



**HAL**  
open science

# Les déterminants de la pratique de l'échographie par les médecins généralistes équipés d'un échographe devant une suspicion de thrombose veineuse du membre inférieur : une étude qualitative auprès de médecins généralistes en France

Mélina Seguret

## ► To cite this version:

Mélina Seguret. Les déterminants de la pratique de l'échographie par les médecins généralistes équipés d'un échographe devant une suspicion de thrombose veineuse du membre inférieur : une étude qualitative auprès de médecins généralistes en France. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03227818

**HAL Id: dumas-03227818**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03227818>**

Submitted on 17 May 2021

**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.

UNIVERSITE COTE d'AZUR  
Faculté de médecine de Nice

## THESE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue publiquement  
Le 16 Octobre 2020 à Nice*

Par Méлина SEGURET

Née le 20 Janvier 1992

**LES DÉTERMINANTS DE LA PRATIQUE DE L'ÉCHOGRAPHIE PAR LES  
MÉDECINS GÉNÉRALISTES ÉQUIPÉS D'UN ÉCHOGRAPHE DEVANT UNE  
SUSPICION DE THROMBOSE VEINEUSE DU MEMBRE INFÉRIEUR :  
Une étude qualitative auprès de médecins généralistes en France**

Directrice de thèse : Madame le Docteur Marie DANDURAN

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur Jean-Paul FOURNIER

Assesseurs : Monsieur le Professeur David DARMON

Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Madame le Docteur Marie DANDURAN

Liste des enseignants au 1er Septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

**Doyen**

**Pr. BAQUÉ Patrick**

**Vice-doyens**

**Pédagogie**

**Pr. ALUNNI Véronique**

**Recherche**

**Pr DELLAMONICA jean**

**Etudiants**

**M. JOUAN Robin**

**Chargé de mission projet Campus**

**Pr. PAQUIS Philippe**

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

## Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

**PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE**

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRCICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition.(44.04)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

## Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

**PROFESSEURS PREMIERE CLASSE**

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUERIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

**Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice**
**PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE**

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDEBOS Fanny	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M.	VENBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

**Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice**
**MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50.04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48.04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSÉ Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

**PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS**

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

**MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS**

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

**PROFESSEURS AGRÉGÉS**

Mme LANDI Rebecca Anglais

**PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

M. SICARD Antoine Néphrologie (52.03)

**PROFESSEURS ASSOCIÉS**

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

**MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

**Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice**

**Constitution du jury en qualité de 4ème membre**

**Professeurs Honoraires**

M. AMIEL Jean	M. GASTAUD Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BALAS Daniel	M. GIBELIN Pierre
M. BATT Michel	M. GILLET Jean-Yves
M. BLAIVE Bruno	M. GRELLIER Patrick
M. BOQUET Patrice	M. GRIMAUD Dominique
M. BOURGEON André	M. HOFLIGER Philippe
M. BOUTTÉ Patrick	M. JOURDAN Jacques
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAMBERT Jean-Claude
Mme BUSSIERE Françoise	M. LAZDUNSKI Michel
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CANIVET Bertrand	M. LE FICHOUX Yves
M. CASSUTO Jill-patrice	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
Mme CRENESSE Dominique	M. MATTEI Mathieu
M. DAR COURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. PRINGUEY Dominique
M. DESNUELLE Claude	M. SANTINI Joseph
M. DOLISI Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. SCHNEIDER Maurice
M. FENICEL Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	

**M.C.U. Honoraires**

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	

**Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice**

**PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ**

M. BERTRAND François	Médecine Interne
M. BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M. LEBOEUF Mathieu	Gynécologie- obstétrique
Mme NADEAU Geneviève	Uro-gynécologie
M. ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M. PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M. PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M. QUARANTA Jean-François	Santé Publique

## Table des Matières

---

Remerciements .....	..10
Serment d’Hippocrate .....	11
Abréviations .....	12
Introduction .....	13
Matériel et Méthode .....	15
Résultats.....	18
I- Une pratique de soins primaires.....	22
II- Un meilleur climat de travail du médecin généraliste.....	28
III- Une prise en charge du patient plus efficiente.....	32
IV- Le vécu mitigé des impératifs d'une pratique en développement.....	37
Discussion.....	47
Conclusion .....	54
Bibliographie .....	55
Annexe 1 : Données sur la base de remboursement d’actes échographiques (2019).....	59
Annexe 2 : Guide d'entretien.....	60
Annexe 3 : Arbre thématique complet.....	61
RESUME/ABSTRACT .....	62

## Remerciements

---

Au Professeur Jean-Paul FOURNIER,  
Merci d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance et l'assurance de mon profond respect.

Au Professeur Gilles GARDON,  
Merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux.

Au Professeur David DARMON,  
Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Soyez assuré de mon profond respect.

Au Docteur Marie DANDURAN,  
Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse, de m'avoir encouragée et soutenue tout au long de ce travail, ainsi que mon stage de SASPAS. Ça a été un grand plaisir de partager ces mois de compagnonnage et d'avoir pu évoluer grâce à tant de bienveillance et de générosité. Merci pour tout !

A tous les médecins qui ont accepté de participer à ce travail, merci d'avoir permis l'accomplissement de cette thèse, merci pour vos réponses, vos conseils et vos encouragements.

Aux séniors qui m'ont formée, au personnel soignant, à mes co-externes et co-internes qui m'ont entourée, de l'externat à Montpellier à la fin de mon internat en PACA, merci d'avoir partagé toutes ces années, ces expériences et émotions.

## Serment d'Hippocrate

---

*Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.*

## Abréviations

---

**CCAM** : Classification commune des actes médicaux

**CUS** : Compression veineuse par Ultrasons

**DERMG** : Département d'Enseignement et de Recherche de Médecine Générale

**ED** : Echo-doppler

**HBPM** : Héparine de bas poids moléculaire

**MEP** : Médecin à exercice particulier

**MSU** : Maître de Stage Universitaire

**POCUS** : Point of care Ultrasonography

**RCP** : Responsabilité Civile et de Protection Juridique Professionnelle

**RDV** : Rendez-vous

**TVMI** : Thrombose veineuse du membre inférieur

**TVP** : Thrombose veineuse profonde

## Introduction

---

Lors de mes stages en médecine ambulatoire, j'ai expérimenté un exercice essentiellement clinique. Certains cabinets de médecine générale sont de plus en plus équipés « d'aide au diagnostic »: Tests de diagnostic rapide de l'angine, électrocardiographes, petits dopplers fœtaux voire vasculaires, etc... Les examens complémentaires non disponibles au cabinet, doivent être délégués avec des délais de rendez-vous, parfois importants. Ainsi, le médecin généraliste doit souvent prendre des décisions, élaborer un projet thérapeutique, en somme gérer le « le risque lié à l'incertitude diagnostique » au moyen d'un « résultat de consultation », faute de diagnostic plus précis, pour environ 70% des consultations (1). Lors de mon stage au service des urgences, j'ai pu mesurer l'intérêt et l'apport de l'échographie dans le service. Les échographies réalisées directement en salle de consultation nous permettaient souvent de préciser dans l'instant l'état du patient, donc notre démarche diagnostique et thérapeutique.

J'avais noté que l'échographie était un examen fréquemment demandé en médecine générale, mais différé par obligation. Sa pratique, adaptée à la spécialité, m'est donc apparue d'un apport des plus intéressants. J'ai donc décidé de mener un travail de thèse dans ce domaine.

La suspicion de thrombose veineuse par le médecin généraliste est une situation rencontrée une à trois fois par mois (2), qui repose sur les seuls interrogatoire et examen clinique. Dans cette situation souvent incertaine ou aspécifique cliniquement (3), l'apport de l'échographie semble être une aide majeure pour le médecin dans sa conduite thérapeutique (4). Les recommandations actuelles proposent, après évaluation clinique, des algorithmes de stratégie diagnostique avec la réalisation de scores de probabilité (5) (6). En fonction du résultat des tests de probabilité, en France, la réalisation d'un dosage des D-dimères ou d'un échodoppler veineux complet sont recommandés (2) (5). Ces deux examens requièrent parfois une évaluation hospitalière (en passant par les services d'urgences), car selon l'horaire de consultation du patient (fin d'après-midi, soir, week-end et jours fériés)(7), les délais d'obtention des examens complémentaires ne sont pas toujours compatibles avec la prise en charge ambulatoire d'une pathologie à potentiel de gravité non négligeable (embolie pulmonaire dans ce cas). Les scores de probabilité sont peu réalisés en soins primaires car semblent non adaptés (8). Certains médecins généralistes pensent que « ces scores n'ont pas leur place en médecine générale » (7), et que l'échodoppler doit être réalisé au moindre doute, quelle que soit la probabilité clinique (évaluée par des scores ou non) (9). L'échographie doppler est reconnue comme l'examen de référence dans le diagnostic de la thrombose veineuse profonde et superficielle (2) (10).

L'échographie se développe au chevet du patient dans de nombreuses spécialités, dont la médecine générale (11). Un certain nombre d'indications ont été proposées pour la pratique de

l'échographie par le médecin généraliste (12), en fonction de ses besoins. La thrombose veineuse fait partie de ces indications.

Plusieurs auteurs (7) (13) avancent que le fait de s'équiper d'un échographe au cabinet de médecine générale, pourrait éviter des demandes d'échodopplers veineux parfois qualifiés « par excès » auprès des angiologues, réduire le délai du diagnostic, réduire le nombre de consultations dans les services d'urgences (14), et favoriser une autonomie du médecin généraliste quant à la prise en charge de thromboses des membres inférieurs (7) (15).

Une étude a comparé en double aveugle, la méthode de compression veineuse par ultrasons (CUS) des veines proximales des membres inférieurs réalisés, par les médecins généralistes formés, avec un examen de référence réalisé par un angiologue : l'exactitude du diagnostic du généraliste était de 95,8% avec une sensibilité de 90.0%, une spécificité de 97.1% et une valeur prédictive négative de 97.8% (15).

L'estimation du nombre de demandes d'échodopplers veineux pour suspicion de thrombose des membres inférieurs est susceptible d'augmenter, avec le vieillissement de la population et la sensibilisation de la population et des professionnels de santé, aux facteurs de risque de thrombose veineuse. Certaines données de services d'urgence aux États-Unis montrent une demande croissante, plus importante que le nombre d'opérateurs disponibles pour pratiquer ces examens (15) (13).

De plus en plus de médecins généralistes se forment à la pratique de l'échographie ambulatoire (11), (16), (17). En France en 2019, selon les données sur la base de remboursement d'actes échographiques : 4.22% des médecins généralistes ont une activité d'échographie (Annexe 1).

Mais qu'en est-il de leur pratique ? Nous n'avons pas trouvé de données sur la pratique réelle de ces confrères. Quand et pourquoi décident-ils de faire cet examen eux-mêmes ? Comment utilisent-ils leurs résultats ? Demandent-ils eux aussi des échodopplers auprès des angiologues ou d'autres spécialistes ?

Nous avons émis l'hypothèse que la pratique des médecins généralistes dans ce domaine répondait à certains déterminants liés à leur expérience, formation, ou autres. Nous avons donc décidé d'interroger directement les médecins généralistes équipés d'un échographe en ambulatoire pour répondre à la question de recherche : quels sont les déterminants de la pratique de l'échographie, par les médecins généralistes équipés d'un échographe, face à une suspicion de thrombose veineuse du membre inférieur ?

## Matériel et Méthode

---

### **Choix du type d'étude :**

Notre travail se propose de recenser les déterminants d'une pratique décrite par les médecins eux-mêmes. Les méthodes qualitatives sont les méthodes de choix pour explorer l'expérience (18), (19). Nous avons donc choisi une méthode qualitative.

La méthode de recueil de données par « focus group » a l'intérêt de favoriser la dynamique de groupe. Notre sujet, qui n'interroge pas spécialement une partie très « intime » de l'expérience, se prêtait parfaitement à ce type d'interview. Pour autant, vu le faible nombre de médecins généralistes pratiquant l'échographie et de leur grande dispersion sur le territoire national, l'organisation matérielle de ce type de réunion nous a paru extrêmement compliquée.

Nous avons donc choisi un recueil des données par entretiens individuels semi-dirigés très adaptés aussi à notre recherche.

Nous avons choisi une analyse thématique de nos données, permettant de recenser les déterminants et de les « thématiser », conformément à notre objectif.

### **Recrutement :**

Compte tenu de notre sujet, nous avons recruté exclusivement des médecins généralistes pratiquant l'échographie. Notre étude portant sur la pratique de cet examen, nous avons tout de même inclus quatre médecins généralistes ayant une activité exclusive d'échographie. Trois d'entre eux exercent au sein du même cabinet. Tous les quatre ont eu une activité de médecine générale, avant de choisir l'échographie comme exercice exclusif. Nous avons exclu, par contre, les confrères ayant opté pour une activité exclusive d'angiologie, cette orientation étant guidée par un choix d'« organe », indépendamment de la pratique échographique.

Nous avons utilisé plusieurs outils de recrutement :

- la méthode de la « boule de neige »,
- la liste officielle de publication des résultats du « DIU d'échographie générale 2019 »,
- l'annuaire du site du Conseil National de l'Ordre des Médecins,
- le site des pages jaunes en sélectionnant l'activité particulière d'échographie parmi les médecins généralistes.

Les coordonnées de deux des médecins interviewés m'ont été données par des vendeurs de matériel d'échographie.

Les médecins ont été contactés par courriels, messages téléphoniques, ou téléphone afin de convenir d'un rendez-vous éventuel, et du lieu de réalisation de l'entretien.

Notre recrutement a eu pour objectif une variation maximale des médecins interrogés, selon des critères choisis afin d'optimiser la diversité des réponses :

- l'âge,
- le genre,
- l'exercice en cabinet de groupe ou seul,
- le mode d'activité : sur ou sans rendez-vous,
- le nombre d'années d'installation,
- l'activité de maître de stage universitaire,
- le type de formation à l'échographie,
- la situation géographique avec le type d'exercice rural, semi-rural ou urbain, ainsi que la distance du cabinet de radiologie ou angiologie le plus proche.

#### **Rédaction du guide d'entretien :**

Le guide d'entretien a été rédigé à l'aide du « Guide Méthodologique pour réaliser une thèse qualitative » (20), et de guides d'entretiens d'autres thèses qualitatives de médecine. Il a également été relu en cellule qualitative d'aide au travail de thèse proposé par le DERMG de la faculté de Nice (Avril 2020).

Nous l'avons construit dans le but de structurer les interviews, sans orienter les réponses, et de permettre une expression la plus complète et la plus sincère possible des médecins interrogés.

Il débutait par une partie introductive, avec la présentation de notre travail et du déroulé de l'entretien, ainsi que le recueil des données socio-démographiques.

La première question dite « *brise-glace* », avait pour but de mettre le médecin dans les conditions de confiance nécessaires à sa libre expression. Nous avons voulu favoriser la verbalisation de la pratique et de l'expérience personnelle par des questions exclusivement ouvertes.

De même, nous avons respecté la chronologie des propos abordés par les participants. Les questions étaient donc parfois posées dans un ordre différent de celui initialement prévu par le guide.

Le guide d'entretien a été modifié au fur et à mesure des entretiens afin d'améliorer la pertinence des réponses obtenues par rapport à la question de recherche :

- Les données socio-démographiques du médecin interviewé, était initialement recueillies à la fin. Nous avons préféré ensuite, le faire en début d'entretien. Ainsi, ce recueil a permis de faire connaissance et d'installer une certaine aisance.
- Des informations étaient livrées après la fin de l'enregistrement. Après le troisième entretien, nous avons donc ajouté la question : « auriez-vous quelque chose à ajouter concernant votre pratique de l'échographie devant une suspicion de thrombose veineuse du membre inférieur ? ».

- Nous avons adapté nos relances à chaque entretien (nécessité, ordre...) afin de permettre la fluidité de l'entretien et le respect de la parole de l'interviewé.

### **Réalisation des entretiens :**

Pour des raisons de faisabilité, les entretiens ont été menés en face à face, en visioconférence, ou par téléphone. Ces différentes modalités ont été déterminées par le contexte de l'épidémie de COVID qui limitait les déplacements, ainsi que par les désidératas des médecins qui nous ont répondu favorablement. La réalisation en visioconférence et par téléphone, nous a permis un recrutement plus large.

L'enregistrement des entretiens s'est fait, après recueil du consentement oral du médecin interrogé, à l'aide de deux dispositifs pour chaque entretien. Des applications d'enregistreur vocal ont été utilisées à partir d'un « smartphone » et d'un ordinateur pour les entretiens en face à face, et de deux ordinateurs pour les entretiens en visioconférence ou téléphoniques.

