soins. Ainsi, l'hospitalo-centrisme induit par la loi de 1958 doit sans doute être révisé au profit des soins primaires, pilier du système. Diverses mesures dont la réforme du médecin traitant introduite en 2004 et les évolutions successives des nomenclatures ont cherché à moderniser notre système de soins pour faire face aux bouleversements sociétaux en cours. Depuis les années deux mille, on assiste par ailleurs à un mouvement de regroupement des médecins libéraux. Certains ont ainsi créé des structures innovantes utilisant un plateau technique équipé d'appareils de radiographies et/ou d'échographies, tentant d'apporter une réponse à la demande de soins non programmés. De tels cabinets, construits à l'image des cabinets de médecine de montagne existant depuis une cinquantaine d'années, pourraient être une des solutions à ces problèmes, en absorbant une part de cette demande et en apportant une réponse médicale de proximité à l'ensemble de la population.

Plusieurs travaux récents ont permis de mettre en lumière des facteurs favorisant ou limitant la réalisation de gestes techniques ou l'utilisation de l'échographie dans les cabinets de médecine générale (33) (34) (35) (36). L'échographie est une technique d'imagerie dynamique non irradiante de démocratisation relativement récente en médecine générale, dont l'utilisation pourrait être une des clés du changement de paradigme que la situation de notre système de soins impose. Une étude menée au Royaume-Uni en 2002 a ainsi évalué l'impact de l'échographie effectuée par les médecins généralistes sur les besoins de santé (37). Cette étude a montré une diminution de 22,8 % des demandes d'échographies à

l'hôpital, de 15,1 % des recours aux spécialistes ainsi que de 5,6 % des passages aux urgences, pour un coût global inférieur de 50,36 euros par acte échographique réalisé par un médecin généraliste.

Dans cette étude, il était décidé de comparer la population des médecins généralistes utilisant l'outil échographique, à ceux ne l'utilisant pas. Il n'existait, à notre connaissance, aucun recueil établissant le nombre de médecins généralistes utilisant cet outil en Haute-Savoie. Il était fait l'hypothèse que certains facteurs tels que l'exercice en groupe, la mutualisation des recettes, l'emploi de salariés ainsi que la pratique d'une activité médicale en dehors du cabinet, devaient être largement représentés parmi les pratiquants de l'échographie.

L'objectif principal de cette étude était d'étudier dans quelles proportions intervenaient les facteurs identifiés comme favorisant l'utilisation de l'échographie dans les cabinets de médecine générale de Haute-Savoie.

Les objectifs secondaires étaient de recenser les médecins généralistes utilisant l'échographie en Haute-Savoie et d'en analyser leur utilisation¹.

¹ Par utilisation il était également entendu la formation, la cotation, le financement et les motivations au développement de l'échographie.

Matériel et Méthode

Une étude observationnelle descriptive transversale était réalisée. Un questionnaire a été conçu, puis distribué par courriel à l'ensemble des médecins généralistes installés en Haute-Savoie inscrits au Conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM). Une relance était prévue un mois après l'envoi du questionnaire. Les médecins non répondants étaient recontactés par téléphone afin de connaître leur position quant à l'utilisation de l'outil échographique, qu'il s'agisse de la réalisation d'échographies ou d'échosopies.

1) Réalisation du questionnaire

Des travaux qualitatifs antérieurement menés se sont intéressés à identifier les obstacles à l'utilisation de l'échographie en médecine générale (33) (34). De façon plus globale, d'autres études ont tenté de comprendre les raisons qui favorisent ou freinent la réalisation d'actes techniques dans les cabinets de médecine générale (35) (36). Les données issues de ces travaux ont été recoupées afin d'établir une liste de facteurs identifiés comme favorisant l'utilisation de l'échographie dans les cabinets de médecine générale de Haute-Savoie. Ces facteurs ont ensuite été intégrés au questionnaire.

Compte tenu du nombre élevé de demandes auxquelles les médecins sont soumis chaque semaine, il a été souhaité un questionnaire court (une vingtaine de questions), rapide (+/- 2 minutes) et facile à remplir (Questions à choix unique/multiples (QCU/QCM) plutôt que Questions à réponses ouvertes courtes (QROC)).

La première partie comportait des questions de présentation du médecin. Le nom, le sexe, l'âge, le lieu d'exercice, et la recherche d'une activité de Médecin à exercice particulier

(MEP) exclusive étaient recueillis. Cette étude ayant comme objectif secondaire un recensement des médecins généralistes utilisant l'échographie, il a été choisi un questionnaire nominatif.

La deuxième partie s'intéressait à l'organisation et au fonctionnement du cabinet. Dans cette partie, il était associé aux facteurs identifiés dans la littérature, des facteurs qu'il semblait intéressant d'étudier.

La troisième partie ne concernait que les médecins ayant répondu « *Oui* » à la question « *Réalisez-vous des échographies dans le cadre de votre activité ?* » et s'intéressait à leur utilisation de cet outil.

2) Population cible

Cette étude s'est intéressée aux médecins généralistes libéraux installés en Haute-Savoie. Étaient inclus dans cette étude tous les médecins généralistes libéraux inscrits au CDOM de Haute-Savoie ayant répondu au questionnaire.

Étaient exclus de cette étude les médecins inscrits au CDOM en qualité de médecin généraliste, mais exerçant exclusivement une activité de MEP. Ainsi, les médecins vasculaires, les médecins du sport exclusif, les allergologues, les médecins esthétiques, les acupuncteurs, les psychanalystes, les échographistes exclusifs et les gynécologues médicaux étaient exclus de l'étude.

Étaient également exclus de l'étude les médecins ayant une activité hospitalière exclusive.

3) Recueil des données

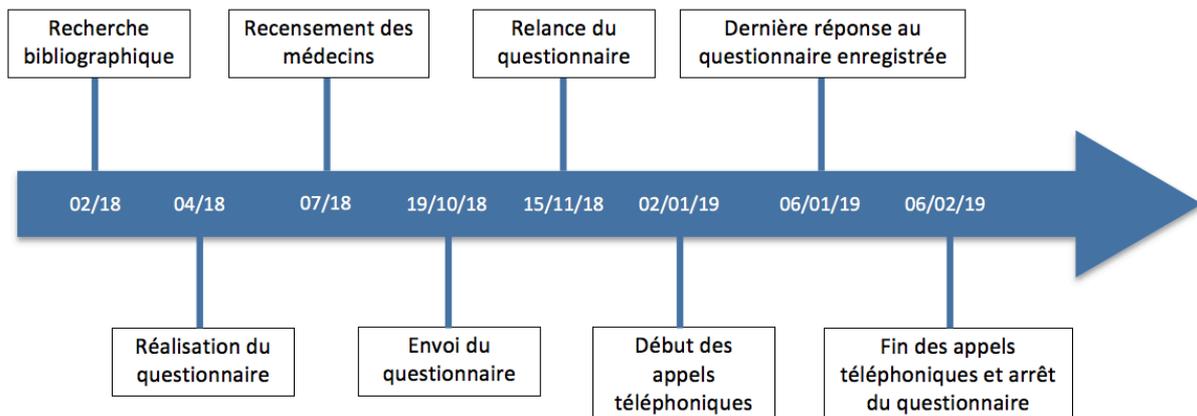
Le CDOM de Haute-Savoie ne délivrant pas la liste de son tableau, le recensement des médecins a été effectué courant Juillet 2018 sur la base de données accessible en ligne : <http://annuaire.sante.ameli.fr/trouver-un-professionnel-de-sante/medecin-generaliste/74-haute-savoie>.

En accord avec le Correspondant de l'informatique et des libertés (CIL) de Grenoble, les renseignements recueillis ont été collectés dans un fichier Excel® reprenant pour chaque médecin le nom, le prénom, la commune d'exercice et le numéro de téléphone du cabinet.

Le recueil de données du questionnaire a été réalisé du 19 Octobre 2018 au 6 Février 2019.

La chronologie de l'étude est présentée dans la Figure 1.

Figure 1 : Frise chronologique de l'étude



4) Analyses statistiques

Les variables qualitatives sont présentées sous forme de nombre et de pourcentage. Pour la comparaison des variables qualitatives non appariées, le test exact de Fisher a été utilisé. Le seuil de significativité des tests statistiques a été fixé à 5 %.

5) Aspects éthiques

Une déclaration du fichier de données de recherche a été effectuée auprès du Correspondant de l'informatique et des libertés (CIL) de Grenoble.

L'accord d'un Comité de protection des personnes (CPP) n'était pas nécessaire pour cette étude. Conformément à la loi relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, et conformément au respect des règles établies par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), les données recueillies ont été rendues anonymes avant leur analyse.

Résultats

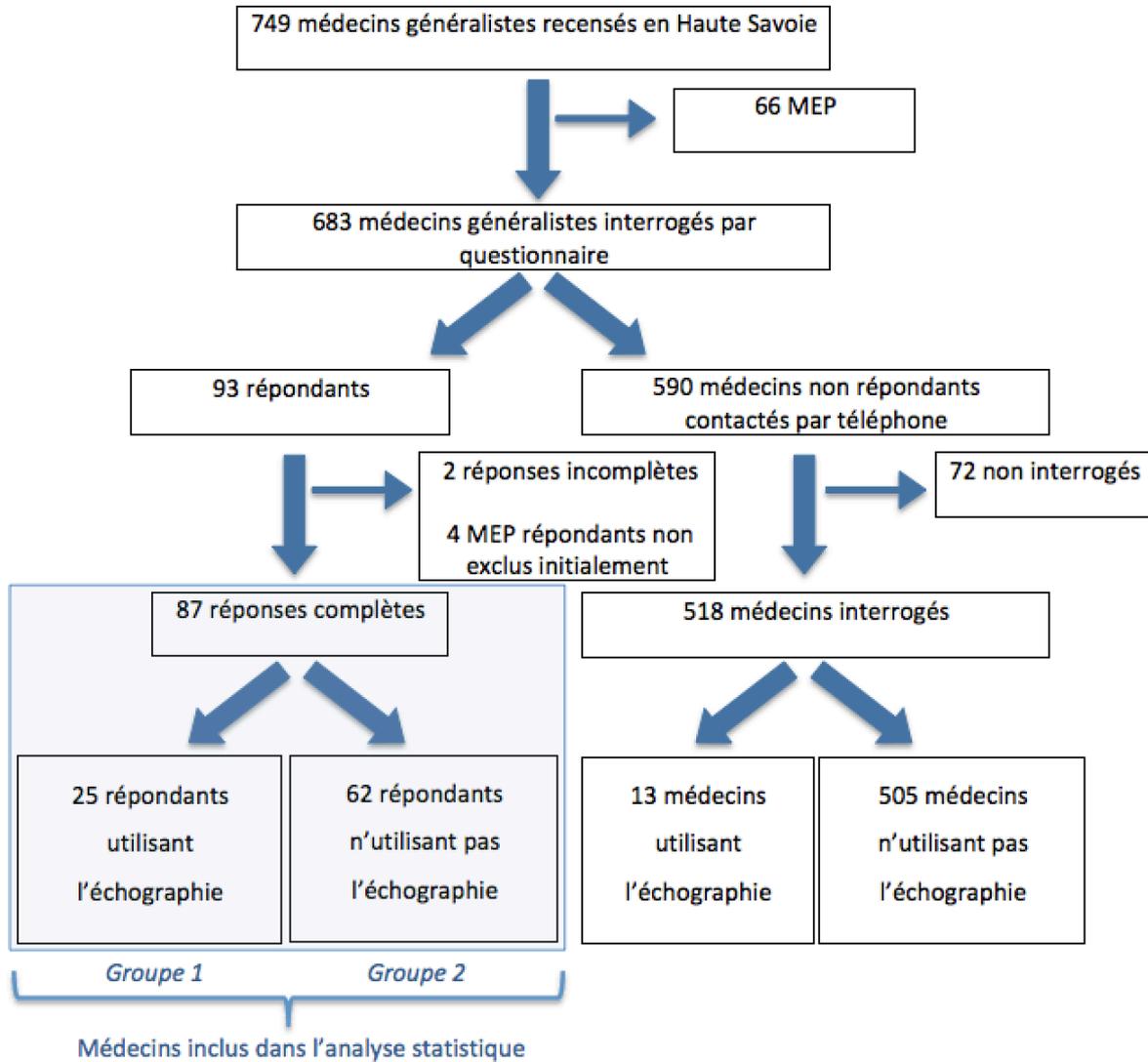
Au total, 749 médecins généralistes ont été recensés en Haute-Savoie et 66 ont été identifiés comme MEP (15) (38) (39).

Sur les trois mois et demi de cette étude, 683 médecins ont été interrogés par questionnaire (source CDOM). Parmi ces médecins, 93 ont répondu au questionnaire, dont 91 réponses complètes. Au sein de ces derniers, 4 répondants ont été exclus de l'étude car ils étaient des MEP, dont 2 réalisaient des échographies (un médecin du sport exclusif et un angiologue). La population incluse dans l'analyse statistique était donc de 87 médecins.

De cette manière, 590 médecins ont ensuite été contactés par téléphone. Parmi eux, 12 % (n = 72) n'ont pas pu être interrogés. Sur les 518 médecins interrogés par téléphone, 13 ont déclaré utiliser l'outil échographique.

La répartition des médecins inclus dans l'étude est présentée dans un diagramme de flux en Figure 2.