Le lieu et le moment de réalisation des entretiens étaient laissés au choix du médecin interrogé selon sa convenance et sa disponibilité.

La retranscription des entretiens s'est faite mot à mot à partir des enregistrements sur le logiciel Microsoft WORD.

Chaque entretien a été anonymisé en renommant les médecins de M1 à MX... selon l'ordre chronologique du déroulement des entretiens.

A des fins de confidentialité, les noms reconnaissables de lieux ou de personnes, ont été remplacés par trois lettres majuscules identiques.

### **Analyse des entretiens :**

Nous avons réalisé deux entretiens de « verrous » après l'obtention de la saturation des données, afin d'en assurer la réalité.

L'analyse thématique (21) nous a paru la plus adaptée parmi les méthodes d'analyse qualitative, afin de faire émerger les déterminants recherchés, à partir des données recueillies au cours des entretiens. Le codage primaire de chaque verbatim a été réalisé afin d'en isoler les unités de sens. L'analyse a ensuite été réalisée au fur et à mesure de la réalisation des entretiens, afin de permettre un « va et vient » continu entre les verbatim et la construction des catégories et des thèmes. La triangulation de l'analyse des données a été réalisée pour trois entretiens avec un autre chercheur afin de vérifier la cohérence entre les analyses.

## Résultats

### Caractéristiques socio-démographiques des médecins interviewés :

Au total, 32 médecins ont été contactés : 11 n'ont pas répondu aux invitations, 6 ont été exclus car avaient une activité d'échographie exclusive et que quatre médecins ayant ce type d'activité avaient déjà été interrogés.

15 médecins ont été interviewés, dont 11 hommes et 4 femmes, et d'âge moyen : 51 ans.

La distance moyenne du cabinet de radiologie le plus proche est de : 9,8 km.

La distance moyenne du cabinet d'angiologie le plus proche est de : 14,5 km.

Le tableau ci-dessous résume les caractéristiques de l'échantillon en fonction des critères de choix de diversité maximale retenus.

	<u>Age</u>	<u>Genre</u>	<u>Mode d'exercice</u>	<u>Mode d'activité</u>	<u>Installé depuis</u>	<u>Activité MSU</u>	<u>Formation en échographie</u>	<u>Type d'exercice</u>	<u>Distance cabinet de radio / angiologie</u>
<b>M1</b>	36	H	Groupe	Sur RDV	11ans	Oui	DIU échographie (en cours)	Rural	Radiologie : 10km Angiologie : 10km
<b>M2</b>	61	H	Seul	Sur et sans RDV	30ans	Non	DIU échographie	Rural	Radiologie : 10km Angiologie : 12km
<b>M3</b>	35	F	Groupe Echo. Exclusive	Sur RDV + créneaux d'urgences	1 an	Non	DIU échographie	Urbain	Radiologie : 500m Angiologie : 1km
<b>M4</b>	61	H	Groupe	Sur RDV + créneaux d'urgences	30ans	Oui	DIU échographie	Semi-rural	Radiologie : 3km Angiologie : 36km
<b>M5</b>	36	H	Groupe	Sur et sans RDV	7 ans	Oui	· DIU échographie de l'appareil locomoteur (un seul module)  · Compagnonnage	Urbain	Radiologie : 2km
<b>M6</b>	56	F	Groupe Echo. Exclusive	Sur RDV	26ans	Non	DU échographie  Puis DIU échographie générale	Urbain	Radiologie : 500m Angiologie : même cabinet

<b>M7</b>	57	H	Groupe Echo. Exclusive	Sur RDV	28ans	oui	DIU d'échographie générale	Urbain	Radiologie : 500m Angiologie : même cabinet
<b>M8</b>	43	F	Groupe Gynéco- Méd + Echo. Exclusive	Sur RDV	13 ans	Oui	DU d'échographie générale pour le médecin généraliste en 2ans	Urbain	Radiologie : 500m Angiologie : même cabinet
<b>M9</b>	56	H	Seul	Sur et sans RDV	26 ans	Oui	DESU Echographie	Rural	Radiologie : 65km Angiologie : 65km
<b>M10</b>	60	H	Groupe	Sur et sans RDV	31ans	Oui	· e-learning · littérature · congrès · post-graduate · formation de FMC · compagnonnage	Semi-rural	Radiologie : 6km  Angiologie : 6km
<b>M11</b>	43	H	Groupe et Activité libérale et salarisée (EHPAD)	Sur RDV	6ans	Oui	DESU échographie du médecin généraliste	Semi-rural	Radiologie : 8km Angiologie : 20km
<b>M12</b>	50	F	Seule et Médecin pompier	Sans RDV Mais samedi matin sur RDV	2ans	Non	· Capacité échographie en Belgique · DIU échographie (1 <sup>ère</sup> année) · Congrès · FMC	Semi-rural	Radiologie : 5km  Angiologie : 20km
<b>M13</b>	42	H	Groupe	Sur et sans RDV	8 ans	Oui	· FMC · Compagnonnage	Semi-rural	Radiologie : 3km Angiologie : 3km
<b>M14</b>	58	H	Groupe	Sur et sans RDV	27ans	Non	· e-learning · FMC	Rural	Radiologie : 20km Angiologie : 20km
<b>M15</b>	66	H	Seul	Sur RDV + créneaux d'urgences	28ans	Oui	· FMC · Congrès	Rural	Radiologie : 10km Angiologie : 10km

### Déroulement des entretiens :

Les entretiens se sont déroulés de Février à Juin 2020.

Ils ont été réalisés en face à face pour six entretiens, cinq par téléphone et quatre en visioconférence.

La durée des entretiens varie de 20 à 64 minutes, avec une durée moyenne de 41,53 minutes.

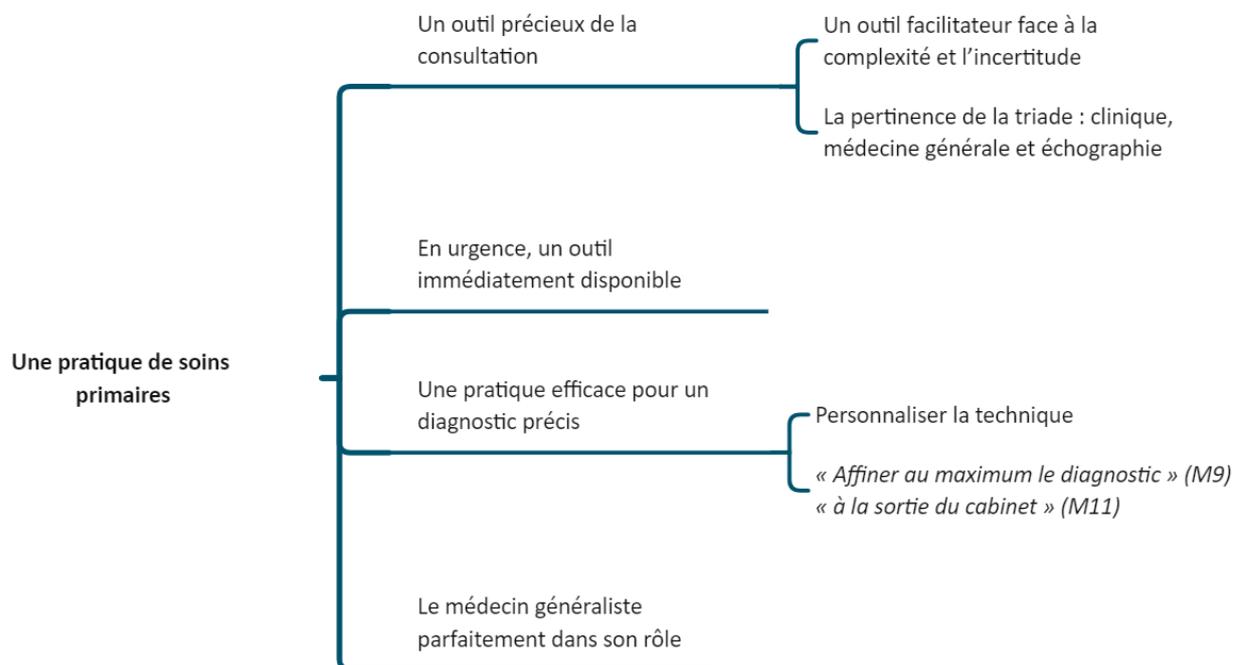
La saturation des données a été atteinte en 13 entretiens, confirmée par deux entretiens « verrous ».

### Analyste thématique :

Nous détaillons ici, les mécanismes de notre analyse, et donc de construction de l'arbre thématique à partir des verbatims. Pour des raisons de lisibilité, nous dévoilons ici des fractions de l'arbre pour chaque thème, ainsi que les intitulés des thèmes et catégories en titre. Ces derniers n'ont été envisagés qu'en fin de démarche analytique.

Dans les entretiens les médecins utilisent le terme de « doppler » parfois de manière générique pour désigner l'échographie veineuse, ainsi qu'« échographie » pour désigner l'ensemble des techniques : échographie, échoscopie, doppler. Nous retenons donc ce sens chaque fois que nous utiliserons le terme « échographie » dans notre travail.

#### I- Une pratique de soins primaires :



#### A) Un outil précieux de la consultation :

- Un outil facilitateur face à la complexité et l'incertitude :

Les médecins interrogés ressentent clairement l'échographie comme un outil précieux, complémentaire des éléments classiques de consultation (interrogatoire, examen clinique) pour « se sortir de situations embêtantes » ou « borderlines » (M14). Ils utilisent l'échographie comme

supplément d'information devant « *des signes pas évidents* » (M9), ou peu spécifiques « *elle a toujours les jambes un petit peu enflées* » (M14), qui s'intègrent dans la complexité des situations de médecine générale: « *on sait pas, avec une petite gêne du patient, on sait pas si c'est son insuffisance veineuse, plus d'un côté que de l'autre, on sait pas si c'est que le réseau est de moins bonne qualité, est ce que c'est sa prothèse de genou ou de hanche qu'il a eu y'a 6 mois qui fait qu'il y a une mauvais retour ? ou est ce qu'il est en train de thromboser justement parce qu'il a eu la prothèse de genou ou de hanche il y a 3 mois, et c'est venu un peu de manière latente... ?* » (M5).

Ici l'outil échographique trouve sa place dans la lutte de la complexité et l'incertitude en consultation. Il s'agit d'un déterminant très positif, qui pousse clairement les médecins à faire des échographies.

- La pertinence de la triade : clinique, médecine générale et échographie :

Pour M10, l'échographie est un élément à part entière de la consultation : « *c'est notre « nouveau stéthoscope » c'est-à-dire c'est le... ça devient un nouvel outil de routine de la consultation. C'est comme le marteau réflexe, comme l'otoscope...* ». Sa place au quotidien, n'est même plus une question : « *est-ce que je me pose la question de regarder les tympan d'un nourrisson ?* »

Certains vont même jusqu'à dire que c'est un des « *piliers du soin primaire* » (M15) : ce caractère « routinier » dévoile la propension de nos collègues à pratiquer l'échographie et à la trouver « *irremplaçable comme un thermomètre* » (M15) ou un « *otoscope* » (M10), et donc précieuse.

Dans l'indication de la thrombose veineuse, les avis ne sont pas si unanimes : Si pour certains l'échographie semble incontournable : « *si moi j'ai l'appareil d'écho et que j'ai une suspicion de thrombose, et que la clinique ne me permet pas de l'éliminer. Euh non je refuse jamais de faire une échographie. Ça paraîtrait idiot* » (M9), pour d'autres, cet usage est moins évident : « *pour moi ça c'est pas pour le généraliste, enfin moi j'trouve, que si, à moins d'avoir fait une formation d'angiologie du généraliste, ou de bien, au moins d'avoir fait un stage approfondi, comme ça, en général c'est « casse gueule » ça pour moi* » (M4).

Nous comprenons ici que l'indication et la pertinence de l'examen ne sont pas en cause, mais que la pratique de l'échographie, est liée au sentiment de légitimité de chaque praticien.

Néanmoins, dans cette indication, un ressenti très positif s'exprime : « *c'est une pathologie encore une fois où je trouve qu'il y a vraiment un intérêt de le faire...* » (M7), « *un super outil, qui peut rendre d'énormes services* » (M6). Les médecins interrogés soulignent les avantages du médecin généraliste pour la réalisation de cet examen :

En premier lieu, la dualité « clinique et échographie » synergique en consultation est évoquée : « *quand il est fait dans la continuité de l'examen clinique, voilà je trouve que ça parfait le couple « médecine générale et échoGRAPHIE ou échoSCOPIE* » (M7), « *l'échographie aiguise la clinique. Elle renforce notre curiosité clinique* » (M15), « *on complète très subtilement et très efficacement l'examen*

*clinique* » (M13), « *ça va permettre de sensibiliser encore plus cet examen et de faire diminuer les faux négatifs ou les faux positifs* » (M7).

Un autre atout du généraliste serait la continuité réflexive « *de savoir le, les gestes qu'il y a à faire derrière, ça aide beaucoup* » (M3), « *l'avantage qu'on a nous par rapport au radiologue c'est qu'on a examiné le patient, qu'on l'a interrogé avant, et, on sait déjà un petit peu qu'est-ce qu'on va voir* » (M11), « *Donc c'est l'intérêt que ça soit intégré dans la consultation* » (M11).

Nous avons déduit de ces unités de sens, l'émergence d'une triade : médecine générale, clinique et examen échographique, dont les éléments forment un « tout » au sein d'une même consultation. Cette unité semble permettre d'orchestrer les données séméiologiques et échographiques pour une démarche diagnostique et thérapeutique immédiate et congrue.

Pour représenter ce vécu, nous avons décidé d'intituler cette catégorie : « Un outil précieux de la consultation ».

#### B) En urgence, un outil immédiatement disponible :

La suspicion de thrombose veineuse, cœur de notre sujet, est clairement vécue comme une urgence : « *Pour moi la thrombose poplitée, c'est une urgence médicale, dans le sens où il faut anti coaguler tout de suite ou pas* » (M11), comparable même à une douleur thoracique : « *c'est comme pour l'ECG... ah vous avez une douleur thoracique ? bon ben on fera l'ECG demain ! (rires) non, non mais là-dessus, ça peut être une urgence la thrombose, donc on va pas non plus... non, non* » (M11).

L'urgence ressentie de cette situation est liée aux possibles complications : « *derrière y'a quand même le risque d'embolie pulmonaire* » (M9), « *l'échographie elle m'a permis de vérifier, qu'il n'y ait pas de complication à cette thrombose superficielle, qu'il n'y ait pas eu une extension au réseau profond* » (M11).

Préciser le degré d'urgence est un autre déterminant qui amène les médecins à pratiquer une échographie rapidement : « *L'écho c'est vraiment ça pour moi : mettre en évidence une urgence quelle qu'elle soit abdo, chir...* » (M12).

De même que pour le ressenti d'un outil du quotidien, l'échographie trouve ici une place de choix dans une mission majeure du médecin généraliste : « *être capable de répondre à une problématique urgente, ça me semble plus qu'utile quoi* » (M5). La disponibilité immédiate de l'examen est spécifiquement appréciée dans ce contexte : « *on a vraiment besoin de savoir à court terme pour prendre une décision médicale* » (M5), « *c'est vrai que c'est super pratique d'avoir l'info tout de suite* » (M8). Un des déterminants de la réalisation de l'examen est donc l'immédiateté de sa réponse.

Mais la réponse binaire : « *est ce que c'est bouché, est ce que c'est pas bouché... ?* » (M5) n'est pas la seule motivation : « *si j'ai les signes cliniques, d'une thrombose du mollet, que cliniquement c'est ça, et*

*que j'ai pas de thrombose au niveau poplité, ça me laisse le temps d'attendre que l'angiologue le voie* » (M11), « *si on n'a pas le thrombus ça nous laisse 72 heures pour faire quelque chose* » (M12).

L'outil est donc aussi vécu comme un argument de précision de la prise en charge, sur l'évaluation du caractère impérieux, de la mise en route du traitement et de la possibilité de « *différer un examen plus complet* » (M10).

Nous avons donc ici un déterminant double pour réaliser l'examen : diagnostiquer l'urgence (vécu comme un rôle majeur du médecin généraliste) et argumenter immédiatement la prise en charge.

En médecine générale, les arguments paracliniques doivent souvent être différés, et la décision du médecin doit prendre en compte un certain degré d'incertitude. L'urgence parfois, est incompatible avec ce délai et oblige le médecin à « *passer la main* » (trop ?) rapidement : « *On va pas envoyer un patient aux urgences pour suspicion de thrombose veineuse profonde quoi. Ça me semble pas, raisonnable* » (M5). On ressent ici clairement l'échographie comme un moyen immédiat de mobiliser des ressources internes, afin d'identifier avec pertinence les situations qui bénéficieraient ou non d'interventions extérieures adéquates.

L'immédiateté de l'argumentation est le point essentiel qui émerge. « *En urgence, un outil immédiatement disponible* », nous a donc semblé être une catégorie représentative de ce vécu.

### C) Une pratique efficace pour un diagnostic précis :

- Personnaliser la technique :

En tant qu'outil de routine, mais plus précisément dans l'indication que nous avons choisie, les médecins évoquent des pratiques variables. Ils rapportent différentes « *techniques* » et « *protocoles* » afin de « *répondre à des questions très précises* » (M7), autour d'une interrogation centrale : « *ici et maintenant en soins primaires, qu'est-ce que je fais du patient ? quelle est la meilleure réponse à lui apporter, la plus précise ?* » (M15).

Une première méthode « *le doppler veineux « facile »* » pour M3, de « *dépistage rapide* » pour M9, est largement évoqué où, « *pour les thromboses veineuses, je fais le protocole de compression des veines* » (M14). Il répond ici à trois questions précises :

- Le degré d'urgence : « *Ça écrabouille la veine, ça veut dire que y'a pas de caillot, vous avez 5 jours de délais avant de vous inquiéter* » (M10), mais aussi
- L'estimation de la gravité : « *déjà que la suspicion de phlébite soit pas emboligène c'est... ça apporte déjà beaucoup de renseignement quoi* » (M7),
- Le choix thérapeutique « *Pour moi ça limite l'indication d'anticoagulants en urgence* » (M11).

Pour autant, il ne permet pas de « *faire le diagnostic positif à tout prix d'une phlébite, qui parfois est compliqué, surtout en échoscopie* » (M7), « *là ça veut juste dire qu'il n'y a pas de thrombose poplitée maintenant, mais ça veut pas dire qu'il n'y ait pas de thrombose surale* » (M11).

Cette technique ne permet pas d'éliminer des diagnostics différentiels : « *est-ce que j'ai bien à faire à une thrombose ?* », « *une douleur du mollet ça peut aussi être un kyste poplité, une déchirure musculaire enfin plein de choses...* », « *ou une tendinite* » (M11).

L'échographie vient alors compléter la recherche d'un diagnostic plus juste : « *c'est ça que ça me permet* » (M11).

De ce fait, « *on va pas forcément rester coincé sur l'échographie en 4 points* » (M11), et « *j'avais faire un p'tit peu le point des lésions euh quand je la vois avec l'écho* » (M1), « *on se fie aussi sur la clinique, on regarde les endroits qui font mal* » (M9). L'échographie de la zone douloureuse, semble offrir une possibilité de réponse large face aux interrogations du praticien : « *Donc c'est là que en faisant l'échographie, on peut aussi faire le diagnostic différentiel, en direct* » (M11).

L'intérêt d'associer les techniques « *en direct* » en fonction de la clinique est donc largement souligné comme un déterminant de pratiques diverses et personnalisées. L'échographie n'est donc pas vécue comme un examen monolithique. Le choix de la technique échographique participe pleinement à l'argumentaire de la démarche réflexive du médecin.

- « *...affiner au maximum le diagnostic* » (M9) « *à la sortie du cabinet* » (M11)

Afin de se « *rapprocher le plus du diagnostic* » (M12), l'association synergique d'une pratique échographique et de la clinique apparaît comme un moyen de répondre à un besoin de précision, vécu comme une nécessité d'étayer un ressenti subjectif : « *pour confirmer ce que je sentais* » (M5), « *ce qu'on suspecte...* » (M5).

Le sentiment d'une plus grande confiance dans le diagnostic proposé, grâce à la précision, et la rapidité sont des éléments du ressenti d'efficacité de la réponse apportée au médecin à la fin de sa consultation : « *c'est clairement un chiffre qui est peut-être faux, mais c'est, c'est-à-dire que le diagnostic à la sortie du cabinet sans échographie, c'est peut-être 5 à 10 %, et avec l'échographie tu ramènes peut-être à 30 à 40% de diagnostic à la sortie du bureau* » (M11).

Les médecins ont exprimé ici comme déterminants positifs de leur pratique, le besoin de précision diagnostique, et leur capacité d'y parvenir par l'association de techniques échographiques et de la clinique. Ils en tirent une valorisation et un sentiment d'autonomie qui leur apportent une satisfaction très stimulante semble-t-il pour leur pratique : « *avant que je fasse ça, les suspicions de phlébite, les patients arrivaient au cabinet en disant « j'ai mal à la jambe », ils ressortaient de mon cabinet je leur*

*disais « vous avez mal à la jambe, il faut voir si c'est pas une phlébite » quoi enfin... j'en tombais de mes propres bras » (M13).*

L'échographie, oppose des arguments multiples et objectifs à une incertitude omniprésente. « La recherche d'une pratique efficace dans la démarche diagnostique » nous a paru être un déterminant fort de la pratique de l'échographie par le médecin généraliste.

D) Le médecin généraliste « *parfaitement dans son rôle* » (M13) :

Le recours au service d'urgences dans cette indication paraît injustifié du fait d'un avantage inexistant : « *elle aura la même chose, avec un traitement anticoagulant... (rires)* » (M12). La pratique de l'échographie est donc vécue comme une compétence diagnostique et thérapeutique équivalente à celle proposée par les services d'urgences. Ne pas « *envoyer aux urgences pour un oui ou pour un non* » (M14) est ici un déterminant qui interpelle le rôle sociétal, de gestion du système de soins, du médecin généraliste.

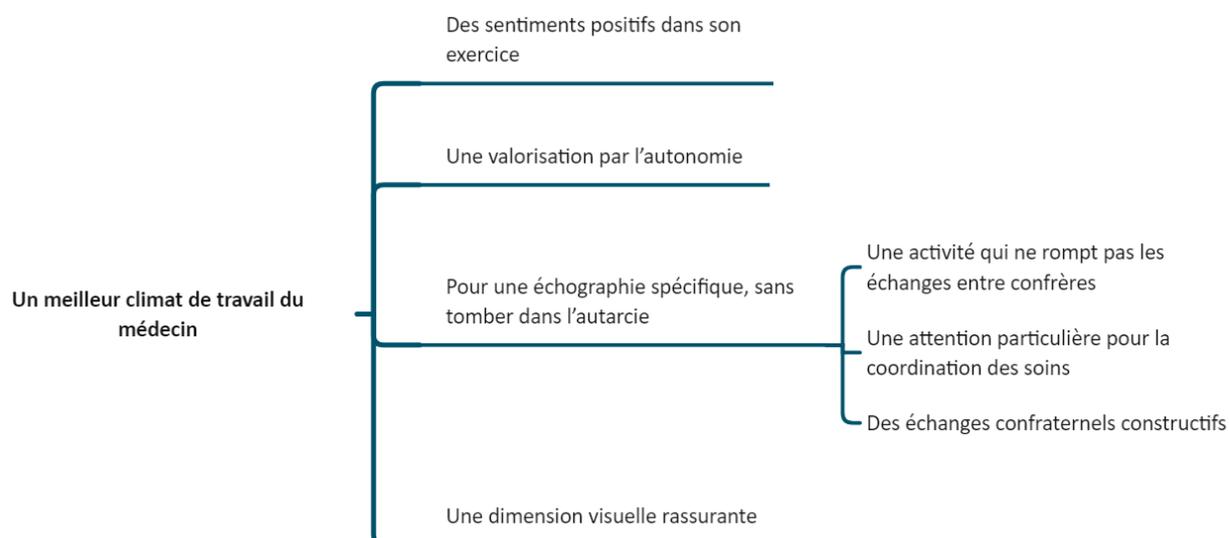
Les médecins généralistes expriment ici des déterminants qui font appel à plusieurs domaines fondamentaux de la spécialité :

- Participer à l'efficacité du système de soin : « *J'ai pas besoin de l'envoyer aux urgences machin... tout est réglé* » (M12),
- La porte d'entrée dans le système de soins et l'évaluation argumentée des délais de prise en charge : « *J'vais déléguer, mais c'est pas le patient qui va appeler, c'est moi qui appelle, pendant la consultation, avec le patient, pour que je m'assure euh, du délai de prise en charge* » (M5).
- L'expression d'une compétence essentielle de la médecine générale : « *parce que voilà dépister les phlébites c'est vraiment notre rôle quoi* » (M13), « *c'est NOTRE domaine d'activité, c'est notre... ça relève de notre compétence, et on devrait tous savoir le faire* » (M13).
- Le suivi et la réévaluation du patient : « *reconvoquer la personne* » (M2) pour une « *réévaluation clinique et en même temps à l'écho* » (M9), « *à ce moment-là on peut voir un peu plus...* » (M2), « *être sûr qu'il n'y ait pas d'extension sur le réseau profond* » (M11).

Le sentiment prédominant ici est d'être parfaitement dans son cœur de métier. Nous avons donc choisi d'individualiser ici une catégorie « le médecin généraliste, « *parfaitement dans son rôle* » » (M13).

L'intervention devant un problème urgent, la gestion de l'incertitude, la pertinence de l'outil dans l'efficacité diagnostique en consultation et le rôle du médecin généraliste en ambulatoire face à une suspicion de thrombose veineuse nous ont permis de regrouper ces catégories sous le thème : « une pratique de soins primaires ».

## II- Un meilleur climat de travail du médecin généraliste :



## A) Des sentiments positifs dans son exercice :

S'agissant de leur pratique de l'échographie, M2 dit : « *c'est quand même euh, gratifiant* » et M7 : « *c'est très valorisant comme échographie* », enfin, pour M14 « *d'un point de vue professionnel pour le soignant c'est quand même très très satisfaisant* ». On note ici un vrai sentiment de valorisation professionnelle entraînant un sentiment d'élévation des compétences comme le souligne M11 : « *Ça apporte une certaine expertise supplémentaire. On n'est pas que, le petit médecin généraliste qui fait l'arrêt de travail quoi* ».

Sur un autre plan, M13 et M14 soulignent un plaisir dans la réalisation du travail : « *c'est enrichissant* » (M14), « *j'aime bien les images... c'est amusant* » (M13).

Le ressenti rapporté de la pratique de l'échographie est donc globalement très positif : nous avons décidé d'intituler cette catégorie : « Des sentiments positifs dans son exercice ».

## B) Une valorisation par l'autonomie :

Pour M5 : « *L'objectif ça serait à court terme de prendre la décision seul* », « *avoir plus d'autonomie diagnostique* » (M13). Cette quête d'autonomie impose d'intégrer l'échographie aux compétences du médecin généraliste : « *Sur le réseau veineux, c'est un secteur de l'échographie qu'on doit j'pense, pouvoir s'approprier, en tous cas pour une p'tite partie quoi* » (M5)

L'« autonomie » intègre ici plusieurs notions :

- L'indépendance : « *ça m'a permis de gérer moi-même cette thrombose superficielle, et de pas forcément appeler son angiologue qui était de tout façon fermé* » (M11), « *plutôt que de décrocher mon téléphone devant toute suspicion, euh, je fais d'abord mon examen échographique* » (M14), mais également

- L'approfondissement : « *on va aller jusqu'au bout des trucs* » (M10),
- Une valorisation médicale : « *Après c'est le côté, justement d'aller plus loin que d'être juste le simple prescripteur ou orientateur vers un spécialiste* » (M11).

Ainsi, l'échographie, vécue comme une réelle valeur ajoutée au médecin qui la pratique, doit s'intégrer plus largement, dans une démarche de valorisation de la spécialité : « *il faut surtout pas qu'on s'arrête à faire de l'échographie comme de la « bobologie » en médecine générale. Ça je ne supporte pas* » (M10).

C) Pour une échographie spécifique sans tomber dans l'autarcie :

- Une activité qui ne rompt pas les échanges entre confrères :

Malgré leur désir d'autonomie, les médecins sont conscients, qu'ils ont également besoin de l'expertise de leurs confrères pour compléter : « *l'idée c'était de savoir est-ce qu'elle avait eu un truc récent ou est-ce que c'était ancien* » (M1), ou faire le bilan approfondi de la pathologie : « *lui il fait tout ce qui est doppler en détails* » (M12), mais aussi par ce que des questionnements persistent et relèvent d'un avis spécialisé : « *après j pense que sur le suivi, de la thrombose, je l'adresserai quand même à mon collègue angiologue, pour faire un point, pour en fait la suite de la prise en charge* » (M5).

L'ambivalence qui semble opposer « autonomie » et « nécessaires échanges confraternels » exprime en fait la revendication d'une place spécifique de l'échographie du médecin généraliste. Aussi, « *être un bon échographiste, c'est connaître ses limites* » (M3), et la pratique de l'échographie par le médecin généraliste n'a pas pour dessein de suppléer les autres spécialités : « *on remplace pas le radiologue hein on n'est pas là pour jouer les radiologues, c'est pas du tout ça notre truc !* » (M12), « *Par contre ça n'enlève pas après en cas de vraiment de suspicion de thrombose surale, que le patient aille voir l'angiologue* » (M11).

- Une attention particulière pour la coordination des soins :

Parmi les médecins ayant une activité d'échographie exclusive, la coordination des soins apparaît importante : « *Souvent on met un petit mot pour le confrère qui adresse* » (M8) et soignée « *j'essaye de mettre dans les conclusions, ce que j'aimerais recevoir quand j'envoie un patient faire un examen de radio* » (M8), « *et je renvoie systématiquement au médecin traitant* » (M7), « *derrière ils savent que ben je vais gérer avec eux en fait* » (M3) « *on discute ensemble* » (M3).

On note aussi, un désir d'accessibilité et de réactivité : « *tous les médecins autour dans le cabinet, si y'a un souci ils peuvent m'appeler* » (M6), « *les dopplers pour suspicion de thrombose, j'essaye de les faire rapidement donc généralement c'est dans la journée* » (M7).

Ces revendications sont bien connues des médecins généralistes, médecins traitants, vis-à-vis de leurs collègues d'autres spécialités. Cette volonté de retour concernant leur examen, de détailler les comptes rendus, de la part de ces confrères ayant choisi une orientation spécifique, serait-elle issue de leur expérience de médecin généraliste ? Il semble s'agir en tous cas, pour eux, de valeurs positives qui peuvent représenter un déterminant de leur pratique.

- Des échanges confraternels constructifs :

Les médecins interrogés apprécient les échanges et les discussions autour de leur pratique de l'échographie. Il en résulte un enrichissement de leurs connaissances : « *le chirurgien vasculaire, avec qui je travaille, lui faut pas juste lui raconter que y'a une sténose machin, enfin lui il veut des trucs précis : il veut des diamètres, il veut des longueurs, il veut des largeurs, il veut savoir où ça amortit et machin et que... parce que lui il opère derrière. Et du coup ce qui est bien, c'est quand il opère, il me dit : ce qu'il a vu, et où j'ai eu raison et où j'ai pas eu raison* » (M3), « *on a un angiologue, dans le cabinet ; si j'ai un doute je vais le voir, si j'ai besoin d'une explication quelconque je vais le voir* » (M7). Certains relatent même un réel compagnonnage : « *il m'a dit qu'on referait tous les deux l'échographie le lendemain donc j'suis allé à son cabinet le lendemain. C'est moi qui ai fait, enfin il m'a guidé, on a refait l'échographie ensemble* » (M5), « *je lui ai demandé si elle pouvait me recevoir, et si ça l'embêtait pas de me former. Elle a été agréable, elle m'a dit que non, y'a pas de souci. Donc j'ai été plusieurs mois auprès d'elle* » (M10).

En définitive, ce qui pourrait paraître comme une activité concurrentielle avec d'autres spécialités semble au contraire resserrer les liens avec les correspondants pour les confrères interrogés, et permettre des relations interprofessionnelles propices à une qualité de travail : « *après ce que je fais c'est que... on travaille assez... en harmonie* » (M13). Ainsi, l'« autonomie » revendiquée semble indiquer le souhait d'une vraie place pour une pratique échographique spécifique au sein de la médecine générale et non le désir de remplacer le spécialiste.

Nous avons donc décidé de construire cette catégorie que nous avons nommée, en complément de la catégorie précédente sur l'autonomie : « une échographie spécifique, sans tomber dans l'autarcie ».