Figure 2 : Diagramme de flux



Les caractéristiques des médecins ayant répondu au questionnaire sont présentées dans le Tableau 1. Ces données sont extraites des deux premières parties du questionnaire.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins ayant répondu au questionnaire

Nombre de médecins ayant répondu au questionnaire (n = 87)	100%
Sexe	
- Homme (n = 43)	49,43 %
- Femme (n = 44)	50,57 %
Age (%)	
- < 35 ans (n = 26)	29,89 %
- 35 - 45 ans (n = 27)	31,03 %
- 45 - 55 ans (n = 13)	14,94 %
- > 55 ans (n = 21)	24,14 %
Lieu d'exercice (%)	
- Urbain (n = 25)	28,74 %
- Semi-rural (n = 32)	36,78 %
- Rural (n = 7)	8,05 %
- Station de sports d'hiver (n = 23)	26,44 %
Nombre de médecins du cabinet (%)	
- 1 (n = 15)	17,24 %
- 2 (n = 19)	21,84 %
- 3 (n = 19)	21,84 %
- 4 (n = 17)	19,54 %
- 5 (n = 8)	9,20 %
- > 5 (n = 9)	10,34 %
Maître de stage universitaire (%)	
- Oui (n = 29)	33,33 %
- Non (n = 58)	66,67 %
Patientèle Médecin Traitant (%)	
- < 500 (n = 22)	25,29 %
- 500 - 1000 (n = 30)	34,48 %
- > 1000 (n = 28)	32,18 %
- Ne sait pas (n = 7)	8,05 %
Distance du CH le plus proche en minutes (%)	
- < 15 (n = 37)	42,53 %
- 15 - 30 (n = 24)	27,59 %
- 30 - 45 (n = 18)	20,69 %
- > 45 (n = 8)	9,20 %

Mise en commun des recettes (%)	
- Oui (n = 11)	12,64 %
- Non (n = 60)	68,97 %
- Exercice seul (n = 13)	14,94 %
- Non répondant (n = 3)	3,45 %
Le cabinet fait partie d'une SISA (%)	
- Oui (n = 13)	14,94 %
- Non (n = 71)	81,61 %
- NSP (n = 3)	3,45 %
Salariés (%)	
- Oui (n = 53)	60,92 %
- Non (n = 34)	39,08 %
Consultations sans rendez-vous (%)	
- Oui (n = 32)	36,78 %
- Non (n = 55)	63,22 %
Réalisation de gestes techniques (%)	
- Oui (n = 83)	95,40 %
- Non (n = 4)	4,60 %
- ECG (n = 80)	91,95 %
- Sutures (n = 70)	80,46 %
- Gestes de gynécologie (n = 56)	64,37 %
- IVG (n = 6)	6,90 %
- Gestes de traumatologie (n = 21)	24,14 %
Organisation d'une filière traumatologie (%)	
- Oui (n = 26)	29,89 %
- Non (n = 61)	70,11 %
Appareil de radiographies (%)	
- Oui (n = 24)	27,59 %
- Non (n = 63)	72,41 %
Médecin Correspondant du SAMU (%)	
- Oui (n = 16)	18,39 %
- Non (n = 71)	81,61 %
Activité médicale hors cabinet (%)	
- Oui (n = 55)	63,22 %
- Non (n = 32)	36,78 %
Médecins pratiquant l'échographie (%)	
- Oui (n = 25)	28,74 %
- Non (n = 62)	71,26 %

Deux groupes de médecins ont ensuite été constitués pour être analysés. Le groupe 1 représentait les médecins pratiquant l'échographie et le groupe 2 représentait les médecins ne pratiquant pas l'échographie.

Les caractéristiques des médecins de chaque groupe sont présentées dans le Tableau 2.

Tableau 2 : Caractéristique des médecins des groupes 1 et 2

	Groupe 1		Groupe 2	
	n = 25	%	n = 62	%
Sexe				
- Homme	18	72,00 %	25	40,32 %
- Femme	7	28,00 %	37	59,68 %
Age				
- < 35 ans	5	20,00 %	21	33,87 %
- 35 -45 ans	6	24,00 %	21	33,87 %
- 45-55 ans	8	32,00 %	5	8,06 %
- > 55 ans	6	24,00 %	15	24,19 %
- > 35 ans	20	80,00 %	41	66,13 %
Exercice en station de sports d'hiver				
- Oui	15	60,00 %	8	12,90 %
- Non	10	40,00 %	54	87,10 %
Exercice seul				
- Oui	3	12,00 %	12	19,35 %
- Non	22	88,00 %	50	80,65 %
Maître de stage universitaire				
- Oui	14	56,00 %	15	24,19 %
- Non	11	44,00 %	47	75,81 %
Patientèle Médecin Traitant				
- < 500	9	36,00 %	13	20,97 %
- > 500	12	48,00 %	46	74,19 %
- Ne sait pas	4	16,00 %	3	4,84 %
Distance du CH le plus proche en minutes				
- < 30	9	36,00 %	52	83,87 %
- > 30	16	64,00 %	10	16,13 %
Mise en commun des recettes				
- Oui	10	40,00 %	1	1,61 %
- Non	12	48,00 %	48	77,42 %
- Exercice seul	3	12,00 %	10	16,13 %
- Non répondant	0	0 %	3	4,84 %

Le cabinet fait partie d'une SISA				
- Oui	10	40,00 %	3	4,84 %
- Non	14	56,00 %	57	91,94 %
- NSP	1	4,00 %	2	3,23 %
Salariés				
- Oui	23	92,00 %	30	48,39 %
- Non	2	8,00 %	32	51,61 %
- Secrétaire	21	84,00 %	22	35,48 %
- Infirmière	10	40,00 %	0	0,00 %
- Manipulateur radio	7	28,00 %	0	0,00 %
- Agent d'entretien / Ménage	3	12,00 %	8	12,90 %
- Intendant	2	8,00 %	0	0,00 %
Consultations sans rendez-vous				
- Oui	18	72,00 %	14	22,58 %
- Non	7	28,00 %	48	77,42 %
Réalisation de gestes techniques				
- Oui	25	100 %	58	93,55 %
- Non	0	0 %	4	6,45 %
- ECG	25	100 %	55	88,71 %
- Sutures	25	100 %	45	72,58 %
- Gestes de gynécologie	14	56,00 %	42	67,74 %
- IVG	5	20,00 %	1	1,61 %
- Gestes de traumatologie	17	68,00 %	4	6,45 %
Organisation d'une filière traumatologie				
- Oui	17	68,00 %	9	14,52 %
- Non	8	32,00 %	53	84,48 %
Appareil de radiographies				
- Oui	18	72,00 %	6	9,68 %
- Non	7	28,00 %	56	90,32 %
Médecin Correspondant du SAMU				
- Oui	14	56,00 %	2	3,23 %
- Non	11	44,00 %	60	96,77 %
Activité hors cabinet				
- Oui	20	80,00 %	35	56,45 %
- Non	5	20,00 %	27	43,55 %

Les deux groupes ont ensuite été comparés. Les résultats sont présentés dans le Tableau 3.

Tableau 3 : Comparaisons des groupes 1 et 2

	Groupe 1	Groupe 2	<i>p-value</i>
	%	%	
Homme	72	40,32	0,0094
Age des médecins <35 ans	20	33,87	0,3008
Exercice en station de sport d'hiver	60	12,9	0,000018
Exercice seul	12	19,35	0,5387
Maître de stage universitaire	56	24,19	0,0061
Patientèle médecin traitant <500	42,86	22,03	0,0889
Temps du CH le plus proche >30 min	64	16,13	0,000044
Mise en commun des recettes	45,45	2,04	0,000013
Le cabinet fait partie d'une SISA	41,67	5	0,0001
Salariés	92	48,39	0,0002
Consultations sans rendez-vous	72	22,58	0,000044
Réalisation de gestes techniques	100	93,55	0,3204
Organisation d'une filière traumatologie	77,27	16,67	0,00000096
Appareil de radiographie	72	9,68	0,0000000179
Médecin Correspondant du SAMU	56	3,23	0,0000000728
Activité hors cabinet	80	56,45	0,05

Les médecins pratiquant l'échographie étaient plus souvent des hommes et des maîtres de stage universitaire ($p < 0,01$). Ils exerçaient principalement en stations de sports d'hiver et à plus de 30 minutes d'un Centre hospitalier (CH) ($p < 0,01$).

Les cabinets des médecins utilisant l'échographie pratiquaient plus souvent une mise en commun des recettes et appartenaient plus fréquemment à une Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) ($p < 0,01$). Ces cabinets employaient plus souvent des salariés ($p < 0,01$). Ces salariés étaient plus fréquemment des secrétaires, des Infirmiers diplômés d'état (IDE) et des manipulateurs en radiologie ($p < 0,01$).

L'organisation d'une filière de traumatologie et de consultations sans rendez-vous était statistiquement plus fréquente dans les cabinets des médecins réalisant des échographies ($p < 0,01$). Ces cabinets étaient également plus souvent équipés en appareils de radiographies ($p < 0,01$) et les médecins y exerçant pratiquaient plus couramment une activité médicale hors cabinet ($p = 0,05$). Enfin, les médecins pratiquant l'échographie étaient plus souvent des MCS ($p < 0,01$).

En revanche, cette étude n'a pas permis de mettre en évidence de différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant les variables « âge inférieur à 35 ans », « exercice seul », « Patientèle médecin traitant (PMT) inférieure à 500 patients » et « réalisation de gestes techniques » ($p > 0,05$).

Concernant l'âge, cette étude n'a pas montré que les médecins les plus jeunes utilisaient plus l'outil échographique. L'étude du pourcentage de médecins échographistes par tranches d'âges (Tableau 4) nous montre qu'il existe une proportion plus importante de médecins échographistes parmi les tranches d'âges « 45-55 ans » et « > 55 ans » avec respectivement 61 % et 28 % de médecins échographistes, contre 19 % pour la tranche « < 35 ans ».

Tableau 4 : Pourcentage de médecins pratiquant l'échographie par tranches d'âges

Age des médecins	Groupe 1 n =	Groupe 2 n =	Total par tranche	Ratio	%
< 35 ans	5	21	26	5/26	19,00 %
35 - 45 ans	6	21	27	6/27	22,00 %
45 - 55 ans	8	5	13	8/13	61,00 %
> 55 ans	6	15	21	6/21	28,00 %

Au total, 65 % (n = 25) des médecins généralistes utilisant l'outil échographique en Haute-Savoie ont répondu à cette étude. Sur la base de ce travail, le département de la Haute-Savoie possède donc un taux de médecins généralistes libéraux utilisant l'outil échographique de manière non exclusive de 5,6 %.

La troisième partie du questionnaire a servi à analyser l'utilisation que font les médecins généralistes de Haute-Savoie de l'outil échographique. Parmi les répondants réalisant des échographies, la répartition des médecins ayant reçu une formation est présentée dans la Figure 3, et le type de formation(s) suivie(s) est présenté dans le Figure 4.

Figure 3 : Répartition des médecins pratiquant l'échographie ayant reçu une formation

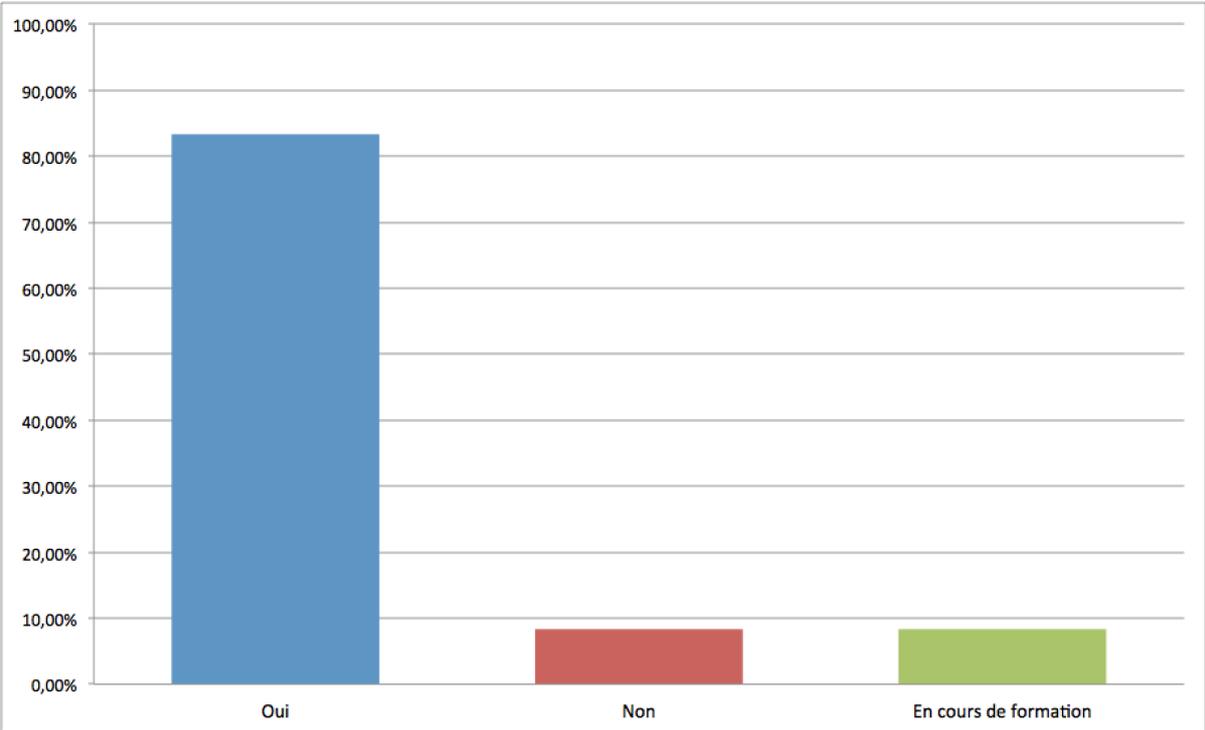
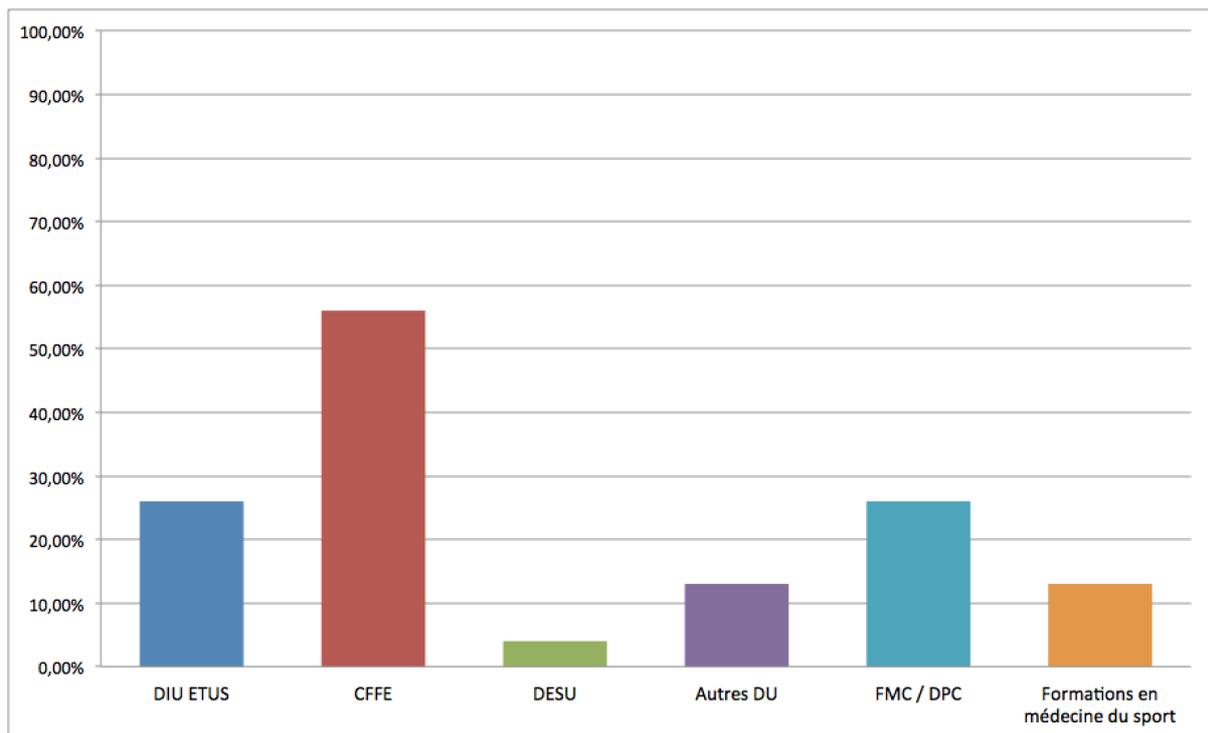


Figure 4 : Répartition des médecins ayant reçu chaque formation²

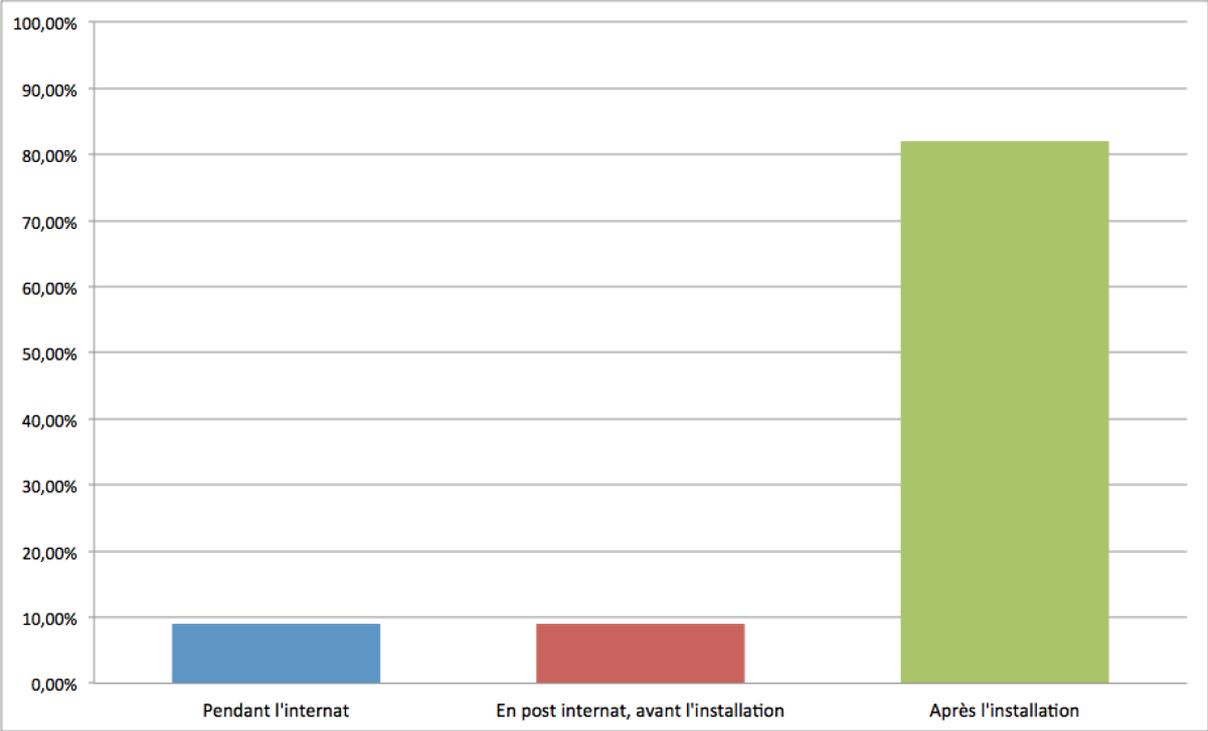


² Chaque médecin pouvant donner plusieurs réponses, le total est différent de 100 %.

La période durant laquelle cette formation a été débutée était différente selon les médecins.

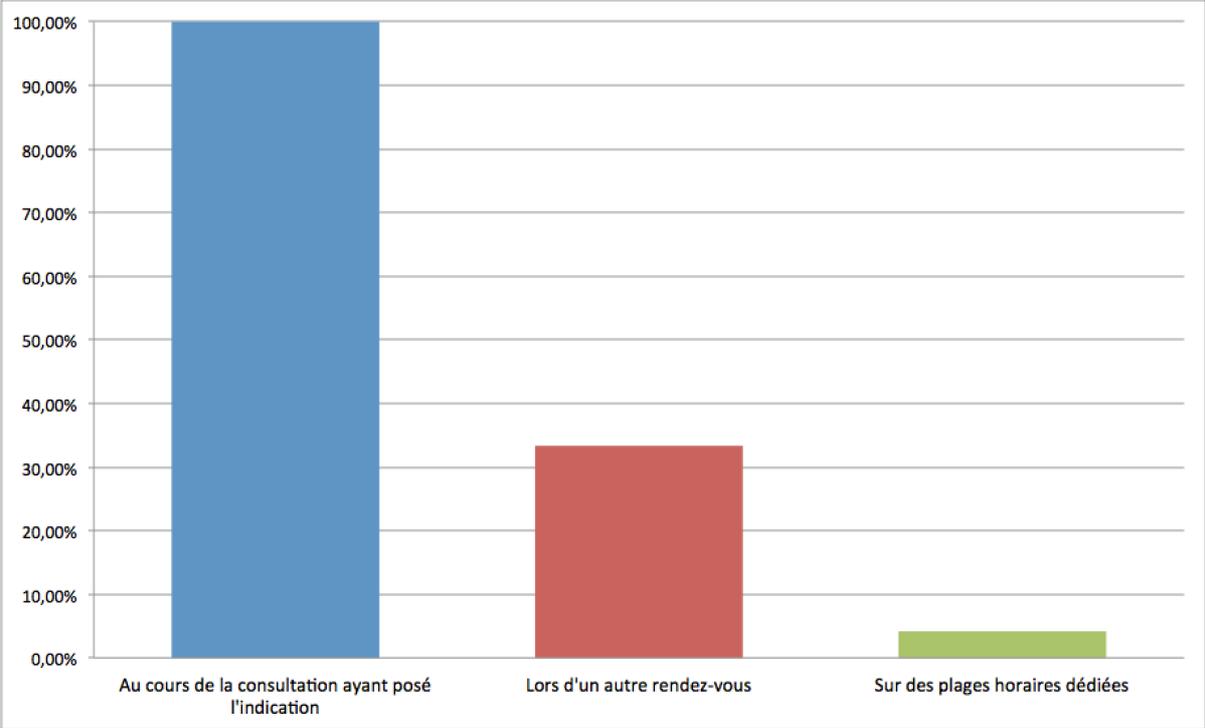
Le pourcentage de médecins ayant débuté sa formation sur chaque période est présenté dans la Figure 5.

Figure 5 : Répartition des médecins ayant débuté leur formation pour chaque période



Il était ensuite analysé le pourcentage de médecins utilisant l'échographie au cours de la consultation ayant posé l'indication. Les résultats sont présentés dans la Figure 6.

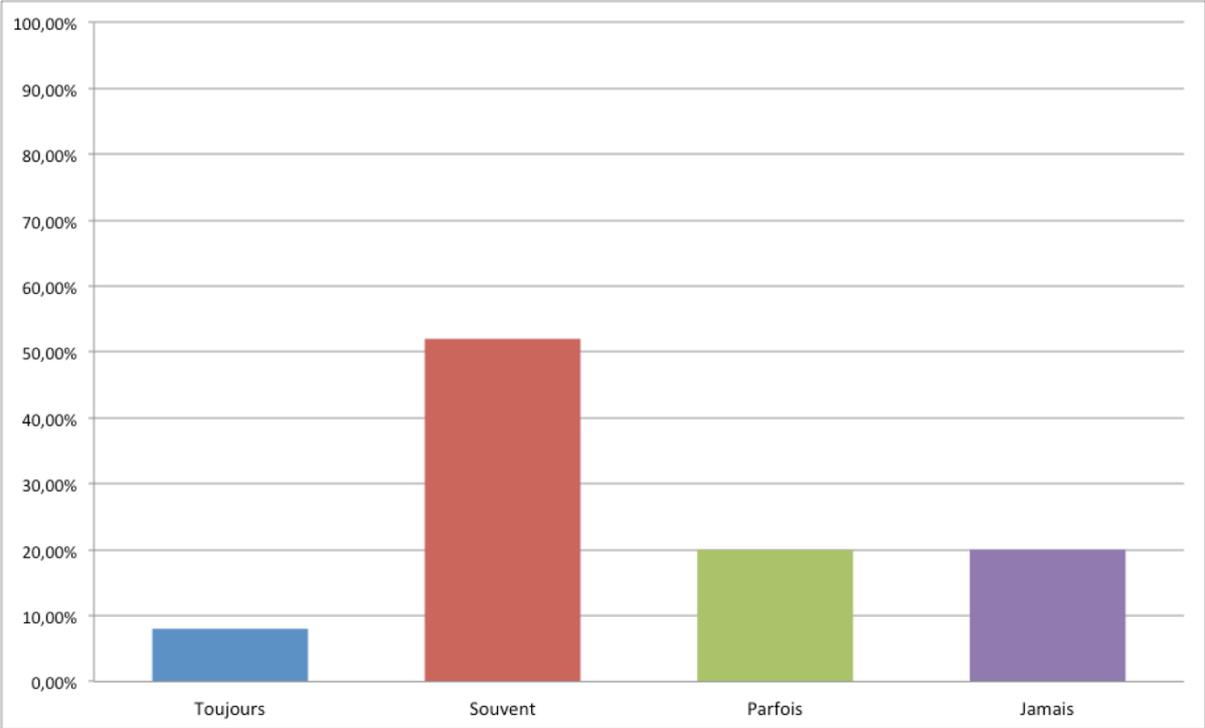
Figure 6 : Répartition des médecins en fonction de la période d'utilisation de l'échographie³



³ Chaque médecin pouvant donner plusieurs réponses, le total est différent de 100 %.