- D) Une dimension visuelle rassurante :

Quand M10 dit qu'il « *engage quand même sa responsabilité sur l'imagerie quoi, faut faire vraiment très attention* », nous retenons le sens général d'une crainte médicolégale qui pousse à la prudence, mais n'interdit pas l'exercice. Parce qu'« *on voit à l'intérieur* », M13 se dit comme d'autres, rassuré par l'apport visuel des images : « *bah, franchement oui j'pense que ça rassure pas mal* » (M3), « *c'était un peu rassurant, on a regardé* » (M13), « *c'est rapide et ça rassure tout le monde* » (M11).

Ainsi dans son exercice, le médecin bénéficie de cette réassurance : « *vous savez dépister une thrombose veineuse profonde, c'est vachement confortable* » (M3), « *je traitais des thromboses veineuses avant, de faire de l'écho, je les traite maintenant en faisant de l'écho, c'est plus confortable pour moi* » (M9), « *on fera la D-dimères le lundi, ça y'a pas de souci. Mais je le ferai avec plus de sérénité* » (M13).

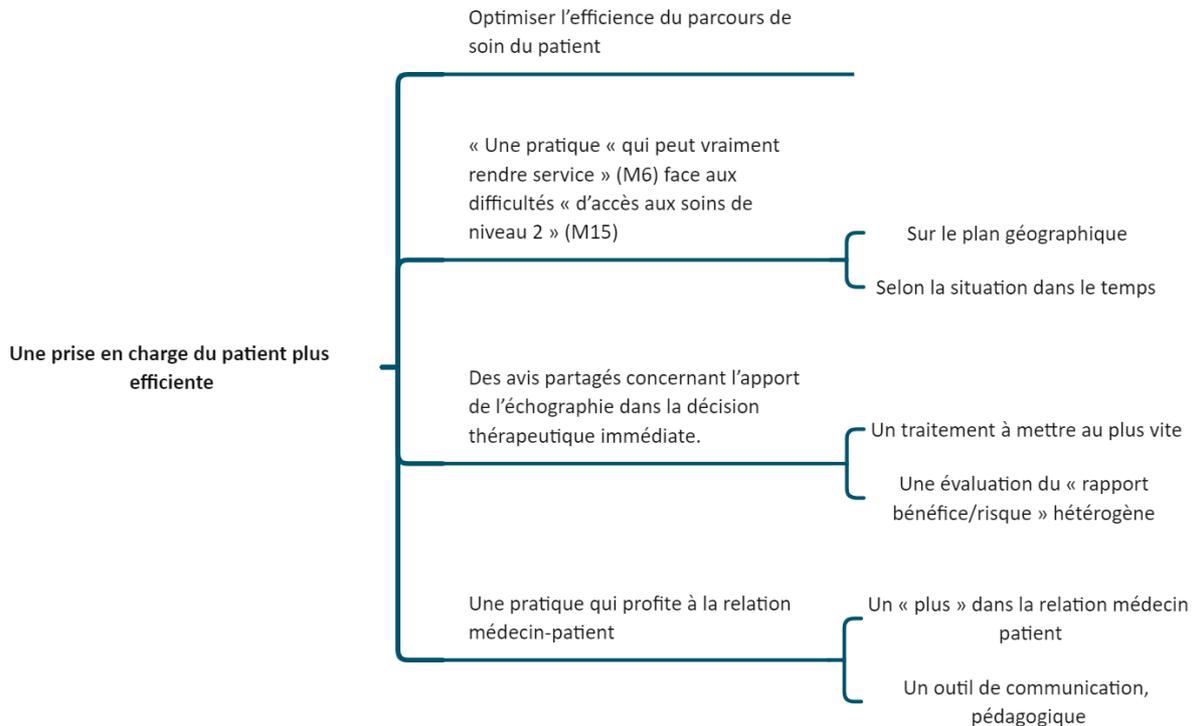
Ces images rassurent, y compris sur un plan médico-légal « *si je prends la décision de pas mettre d'anticoagulation sur un mollet douloureux, il faut quand même que je le documente* » (M11). Elles apparaissent comme une preuve visible, pérenne : « *j'enregistre des images* » (M13) et sont une sorte d'argument factuel moins labile qu'un examen clinique assujéti à la confiance que le médecin s'accorde : « *ça emporte pas la conviction à soi tout seul* » (M13).

La confiance et le sentiment de sérénité dans l'exercice du médecin permet un vécu plus agréable, et une certaine quiétude, dans son exercice professionnel mais également de la vie personnelle : « *Ça allège considérablement la charge mentale du week-end* » (M13).

Par ce biais, pour M15 : « *ça combat le burn-out, il paraît que ça a été prouvé dans une thèse... elle combat l'épuisement parce qu'elle éveille la curiosité* ».

L'autonomie, le partage entre confrères et la confiance en sa pratique, sont des éléments favorables du vécu et de l'environnement de travail des médecins interrogés. Ils nous ont paru être des déterminants de la pratique de l'échographie dans cette indication. Nous avons donc regroupé ces déterminants sous le thème : « *Améliorer le climat de travail du médecin généraliste.* »

### III- Une prise en charge du patient plus efficiente :



#### A) Optimiser l'efficacité du parcours de soin du patient :

L'amélioration de l'efficacité de la prise en charge est évoquée à plusieurs niveaux :

D'une part au niveau du système de soins : certains insistent sur l'amélioration du fonctionnement du système : pour M11, c'est un « *élément supplémentaire, de gain de temps dans tout le circuit du patient* ». M1 souligne aussi l'avantage d'une consommation de soins argumentée : « *bien adresser les gens où il faut* » (M1), et raisonnée pour M12 : « *est-ce que finalement ça permet d'éviter des échodoppler à « donf » pour rien ? oui* ».

M10 évoque l'intérêt médico-économique : « *Ça coûte moins cher à la sécu, largement, pour deux raisons : d'abord parce que quand on fait ça dans le cadre d'une consultation à 25 euros, avec une échographie qui dans la grande majorité des cas qui est cotée 37,80 euros. Le différentiel de 25 à on va dire 40, il est de 15 euros* ».

D'autre part, au niveau du patient : pour M12 : « *Effectivement pour eux c'est mieux...* », pour M1 : « *vu qu'elle voulait pas du tout descendre aux urgences du coup bon ben, là c'était bien que j'aie l'écho* », pour M9 « *c'est pas très drôle de leur faire faire une heure et demie de route quoi* ». Les médecins expriment ici l'intérêt qu'ils portent au confort du patient.

Par ailleurs, M11, souligne le bénéfice d'« *immédiateté* » dans la prise en charge : « *le gain de temps général qu'on peut avoir sur le retard diagnostic, ou en cas de mauvais traitement sur la non-*

*réalisation rapide d'un examen. [...] Soit on est prêt à faire cet examen en plus pour la personne qui vient pour une douleur thoracique, on va poser les électrodes. Ça va prendre cinq minutes de plus on les pose. On va pas se dire ben non j'appelle le cardio en urgence, puis on se débarrasse du patient. Ça fait partie du travail... ».*

L'efficience semble donc être à plusieurs niveaux, un des déterminants de la pratique de l'échographie dans cette indication. Nous avons donc choisi de nommer cette catégorie : « Optimiser l'efficience du parcours de soin du patient ».

B) « Une pratique « *qui peut vraiment rendre service* » (M6) face aux difficultés « *d'accès aux soins de niveau 2* » (M15) :

- Sur le plan géographique :

Si M3, qui a une pratique d'échographie exclusive et travaille en milieu urbain dit : « *la plupart du temps vous avez quand même toujours quelqu'un à « dispo » pour vous faire un écho doppler sous 48 heures* », pour M9, qui travaille seul en milieu rural, l'avis diffère diamétralement : « *Etant isolé, j'ai cette problématique de ne pas avoir accès facilement au plateau technique, et pour moi ça fait une partie du plateau technique délocalisé* » (M9).

L'isolement géographique ressort donc clairement comme un déterminant positif de la pratique de l'échographie.

Notons ici avec M15 : « *il faudra que je le fasse parce que les phlébologues vont s'arrêter autour de moi* », que le sentiment de devoir se préparer à la désertification médicale, différent de celui de manquer actuellement de recours de niveau 2 à proximité, peut, lui aussi être un déterminant pour réaliser des échographies.

- Selon la situation dans le temps :

Selon l'heure de la consultation, la difficulté de l'accès au niveau 2 apparaît comme un élément incitant les médecins à réaliser cet examen : « *on devait être milieu ou fin d'après-midi pareil, et que ben là le timing faisait que, ben j'étais sûr de pas avoir un correspondant* » (M5), « *quand ça arrive le week-end, qu'on a une suspicion et qu'on peut l'éliminer c'est bien quand même, c'est bien* » (M9).

Les médecins décrivent donc l'échographie comme « Une pratique « *qui peut vraiment rendre service* » (M6) face aux difficultés « *d'accès aux soins de niveau 2* » (M15) », titre que nous avons jugé représentatif de cette catégorie.

C) Des avis partagés concernant l'apport de l'échographie dans la décision thérapeutique immédiate :

- Un traitement à mettre au plus vite :

L'avis de M11 (ci-dessus) sur le retard au diagnostic, introduit la notion que le traitement semble ne pas pouvoir être différé, et l'aspect indissociable du diagnostic, précisé par M6 : « *dans le doppler y'a le côté diagnostic et le côté thérapeutique qui est important* ». La nécessité de la mise en place d'un traitement rapide est un ressenti unanime, quel que soit le mode d'exercice : « *vraiment prescrire je ne supporte pas... donc euh, pour les phlébites, je suis obligée* » (M3), « *pas perdre de temps à mettre en place un traitement* » (M7), « *je suis vachement content d'avoir pu la voir et d'avoir pu traiter ma patiente, tout de suite quoi* » (M10).

- Une évaluation du « rapport bénéfice/risque » hétérogène :

A propos des anticoagulants, M7 parle d'un « *traitement qui peut quand même avoir quelques effets secondaires* », et M11 octroie à l'échographie la possibilité d' « *éviter le risque de prise d'anticoagulant pour le patient* ». Pour M11 la pratique de l'échographie permet de « *mettre l'anticoagulant ; sans crainte, avec un rapport bénéfice-risque qui est en faveur de l'anticoagulation* », « *Ça me donne un argument d'attente, avant d'anti coaguler la personne avec le risque qu'il peut y avoir* » : l'échographie est donc utilisée comme un réel outil d'évaluation du « rapport bénéfice-risque » dans sa décision thérapeutique.

Cependant cette notion de « risque » est vécue différemment selon les médecins concernant la prescription d'emblée, d'un traitement : pour M2 « *des anti-coagulants c'est, c'est pas dangereux en soi ...* » c'est une manière d'« *assurer le coup* », pour M3 « *c'est pas catastrophique non plus* ».

Le vécu exprimé ici est bien de sécuriser la prise en charge, devant un « risque » lié soit au traitement lui-même, soit au potentiel de gravité de la pathologie : « *c'est mieux qu'une embolie pulmonaire (rires) !* » (M5). Nous notons que les médecins basent l'évaluation de ce risque, sur leur savoir, leur expérience, voire leurs croyances : M10, parle de la subjectivité du « *pif* » clinique avec l'expérience de 30 ans » et M1 dit : « *si je crois en la thrombose je vais la traiter* ». Ces arguments leurs semblent alors suffisant pour la décision thérapeutique et leurs permettent de s'exonérer d'un argument objectif supplémentaire, dans l'immédiat.

En résumé, si pour certains l'échographie procure un réel élément objectif d'évaluation, pour d'autres, cette pratique n'apparaît pas déterminante dans la décision thérapeutique.

Nous avons donc choisi d'intituler cette catégorie « des avis partagés concernant l'apport de l'échographie dans la décision thérapeutique immédiate ».

D) Une pratique qui profite à la relation médecin-patient :

- Un « plus » dans relation médecin patient :

Pour M15 « *dans le rapport patient – médecin, on s’arrange pour que les patients soient contents oui. Qu’ils aient le sentiment d’avoir été pris en charge. Ça c’est de la communication de base* ». Cette communication autour de l’échographie passe aussi par un moment particulier de la consultation « *ça force à se poser auprès du patient* » (M15). Cette pratique se fonde parfaitement dans le colloque singulier « *ça parle beaucoup... y’en a une à qui je fais des dopplers régulièrement là, elle me dit (baisse la voix) « ah j’ai jamais autant parlé qu’avec vous... » (rires) »* (M3).

De plus, d’après les médecins, les patients auraient un sentiment de qualité : « *ils ont l’impression que j’les prends encore plus en charge* » (M5), d’efficacité de la consultation « *aussi parce qu’ils savent que si y’a un pépin, ils auront une réponse quoi* » (M10), de réassurance « *Y’a un aspect rassurant qui est énorme, ils sortent du cabinet ils sont rassurés* » (M10) ; sentiments dans lesquels on retrouve à nouveau la notion d’immédiateté relative, déjà analysée pour le médecin, mais appliquée au patient ici : « *ils sortent d’ici en sachant ce qu’il se passe* » (M3), « *ils sont également satisfait d’une prise en charge rapide quand ça se passe comme ça au cours d’une même journée* » (M7).

Ainsi, le patient porterait plus d’intérêt à la prise en charge du médecin du fait de sa pratique échographique : « *c’est surtout intéressant dans le, contact avec le patient. C’est... ça permet de montrer qu’on s’est penché sur son cas ; voilà j’ai regardé votre poplitée. Voilà surtout ça* » (M15).

Dans la relation médecin patient, M5 rapporte que la confiance n’est pas rompue s’il n’est « *pas capable de répondre et que j’adresse à un confrère, c’est toujours très, très bien vécu...* ».

- Un outil de communication, pédagogique :

Outre un outil d’aide à la réflexion diagnostique et thérapeutique, l’échographie prend aussi une place dans la communication : « *j’parle beaucoup quand je fais de l’échographie* » (M7), et même plus spécifiquement « *d’un point de vu pédagogique* » (M11) : « *je leur montre l’image, je leur explique qu’une veine c’est compressible* » (M7). Ainsi cette pratique permet au patient « *de comprendre aussi pourquoi il a mal. Il a mal en effet parce que le réseau veineux superficiel est thrombosé* » (M11). Pour compléter la notion de réassurance discutée plus haut, M11 ajoute : « *C’est pédagogique aussi de faire une échographie, même si elle est normale* ». Pour M15 « *il faut donc que le patient puisse voir. [...] il faut avoir un écran sur lequel le patient puisse voir* ».

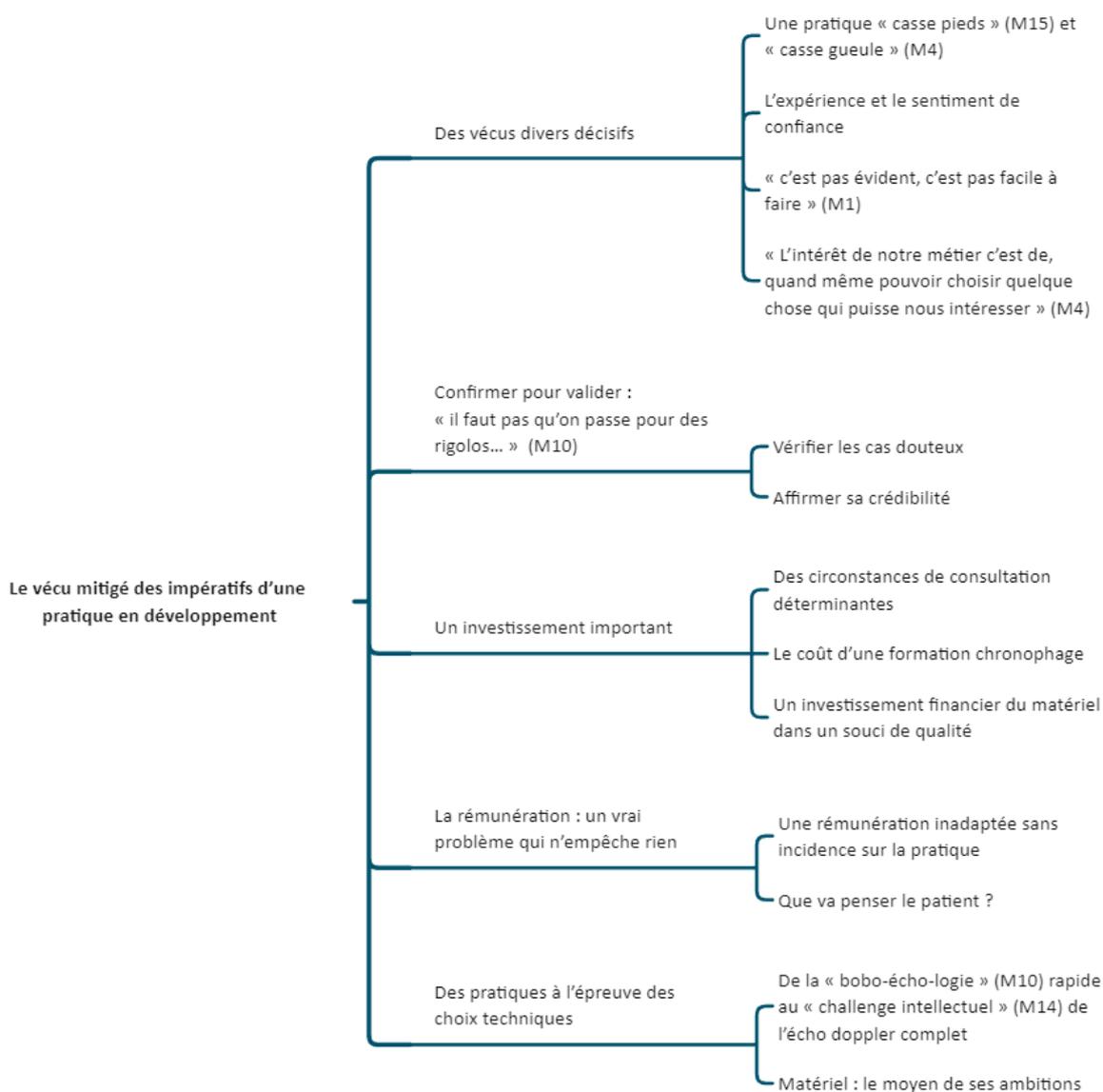
Comme le souligne M15, « *la communication c’est important* » et permet donc à travers cette pratique d’impliquer le malade et ainsi d’améliorer la prise en charge : « *ils ont l’impression de participer, et on obtient plus l’adhésion du patient sur éventuellement un traitement à mettre en place* » (M7).