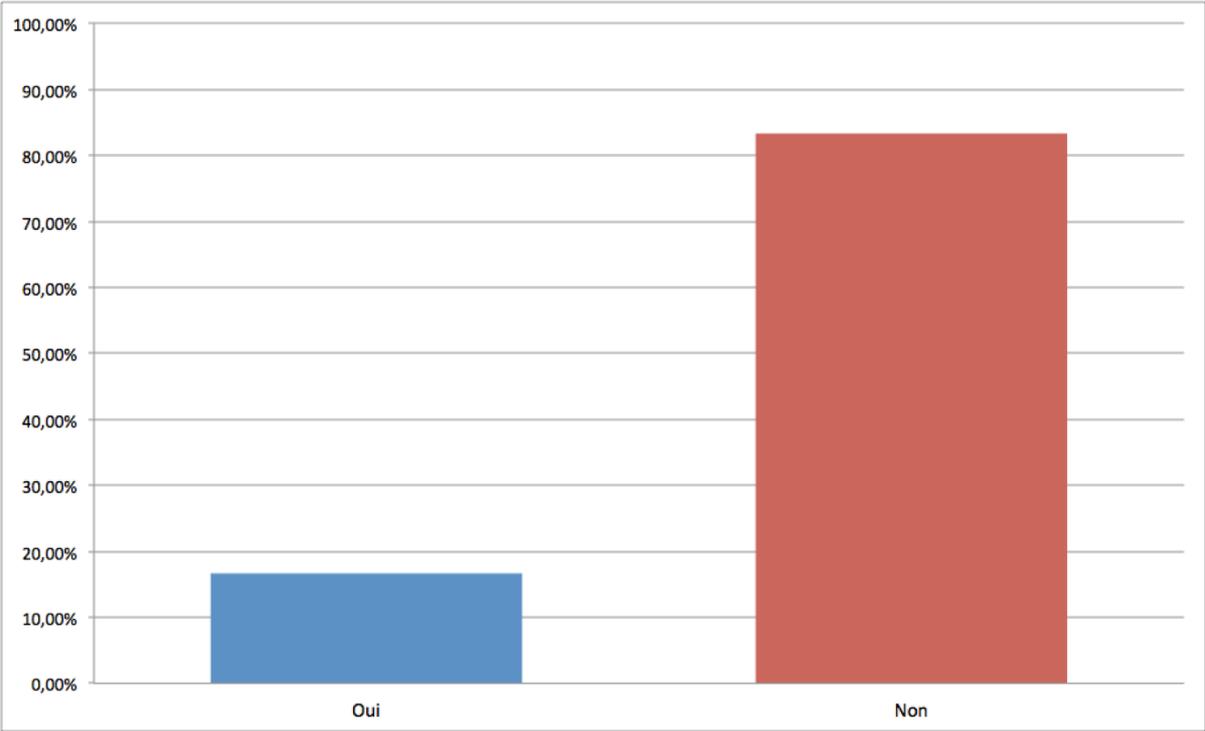
Il était également étudié si les médecins généralistes qui utilisent l'échographie cotent leurs actes. Les résultats sont présentés dans la Figure 7.

Figure 7 : Répartition des médecins cotant leurs actes échographiques



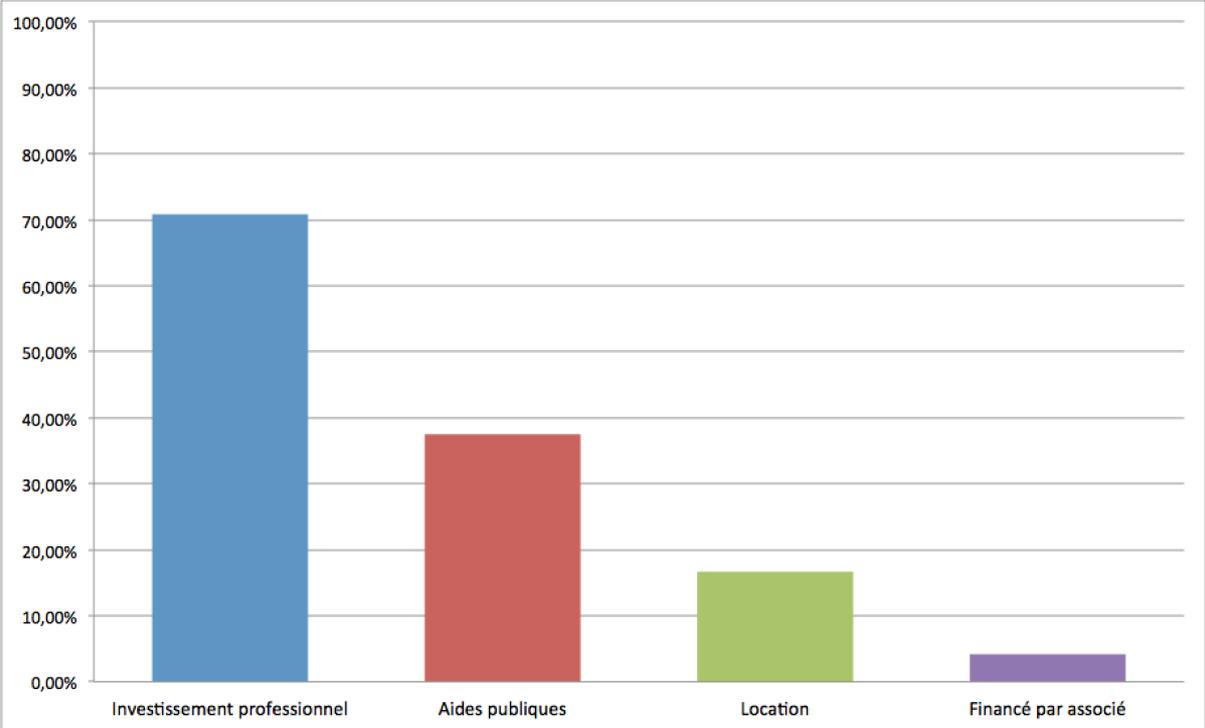
Les médecins interrogés étant généralistes, il leur était demandé si leur pratique de l'échographie était également généraliste ou s'ils se limitaient à la réalisation d'un seul type d'échographie. Ces résultats sont présentés dans la Figure 8.

Figure 8 : Répartition des médecins se limitant à la réalisation d'un seul type d'échographies



Le mode de financement du matériel était ensuite étudié. Les résultats sont présentés dans la Figure 9.

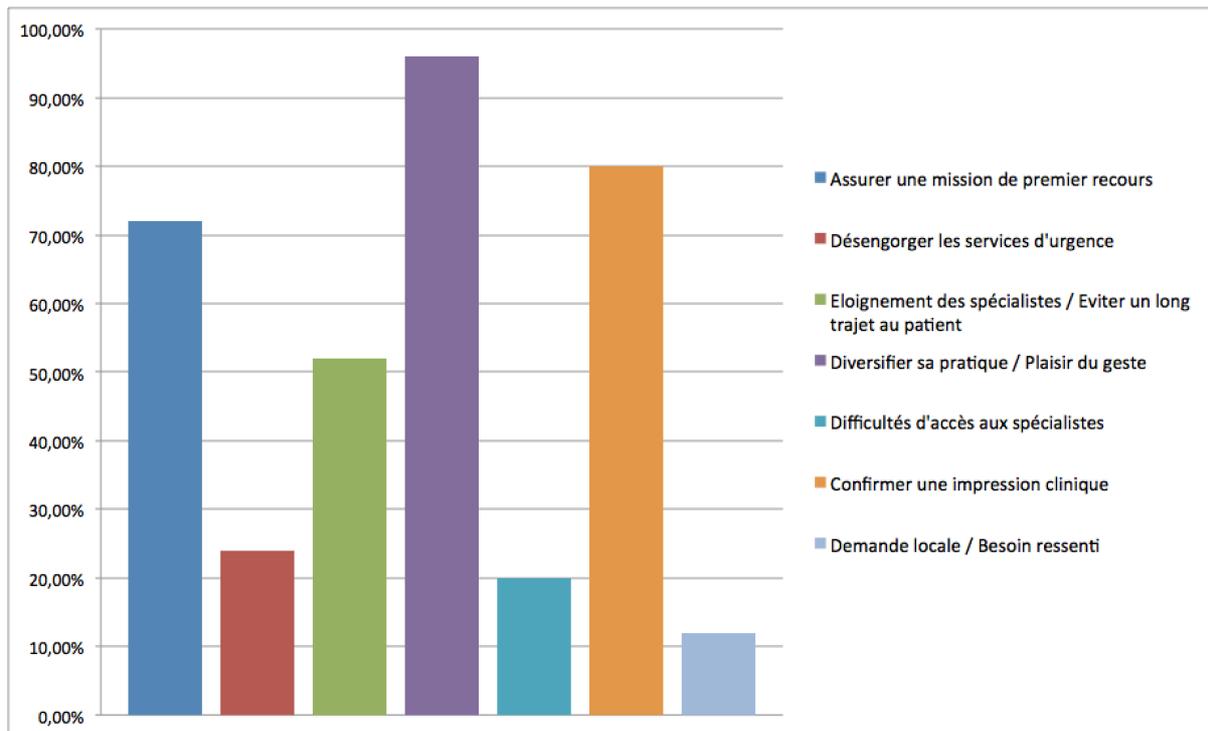
Figure 9 : Mode de financement du matériel d'échographie⁴



⁴ Chaque médecin pouvant donner plusieurs réponses, le total est différent de 100 %.

Enfin, les motivations des médecins à développer cette activité étaient recueillies. Les résultats sont présentés dans la Figure 10.

Figure 10 : Motivations des médecins à avoir développer cette activité⁵



⁵ Chaque médecin pouvant donner plusieurs réponses, le total est différent de 100 %.

Discussion

1) Objectif

L'objectif principal de cette étude était d'étudier dans quelles proportions intervenaient les facteurs identifiés comme favorisant l'utilisation de l'échographie dans les cabinets de médecine générale de Haute-Savoie. Il n'existait à notre connaissance aucuns travaux traitant de cette problématique dans la littérature.

L'objectif secondaire était de recenser les médecins généralistes de Haute-Savoie utilisant l'outil échographique. De nombreux travaux précédemment effectués sur le sujet de l'échographie en France se sont déjà heurtés à des problèmes de recrutement des médecins généralistes réalisant des échographies. Ces difficultés ont engendré des biais de recrutements importants avec *in fine* peu de représentativité, c'est pourquoi il a été choisi d'en faire le recensement.

2) Choix méthodologique

Cette étude observationnelle descriptive quantitative était fondée sur la base de travaux qualitatifs antérieurement menés (33) (34) (35) (36). Au vu des objectifs principaux et secondaires, le choix d'un questionnaire nominatif avec relance et appels téléphoniques des non répondants semble rationnel. La méthodologie de cette étude, bien que contraignante et nécessitant des ressources importantes, a donc permis un recensement fiable et reproductible des médecins généralistes utilisant l'échographie en Haute-Savoie. Malgré cette méthodologie solide, 12 % (n = 72) des médecins contactés par téléphone n'ont pas pu être interrogés. Certains ont été contactés sur des jours de fermeture du cabinet. D'autres avaient des délais de réponse jugés trop long (> 3 minutes d'attente). Il n'était pas

prévu de second contact téléphonique du fait de l'investissement en matière de temps que ces appels ont générés. Un rappel des non interrogés aurait ainsi permis d'obtenir des résultats plus représentatifs. Cependant, au vu du faible pourcentage de médecins utilisant l'échographie obtenu par ces appels, on peut espérer que des rappels auraient permis de répertorier 1,8 médecin supplémentaire.

3) Recueil des données

Concernant le recensement des médecins généralistes utilisant l'échographie en Haute-Savoie, plusieurs difficultés ont été rencontrées. Parmi ceux-là, certains sont inscrits au tableau de l'ordre ou aux pages jaunes en tant qu'échographiste et d'autres non. Certains ont effectué une formation et d'autres non. Enfin, certains cotent leurs actes échographiques et d'autres non. L'examen du tableau du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) ainsi que des pages jaunes a permis d'identifier cinq médecins généralistes référencés comme échographistes sur le département. Il a ensuite été tenté de recueillir des informations auprès des différents organismes de formations délivrant des diplômes en France.

- Secrétariats du Diplôme Inter-Universitaire (DIU) d'Echographie et Techniques Ultra-Sonores (DIU ETUS), après accord du coordonnateur national, le Dr ROUMY à Tours ;
- Secrétariat du Diplôme d'Etudes Supérieures d'Université (DESU), organisé par le Pr FILIPPI à Marseille ;
- Centre Francophone de Formation en Echographie (CFFE), organisé par le Pr BOURGEOIS à Nîmes.

Seul le secrétariat du DIU ETUS Rhône-Alpes a accepté de fournir la liste des médecins généralistes inscrits en formation ces trois dernières années. Cette liste de 42 noms n'a pas permis de faire émerger le nom de médecins généralistes utilisant l'échographie en Haute-Savoie dont nous n'avions pas déjà connaissance par d'autres moyens (pages jaunes, connaissances personnelles). Il n'a pas été trouvé pertinent d'effectuer une demande auprès de la CPAM de Haute-Savoie afin d'identifier les médecins généralistes cotant des échographies. Premièrement, de nombreux médecins libéraux utilisent l'outil échographique pour faire de l'échoscopie et non de l'échographie (40). Il n'existait au moment de cette étude aucune cotation d'échoscopie dans la Classification commune des actes médicaux (CCAM). Deuxièmement, ce type d'informations nominatives donc sensibles paraissait peu susceptible d'être divulgué par la CPAM, comme cela a déjà été le cas dans d'autres études sur le sujet (41). Enfin, toutes les autres demandes à la CPAM de Haute-Savoie étaient restées sans réponse.

Concernant le questionnaire, une relance était prévue un mois après l'envoi. Cette relance n'ayant pas été acceptée par le CDOM, elle n'a pas eu lieu. Néanmoins, une autre base de données a été utilisée pour effectuer cette relance. Le questionnaire a ainsi été renvoyé le 15 Novembre 2018 à l'ensemble des médecins de Haute-Savoie inscrits à l'association Médecins de Montagne, ce qui représentait 74 médecins. La dernière réponse au questionnaire a été enregistrée le 6 Janvier 2019. Il a été décidé d'arrêter le questionnaire à la fin des appels téléphoniques, un mois après la dernière réponse enregistrée, soit le 6 Février 2019.

4) Population

Ainsi, 749 médecins généralistes ont été recensés en Haute-Savoie par nos soins. Ce chiffre était identique à celui délivré par la DREES (15).

La population utilisée dans l'analyse statistique de cette étude n'était pas totalement représentative en genre de la démographie médicale des médecins généralistes libéraux français en 2018. L'échantillon étudié comportait 49,4 % d'hommes pour un taux national de 59,7 % (15). Cependant, comparativement aux chiffres régionaux d'Auvergne Rhône-Alpes, la population apparaît beaucoup plus représentative, puisque les hommes représentaient 49,3 % des médecins généralistes en 2018 dans cette région (15). La féminisation de la profession semble donc être plus importante en Auvergne Rhône-Alpes qu'à l'échelle nationale.

Concernant les tranches d'âge, la population répondante était en majorité constituée de médecins de moins de 45 ans. Les classes « < 35 ans » et « 35-45 ans » représentaient respectivement 29,9 % et 31 % dans cette étude, contre des chiffres nationaux à 13,1 % et 15,7 % (15). On peut probablement y voir un intérêt plus marqué des jeunes médecins pour la thématique de l'échographie en médecine générale. Ces médecins étant plus proches de leur cursus universitaire, on peut aussi interpréter ces chiffres comme une forme d'empathie vis à vis de l'examineur.

5) Facteurs favorisant

- Sexe masculin

Cette étude a montré que les médecins généralistes réalisant des échographies étaient plus souvent des hommes que des femmes. Ce résultat est concordant avec les résultats d'autres travaux s'intéressant à la pratique des gestes techniques par les médecins généralistes (42) (43) (44) (45). En 2012, une étude menée en région Rhône-Alpes sur la féminisation de la profession médicale a montré que les femmes s'orientent d'avantage vers les activités salariées plutôt que le secteur libéral, ainsi que les exercices particuliers de la médecine (MEP), même si ceux-ci ne sont pas forcément exclusifs. De telles activités, à l'exception de celles nécessitant régulièrement l'utilisation de l'échographie comme la gynécologie, ou la médecine du sport, limitent la variété des situations cliniques rencontrées et donc le besoin de développer des compétences annexes (46). De plus, les femmes ont plus souvent une pratique de la médecine générale urbaine ou péri-urbaine que rurale. La proximité des spécialistes et des services d'urgences est un facteur reconnu comme limitant la pratique des gestes techniques. Il en va de même pour l'échographie du fait d'une délégation plus aisée aux spécialistes ou aux services d'urgences. Enfin, leur volume d'activité, sur le plan du nombre d'heures de travail et du nombre de consultations hebdomadaires, est également plus faible. Elles sont de ce fait moins confrontées aux situations nécessitant le recours à des actes techniques comme l'échographie et ont une PMT plus réduite. Une activité plus faible peut limiter à la fois le besoin et/ou l'envie de s'investir dans une pratique contraignante comme l'échographie mais également les possibilités d'investissement financier dans du matériel onéreux.

- Exercice en stations de sports d'hiver ou distance du centre hospitalier le plus proche supérieure à 30 minutes

Cette étude a mis en évidence que les médecins exerçant en stations de sports d'hiver ou à plus de 30 minutes d'un centre hospitalier utilisent plus fréquemment l'outil échographique. L'éloignement vis à vis des spécialistes ou des services d'urgences est un facteur favorisant la réalisation d'actes techniques retrouvé dans de nombreuses études (42) (43) (44) (45).

Concernant l'échographie, on conçoit aisément qu'un isolement important encourage les médecins à développer cette activité afin de gagner en autonomie et de faciliter les prises en charge de leurs patients en leur évitant des trajets contraignants. Cette constatation peut aussi s'expliquer par de plus fortes demandes de la population dans ces zones. Une étude de la DREES de 2003 concernant les motifs de recours aux SAU a ainsi montré que si le patient n'était pas adressé par un professionnel de santé, la principale raison l'ayant conduit à consulter aux urgences était pour 47 % parce que « *l'hôpital est l'endroit le plus proche* ». Venait ensuite le sentiment « *d'urgence ressentie* » pour 32 % (47).

On voit ici à quel point la facilité d'accès influence le parcours de soins. Les possibilités d'accès aux soins étant limitées dans les zones isolées, le médecin généraliste reste dans bien des cas la seule alternative. Selon une autre étude de la DREES de 2011, 95 % de la population française a accès à des soins de proximité en moins de 15 minutes, et 75 % ont une possibilité de recours à des soins hospitaliers en 25 minutes (48). La question de ces délais est au cœur du projet porté par la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009, puis par le Pacte Territoire Santé de 2015. Son engagement n°9 prévoit d'ailleurs d'assurer l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes sur l'ensemble du territoire (28). Dans la mesure où la facilité d'accès aux soins conditionne le recours, un exercice médical à plus de 30 minutes d'un centre hospitalier favorise donc le recours au médecin le plus proche.

L'exercice en stations de sports d'hiver centralise à la fois un isolement plus ou moins important et une activité médicale et traumatologique basée sur les soins non programmés, pourvoyeurs de gestes techniques et d'explorations paracliniques où l'échographie prend toute sa place.

- Maître de stage universitaire

Le fait d'être Maître de stage universitaire (MSU) était associé dans cette étude à une plus forte utilisation de l'outil échographie. Ce résultat est cohérent avec les études traitant des gestes techniques, plus fréquemment réalisés dans les cabinets accueillant des étudiants (42) (43) (44) (45). Pour devenir MSU, les médecins doivent (49) :

- Justifier d'une expérience suffisante et pratiquer une activité de soins primaires régulière, définie par les critères de la WONCA,
- Justifier de compétences en médecine générale et d'un entretien de ces compétences pas le biais des Formations médicales continues (FMC),
- Justifier de compétences pédagogiques initiales, entretenues par des formations régulières,
- Bénéficier d'un cabinet médical offrant un environnement et un équipement favorable à la formation.

Ces obligations de formations permettent aux MSU d'entretenir et de renouveler leurs connaissances. De cette façon, ils conservent une pratique de la médecine basée sur les preuves scientifiques. C'est aussi l'occasion de faire évoluer leurs pratiques en développant des techniques en voie de démocratisation dont l'échographie est un exemple.

L'utilisation de l'outil échographique en médecine générale est encore récente mais se développe rapidement. Le fait que les MSU utilisent cet outil nous montre à quel point cette

tendance risque encore de prendre de l'importance. Un travail de thèse de 2017 révèle en effet l'influence des pratiques des prédécesseurs sur l'activité des jeunes médecins (35).

- Mise en commun des recettes

Dans cette étude, la mise en commun des recettes était plus souvent pratiquée par les médecins réalisant des échographies. Il est montré dans de nombreuses études que le mode de rémunération choisi par les médecins a un impact sur leur mode d'exercice et leur pratique de la médecine (50) (51) (52). Ainsi, une rémunération à l'acte aura tendance à augmenter la production de soins par une augmentation des actes. Ce phénomène peut avoir un effet positif sur la qualité des soins car la satisfaction du patient est une priorité l'incitant à revenir. Dans le même temps, la durée de l'acte reste une variable d'ajustement permettant au praticien de moduler ses revenus. De ce fait, le praticien aura tendance à réduire la durée des consultations pour en augmenter le nombre. Ce mode de rémunération ne valorisant pas d'autres activités pouvant améliorer la qualité globale des soins comme l'éducation thérapeutique, la prévention ou la formation médicale continue, il peut en émerger une diminution de la qualité des soins. Contrairement à la rémunération à l'acte, la capitation n'incite pas à la surconsommation médicale et peut même conduire à une sorte de rationnement des soins par un investissement moindre du médecin, faisant baisser la qualité globale des soins. Cependant, ce mode de rémunération prend en compte le temps hors consultation nécessaire à une prise en charge optimale du patient.

Le partage d'honoraires, même s'il reste basé sur une tarification des soins à l'acte, génère certains avantages. Il permet la valorisation financière du temps de travail hors consultation, non pris en compte par l'acte. Ainsi, les temps collectifs (réunion, administratif commun, etc.) ou individuels (coordination, prévention, non curatif etc.) non alloués aux consultations

restent « rémunérés » par le groupe. Ce bénéfice redonne du sens à ces obligations et en diminue le poids en lissant le manque à gagner sur le nombre. Il permet également de prendre le temps nécessaire à une consultation ou une prise en charge plus longue en se détachant de toute pression de rentabilité. En effet, le temps alloué à ces consultations est compensé par l'activité des autres intervenants.

Il intervient aussi comme facilitateur du fonctionnement collectif en permettant le financement de matériel ou de personnel. Il permet de cette façon aux intervenants de diversifier leurs activités professionnelles au sein ou en dehors du cabinet.

Il agit également en encourageant le partage des connaissances, les échanges d'expériences et en légitimant l'interchangeabilité des intervenants. De ce fait, il induit une meilleure continuité des soins et une meilleure permanence de soins. On observe alors une certaine harmonisation des pratiques dans ces cabinets de groupe. Pour ces raisons, il n'est pas surprenant que les cabinets pratiquant un partage d'honoraires aient plus de facilité à développer une activité d'échographie (53) (54).

- Appartenance à une SISA

Une SISA a pour rôle de permettre le versement de subventions et la mise en commun de moyens à des professions de santé différentes, dans le cadre des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) créées par la loi HPST. En effet, les règles de la SISA dérogent au Code de la Santé Publique en permettant le partage d'honoraires entre des associés d'activités de soins différentes. Cette structure juridique, en encourageant le regroupement des professionnels de santé et en amenant la possibilité de nouveaux modes de rémunérations, favorise la diversification des activités proposées par les structures appartenant à la SISA. Plusieurs cabinets de groupe pouvant y être rassemblés, il s'agit donc

d'un échelon supérieur d'association. En cela, ce montage juridique stimule les interactions entre ces professionnels au sein de cabinets différents et participe à l'harmonisation des pratiques.

Ainsi, l'appartenance à une SISA peut permettre de bénéficier d'aides publiques pouvant contribuer à l'acquisition de matériels onéreux comme un échographe et amener les médecins développant cette pratique à encourager leurs associés à la développer à leur tour.

- Salariés

Les médecins utilisant l'outil échographique employaient plus souvent des salariés dans cette étude, notamment des secrétaires, des infirmières et des manipulateurs en radiologie. Cette délégation des tâches non médicales permet d'augmenter le temps médical consacré à un patient, tout en gagnant en efficacité. Ainsi soustrait aux obligations administratives (appels téléphoniques, prise de rendez-vous, facturation), d'accueil du patient, d'installation, de déconditionnement et de réalisation de radiographies éventuelles, le médecin a plusieurs possibilités. Il peut augmenter la durée des consultations et améliorer l'éducation thérapeutique, la prévention ou le suivi de pathologies dont la prise en charge est basée sur le conseil plus que sur la prescription. Ce gain de temps peut également servir à développer des activités annexes chronophages comme l'échographie.

- Consultation sans rendez-vous

L'outil échographique trouve un intérêt dans de nombreuses situations cliniques aiguës, tout comme dans le suivi de pathologies chroniques. En ce qui concerne la prise en charge des situations aiguës, il semble logique que les médecins exerçant en consultation sans rendez-

vous utilisent plus l'outil échographique. En effet, ce mode d'exercice permet aux médecins de s'affranchir de la pression induite par les horaires de consultations lors des prises en charge nécessitant des investigations chronophages comme l'échographie. Ce mode d'exercice prend tout son sens dans des cabinets de groupe fonctionnant en partage d'honoraires, où un médecin peut poursuivre la prise en charge de son patient par la réalisation d'une échographie, tandis qu'un autre médecin du cabinet continue le reste des consultations arrivant au cabinet. Pour ce qui est du suivi de pathologies chroniques, l'organisation d'un planning de rendez-vous avec des temps dédiés et programmés à l'avance pour la réalisation d'échographies semble à l'inverse être plus adaptée.

Les médecins généralistes de Haute-Savoie réalisant des échographies étant plus nombreux à exercer en stations de sports d'hiver et ayant donc une plus grosse part de leur activité consacrée aux soins non programmés, il est logique qu'ils utilisent plus fréquemment les consultations sans rendez-vous.

- Organisation d'une filière traumatologique

A l'image de certains services d'urgences structurant le parcours de soins en filières « courte » et « longue », certains cabinets de groupe sont organisés en filières « médecine » et « traumatologie ». C'est le cas de certains cabinets de médecine de montagne, traitant une activité de soins non programmés importante. Cette organisation permet une optimisation des ressources, chaque médecin restant attribué à un domaine pour une période donnée. Ainsi affecté, l'efficacité de chaque médecin, et donc de l'ensemble du cabinet, s'en trouve augmentée par un effet de répartition des tâches (55).

Ce dispositif, même s'il peut être mis en place dans un cabinet de groupe ne pratiquant pas de partage d'honoraires, démontre tout son intérêt dans les cabinets le pratiquant. En effet,

les différences de rémunérations entre les activités traumatologiques et médicales pourraient déséquilibrer les revenus des médecins d'un cabinet et ainsi faciliter le développement de tensions. Ainsi libéré d'éventuelles dissensions, le fonctionnement en filières, qu'il s'agisse de médecine/traumatologie ou consultations programmées/non programmées ou urgences, apparaît comme un moyen supplémentaire d'augmenter l'efficacité globale d'un cabinet.

Dans cette étude, 77 % des médecins échographistes exerçant en cabinets de groupe utilisaient une organisation en filières au moins une partie de l'année. Ce gain d'efficacité, et donc de temps, lié au fonctionnement en filières est un des éléments pouvant expliquer leur propension à développer des activités comme l'échographie.

Il est à noter qu'une filiarisation trop rigide peut également se montrer contre-productive si un afflux de patients dans une des filières n'est pas jugulé par l'intervention des autres médecins. Ainsi, l'adaptabilité des médecins est un point important permettant de maintenir l'efficacité du dispositif et de la structure.

- Appareil de radiographie

Dans cette étude, l'utilisation de l'échographie était associée à un équipement en appareil de radiographie dans 72 % des cas. Les médecins généralistes de Haute-Savoie utilisant l'échographie exercent principalement en stations de sports d'hiver avec une activité de traumatologie importante. En effet, selon l'association Médecins de Montagne, l'accidentologie des sports d'hiver représente chaque année 140 000 consultations sur l'ensemble des cabinets (56).