Donc la dimension visuelle qui permettait au médecin d'être rassuré, s'avère être dans la relation médecin malade un réel atout qui « *permet d'avoir de suite un impact sur certaines choses. L'image a du pouvoir* » (M11).

Ainsi, la pratique de l'échographie dans notre indication est vécue comme un réel atout lors des échanges entre les patients et leur médecin. Ces bénéfices apparaissent déterminants dans la pratique des médecins interrogés, et nous avons choisi de les regrouper dans cette catégorie : « Une pratique qui profite à la relation médecin-patient ».

Optimiser l'efficacité du parcours de soin du patient, pallier le manque d'accès aux soins, participer à l'évaluation du rapport bénéfice/risque de la décision thérapeutique, et enfin enrichir la relation médecin patient avec une dimension visuelle de l'examen, nous ont semblés être des déterminants positifs de la pratique de l'échographie, participant ainsi à « L'amélioration de l'efficacité de la prise en charge du patient », titre que nous avons trouvé représentatif du 3<sup>ème</sup> thème de cette analyse.

## IV- Le vécu mitigé des impératifs d'une pratique en développement :



## A) Des vécus divers décisifs :

- Une pratique « casse pieds » (M15) et « casse gueule » (M4) :

L'enthousiasme évoqué plus haut par certains, est plus réservé pour M15 : « *les thromboses c'est complexe, c'est casse-pied* » ou encore M4 pour qui « *c'est casse-gueule* ». Ces sentiments, sont une manière d'exprimer une confiance variable en son examen : « *il diminue très peu ma marge d'incertitude, en tous cas pour l'instant* » (M15), « *j'ai aucune expérience en la matière, et que du coup aucune expertise et que du coup aucune confiance en ce que serait mon diagnostic* » (M8), mais également un sentiment d'inaptitude inconfortable et pénible dans l'exercice du médecin : « *les veines, moi je fais pas bien, donc vraiment je trouve ça très ingrat* » (M15).

- L'expérience et le sentiment de confiance :

La confiance semble liée également au vécu de chaque médecin : M4 dit : « *Parce que de mon expérience, c'est là où j'ai vu le plus d'erreurs* », alors que pour M5 « *c'est comme tout en médecine générale, y'a toujours des situations qu'on n'a pas rencontrées, on apprend de ces nouvelles situations et puis la fois d'après on sera plus performant quand on la re-rencontrera* ». Ainsi, pour certains l'expérience est source de réticence, d'autres façonnent leur confiance par l'acquisition progressive de compétences.

Notons que si « l'expérience » décrite intègre la confrontation à la nouveauté (Cf. Ci-dessus), M13 qui dit : « *mon expérience... j'en fais peut-être pas assez non plus hein* » souligne l'importance de la répétition du geste pour se faire confiance. De même pour M5 : « *je sais pas à quel moment je me ferai suffisamment confiance pour pas demander quand même confirmation au collègue angiologue* » qui introduit la notion supplémentaire de seuil à partir duquel on peut se faire confiance.

- « *c'est pas évident, c'est pas facile à faire* » (M1) :

Une difficulté de réalisation est globalement rapportée : « *c'est pas évident, c'est pas facile à faire* » (M1), « *j pense ça fait partie des échographies qui sont les, les plus dures à faire quoi, avec le sein* » (M4), ou encore « *une de celles que j'ai le plus de mal à faire* » (M13). Certains en précisent les raisons :

- Celles liées au patient : M2 dit : « *il y a patients faciles et des patients très difficiles* », « *les patients obèses ben c'est très difficile* ». M3 précise « *C'est comme si, vous avez un regard qui est plus à distance* ».
- Celles liées aux conditions de déroulement de l'examen en médecine de premier recours : « *bon en plus, si vous voulez faire correctement, faut mettre votre patient à plat ventre, souvent vous voyez des personnes âgées au domicile, qui sont dans un fauteuil, donc vous mettez votre sonde dans le creux poplité, souvent un peu fléchit... franchement j'trouve que... (pause)* » (M15).

Il s'agit ici d'un frein à la réalisation de l'examen : « *franchement moi j'ai pas franchi le pas* » (M15).

- « *L'intérêt de notre métier c'est de, quand même pouvoir choisir quelque chose qui puisse nous intéresser* » (M4) :

Certains déterminants relèvent plus d'éléments personnels que purement techniques ou liés à l'exercice quotidien :

- L'intérêt, le plaisir : « *au fur et à mesure que j'suis devenu vieux, je prenais plus de plaisir à, à, comment dire à faire de la clinique qu'à faire de l'échographie. Alors du coup j'ai, j'ai un peu délaissé* » (M4), de même pour M8, à propos de l'échographie pour les thromboses : « *moi ce qui m'intéressait c'était la gynéco et l'écho pelvienne, donc je me suis pas trop lancée dedans* ».

- Les opportunités du parcours professionnel : « *associée pendant plusieurs années avec deux angiologues, donc c'était leur boulot quoi. Et... donc chacun avait son secteur* » (M6), ou encore pour M8 : « *mes autres collègues, tous savaient le faire. Donc je faisais faire par les autres* ».

Ainsi, le vécu, l'expérience et les sentiments émanant de l'exercice, en particulier vis-à-vis des contraintes, difficultés et d'une certaine pénibilité, sont très personnels et divers. Nous avons pu noter l'importance du ressenti, dans les choix des pratiques des médecins interrogés, d'où le titre « des vécus divers décisifs » pour nommer cette catégorie.

B) Confirmer pour valider : « *...il faut pas qu'on passe pour des rigolos...* » (M10) :

- Vérifier les cas douteux :

Les médecins décrivent l'échographie comme un outil « immédiat » pour préciser leur diagnostic. Pour autant, en cas de résultat douteux, des incertitudes persistent auxquelles ils doivent remédier. Ils avancent des solutions : M13 dit : « *si c'est compressible et que la suspicion persiste et bah... D-dimères* ». Il évoque une confrontation à un examen validé dans le diagnostic de thrombose veineuse et indépendant de son échographie. Pour M2 : « *faut avoir l'humilité de dire bon ben là je sais pas trop j'attends. Euh... leur demander les D-dimères, bon essayer de, de en fait reconvoquer la personne au bout de, de quelques jours pour voir par exemple si y'a une extension, et à ce moment-là on peut voir un peu plus...* ». Notre confrère exprime lui aussi en cas de doute, le besoin, d'une confrontation aux D-Dimères. Il apporte donc la notion que même si l'échographie ne répond pas totalement à sa question (thrombose ou pas ? « *je sais pas trop* »), elle le rassure suffisamment pour lui permettre de dire : « *j'attends* » et de « *reconvoquer* » le patient.

Nous entendons ici que l'examen, même s'il doit être « confirmé », répond d'une certaine façon à la nécessité d'immédiateté de réponse, même partielle. Il nous dit ici, que même si un résultat douteux est ennuyeux, ce n'est pas pour autant un déterminant qui l'empêche de pratiquer une échographie dans cette indication.

Il nous semble donc que nos interlocuteurs cherchent plus un moyen de valider secondairement un examen qui leur rend un service, même incomplet parfois, mais immédiat, plutôt que de le récuser pour cause de défaut d'efficacité.

Par contre, les médecins interrogés n'expriment aucun doute sur la possibilité de résultat faussement positif : « *si l'examen a confirmé la phlébite, j'ai pas fait les D-dimères* » (M13), « *non, non si je tombe sur un thrombus euh, j'demande pas* » (M2).

Selon la même démarche, le recours à un avis spécialisé est un autre moyen de vérifier ses données échographiques : « *quand je suis pas à l'aise et que j'ai quelque chose où... ou une incertitude, bah j'adresse au cardiologue si c'est une histoire vasculaire, ou un radiologue.* » (M2), « *depuis qu'on a un*

*angiologue, dans le cabinet ; si j'ai un doute je vais le voir, si j'ai besoin d'une explication quelconque je vais le voir » (M7).*

Le besoin de confiance en soi, en son examen, exprimée plus haut comme un déterminant de légitimité ressentie (sous-catégorie « l'expérience et le sentiment de confiance »), et donc de la pratique de l'échographie, s'exprime ici aussi, mais dans un autre paradigme : la nécessité d'une validation par un examen ou un spécialiste ressenti comme référent. La validation a valeur de vérification ici. Elle est source de confirmation dans la pratique d'une échographie déjà effectuée, plus que de légitimité pour décider de pratiquer ou non l'examen. Il s'agit bien là de confirmer, par une autre source, sa pratique, et non de chercher une légitimité, une réassurance, dans la validation de ce que l'on a fait.

- Affirmer sa crédibilité :

M11 exprime très globalement : « *non, non la formation en échographie il faut l'avoir* ». M10 précise et dit qu'il faut « *prouver qu'on était en capacité de le faire* ». Cela nécessite « *d'attraper un diplôme, de passer un examen [...] c'est une façon de me respecter moi-même, mes patients et aussi mes confrères. De pas passer pour une « bille* » ». Cette reconnaissance universitaire permet de justifier une pratique émergente et dont la crédibilité doit être affirmée : « *il faut se former c'est très très très important ! il faut pas qu'on passe pour des rigolos par rapport aux spécialistes* » (M10).

Précisant leur réflexion, les médecins expriment des critères qu'ils jugent de qualité pour une formation adaptée : pour M10 : « *pour le vasculaire en tous cas, on ne peut pas, échapper à suivre un confrère angiologue* », de même pour M3 « *Vous faites un doppler de meilleure qualité quand vous avez été formé par un vrai angiologue* ». Pour M4, ce type de formation est incontournable afin de ne pas prendre le risque de nuire : « *à moins d'avoir fait une formation d'angiologie du généraliste, ou de bien, au moins d'avoir fait un stage approfondi, comme ça, en général c'est « casse gueule » ça pour moi* ».

Pour M12 « *éviter les écueils* » nécessite « *de la formation répétée. Et répétée dans euh... comment dire. Ben pas par les mêmes formateurs, en plusieurs lieux, dans les congrès, dans ma formation en Belgique, dans ma formation en France. [...] puis y'a tous les papiers que j'ai lu quoi* ». De même M10 parle d'une formation « *par divers canaux, donc la formation auprès des confrères, la formation auprès de diplômés valorisant euh s'ils existent, la formation personnelle, avec les bouquins, avec les sites internet, et puis la pratique personnelle* ».

Cependant, d'autres ne ressentent pas le besoin de s'imposer une formation équivalente aux spécialistes comme le souligne M11 : « *je pense pas que ça vaille le coup de perdre 2 – 3 ans à se former comme un radiologue, alors qu'on est avant tout médecin généraliste, et il faut d'abord que ce soit*

*quelqu'un qui nous forme pour voir les choses de médecine générale, à l'échographie, plutôt que d'être formé, comme une radiologue, et essayer après de le ramener à la médecine générale* ». Pour M5 les attentes de formation sont celles qui lui permettent d'être « à l'aise pour ce qu'on a besoin de faire nous en médecine générale, en urgence ». L'apprentissage de l'échographie spécifique du médecin généraliste leur semble donc suffisamment pertinent pour leur pratique.

Pour les médecins, l'indispensable crédibilité de leur pratique passe forcément par une « bonne » formation. Ce terme générique (« bonne ») répond à des critères variables exprimés selon les individus. Nous retiendrons : la reconnaissance universitaire, l'enseignement par un angiologue, des sources d'apprentissages diverses, et/ou un enseignement spécifiquement orienté vers les objectifs de médecine générale.

Mais la formation n'est pas suffisante.

Pour d'autres confrères, il est nécessaire d'asseoir la crédibilité de cette pratique sur des bases scientifiques reconnues par la communauté professionnelle : Pour M12 les preuves sont dans les publications scientifiques, la recherche : « *ça a été démontré par des articles [...] Parce que moi je suis quand même scientifique à la base. Voilà, chercheur. Et donc je prends pas non plus n'importe quoi, mais les bons articles oui. Où je vois qu'il y a eu des bons articles de fait, y'a eu des choses qui ont été mises en place, c'est statistiquement prouvé... et effectivement quand tu fais des échos, tu te rends compte que oui, ça fonctionne* ». M9 exprime une utilité des guides de bonnes pratiques pour parfaire son exercice : « *sur les recommandations et sur les conférences de consensus au niveau de l'évolutivité des thromboses veineuses du membre inférieur. J'ai précisé un peu mes connaissances ce qui fait que je suis à peu près tranquille dans les 24-48heures en fait on a peu de chance d'avoir derrière une embolie* ». Enfin M14 exprime l'importance des communications entre pairs et autres spécialistes : « *en congrès avec des urgentistes, des réanimateurs etc, qui tiennent à peu près les mêmes propos [...] un examen qui est très fiable, qui est très validé par des expériences, donc je peux vraiment me baser sur ce qui a été dit sans avoir de doute quoi* ».

Les médecins ont donc exprimé clairement leur besoin de crédibilité pour une technique émergente en médecine générale. Ils proposent des bases d'apprentissage et scientifiques pour affirmer le sérieux de leur pratique. Ces éléments sont exprimés comme une véritable valorisation, élément fondateur d'une crédibilité qui apparaît comme un impératif à atteindre.

Ainsi les déterminants mis en évidence dans cette catégorie sont des éléments de validation de leurs pratiques : examens paracliniques, avis spécialisés, mais aussi l'affirmation d'une crédibilité dans leur exercice. Nous avons donc nommé cette catégorie : « Confirmer pour valider : *« il faut pas qu'on passe pour des rigolos... »* (M10) ».

C) Un investissement important :

- Des circonstances de consultation déterminantes :

Si l'échographie est vécue comme un outil qui s'intègre en routine à la consultation, le temps dédié à la réalisation de l'examen n'en reste pas moins déterminant pour la pratique.

Le choix technique s'organise également en fonction des circonstances de consultation. Si celle-ci est programmée : *« jusque-là j'ai eu du bol, par ce que les gens ils me disaient : « j'ai mal au mollet, qu'est-ce que je peux faire, quand est-ce que je peux venir ? » alors je leur disais ben venez à telle heure on la fera à telle heure. Mais je me suis toujours arrangé pour ça »* (M10), et dans cette optique, se donner du temps c'est aussi pouvoir réaliser *« une bonne écho des deux membres inférieurs »* (M10) ; donc une technique et un moment choisis par le médecin, plutôt sur *« rendez-vous »* (M10 et M12).

A l'inverse, en situation de consultation non programmée : *« j'ferais une écho rapide. D'abord j'ferai une écho deux points, avec point inguinal, point poplité déjà pour voir si tout va bien. Déjà pour me dire bon ben voilà là j'ai au moins cinq jours de délai devant moi pour être tranquille »* (M10).