Le fait de bénéficier d'un plateau technique avec le personnel et l'organisation nécessaires à son fonctionnement facilite probablement le développement de ce plateau technique. On

conçoit aisément que des médecins ayant pour habitude d'explorer leurs patients par des examens radiographiques trouvent un intérêt dans d'autres modes d'explorations dont l'échographie fait partie.

- Médecin correspondant du SAMU

Le MCS est un médecin formé à l'urgence participant à la mission de service public d'aide médicale urgente en relais du SAMU-Centre 15, dans les zones isolées situées à plus de 30 minutes d'un Service mobile d'urgences et de réanimation (SMUR). Ce dispositif a été mis en place en 2003 dans l'arc Nord Alpin pour répondre à l'isolement particulier des populations vivant dans ces zones montagneuses. Intégré au Pacte Territoire Santé de 2012, le dispositif n'a eu de cesse de se développer, passant ainsi sur l'arc Nord Alpin de 47 à 95 MCS entre 2003 et 2015, puis à 155 MCS en 2019 (28) (57) (58).

Cet engouement pour cette fonction peut être expliqué par plusieurs raisons. Premièrement, la seule contrainte au fait de devenir MCS réside dans le fait de suivre une formation gratuite à renouveler de façon annuelle. Outre l'utilisation de ces compétences dans le cadre des procédures MCS, cela permet aux médecins ainsi formés de moins redouter d'éventuelles situations d'urgences. Deuxièmement, la fonction de MCS est assortie d'une dotation en matériel et en drogues d'urgences non accessibles en officines de ville, apportant un confort supplémentaire en cas de situations à risque. Troisièmement, sur l'arc Nord Alpin, 89 % des MCS exercent en cabinets de groupe, ce qui explique une certaine émulation au sein de ces structures recevant régulièrement des internes, ainsi familiarisés avec cette pratique. L'utilisation de l'échographie prend toute sa place en situation d'urgence. On constate en effet que de plus en plus de médecins urgentistes se forment à cette pratique (59). Il est

donc logique que les médecins généralistes attirés par l'urgence et traitant un volume important de soins non programmés développent cette technique.

- Activité médicale hors cabinet

L'abrogation de l'obligation de gardes en 2002 a conduit à la mise en place de l'actuel système de PDSA basé sur le volontariat. Ce système a également renforcé le rôle des médecins généralistes dans la régulation médicale et leur implication dans la gestion de l'offre de soins. L'hypothèse de ce travail était que les médecins s'investissant dans ces activités semblaient susceptibles de s'intéresser à la gestion des soins non programmés et de vouloir diversifier leur activité, notamment par l'utilisation de techniques innovantes comme l'échographie. Dans cette étude, il semble bel et bien exister un lien entre le développement d'activités annexes hors cabinet et l'utilisation de l'échographie.

6) Facteurs non favorisant

- Age < 35 ans

Le recueil de l'âge a été réalisé par tranches fixées arbitrairement à 10 ans. La tranche la plus basse englobait les médecins ayant moins de 35 ans et la plus haute ceux ayant plus de 55 ans. Ainsi il n'était pas fait de distinction entre les médecins ayant plus de 55 ans et ceux ayant plus de 65 ans. Ces choix apparaissaient cohérents avec l'hypothèse selon laquelle les médecins les plus jeunes utilisaient le plus l'outil échographique. L'échographie est une technique bénéficiant d'un développement récent en médecine générale. De plus, la formation hospitalière des internes de médecine générale les amène à utiliser de plus en plus cette technique au cours de leurs stages. Ainsi, il semblait intéressant de savoir s'il

existait effectivement un engouement plus important pour cette technique parmi les jeunes médecins.

Dans cette étude, le pourcentage de médecins généralistes pratiquant l'échographie par tranches d'âge nous montre cependant une proportion plus importante d'échographistes parmi la classe de 45-55 ans puisqu'ils représentent 61 %.

Ce phénomène peut être expliqué par plusieurs hypothèses :

- La proportion de médecins de moins de 35 ans est plus faible que celle des médecins ayant plus de 35 ans. Selon la DREES, seul 16,5 % des médecins généralistes exerçant en Haute-Savoie, tout mode d'exercice confondu, ont moins de 35 ans (15).
Cependant, le pourcentage de médecins de cette tranche d'âge dans cette étude s'élève à près de 30 %, ce qui souligne bien l'intérêt de ces jeunes médecins pour cette technique, bien qu'ils soient peu nombreux à l'utiliser,
- L'échographie est une technique onéreuse nécessitant un investissement financier et temporel important, peu susceptible d'être supporté par un médecin nouvellement installé,
- L'utilisation de l'échographie requiert une certaine expérience. En effet, 92 % des médecins l'utilisant suivent ou ont suivi une formation et 82 % déclarent avoir débuté cette formation après leur installation. De plus, la peur du risque médico-légal lié à la pratique de gestes techniques est plus importante chez les médecins les plus jeunes (60),
- Les médecins réalisant le plus de gestes techniques sont les médecins entre 45 et 55 ans (42) (43) (61).

- Exercice seul vs exercice en groupe

L'exercice seul est un frein reconnu limitant la pratique des gestes techniques (42) (43) (44) (45). A l'inverse, un exercice en groupe semble associé à une plus grande diversité d'activités. Ainsi, cette étude est partie du postulat selon lequel l'exercice en groupe favoriserait également l'utilisation de l'échographie. Il a été mis en évidence qu'une mise en commun des recettes, un regroupement des cabinets au sein de SISA et l'emploi de salariés, des facteurs habituellement associés à un exercice en groupe, étaient associés à une plus grande utilisation de l'échographie. Cependant, cette étude n'a pas permis de faire ressortir une plus grande utilisation de l'échographie dans les cabinets de groupe comparativement aux cabinets où le médecin exerce seul.

L'exercice en groupe est une pratique en forte progression depuis vingt ans, devenu majoritaire en 2009 en France (25). Il existe une composante générationnelle importante à ce regroupement puisque 80 % des médecins de moins de 40 ans déclaraient alors exercer en groupe (62).

Dans cette étude, les médecins de moins de 35 ans représentent 30 % de l'ensemble des répondants. Dans cette tranche d'âge, 100 % des répondants utilisant l'échographie et 95 % des répondants ne l'utilisant pas déclarent exercer en groupe. Toutes tranches d'âge confondues, le taux d'exercice en groupe était de près de 83 % sur l'ensemble des répondants.

Ainsi, qu'ils utilisent ou non l'échographie, cette étude nous montre surtout l'engouement des médecins généralistes pour l'exercice en groupe, à fortiori chez les médecins de moins de 35 ans.

- Patientèle médecin traitant (PMT) inférieure à 500 patients

En 2015, un médecin généraliste français suivait en moyenne 1901 patients dont 864 en tant que médecin traitant (63) (64).

Parmi les freins évoqués par les médecins à la réalisation de gestes techniques, on retrouve fréquemment la difficulté de gestion de l'imprévu désorganisant un planning sur rendez-vous. Or, plus la patientèle du médecin est grande, plus il se trouve sollicité par des rendez-vous et par des demandes de soins non programmés. Ainsi, il semblait intéressant de voir si les médecins ayant une patientèle inférieure à la moyenne nationale avaient une propension plus importante à utiliser l'outil échographique.

Nous avons vu que les médecins exerçant en stations de sports d'hiver et/ou à plus de 30 minutes d'un centre hospitalier utilisaient plus souvent cet outil. Les médecins exerçant dans ces zones sont soumis à une importante variation de leur activité suivant les saisons et exercent dans des territoires démographiquement moins densément peuplés. Parmi ceux-là, près de 48 % ont déclaré être le médecin traitant de moins de 500 patients, contre 17 % pour les médecins n'exerçant pas en stations de sports d'hiver. Pour autant, dans cette étude, la taille de la PMT inférieure à 500 patients n'était pas associée à une plus grande utilisation de l'échographie.

La population des médecins n'utilisant pas l'échographie était constituée de femmes à près de 60 %, contre 28 % pour la population des médecins utilisant l'échographie. Cette différence statistiquement significative pourrait être une des raisons de ce résultat. En effet, comme nous l'avons discuté précédemment, les femmes utilisent moins l'outil échographique et favorisent des activités les exposants à une PMT plus réduite (65) (66).

Le sexe féminin peut donc interférer dans le lien statistique entre la taille de la patientèle et l'utilisation de l'échographie en temps que facteur de confusion. Une analyse multivariée aurait sans doute permis de s'en affranchir.

- Réalisation de gestes techniques

Cette étude s'est basée sur l'identification des facteurs favorisant la réalisation des gestes techniques dans les cabinets de médecine générale. L'hypothèse était que les médecins réalisant régulièrement des gestes techniques utiliseraient plus l'échographie. Cette hypothèse n'a pas été vérifiée dans cette étude. En effet, sur l'ensemble des médecins interrogés, plus de 95 % ont déclaré réaliser des gestes techniques dans leur activité. Ces chiffres nous révèlent ainsi l'importance des gestes techniques dans l'exercice des médecins généralistes de Haute-Savoie.

Nous pouvons également penser que les médecins intéressés par l'échographie et les gestes techniques ont été plus sensibles au sujet de cette étude et sont donc plus nombreux à y avoir participé. Il s'agit d'un biais de recrutement également retrouvé dans d'autres travaux traitant des gestes techniques en médecine générale, mais dont il semble difficile de se détacher. Il n'existe en effet, à notre connaissance, aucun recueil officiel de l'activité moyenne des médecins généralistes en matière de gestes techniques, d'autant que la définition même de l'acte technique peut être sujette à interprétation. Ainsi, l'assurance maladie le définit comme tout "*acte dont la réalisation par des moyens instrumentaux est effectué par un membre d'une profession médicale dans le cadre de son exercice et les limites de sa compétence*". Sur la base de cette définition, on comprend la difficulté qu'il peut exister de différencier ce qui relève de l'examen clinique (bandelette urinaire, mesure d'une glycémie capillaire) ou de l'acte technique (électrocardiogramme).

7) Utilisation de l'outil échographique en Haute-Savoie

La troisième partie du questionnaire s'intéressait à l'utilisation que font les médecins généralistes de Haute-Savoie de l'outil échographique. Après les avoir recensés et fait l'analyse des facteurs influençant positivement leur utilisation de cet outil, il semblait intéressant de savoir comment cet instrument est intégré à leur activité. Ces questions ont déjà fait l'objet de travaux spécifiques (34) (41). Ces travaux ayant révélé d'importants biais de sélection, nous avons souhaité comparer leurs résultats avec notre population d'étude.

- Formation

La formation représente l'un des principaux freins au développement de l'échographie décrit par les médecins généralistes (33) (34) (41). Cependant, nous avons vu précédemment que 92 % (n=23) des médecins répondants à cette étude utilisant l'échographie suivent ou ont suivi au moins une formation.

En France, le Code de la santé publique et le Code de déontologie encadrent la pratique de la médecine. Il est inscrit dans ces deux textes que « *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* », Art. R4127-70 du Code de la santé publique.

Ainsi il n'existe aucune exigence de formation pour utiliser une technique comme l'échographie, ni de limitation d'usage à certaines disciplines. Le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) souligne d'ailleurs l'importance de l'expérience liée à la formation initiale et à la pratique quotidienne du médecin, ainsi que la prise en compte des circonstances particulières dans lesquelles des gestes semblent dépasser les compétences

d'un médecin peuvent être réalisés. Il est de la responsabilité du médecin de juger, seul, de ses compétences dans tel ou tel domaine, tout en gardant à l'esprit qu'il pourra avoir à justifier de telles compétences en cas de litige ou de contestation. Un diplôme de formation, outre l'apport des connaissances nécessaires à l'utilisation d'une technique comme l'échographie, reste une preuve reconnue de l'acquisition de telles connaissances.

Parmi les médecins ayant effectué une formation, 56 % ont choisi le CFFE. Ce centre de formation agréé propose un enseignement à distance dispensé par vidéos sur internet et des stages d'environ deux journées par appareil. Il permet ainsi un accès plus aisé à la formation aux médecins installés éprouvant des difficultés à s'absenter du cabinet plusieurs jours. Chaque médecin peut ainsi se former en fonction de ses besoins et de l'évolution de sa pratique.

Le DIU ETUS représente la deuxième formation choisie par les médecins ayant effectué une formation avec 26 % de participants. Ce diplôme universitaire représente une formation plus complète en échographie, mais également plus contraignante. La validation de ce DIU se réalise sur trois années maximum par la réussite d'une épreuve de tronc commun et de quatre modules, au choix, parmi lesquels l'échographie abdominale. Chaque module est sanctionné par des épreuves théoriques et pratiques, et doit être accompagné d'une période de stage hospitalier de 30 demi-journées. On conçoit ainsi la difficulté pour un médecin installé de réaliser une telle formation, d'autant que 82 % des médecins formés de cette étude ont d'ailleurs débuté leur formation échographique après leur installation.

Parmi les autres formations diplômantes dispensées en France, le DESU d'Echoscopie et d'Echographie pratique en médecine générale, dispensé par le Pr FILIPPI à Marseille, bien que peu représenté dans cette étude, mérite d'être cité. Ouvert en 2015 devant l'enthousiasme croissant de la spécialité pour ce nouveau mode d'exploration, cette formation n'a cessé de prendre de l'ampleur. Son programme ciblé sur la pratique de l'échographie en médecine générale et un volume de formation de 11 journées réparties sur un an, sont autant d'atouts pour favoriser l'utilisation de l'échographie dans les cabinets de médecine générale.