Le temps d'attente des patients peut également être un argument de choix de réalisation ou non de l'examen. Pour M5 : *« si ma salle d'attente n'est pas en train de déborder, j'aurais pris le temps je pense de, d'aller regarder par curiosité, puis d'appeler mon collègue angio, pour le faire »*, ou pour M13 *« quand je suis pas trop en retard »*, alors que pour M10 : *« des fois on aurait tendance à dire des fois oh la la, ça va me prendre du temps... ben non tant pis je le fais quand même ! ça me prend du temps, ça me stresse des fois par rapport au retard que je prends dans ma journée »*.

M11 dit (à propos de la méthode de compression en quatre points) : *« la gestion du temps quand on fait l'échographie, c'est pas à prendre en compte en fin de compte [...] Ça fait partie du travail... »*. De même M11 raconte une expérience : *« ça aurait pu être réglé très vite : bon ben c'est une thrombose veineuse superficielle, je vous mets sous anticoagulants, vous mettez les chaussettes de contention, un courrier chez l'angiologue et puis terminé. Je gérais plus le truc ! tandis que là ça a été faire installer le patient, de faire l'échographie, ça a pris le temps de faire cette échographie qui était en plus. C'est-à-dire que la consultation, qui aurait pu être réglée en 10 minutes, sans l'échographie, avec l'échographie, la prise en charge ça a pris une vingtaine de minutes »*.

Afin de gérer le temps d'examen, les médecins s'organisent différemment aussi concernant la délivrance des résultats : M13 par exemple « *enregistre des images* », ou pour M9 : « *Je fais pas nécessairement de compte rendu, j'en remets même très rarement au patient, sauf question particulière* ». M2 diffère : « *je fais jamais le compte-rendu de suite, donc euh, bien sûr je fais l'examen, je fais les images, euh... et ultérieurement... parce que je fais... parce que ça prend du temps, donc je regroupe tout en fait* ». Enfin, M10 a « *des comptes rendus préétablis [...] j'ai écrit plein de choses dedans puis j'enlève ce qui va pas. Ça me permet de gagner du temps ça si vous voulez* ».

La façon de travailler dépend donc de chacun : adapter sa technique d'écho au temps acceptable sur le moment, ou adapter son organisation au temps requis par l'examen. Dans tous les cas, nous retenons que la pratique de l'échographie impose un temps d'examen vécu comme une contrainte car devant s'intégrer à des journées déjà bien remplies.

- Le coût d'une formation chronophage :
  - Un investissement « temporel » :

Les médecins soulignent l'investissement temporel important nécessaire à cette pratique en termes de formation : M3 dit « *faut bien connaître l'anatomie, faut bien avoir l'habitude des images, et savoir ce que vous cherchez en fait* ». C'est parfois « *une problématique principale* » (M5) dans l'acquisition de compétences, impliquant un investissement en temps conséquent : « *c'est l'anat' hein, va falloir se replonger, encore, encore et encore un fois dans l'anatomie pour être performant* » (M5).

Outre la réactualisation de connaissances anciennes, l'apprentissage de l'échographie requiert de « *pratiquer ! (rires) pratiquer, pratiquer, pratiquer, pratiquer. « en manger » ! y'a pas d'autre moyen.* » (M6). Pour M11 cette pratique passe par un compagnonnage auprès d'un confrère angiologue : « *je vais continuer après à y aller tout au long de l'année, les samedis matin, parce que je pense qu'il faut voir beaucoup, il faut surtout que les confrères qui savent, puissent nous enseigner* ».

M6 résume un vécu unanime : « *ça demande une pratique, et un investissement en temps de formation qui est énorme* », parce que « *c'est une absence du cabinet pendant ce temps-là, un gros investissement* » (M5), « *c'est compliqué* » (M7).

Pour les médecins interrogés, cet investissement chronophage, ne serait « *pas un frein, mais en tout cas, ça nécessite d'avoir une motivation pour le faire* » (M5).

- Le coût financier d'une formation payante et non indemnisée :

La formation nécessite également un investissement économique : Pour M5 : « *le coût indirect, parce qu'on doit dégager du temps du cabinet pour aller se former* ». M6 rapporte également : « *après j'étais pas payée, bon c'était un peu des formations... bon aujourd'hui, la retraite arrive et je me dis que c'est*

*pas forcément très bien quoi, de me former comme ça quoi* ». Enfin le financement de la formation est rappelé par M5 : « *deux ans de DIU à 800 euros juste pour l'inscription chaque année, c'est un petit investissement sympa* ».

Les médecins soulignent donc le coût financier de la formation à la fois par l'absence d'indemnisation du temps de consultation perdu, et le coût direct de la formation, non pris en charge.

- Une motivation à l'épreuve de l'inscription :

L'idée d'un pré requis hors de portée est parfois déjà frénatrice, comme pour M15 : « *je connais pas bien l'anatomie des veines, j'ai pas pratiqué suffisamment, on m'a pas suffisamment montré* », voire de découragement « *j'me suis encore fait bouler cette année... [...] c'est un peu déprimant* » (M13).

Le souhait récurrent des médecins est la nécessité d'intégrer l'échographie dans le « *tronc commun de médecine générale* » (M13), voire même « *plutôt que de donner un stétho aux étudiants de deuxième année, il faut leur donner une tablette avec 2 sondes [...] pour qu'ils apprennent l'échographie avec ça !* » (M15).

- Un investissement financier du matériel dans un souci de qualité :

Pour M8 : « *Le médecin fait quand même l'effort de s'équiper ça lui coûte une blinde, il paye une RCP qui va coûter beaucoup plus cher* » et les médecins interrogés s'entendent sur l'idée que « *l'argument économique de l'échographie c'est vrai que c'est assez cher* » (M11), et « *le choix du matériel, c'est compliqué en médecine générale, ça dépend des moyens qu'on a* » (M1), « *un truc qui soit euh qui, qui nous mette pas dedans quoi* » (M1).

Cet investissement financier est parfois un « frein », pour M12 par exemple : « *si j'avais cette petite tablette comme M10 a, effectivement ça je la prendrais partout tout le temps ! mais ça coûte euh, vraiment très cher, vraiment très très cher pour ce que ça vaut. C'est hors de prix...* ». Pour M5, cette notion est moins évidente : « *Je ne connais pas les sondes idéales sur les thromboses veineuses profondes, enfin ce qui est nécessaire pour, donc pour le veineux, mais s'il y avait vraiment besoin, j'investirais pour. Le coût sera pas un frein pour moi* ».

Pour M5 « *On ne gagne pas de l'argent en médecine générale avec* » et il va plus loin en rapportant qu'il ne « *la rentabilise pas du tout (rires), mais par contre, les fois où je l'utilise elle me rend des grands services ouais* ». L'évocation de ces « services », introduit la complexité qui résulte de la contrainte de choix du matériel entre équilibre économique, et souci de qualité : « *parce que si on n'a pas du bon matériel, on peut pas faire de la bonne écho* » (M10), et M5 précise le caractère « *indispensable, j pense faut pas tomber dans le piège...* » (M5). En effet cette qualité conditionne un vécu plus ou moins assuré

dans la pratique et par ce biais la prise en charge du patient : « *si par contre au niveau de la qualité des examens, quand on a besoin d'images plus fines dans certaines pathologies, il faut un appareil avec une très bonne résolution, malheureusement mon appareil est un appareil reconditionné [...] Donc des fois ça m'arrive, c'est fréquent d'ailleurs que j'envoie à l'angiologue derrière, pour faire une échographie* » (M9).

Cet équilibre entre professionnalisme et contrainte économique apparaît cependant sous la forme d'un « *investissement obligatoire* » (M5) mais qui est qualifié de « *gérable* » (M12) ou « *acceptable* » (M5). M12 précise : « *Là ça coute 300 euros par mois, il faut en faire des écho* ». On peut ici se poser la question d'une certaine pression économique qui retentirait sur l'activité, face à cet investissement important ?

De nombreux déterminants des pratiques ont donc émergés, se rapportant à l'investissement du médecin sur plusieurs plans : professionnel, personnel et économique. Nous avons décidé de les regrouper dans la catégorie : « un investissement important ».

D) La rémunération : un vrai problème qui n'empêche rien :

- Une rémunération inadaptée sans incidence sur la pratique :

Les médecins interrogés sont tous en exercice libéral. Celui-ci implique la gestion viable de leur entreprise. Outre l'investissement personnel et financier déjà évoqué plus haut (temps de formation non rémunéré, coût de la formation...), l'échographie est une pratique nécessitant un gros investissement financier. Sans surprise, la notion de la rémunération est donc abordée dans ce travail, par les médecins interrogés.

L'échographie ne peut être cotée que si elle fait l'objet d'une trace (images) et d'un compte rendu remis au patient (NDLA). L'échoscopie, n'a pas de cotation. M8 le regrette : « *c'est quand même normal qu'il y ait un retour sur investissement, et que les médecins, puissent coter leurs examens* ». Il fait le constat : « *ça doit être assez rare les médecins qui ont un appareil d'écho et qui font vraiment que de la scopie. Parce que, c'est quand même un gros investissement par rapport au retour que ça peut avoir quoi* ». Pour M12, les cotations proposées des actes remboursés de notre système de soins apparaissent inadaptées, par rapport à son activité effective : « *y'a des trucs c'est un peu chiant parce que tu peux pas coter ce que tu fais exactement. Du coup ça quand je fais des suspicions, je fais la cotation... je crois que c'est « tissus mous » t'as une écho des tissus mous. Voilà, parce que ce que je fais, ça n'existe pas. Et donc voilà, tu fais ça.* »

M15 propose une solution : « *je pense que, pour valoriser les médecins, il faut valoriser la consultation à partir du moment où il fait la consultation avec un échographe multisonde avec la vision partagée avec le patient. Je pense qu'il faudrait valoriser la consultation de 5 euros. Déjà 5 euros c'est rien... mais si vous la valorisez de 5 euros, ben le gars qui va faire 5 000 consultations par an, en 2 ans il aura payé un échographe* ».

Concernant la réalisation des comptes rendus, certains se limitent à « *enregistrer les images* » (M13) ou comme M15 : « *au minimum je mets le compte rendu dans le titre de l'image. Mais je vais pas jusqu'à l'imprimer. Mais une fois que j'ai ça, je le mets dans le dossier je cote. Parce que si jamais la sécu vient me casser les pieds [...] Je peux refaire un compte rendu facilement, et imprimer mes images* ». On entend ici, le souhait de rester en accord avec les règles de cotation, tout en gagnant le maximum de temps possible.

On sent donc une vraie préoccupation vis-à-vis de la rémunération de la pratique.

Pour autant, la cotation est associée parfois, au sentiment de légitimité. Ainsi, M5 dit qu'« *au début je cotais pas mes échographies parce que j'étais pas assez performant* ». M8 introduit même un lien entre cotation et résultat : « *quand j'ai commencé je cotais pas quand j'étais pas sûre de moi et que je redemandais une écho après, parce que voilà, je trouvais que j'étais pas légitime à coter un examen dans la mesure où il avait pas apporté la réponse à mes questions* ».

- Que va penser le patient ?

De la même manière, la vision du patient est vécue de façon diverse : M6 « *aurai[t] eu du mal à être auto prescripteur [...] par rapport au point de vue du patient, pour être sûre qu'il comprenne bien que cet examen il est nécessaire, il va apporter quelque chose [...] que c'est pas simplement pour coter une chose de plus que je vais lui faire payer* ». M9 souligne que son échographie est « *facturée, sans dépassement* », et M10, M11 et M12 effectuent un « *tiers-payant* ». Pour M5 : « *les fois où je cote, bah ils savent qu'ils sont remboursés et le coût de la consultation, qui n'est plus 25 euros, n'est jamais un problème* ». Enfin M10 dit : « *c'est pas tout le temps comme ça donc ça passe bien* ».

Entre nécessité économique, gestion du temps, hésitations ou difficultés pour facturer l'examen, on sent bien que la rémunération et donc la rentabilité est un point important pour le médecin chef d'entreprise.

Pour autant, en dehors de M8 qui s'interrogeait sur la pratique d'échoscopie chez ses confrères : « *ça doit être assez rare les médecins qui ont un appareil d'écho et qui font vraiment que de la scopie* », nous notons qu'aucun des médecins interrogés n'a abordé ce point comme un déterminant de la

décision de faire ou pas un examen ultrasonore. Ils disent faire l'examen, puis trouver une solution pour facturer, ou ils ne facturent pas.

La rémunération n'apparaît donc pas comme un déterminant de la pratique de l'échographie dans notre indication, mais un élément qui soulève des discussions sur l'activité plus globale de l'échographie en médecine générale. Dans notre analyse, nous avons donc intitulé cette catégorie « La rémunération : un vrai problème qui n'empêche rien ».

E) Des pratiques à l'épreuve des choix techniques :

- De la « *bobo-écho-logie* » (M10) rapide au « *challenge intellectuel* » (M14) de l'écho doppler complet :

Certains utilisent la méthode de « *compression veineuse* » (M14) en « *deux* » (M10) ou « *quatre* » (M11) points. Malgré les difficultés évoquées plus haut, cette technique possède de nombreux déterminants positifs : « *techniquement c'est pas si compliqué* » (M7), « *c'est rapide et ça rassure tout le monde* » (M11), « *c'est un geste qui prend pas longtemps* » (M9), « *ça limite l'indication d'anticoagulants en urgence* » (M11) afin de répondre à une question précise : « *est ce qu'il y a un risque emboligène immédiat ?* » (M7).

Cependant, cette approche ne satisfait pas tous les médecins. En effet elle n'apporte « *pas le diagnostic forcément direct de phlébite* » (M7) et M10 n'a « *pas voulu s'en contenter* » par souci de professionnalisme, de reconnaissance des valeurs et des compétences : « *c'est restrictif, il ne faut surtout pas qu'on s'arrête à faire de l'échographie comme de la « bobologie » en médecine générale* » (M10).

L'échodoppler veineux des membres inférieurs semble plus fastidieux : « *parce que c'est compliqué, quand même* » (M10), « *un doppler c'est 40 minutes* » (M3). Pour d'autres, ce temps est réellement un frein. Pour M12 : « *ça je fais pas, c'est trop long, c'est trop trop long quoi* », « *c'est extrêmement long. Donc ça dans une pratique de médecine générale, c'est un peu compliqué* » (M14).

Sur un plan technique, l'écho doppler est vécu comme nécessitant d'« *être un peu plus expert* » (M11). Si certains « *préfère[nt] que ce soit l'angiologue qui le fasse* » (M11), d'autres voient par cette pratique, une valorisation : en faisant lui-même l'examen, M10 évite de faire de la « *bobo-écho-logie* », M14 y voit un « *challenge intellectuel, mais pas dans le but de pratiquer un examen sur lequel je vais prendre une décision. Non l'échodoppler je me sens pas encore tout à fait euh... tout à fait euh compétent* ».

- Matériel : le moyen de ses ambitions

Le type d'appareil (portatif ou pas) semble important : M10 juge « *assez imprécis[e]* » la qualité des appareils « portatifs ». Il les utilise donc selon l'objectif : « *comme un débrouillage de base* », les indications : « *voir une rétention urinaire, effectivement compresser une veine* », les circonstances de consultations : « *l'échographe en tablette pour faire les dopplers vasculaires à domicile* ».

Cependant, malgré l'attractivité du caractère portatif sur les perspectives d'activité décrites par M12 : « *j'pensais à ça aussi, aux visites, les EHPAD. Puis en plus je me suis dit c'est super un portable parce que moi je suis médecin pompier* » elle y voit aussi quelques inconvénients : « *parce que c'est lourd, et d'autre part parce que je me suis rendu compte que je voulais pas l'abimer... parce qu'il est en leasing et que voilà* » (M12), de même pour M13 : « *c'est un portable, pas un ultra portable, je l'amène pas au pied du patient [...] Parce que c'est trop lourd... c'est trop lourd* ».

La qualité du matériel apparaît donc importante. M10 dit : « *si on veut faire du bon boulot [...] eh ben on est obligé de s'équiper, comme il faut quoi* ». Pour M9 « *une meilleure qualité d'image, c'est un diagnostic un peu plus sûr, moins de doute dans le diagnostic* ».

Enfin, les performances techniques du matériel sont associées aux difficultés rencontrées « *peut être aussi de mon matériel, parce que j'ai un matériel qui est pas mal mais qui est pas dédié à l'angiologie non plus [...] dans ce secteur là où on met pas mal le doppler et où on a des plus grandes exigences de matériel* » (M13). Pour M12 « *quand je sais qu'il va falloir quelque chose de plus poussé sur l'échographie, c'est-à-dire qu'il va me falloir un doppler, et tout ça, justifié, je fais pas l'écho, je l'envoie direct chez l'angio* ».

Les caractéristiques du matériel disponible sont donc un déterminant de la pratique.

Ainsi, les médecins ont aussi rapporté comme déterminants de leur pratique échographique, les différentes contraintes liées aux modes opératoires variés, et aux performances techniques du matériel utilisé. Nous avons choisi de les regrouper dans la catégorie : « Des pratiques à l'épreuve des choix techniques ».

## Discussion

---

Ce travail nous a permis de répondre à notre question de recherche. Au travers des déterminants exposés, notre analyse rend compte non pas d'une pratique monolithique, mais bien d'une diversité de pratiques, en lien avec le vécu de chaque médecin.

Dans la littérature, les pratiques échographiques des médecins généralistes, sont peu étudiées (22) (23). De plus, nombre de résultats sont extrapolés à partir d'études menées au sein de services spécialisés, en particulier des services d'urgences (11), malgré des différences de population de patients (24). En effet, White (25) dans son modèle du « carré de White » a montré que la majorité des patients étaient pris en charge en ambulatoire. A l'étranger, Steinmetz (23) déclarait déjà en 2016 dans le *Journal of Family practice* : « *l'échographie en médecine générale est plus précise, plus efficiente, et moins chronophage que ce que vous pensez* » (traduction de l'auteur). En 2019, pour Andersen et al. (22), l'« échographie au chevet du patient » : « POCUS » pour Point-of-Care UltraSound, pratiquée par les médecins généralistes, avait le potentiel d'un outil important et réduirait possiblement les coûts de santé. Dans nos résultats, en accord avec ces auteurs, les médecins accordaient toute sa place à l'échographie au sein des soins primaires et y voyaient un déterminant de leur légitimité pour la pratiquer.

D'après notre analyse, la suspicion de thrombose veineuse du membre inférieur est ressentie comme une urgence à prendre en charge, en médecine générale, et nécessite une immédiateté de réponse pour élaborer la conduite à tenir. Moore et al. (17) expliquent que la méthode « POCUS » répond à ce besoin. Il décrit une technique d'échographie interprétée directement par le clinicien traitant au moment de l'examen clinique. Il souligne que les images « dynamiques » (en opposition aux images enregistrées puis interprétées), ainsi obtenues en temps réel, permettent au clinicien d'utiliser des constatations directement corrélées avec les signes et symptômes présentés par le patient.

Dans notre catégorie : « Confirmer pour valider : « *il faut pas qu'on passe pour des rigolos...* » (M10)», les médecins ont exprimé un besoin de contrôle par une exploration plus complète, éventuellement par un angiologue lors des résultats « douteux » ou encore par un dosage des D-dimères. Barrelier et al. (10), décrivant les « Standards de qualité pour la pratique de l'échodoppler dans le cadre de la maladie thromboembolique veineuse des membres inférieurs » confirment cette différence entre technique rapide, « limitée » pour répondre à une question précise, et technique plus « complète » pour explorer plus largement voire vérifier les résultats de la première.

Un autre déterminant a émergé de notre analyse : la pratique de l'échographie « rapide », « limitée » au chevet du patient est une réelle aide « directe » au diagnostic en remédiant si besoin, à l'indisponibilité des examens complémentaires de niveau deux (temporelle ou géographique). Bates

(6) et Lim (26), aux Etats Unis, intègrent ce critère aux guidelines de la prise en charge des TVP. Dans les recommandations françaises, l'exploration limitée s'envisage aussi ; soit lorsque l'échodoppler veineux complet est indisponible (5), soit si elle est « impérativement intégrée dans une stratégie validée (score clinique, D-dimères, répétition de l'écho doppler) » (10) (27). Ces auteurs confirment la validité du souhait des médecins exprimé dans notre étude, de confirmer l'échographie si besoin par un dosage des D-dimères. Landefeld (28), Gibson (29), et Poley (30), qui étudient l'association de l'exploration limitée, à des tests de probabilité clinique et/ou du dosage des D-dimères, selon diverses approches de stratégies diagnostiques, confirment le besoin de contrôle mis en évidence dans notre analyse. L'étude de Bernardi et al. (31) nous a paru particulièrement intéressante dans le cadre de cette discussion car, comme dans notre étude où ils ne sont pas évoqués par les médecins, elle n'inclue pas de test de probabilité clinique. De plus elle étudie chez des patients ambulatoires l'association que nous avons retrouvée, entre échographie rapide et dosage des D-dimères. Cet article expose une stratégie diagnostique combinant l'exploration échographique limitée puis le dosage des D-dimères en cas de résultat échographique négatif, puis répétition à une semaine de l'exploration limitée : si les D-dimères sont positifs. Durant cet intervalle, aucun traitement n'a été initié : aucun patient n'a développé de signes ou symptômes d'embolie pulmonaire, et seulement deux sur 17 ayant réalisés le contrôle avant le délai d'une semaine, avaient une échographie révélant une thrombose veineuse proximale. Dans notre travail, M9 trouvait « *peu exploitable* » le dosage des D-dimères dans la gestion de l'urgence et la prise de décision immédiate, car l'accès aux résultats était trop tardif mais ni lui, ni les autres médecins ne remettaient en cause l'intérêt diagnostique de ce dosage s'il était disponible immédiatement. Ils envisageaient d'ailleurs de l'utiliser comme élément de vérification de leur échographie rapide et certains disaient modifier leur attitude selon ce dosage. Pour Bernardi au contraire, l'échographie rapide suffirait pour ne pas traiter malgré des D-dimères positifs, en l'absence de confirmation échographique du diagnostic de TVP à sept jours. Ainsi, contrairement à notre étude où les D-dimères sont peu exploitables car souvent insuffisamment immédiats, pour cet auteur, ils ne seraient pas forcément « immédiatement indispensables » sous couvert d'une échographie rapide négative. Cette différence s'explique probablement par le questionnement de certains des médecins que nous avons interrogés, sur leur légitimité à pratiquer cet examen alors que Bernardi avait recruté des médecins ayant « une grande expérience de l'échographie vasculaire ».

L'attente au « *lundi avec plus de sérénité* » exprimée par M13, après une échographie rapide négative, apparaît ainsi concordante avec les données de la littérature. Ainsi le besoin ressenti des médecins interrogés, de contrôler leur examen, dans le cas d'une exploration limitée correspond à un protocole fiable décrit dans la littérature.

Dans la même étude, Bernardi (31) a aussi comparé la combinaison de l'exploration ciblée et des D-dimères, avec la réalisation d'un échodoppler veineux complet des membres inférieurs. Il n'a pas mis

en évidence de différence significative concernant l'incidence d'événement thrombo-embolique à trois mois.

Si la légitimité de l'examen « échographie limitée au chevet du patient » semble renforcée par ces données de la littérature, cela ne nous renseigne que peu sur notre déterminant concernant la légitimité de l'opérateur. Nous notons toutefois que la « grande expérience de l'échographie vasculaire » des participants à l'étude de Bernardi, leur a permis d'accepter de participer à ce travail où les patients n'étaient pas traités pendant une semaine, sur le seul résultat de leur examen, et ce malgré des D-dimères positifs. Cela renforce l'importance du sentiment de se sentir légitime, comme déterminant non seulement de la décision de pratiquer l'examen, mais aussi, probablement du choix d'une conduite à tenir ultérieure.

Par ailleurs, les unités de sens de notre sous-catégorie « une évaluation du rapport bénéfice / risque hétérogène » plaçaient l'échographie rapide comme un outil de premier plan pour évaluer la balance bénéfice/risque de l'instauration d'un traitement anticoagulant. Dans notre travail, cette notion correspondait plutôt à la crainte de ne pas traiter une phlébite ou, au contraire, d'anticoaguler sans réelle thrombose. La littérature elle aussi pose la question de l'intérêt du traitement, anticoagulant, mais à un autre niveau : les avis sont partagés concernant l'apport de l'échographie dans la décision thérapeutique, selon le type de thrombose. En effet, si le protocole décrit plus haut permet d'éliminer une TVP proximale, et est préféré dans de nombreux centres à l'exploration complète (32), l'exploration limitée ne permet pas le diagnostic éventuel d'une thrombose distale isolée du mollet (33). En cas de TVP proximale confirmée, ainsi qu'en cas de découverte de thrombose veineuse superficielle, la thérapeutique est codifiée (2) (5) (34). Pour la thrombose distale isolée du mollet la balance bénéfice/risque des diagnostic, traitement et son coût, fait débat (32) (34) (35). Les articles identifient cependant un groupe de patients à haut risque (test de probabilité clinique « probable » et dosage des D-dimères positifs), dont la balance bénéfice/risque est en faveur de la réalisation d'une exploration complète (36). Le débat existe aussi (37) (38) sur le rapport bénéfice/risque d'un traitement anticoagulant (39) ou d'une surveillance simple (40). En effet les TVP distales isolées du mollet non traitées, exposeraient dans 8 à 15% des cas à une extension au niveau du réseau veineux proximal, 2%-3% d'embolie pulmonaire et <1% de décès (36) (38). Les risques liés au traitement anticoagulant par HBPM, seraient représentés par des accidents hémorragiques mortels dans < 0,5% des cas et des accidents hémorragiques majeurs surviendraient dans 2% des cas (38). Ainsi pour Kitchen (35), Horner (38) et Maclean (41), la discussion d'un traitement pourrait s'envisager selon le choix du patient après présentation d'une information factuelle et compréhensible pour le patient, des différents arguments en vue d'une prise de décision partagée (42).

Le paragraphe précédent s'est certes quelque peu éloigné de notre sujet. Il nous a cependant paru intéressant car représentatif d'une incertitude que nos résultats n'ont pas montrée exactement,

mais qui aboutit à demander l'avis du patient. Pour envisager cette démarche partagée entre le médecin et son patient, une étude a évalué l'utilisation de l'échographie POCUS et l'amélioration de la compréhension du diagnostic par le patient (43). C'est l'unique étude que nous avons trouvée concernant le rôle pédagogique de l'échographie POCUS. Cela nous ramène directement au déterminant positif que nous avons mis en lumière : un « outil de communication pédagogique ». Mathews et al. (43), ont décrit cet aspect encore peu exploré de l'utilisation de l'échographie dans la littérature à ce jour.

Les sentiments positifs comme la satisfaction professionnelle et personnelle thématiques par « un meilleur climat de travail du médecin généraliste » ou encore les déterminants liés à « une prise en charge plus efficace du patient » sont des éléments également mis en évidence dans deux études qualitatives sur l'utilisation de l'échographie POCUS par les médecins généralistes danois (24) et français (44). Si certains médecins interrogés qualifient cette pratique comme « parfaitement dans leur rôle », notre travail retrouve un sentiment de légitimité encore « précaire » vis-à-vis d'une pratique en développement en France. Oude Engberink et al. évoquent plusieurs déterminants concernant le « sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes » (45). Ils évoquent tout d'abord la « construction d'une identité professionnelle » basée sur la « référence à un modèle de rôle professionnel avec ses valeurs disciplinaires propres ». Par extrapolation, la pratique de l'échographie étant une pratique qui s'est intégrée progressivement, dans de nombreuses spécialités médicales, ne bénéficie pas, à ce jour, de ce « modèle » en France, et tout particulièrement en médecine générale. En 2016 deux recommandations ont été publiées afin d'établir un cadre relatif à cette pratique : En France ce sont les « Recommandations de la Société française de médecine d'urgence par consensus formalisé » (46) pour les spécialistes de médecine d'urgence, aux Etats-Unis ce document est pour les médecins de familles : « *Recommended Curriculum Guidelines for Family Medicine Residents, Point of Care Ultrasound* » (47).

En France cette notion de « référent » est probablement difficile à construire pour les praticiens car elle repose sur un faible nombre de confrères ayant ce type d'activité : d'après les données sur la base de remboursement d'actes échographiques pratiqués en 2019 (Annexe 1), seulement 4.22% des médecins généralistes français ont une activité d'échographie contre 30% en 2016 en Norvège (48), 49% en Suisse (49) et jusqu'à 67% estimés pour certains pays européens (50). L'émergence encore récente à l'échelle du développement d'une pratique médicale, et l'absence de « modèle de référence » en particulier parmi les médecins généralistes, peut expliquer une certaine réserve quant à leur légitimité. Dans l'indication de la thrombose veineuse du membre inférieur, parmi les médecins généralistes pratiquant l'échographie, 29% utiliseraient l'échographie dans les indications vasculaires générales (49) ou pour le diagnostic de la TVP (51). Nous avons mis en évidence certains freins à la

pratique de l'échographie dans cette indication : un choix personnel, la présence de confrères couvrant ce domaine d'activité, un sentiment de manque de compétence vis-à-vis de cette indication. Ces déterminants peuvent expliquer qu'un tiers seulement des médecins équipés d'un échographe l'utilisent dans cette indication.

De plus, toujours dans l'article de Oude Engberink et al. (45), la « construction d'un sentiment de légitimité » est attribuée en partie à « la reconnaissance de ses pairs, des instances facultaires ». Un moyen d'améliorer ce sentiment de légitimité est donc en partie attribuable à la formation. Ce déterminant a également été avancé dans notre analyse dans la catégorie « affirmer sa crédibilité ». Des programmes de formation se développent en Europe et en Amérique du Nord depuis les années 2000 (52), mais certains avancent « *une formation insuffisante* » (M15) ou des difficultés pour y accéder (53). Afin de remédier à ce manque, une réponse possible serait d'intégrer la formation de l'échographie dans la formation initiale comme l'ont évoqué M13 et M15, ainsi que quelques publications (11) (54) (55) (56). De plus, un apprentissage longitudinal semble améliorer la consolidation des connaissances et le savoir-faire (57) (58). Les freins au développement de ce type de formation sont le manque de ressources (56), mais aussi la consommation de soins, la qualité, les demandes excessives de ces examens sont des problèmes soulevés par les responsables organisationnels des systèmes de soins (16) (59).

Une étude s'intéressant au taux d'adressage des patients en fonction de l'épuisement des médecins décrit un temps de consultation réduit, une orientation plus facile vers un examen paraclinique et/ou un avis spécialisé, car moins disponible pour la communication centrée patient (60). Ainsi en cas de surmenage du médecin, l'interaction avec le patient est réduite, sans pour autant délaisser la plainte du patient, par la proposition d'un test diagnostique ou d'un avis spécialisé. Au contraire, comme l'ont suggéré les médecins interrogés, la pratique de l'échographie, grâce aux aspects pédagogiques, et en tant qu'élément de communication qui « *oblige à se poser à côté du patient* » (M15), « profite à la relation médecin patient ». Dans cette logique, certains articles décrivent une diminution des coûts de santé associée à une meilleure communication centrée patient (61) (62).

Les médecins interrogés évoquent un système de rémunération « perfectible ». En effet les cotations CCAM disponibles à ce jour pour la cotation, et donc la rémunération de cette activité par le généraliste, ont été établies avant le développement de l'échographie au chevet du patient. Dans notre analyse, ainsi que dans l'étude de Andersen et al. (24) l'utilisation de l'échographie est décrite comme « distincte de l'échographie traditionnelle réalisée par des radiologues dans le secteur des

soins de santé secondaires » (traduction de l'auteur). Ce n'est donc pas une pratique « inférieure » à l'examen complet de niveau deux, mais bien une « échographie spécifique » du médecin généraliste comme nous l'avons proposé dans notre analyse.

La littérature ne s'accorde pas tout à fait avec nos résultats ; en effet Weile et al. (63) définissent l'échographie au chevet du patient comme une pratique d'un « processus d'innovation disruptive ». Ainsi pour Weile et al. (63) « cette perspective conduit à considérer l'échographie POCUS et l'échographie conventionnelle comme deux trajectoires parallèles avec des forces, des opportunités et des patients différents » (traduction de l'auteur). Dans notre analyse, les pratiques décrites par les médecins interrogés sont en réalité « entre-deux » : ils « personnalisent la technique » en ne bornant pas leur échographie à l' « exploration limitée », et débordent sur l' « exploration complète » afin d' « affiner au maximum le diagnostic » (M9). Si les pratiques décrites par les médecins, n'apparaissent pas complètement « disruptives », elles témoignent d'un acte spécifique de médecine générale, d'où la nécessité d'un financement adapté, éventuellement par une cotation elle aussi spécifique. Q. Delannoy (64) avait évoqué cette notion dans son travail en 2018 : « *une tarification spécifique n'existe pas pour l'instant. Nos résultats suggèrent que l'échoscopie pourrait être un gage de qualité dans la démarche diagnostique en diminuant l'incertitude diagnostique et source d'économie de santé globale en limitant les prescriptions et le recours aux services d'urgence, justifiant une sur rémunération* ». Dans notre étude l'aspect financier n'est pas apparu comme un déterminant négatif mais bien « un problème qui n'empêche rien ». Dans la littérature, une des raisons avancées concerne le remboursement de l'échographie POCUS, non reconnue par tous les assureurs américains car exigent un stockage des images et un compte rendu écrit (54). Or la réalisation d'images « dynamiques » de l'échographie au chevet du patient ne prévoit pas d'acquisition stockée de ces images.