- Utilisation de l'échographie

L'intégralité des répondants utilisant l'échographie a déclaré utiliser habituellement l'échographie au cours de la consultation ayant posé l'indication de l'examen. Compte tenu que la réalisation d'une échographie nécessite du temps, on peut présumer que cette pratique s'apparentera plus fréquemment à une échoscopie qu'à un réel examen échographique qu'il convient de différencier.

L'échoscopie, ou *Point of care ultrasonography* (POCUS), est un mode d'exploration par le clinicien, au moyen de l'outil échographique, permettant une évaluation rapide d'un problème ciblé demandant une réponse dichotomique. Elle est le prolongement de la main du clinicien, utilisée pour guider la décision et considérée à juste titre comme le stéthoscope du XXIème siècle (67) (68). Son utilisation s'est principalement développée en médecine d'urgence, mais fait également partie de la trousse à outils du radiologue souhaitant par exemple évaluer les caractéristiques sémiologiques échographiques d'une masse explorée en Imagerie par résonance magnétique (IRM) ou en Tomodensitométrie (TDM). L'échoscopie

ne donne habituellement pas lieu à la rédaction d'un compte rendu et ne permet pas de cotation au sens des actes de la CCAM.

L'échographie conventionnelle représente quant à elle un examen standardisé, complet, explorant un appareil et cherchant à poser un diagnostic. Nécessitant habituellement plus de temps, elle donne lieu à la rédaction d'un compte rendu accompagné d'iconographies de bonne qualité et peut être valorisée financièrement au moyen de la CCAM.

Par ailleurs, 32 % (n=8) des répondants utilisant l'échographie ont déclaré utiliser l'échographie à l'occasion d'un autre rendez-vous que celui ayant posé l'indication de l'examen. On imagine qu'il s'agit dès lors d'une échographie conventionnelle plutôt que d'une simple échoscopie. Il peut également s'agir d'un examen de contrôle afin de rendre compte de l'évolution d'une pathologie et permettre ainsi une éventuelle réorientation du patient (exemple : surveillance de l'apparition d'une dilatation des cavités pyélocalicielles lors d'un épisode de colique néphrétique).

Un seul répondant a déclaré utiliser l'échographie sur des plages horaires dédiées. Par ailleurs, ce médecin a également indiqué utiliser l'échographie au cours des consultations ayant posé l'indication de l'examen ou lors d'un autre rendez-vous.

Concernant le type d'échographies réalisées, une étude précise des différents examens pratiqués n'a pas été souhaitée. Des travaux consacrés à cette évaluation ont déjà été réalisés de manière plus précises (34) (40) (59). Il était seulement demandé aux médecins si ceux-ci se limitaient à la réalisation d'un seul type d'échographies. Il semblait en effet intéressant de savoir si les médecins se limitant à un seul type d'examen avaient une organisation différente de leur activité échographique. A cette question, 80 % (n=20) des répondants ont indiqué ne pas se limiter à un seul type d'examen. Parmi les 20 % (n=5) se limitant à un seul type d'échographies, 100 % (n=5) ont indiqué utiliser l'échographie au

cours de la consultation ayant posé l'indication et 75 % (n=3) ont déclaré coter leurs actes « *souvent* ».

- Cotation des actes

La cotation de l'acte échographique nécessite, nous l'avons vu, que l'examen réponde à des exigences particulières pour différencier l'échoscopie de l'échographie conventionnelle. Dans cette étude, 52 % (n=13) des médecins échographistes répondants ont déclaré coter « *souvent* » leurs examens au moyen de la CCAM et 8 % (n=2) ont indiqué « *toujours* » les coter. Les autres travaux traitant de ce sujet ont retrouvé des chiffres similaires (34). Parmi ces 60 % (n=15), 60 % (n=9) exercent en stations de sports d'hiver et 66 % (n=10) exercent à plus de 30 minutes d'un centre hospitalier. La question de la valorisation financière de l'acte échographique reste fondamentale dans ce domaine d'étude car l'échographie est encore une technique onéreuse pour le pratiquant non exclusif qu'est le médecin généraliste. On remarquera que les 8 % (n=2) de médecins n'ayant pas suivi de formation ont déclaré ne jamais coter leurs actes échographiques.

- Raison du développement de l'activité

Il était ensuite demandé aux médecins les raisons les ayant amenés à développer leur activité échographique.

Ainsi, 96 % (n=24) des médecins ont déclaré l'avoir fait pour « *diversifier leur pratique et par plaisir du geste* ». Venait ensuite « *la confirmation d'une impression clinique* » pour 80 % (n=20) des répondants et pour 72 % (n=18) d'entre eux, il s'agissait « *d'assurer une mission de premier recours* ». Enfin, pour 52 % (n=13) des répondants, « *l'éloignement des spécialistes ou l'envie d'éviter un long trajet au patient* » était une raison du développement

de cette activité. Ces chiffres sont comparables à ceux obtenus dans les autres travaux traitant de ce sujet (34) (41).

Concernant les raisons « *désengorger les services d'urgences* », « *difficultés d'accès aux spécialistes* » et « *demande locale/besoin ressenti* », seul 12 à 24 % des répondants ont trouvé ces raisons judicieuses pour justifier leur utilisation de l'échographie.

- Financement

Malgré l'évolution du marché et la baisse des coûts de production des instruments technologiques tels que les appareils d'échographie, l'investissement reste important dès lors que la pratique n'est pas exclusive, à fortiori si le médecin ne valorise pas ses actes par une cotation de la CCAM, ce qui reste le cas pour près de 40 % des médecins de cette étude. Parmi les médecins répondants utilisant l'échographie, 40 % (n=10) ont indiqué que leur cabinet faisaient partie d'une SISA. Nous avons vu ce que mode d'organisation permet entre autre l'obtention d'aides publiques pouvant servir à l'acquisition de matériel onéreux comme un appareil de radiographies ou d'échographies. A la question du mode de financement de leur appareil d'échographie, 36 % (n=9) des répondants ont déclaré avoir bénéficié d'aides publiques. Parmi eux, 78 % (n=7) font partie d'une SISA. Nous voyons ici que ce mode d'organisation est bel et bien utilisé par les médecins pour bénéficier de ces aides. Le résultat de cet investissement public en est une amélioration de l'offre de soin globale sur le territoire par le développement de structures bénéficiant de plateaux techniques mieux équipés.

Outre les aides publiques octroyées par les Agences régionales de santé (ARS), 16 % (n=4) des médecins ont choisi la location comme mode de financement de leur appareil. Comme pour tout achat important, l'amortissement financier par le biais d'une Location avec option

d'achat (LOA) ou d'une Location de longue durée (LLD) peut être un choix judicieux. Ce choix apparaît d'autant plus cohérent que nous sommes face à une technologie évoluant rapidement, pouvant devenir obsolète en quelques années, avant le remboursement d'un éventuel crédit. Force est de constater que peu de médecins de cette étude ont fait ce choix. Une des hypothèses avancées serait que ce mode de financement serait plus adapté aux cabinets individuels dont la trésorerie ne permet pas d'investissement si lourd. L'effectif de répondants à cette question reste cependant trop faible pour pouvoir en tirer des conclusions.

8) Forces et limites

a. Forces

Cette étude a permis de dresser le portrait type du médecin généraliste utilisant l'échographie en Haute-Savoie. Ce médecin est plus fréquemment un homme, exerçant dans un cabinet éloigné des centres hospitaliers, appartenant à une SISA et possédant un plateau technique. Les associés de ce cabinet fonctionnent plus souvent en partage d'honoraires, emploient des salariés, sont des MCS et des MSU impliqués dans la formation universitaire et dans des activités médicales hors cabinet.

A notre connaissance, cette étude était la première permettant le recensement des médecins généralistes utilisant l'outil échographique dans une zone géographique déterminée. Celle-ci est originale car ce recensement ne tient pas compte de la formation suivie par les médecins, de leur inscription au tableau de l'ordre en temps qu'échographiste, ni de leur utilisation des cotations échographiques de la CCAM. Les données qui en sont

tirées sont donc le reflet de l'utilisation par les médecins généralistes de l'outil échographique en Haute-Savoie, qu'il s'agisse d'échoscopie ou d'échographie.

b. Limites et biais

- Biais de sélection

Cette étude s'est intéressée à la population des médecins généralistes libéraux installés en Haute-Savoie. La diffusion du questionnaire a été réalisée par le biais du CDOM de Haute-Savoie auprès de 683 médecins. Au total, le taux de réponse est resté relativement faible avec 13,5 % de répondants. Ce faible effectif expose cette étude à un biais de volontariat important. Les médecins répondants ne sont donc probablement pas totalement représentatifs de la population des médecins généralistes de Haute-Savoie. Nous avons vu qu'il existe notamment une surreprésentation de la classe des moins de 35 ans. Il a été tenté de limiter ce biais au moyen d'un questionnaire simple et rapide, et d'une relance du questionnaire. Cette relance ayant été refusée par le CDOM, elle a été réalisée en utilisant la liste de diffusion de l'association Médecin de Montagne, ce qui a introduit un possible biais de recrutement pouvant expliquer une surreprésentation des médecins exerçant en stations de sports d'hiver.

- Biais de classement

Pour limiter les biais de classement, cette étude s'est appuyée sur un questionnaire standardisé, à questions fermées ou laissant un nombre de réponses limitées et diffusé de manière informatique. Pour autant, le mode de relance effectué via l'association Médecin de Montagne introduit également un possible biais de suspicion d'exposition.

- Biais de confusion

Comme nous l'avons vu, des facteurs tels que le sexe ont pu interférer dans l'appréciation du lien statistique entre deux variables observées. C'est notamment le cas en ce qui concerne la taille de la PMT et son lien avec l'utilisation de l'échographie qui pourrait être faussée par la surreprésentation du sexe féminin dans la population des médecins ne réalisant pas d'échographie. Ces facteurs, appelés facteurs de confusion sont difficilement appréciables *a priori*. Dans le cadre de cette étude, un appariement ou l'utilisation de scores de propension *a priori*, ou la réalisation d'une analyse multivariée par régression logistique ou linéaire suivant le type de variables, auraient permis de s'affranchir de ce biais et de faire émerger des résultats plus solides.

9) Représentativité

a. Validité interne

Le principal biais de cette étude réside dans ses facteurs de confusion. De ce fait, les résultats obtenus, même s'ils permettent de faire émerger une tendance, ne nous permettent pas de conclure. Au vu de la force des liens d'association de nombreuses variables avec l'utilisation de l'échographie, nous sommes tout de même en droit d'espérer des résultats cohérents si une analyse multivariée venait à être réalisée.

Cependant, la méthodologie solide et reproductible de cette étude pourrait en faire le point de départ d'autres travaux similaires dans d'autres départements.

b. Validité externe

La Haute-Savoie est un département possédant des caractéristiques géographiques et donc démographiques propres. A ce titre, certains des liens statistiques retrouvés dans cette étude n'ont pas été retrouvés dans d'autres travaux. C'est le cas en ce qui concerne l'éloignement entre le lieu d'exercice et un centre hospitalier, qui n'a pas été mis en évidence comme une motivation à la pratique de l'échographie dans la thèse de Marie Salles (41).

De ce fait, l'extrapolation des résultats de cette étude à d'autres départements français ne paraît pas envisageable, hormis si des conditions géographiques et démographiques similaires étaient recherchées. Cette étude pourrait alors être reproduite dans d'autres départements, permettant la comparaison et le recensement des médecins généralistes libéraux utilisant l'outil échographique.

Conclusion

THÈSE SOUTENUE PAR : Valentin DROZ BARTHOLET

TITRE : FACTEURS FAVORISANT L'UTILISATION DE L'ECHOGRAPHIE DANS LES CABINETS DE MEDECINE GENERALE DE HAUTE-SAVOIE, ETUDE DESCRIPTIVE

L'objectif de cette étude était d'étudier dans quelles proportions intervenaient les facteurs identifiés comme favorisant l'utilisation de l'échographie dans les cabinets de médecine générale de Haute-Savoie. La population des médecins généralistes utilisant l'outil échographique a ainsi été comparée à la population de ceux ne l'utilisant pas. L'ensemble des médecins généralistes libéraux de Haute-Savoie (n=683), hormis les Médecins à exercice particulier (MEP), a été interrogé par questionnaire et 87 réponses ont été analysées. Les médecins non répondants étaient recontactés par téléphone afin de connaître leur position quant à l'utilisation de l'outil échographique, qu'il s'agisse de la réalisation d'échographies ou d'échoscopies.

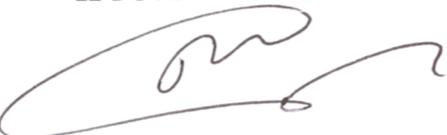
A notre connaissance, cette étude était la première permettant le recensement des médecins généralistes utilisant l'outil échographique dans une zone géographique déterminée. Celle-ci est originale car ce recensement ne tenait pas compte de la formation suivie par les médecins, ni de leur inscription au tableau de l'ordre en temps qu'échographiste, ni de leur utilisation des cotations échographiques de la CCAM. De cette façon, 38 médecins généralistes ont été référencés comme échographistes non exclusifs en Haute-Savoie. Parmi eux, 65 % (n=25) ont participé à cette étude.

Il ressort de ce travail que ces médecins sont plus souvent des hommes exerçant dans un cabinet éloigné des centres hospitaliers, appartenant à une Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), fonctionnant en filières avec des consultations sans rendez-vous et possédant un plateau technique. Les associés de ce cabinet travaillent plus souvent en

partage d'honoraires, emploient des salariés, et sont des MCS et des Maîtres de stage universitaire (MSU) impliqués dans la formation et dans des activités médicales hors cabinet. Cette étude a également montré que ces médecins sont 92 % (n=23) à avoir suivi au moins une formation en échographie, qu'ils l'utilisent principalement durant la consultation ayant posé l'indication, et que 60 % (n=15) d'entre eux cotent leurs actes échographiques. Concernant leurs motivations, l'argument principal avancé par 96 % (n=24) des répondants était pour « diversifier leur pratique et par plaisir du geste ».

Cette étude pourrait ainsi être reproduite dans d'autres départements, permettant la comparaison et le recensement des médecins généralistes libéraux utilisant l'outil échographique.

Dans le contexte existant de réflexion autour de la réorganisation de notre système de soins et en particulier des soins primaires, le développement de structures bénéficiant des caractéristiques décrites dans cette étude pourrait être une des solutions aux problèmes actuels. De telles mesures pourraient en effet permettre une réorientation de la demande de soins non programmés vers le secteur libéral, donc un bénéfice pour les services d'urgences mais aussi pour l'ensemble du système hospitalier, le tout pour un coût global moindre.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER Grenoble, le : 13/06/19	
LE DOYEN 	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE 
Pour le Président et par délégation — Le Doyen de Médecine Pr. Patrice MORAND Pr. Patrice MORAND	Pr. Guillaume DEBATY

Bibliographie

1. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins, organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. [consulté le 31 mai 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
2. A. Green L, E. Fryer G, Yawn B, Lanier D, Dovey S. The Ecology of Medical Care Revisited. *N Engl J Med*. 1 juill 2001;344:2021–5.
3. Juilhard J-M. Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ? [Internet]. [consulté le 31 mai 2019]. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-014_mono.html
4. Ricroch L, Vuagnat A. Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins. [Internet]. [consulté le 7 juin 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er929.pdf>
5. Wargon M. Les urgences, un symptôme des changements de la société [Internet]. [consulté le 31 mai 2019]. Disponible sur: http://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr.chaire-sante/files/Actes_Seminaire_Urgences2014.pdf
6. Aubert J-M, Billet S, Collin C, et al. Réformes des modes de financement et de régulation [Internet]. [consulté le 31 mai 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dicom_rapport_final_vdef_2901.pdf
7. Steg A. Rapport sur la médicalisation des urgences [Internet]. [consulté le 31 mai 2019]. Disponible sur: <http://documentation.fhp.fr/documents/3746R.pdf>
8. Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. *Santé Publique*. 2004;16(1):63–74.
9. Carrasco B. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. 2003;1–8.
10. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation [Internet]. [consulté le 31 mai 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er889.pdf>
11. Grall J-Y. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences. 2015;1–30.
12. Bine S, Boisguérin B, Dennevault C, et al. Les établissements de santé. 2017;28:127-30 [Internet]. [consulté le 9 juin 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2015.pdf>

13. Cour des comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. 2014;12:349-77 [Internet]. [consulté le 10 juin 2019]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20140917_rapport_securite_sociale_2014.pdf
14. Cohen L, Génisson C, Savary R-P. Rapport d'information sur les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. 2017;685 [Internet]. [consulté le 31 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>
15. Data-drees. La démographie des professions de santé [Internet]. [consulté le 31 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>
16. Druais P-L. La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé. 2015 [Internet]. [consulté le 31 mai 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Druais_Mars_2015.pdf
17. Cordier A, Chêne G, Duhamel G, et al. Un projet global pour la stratégie nationale de santé. 2013 [Internet]. [consulté le 31 mai 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-cordier-SNS-sages-2.pdf>
18. Étude TNS-Sofres pour l'ARS Ile-de-France. Utilisation et perception de l'offre de soins non programmés. Janvier 2014.
19. Institut français pour la recherche sur les administrations publiques. Les 5 atouts (à copier) du système allemand. 2015 [Internet]. [consulté le 31 mai 2019]. Disponible sur: https://www.ifrap.org/sites/default/files/publications/fichiers/sc156_web.pdf
20. Durieux B, Cozzarolo B, Jalon E, Sarlat G. Rapport d'enquête sur la régulation et l'organisation de la médecine de ville : les enseignements des expériences étrangères. 2003. [Internet]. [consulté le 31 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000159.pdf>
21. Mousquès J. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012. 2014.
22. Bourgueil Y. L'organisation des soins de premiers recours en France : une réforme en quête de projet ? Santé Société Solidar. 2008;7(2):105-14.
23. Berchet C. Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand [Internet]. 2015 août [consulté le 31 mai 2019]. Report No.: 83. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/emergency-care-services_5jrts344crns-en

24. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J, Falcoff H, Chevreul K. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives. [Internet]. [consulté le 31 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2007/rap1675.pdf>
25. Sicart D. Les professions de santé au 1er janvier 2014 [Internet]. [consulté le 31 mai 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt-statistiques-189.pdf>
26. OMS. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. 1978 [Internet]. [consulté le 10 juin 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
27. OMS. Charte d'OTTAWA. 1986 [Internet]. [consulté le 31 mai 2019]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
28. Pacte territoire santé. Lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins [Internet]. [consulté le 31 mai 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pacte_territoire_sante_-_PTS_-_brochure_bilan_-_fevrier_2014.pdf
29. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire DHOS/O1 no 2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences [Internet]. [consulté le 31 mai 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-03/a0030070.htm>
30. Journal officiel de la république Française. Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU) [Internet]. [consulté le 31 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2007/2/12/SANH0720822A/jo>
31. Crawford J, Cooper S, Cant R, DeSouza R. The impact of walk-in centres and GP co-operatives on emergency department presentations: A systematic review of the literature. *Int Emerg Nurs.* sept 2017;34:36-42.
32. Faure-Geors H. Les centres de soins de premier recours en Rhône-Alpes, de la modélisation d'une alternative aux services d'urgences aux conditions de déploiement en zones rurales. 2015 [Internet]. [consulté le 31 mai 2019]. Disponible sur: http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/iass/2015/faure_geors.pdf
33. Blanchet T, Thierry R. Obstacles à la pratique de l'échographie par le médecin généraliste au cabinet: étude qualitative [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2015.
34. Many E. Utilisation de l'échographie par les médecins généralistes en France: enquête descriptive [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France]: Université de Bordeaux; 2016.

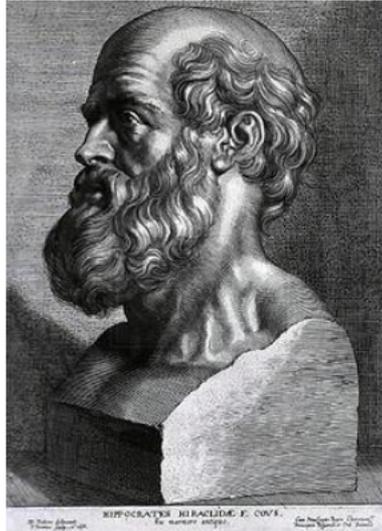
35. Lecler A-S, Diserbo A. Les freins et motivations des médecins généralistes d'Isère et Savoie à la réalisation d'actes techniques cotés par la classification commune des actes médicaux: sutures, petite chirurgie, et gestes de dermatologie : enquête qualitative auprès de médecins généralistes installés [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Grenoble Alpes; 2017.
36. Hincelin C, Serve N. Quels sont les facteurs identifiés par les médecins généralistes exerçant en milieu urbain, à moins de quinze minutes d'un centre d'urgence grenoblois, qui favorisent ou freinent la réalisation d'actes de petite chirurgie non programmés en cabinet de médecine générale ? [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Grenoble Alpes; 2017.
37. Wordsworth S, Scott A. Ultrasound scanning by general practitioners: is it worthwhile? J Public Health Med. juin 2002;24(2):88–94.
38. Trouver un professionnel de santé Médecin généraliste dans le département Haute-Savoie [Internet]. [consulté le 7 juin 2019]. Disponible sur: <http://annuaire.sante.ameli.fr/trouver-un-professionnel-de-sante/medecin-generaliste/74-haute-savoie>
39. Medecin generaliste en Haute-savoie [Internet]. [consulté le 7 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.pagesjaunes.fr/annuaire/chercherlespros?quoi=medecin%20generaliste&ou=haute%20savoie&idOu=D074&contexte=rYRp4gZxTlBld2piO7nfsfhTahHSMSHpUVg1CIYSPuU%3D&proximite=0&quoiQuilInterprete=medecin%20generaliste&carte=0>
40. Renaudin C. Intérêt de l'échographie dans la prise en charge des patients au cours de la consultation de médecine générale [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2015.
41. Salles M. Intérêt de la pratique de l'échographie en soins primaires par le médecin généraliste en France (hors échographie fœtale) [Thèse d'exercice]. [Toulouse, France]: Université Paul Sabatier. Faculté des sciences médicales Rangueil; 2016.
42. Boulard B, Sévrin Y. Réalisation des gestes techniques en cabinet libéral: Étude des pratiques des médecins généralistes en Haute-Normandie [Thèse d'exercice]. [Rouen, France]: Université de Rouen Normandie; 2014.
43. Dubois Jacques V. Les gestes techniques en médecine générale, état des lieux en Loire-Atlantique et Vendée [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2012.
44. Coowar B. Prise en charge de la petite traumatologie en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Rouen, France]: Université de Rouen Normandie; 2011.

45. Peyre E. Les gestes techniques en médecine générale: enquête auprès des maitres de stage d'Aquitaine et de l'île de la Réunion [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France]: Université de Bordeaux; 1993.
46. Ferley J-P, Da Silva E, Beauvais C, et al. Trois études sur la féminisation de la profession médicale. 2005 [Internet]. [consulté le 7 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.urps-med-aura.fr/medias/content/files/publications/etudesfeminisation-1439993950.pdf>
47. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. 2003;(215):12.
48. Coldefy M, Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. 2011;(764):8.
49. Leruste S, Renard V. La charte des maîtres de stage universitaires (MSU) [Internet]. 2016 [consulté le 7 juin 2019]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_stage_universitaires_msu/
50. Grignon M, Paris V, Polton D, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins. Saskatoon: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada; 2002.
51. Gérard D. Différentes modalités d'exercice et de rémunération des médecins traitants face à l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé: enquête de pratique auprès de médecins généralistes d'Ile-de-France [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2014.
52. Garnier M. Paiement à l'acte ou au forfait: analyse qualitative des facteurs déterminants du choix des médecins généralistes belges entre ces deux systèmes [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
53. Kieffer-Nunes M. Les déterminants de la pratique du partage d'honoraires en Médecine Générale: la volonté du collectif [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France]: Université de Bordeaux; 2018.
54. Boillet P, Decavel F, Deroche T, Etchebarne C, Kuentzmann P, Lagarde F, et al. De nouveaux modes de rémunération pour une médecine de ville plus qualitative ? 2008;33.
55. Considine J, Kropman M, Kelly E, Winter C. Effect of emergency department fast track on emergency department length of stay: a case-control study. Emerg Med J EMJ. déc 2008;25(12):815-9.

56. Association Médecins de Montagne. Dossier de presse 2019 [Internet]. [consulté le 7 juin 2019]. Disponible sur : <http://www.mdem.org/telecharger-document.php?sid=&idfichier=668&codej=france&page=DT1190189670&idapplication=page>.
57. Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Médecins correspondants du SAMU, guide de déploiement. 2013 [Internet]. [consulté le 7 juin 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_MCS_31-07-13.pdf
58. Cottarel M, Mithieux B, Audema B. Le dispositif MCS Alpes du Nord, dossier de presse 2019 [Internet]. [consulté le 31 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.mcs-aura.fr/sites/default/files/documents/Dossier%20de%20presse%202019.pdf>
59. Gradinaru C. Etude rétrospective transversale concernant la pratique échographique des médecins inscrits au DIU d'Imagerie et techniques ultrasonores ces 10 dernières années [Thèse d'exercice]. [Poitiers, France]: Université de Poitiers; 2012.
60. Plu I, Dodet P, Bertaut S, Pursell - Francois I, Blettery B, Moutel G. Le médecin et la peur du procès: Enquête auprès de 139 généralistes en Côte d'Or. Rev Prat Médecine Générale. 2007;(762-763):295-7.
61. Szymaniuk Alchimowicz MM. Pratique et avenir des gestes techniques en médecine générale: enquête auprès de 120 médecins généralistes du département du Haut-Rhin [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg; 2012.
62. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. 2010;(157):6.
63. APIMA. Le médecin traitant. 2016 [Internet]. [consulté le 7 juin 2019]. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/160601_seance_MT_forfait_patientele.pdf
64. L'assurance maladie. Données statistiques sur la patientèle des professionnels de santé libéraux. [Internet]. 2015 [consulté le 7 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/patientele/patientele-des-medecins.php>
65. Aulagnier M, Obadia Y, Paraponaris A, et al. L'exercice de la médecine générale libérale, premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. 2007;(610):8.
66. Leroux M-E. Modes d'exercice particulier et diversification de l'exercice en médecine générale: Enquête descriptive auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle [Thèse d'exercice]. [Nancy, France]: Université de Nancy I. Faculté de médecine; 2009.

67. Henrard G, Froidcoeur X, Schoffeniels C, Gensburger M, Joly L, Dumont V. Echography at the point of care : stethoscope of the future for the General Practitioner ? Rev Med Liege. avr 2017;72(4):181-6.
68. Lemanissier M. Validation d'une première liste d'indications d'échographies réalisables par le médecin généraliste: l'échographe, deuxième stéthoscope du médecin généraliste? [Thèse d'exercice]. [Toulouse, France]: Université Paul Sabatier. Faculté des sciences médicales Rangueil; 2013.

Serment d'Hippocrate



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.