En France, la problématique est équivalente : « *Selon le livre 1 de la CCAM, tous les examens réalisés dans les services d'imagerie médicale (radiologie standard, mammographie, échographie, scanner, IRM, ostéodensitométrie, ...) doivent être interprétés. Article I-1 du Code de la CCAM : « les dispositions du livre 1 s'appliquent aux médecins libéraux et salariés pour la prise en charge ou le remboursement de leurs actes techniques par l'assurance maladie* » (65). Hall et al. (54) écrivent que la « *simplification des réglementations et des pratiques de facturation seront importantes pour mettre en œuvre largement POCUS dans un cadre ambulatoire* ». M15 proposait une « revalorisation de cinq euros de la consultation » pour le médecin équipé d'un échographe afin de rentabiliser un « investissement important ». Q. Delannoy (64) propose une rémunération par « *l'intégration « aux Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique* » ou ROSP, en faisant de la pratique de l'échoscopie un indicateur d'organisation du cabinet ouvrant ainsi à une rémunération annuelle ».

La notion de réduction des coûts de santé, dans l'utilisation de l'échographie par le médecin généraliste est abordée par les médecins que nous avons interrogés et classée dans notre analyse parmi les déterminants concernant « l'optimisation du parcours de soins du patient ». Andersen et al. (24) rapportent parmi les motivations des médecins généralistes à pratiquer l'échographie ; la réduction du nombre de patients adressés pour des soins de niveau 2 mais aussi des coûts globaux de santé. Parmi eux on trouve : la réduction du nombre d'hospitalisations, la réduction des coûts liée au « triage initial » par l'échographie, afin d'identifier les patients nécessitant une imagerie plus avancée (66). En accord avec eux, notre étude retrouvait dans les déterminants qui poussent les médecins à faire des échographies, le « confort du patient » : lui éviter de se déplacer au service des urgences ou chez un spécialiste, mais aussi la réduction des coûts de santé, montrant que les médecins sont sensibles aux économies pour le système de soins.

Notre étude a bien sûr des limites. En premier lieu, il s'agit d'un premier travail de recherche qualitative et l'absence d'expérience du chercheur dans ce domaine, a pu générer des biais de variabilité. En effet malgré une attention particulière, nous avons pu influencer l'orientation de certaines réponses. De même, certaines relances n'ont pas permis d'obtenir l'approfondissement de certains aspects des réponses au moment des entretiens. Les médecins généralistes pratiquant l'échographie sont peu nombreux. Ceux que nous avons interrogés semblaient motivés. Être interrogé par une jeune consœur qui s'intéresse à cette pratique, a pu générer chez eux, consciemment ou pas, un biais de complaisance, avec une possible minimisation des inconvénients ressentis, et une mise en avant accentuée des avantages, pour valoriser une pratique qui leur est chère.

Le choix de l'indication particulière de la thrombose veineuse du membre inférieur, s'est avérée s'intégrer dans un panel plus large d'indications de l'utilisation de l'échographie. L'orientation des entretiens était parfois difficile à recentrer sur cette indication.

Pour des raisons de faisabilité, la triangulation avec un autre chercheur, n'a pas pu être menée sur l'ensemble des verbatim. Nous avons tout de même pu vérifier la concordance d'analyse entre deux chercheurs, sur trois d'entre eux. Cela limite le risque de biais d'interprétation, même s'il n'est pas exclu.

Les critères de recrutement choisis représentent une force de notre travail. En effet, nous les avons choisis dans le but d'augmenter la diversité des répondants et donc la variabilité des réponses. Notre choix a aussi tenu compte de différences de pratiques évoquées par d'autres études selon le sexe et à l'âge, ainsi que les zones géographiques d'exercice (48) (49). Nous avons également obtenu la saturation des données, que nous avons pu vérifier par la réalisation de deux entretiens (« verrous ») supplémentaires.

L'analyse a aussi pu être menée par va-et-vient successifs entre le verbatim, au fil des entretiens, et de l'encodage. Mener concomitamment ces deux phases de travail, a permis une adaptation du guide d'entretien en fonction des réponses obtenues afin de mieux répondre à la question de recherche. Enfin, une des forces de notre étude, est son originalité. Nous n'avons trouvé que peu de publications en lien avec le vécu des médecins généralistes de la pratique de l'échographie, et aucune n'évaluait ce ressenti dans l'indication de la thrombose veineuse du membre inférieur.

L'échographie du médecin généraliste est un sujet d'actualité, concernant une pratique jeune et émergente dans la spécialité. De multiples questions restent donc encore sans réponse sur le sujet (adaptation des formations à l'emploi du temps de médecins installés, introduction de l'enseignement au cursus du DES de médecine générale, rémunération spécifique,...).

Dans notre étude les médecins évoquent une optimisation de la prise en charge liée à leur pratique échographique. Une étude médico-économique pourrait être intéressante afin d'évaluer ce point. Selon les résultats une rémunération adaptée pourrait être étudiée.

## Conclusion

---

La pratique de l'échographie par le médecin généraliste, devant une suspicion de thrombose veineuse du membre inférieur, est vécue comme très bénéfique pour le patient et pour l'utilisation du système de soins, valorisante et enrichissante pour le médecin. Cependant, l'association de ces avantages à des freins relatifs à la « légitimité », au « risque médico-légal » ou encore à sa « reconnaissance », engendrent des pratiques très diverses de cet exercice en soins primaires. Notre étude a montré un certain nombre de bénéfices dans l'indication de la thrombose veineuse du membre inférieur. Les déterminants que nous avons mis en évidence rejoignent des déterminants plus globaux de l'échographie de type POCUS, dont le développement soulève des discussions face à cette « innovation disruptive ». Certains médecins proposent des solutions pour améliorer la place de cette pratique émergente qui leur « rend de grands services ». Des études complémentaires pourraient étudier l'impact et la valeur que peut créer cette pratique pour le patient, et le système de soins ; tant sur la dimension de la relation médecin patient et l'apport de cet outil dans la communication et son rôle pédagogique, que les changements à apporter au financement de cet exercice prometteur et d'avenir.

## Bibliographie

---

1. Le Dictionnaire des Résultats de consultation® Sémiologie des situations cliniques en médecine générale 2017 [Internet]. [cité 28 août 2020]. Disponible sur: [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_categorie/240/fichier\\_abrege\\_version\\_2\\_de\\_2017dc8ad.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_categorie/240/fichier_abrege_version_2_de_2017dc8ad.pdf)
2. M.Milan Belaredj , D.Pouchain , P.Frappé. Nouvelles recommandations maladie thromboembolique. avr 2020;(N° 162):177-84.
3. West JR, Shannon AW, Chilstrom ML. What Is the Accuracy of Emergency Physician–Performed Ultrasonography for Deep Venous Thrombosis? *Annals of Emergency Medicine*. juin 2015;65(6):699-701.
4. Bobbia X, Zieleskiewicz L, Pradeilles C, Hudson C, Muller L, Claret PG, et al. The clinical impact and prevalence of emergency point-of-care ultrasound: A prospective multicenter study. *Anaesth Crit Care Pain Med*. déc 2017;36(6):383-9.
5. Sanchez O, Benhamou Y, Bertoletti L, Constant J, Couturaud F, Delluc A, et al. Recommandations de bonne pratique pour la prise en charge de la maladie veineuse thromboembolique chez l'adulte. Version courte. *Revue des Maladies Respiratoires*. févr 2019;36(2):249-83.
6. Bates SM, Jaeschke R, Stevens SM, Goodacre S, Wells PS, Stevenson MD, et al. Diagnosis of DVT. *Chest*. févr 2012;141(2):e351S-e418S.
7. Delbecq C. Les freins à la gestion en ambulatoire des maladies thromboemboliques veineuses: étude qualitative auprès de 11 médecins généralistes du département du Rhône [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2017.
8. Oudega R, Hoes AW, Moons KGM. The Wells rule does not adequately rule out deep venous thrombosis in primary care patients. *Ann Intern Med*. 19 juill 2005;143(2):100-7.
9. Astuguevieille T. Evaluation de la stratégie diagnostique lors de la suspicion d'une thrombose veineuse profonde du membre inférieur par les médecins généralistes en Limousin [Thèse d'exercice]. Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2017.
10. Marie-Thérèse Barrellier, Laurence Beyssier-Weber, Dominique Bravetti, Antoine Elias, et al. Standards de qualité pour la pratique de l'écho-Doppler dans le cadre de la maladie thromboembolique veineuse des membres inférieurs. *La Lettre du Médecin Vasculaire*. mars 2013;22:24-42.
11. Sorensen B, Hunskaar S. Point-of-care ultrasound in primary care: a systematic review of generalist performed point-of-care ultrasound in unselected populations. *The Ultrasound Journal* [Internet]. déc 2019 [cité 10 juin 2020];11. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6868077/>
12. 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]. Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2013.
13. Go MR, Kiser D, Wald P, Haurani MJ, Moseley M, Satiani B. Clinical evaluation of suspected deep vein thrombosis guides the decision to anticoagulate prophylactically but does not impact the decision to perform after hours duplex venous scanning or increase its yield. *Journal of Vascular Surgery*. juin 2013;57(6):1597-602.
14. Wordsworth S, Scott A. Ultrasound scanning by general practitioners: is it worthwhile? *J Public Health Med*. juin 2002;24(2):88-94.

15. Mumoli N, Vitale J, Giorgi-Pierfranceschi M, Sabatini S, Tulino R, Cei M, et al. General Practitioner-Performed Compression Ultrasonography for Diagnosis of Deep Vein Thrombosis of the Leg: A Multicenter, Prospective Cohort Study. *Ann Fam Med*. nov 2017;15(6):535-9.
16. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019 [Internet]. [cité 28 août 2020]. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/180702\\_CP19\\_rapport\\_vdef.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/180702_CP19_rapport_vdef.pdf)
17. Moore CL, Copel JA. Point-of-Care Ultrasonography. *N Engl J Med*. 24 févr 2011;364(8):749-57.
18. Frappé P., Petersen W, Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Initiation à la recherche. Frappé P, éditeur. Neuilly-sur-Seine, France: GM Santé; 2011.
19. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *EXERCER*. 2008;19(84):4.
20. GMTQuali.pdf [Internet]. [cité 19 janv 2020]. Disponible sur: <https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
21. Oude Engberink A, Lognos B, Clary B, Michel D, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique: Une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exercer*. 1 janv 2013;105:4-11.
22. Andersen CA, Holden S, Vela J, Rathleff MS, Jensen MB. Point-of-Care Ultrasound in General Practice: A Systematic Review. *Ann Fam Med*. janv 2019;17(1):61-9.
23. Steinmetz P, Oleskevich S. The benefits of doing ultrasound exams in your office. *Journal of Family Practice*. 1 août 2016;65(8):517-24.
24. Andersen CA, Davidsen AS, Brodersen J, Graumann O, Jensen MB. Danish general practitioners have found their own way of using point-of-care ultrasonography in primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract* [Internet]. 28 juin 2019 [cité 1 sept 2020];20. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6599254/>
25. Fiche N°1 Le Carre de White [Internet]. [cité 28 août 2020]. Disponible sur: [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/798/fichier\\_carre\\_de\\_white2cd52.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/798/fichier_carre_de_white2cd52.pdf)
26. Lim W, Le Gal G, Bates SM, Righini M, Haramati LB, Lang E, et al. American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: diagnosis of venous thromboembolism. *Blood Advances*. 27 nov 2018;2(22):3226-56.
27. Wells P, Anderson D. The diagnosis and treatment of venous thromboembolism. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2013;2013:457-63.
28. Landefeld CS. Diagnostic Non Invasif de la Thrombose Veineuse Profonde (TVP). *JAMA*. 8 oct 2008;300(14):1696-7.
29. Gibson NS, Schellong SM, Kheir DYE, Beyer-Westendorf J, Gallus AS, Mcrae S, et al. Safety and sensitivity of two ultrasound strategies in patients with clinically suspected deep venous thrombosis: a prospective management study. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*. 2009;7(12):2035-41.
30. Poley RA, Newbigging JL, Sivilotti MLA. Estimated Effect of an Integrated Approach to Suspected Deep Venous Thrombosis Using Limited-compression Ultrasound. *Academic Emergency Medicine*. 2014;21(9):971-80.
31. Bernardi E, Camporese G, Büller HR, Siragusa S, Imberti D, Berchio A, et al. Serial 2-Point Ultrasonography Plus D-Dimer vs Whole-Leg Color-Coded Doppler Ultrasonography for Diagnosing Suspected Symptomatic Deep Vein Thrombosis: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 8 oct 2008;300(14):1653-9.
32. Righini M, Bounameaux H. Clinical relevance of distal deep vein thrombosis: Current Opinion in Pulmonary Medicine. sept 2008;14(5):408-13.

33. Bernardi E, Camporese G. Diagnosis of deep-vein thrombosis. *Thrombosis Research*. mars 2018;163:201-6.
34. Kearon C, Akl EA, Ornelas J, Blaivas A, Jimenez D, Bounameaux H, et al. Antithrombotic Therapy for VTE Disease. *Chest*. févr 2016;149(2):315-52.
35. Kitchen L, Lawrence M, Speicher M, Frumkin K. Emergency Department Management of Suspected Calf-Vein Deep Venous Thrombosis: A Diagnostic Algorithm. *WestJEM*. 8 juill 2016;17(4):384-90.
36. Ageno W, Camporese G, Riva N, Iotti M, Bucherini E, Righini M, et al. Analysis of an algorithm incorporating limited and whole-leg assessment of the deep venous system in symptomatic outpatients with suspected deep-vein thrombosis (PALLADIO): a prospective, multicentre, cohort study. *The Lancet Haematology*. nov 2015;2(11):e474-80.
37. Robert-Ebadi H, Righini M. Should we diagnose and treat distal deep vein thrombosis? *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 8 déc 2017;2017(1):231-6.
38. Horner D, Hogg K, Body R. Should we be looking for and treating isolated calf vein thrombosis? *Emerg Med J*. juin 2016;33(6):431-7.
39. Horner D, Hogg K, Body R, Nash MJ, Baglin T, Mackway-Jones K. The Anticoagulation of Calf Thrombosis (ACT) Project. *Chest*. déc 2014;146(6):1468-77.
40. Righini M, Galanaud J-P, Guenneguez H, Brisot D, Diard A, Faisse P, et al. Anticoagulant therapy for symptomatic calf deep vein thrombosis (CACTUS): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *The Lancet Haematology*. déc 2016;3(12):e556-62.
41. MacLean S, Mulla S, Akl EA, Jankowski M, Vandvik PO, Ebrahim S, et al. Patient Values and Preferences in Decision Making for Antithrombotic Therapy: A Systematic Review. *Chest*. févr 2012;141(2 Suppl):e1S-e23S.
42. Stacey D, Légaré F, Lewis K, et al. Aides à la décision dans un processus de décision partagée entre médecin et patient (shared decision making) [Internet]. *Minerva Website*. [cité 11 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.minerva-ebm.be/FR/Article/2168>
43. Mathews BK, Miller PE, Olson APJ. Point-of-Care Ultrasound Improves Shared Diagnostic Understanding Between Patients and Providers. *South Med J*. 2018;111(7):395-400.
44. Pla M., Seyler L. Pratique de l'échographie dans l'exercice de la médecine générale en cabinet : perceptions des praticiens [Internet]. *Université Grenoble Alpes*; 2016 [cité 11 juin 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01414369v1>
45. Oude Engberink A, Amouyal M, David M, Bourrel G. Étude qualitative du sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes. *Pédagogie Médicale*. nov 2011;12(4):199-212.
46. Membres de la commission des référentiels de la SFMU, Duchenne J, Martinez M, Rothmann C, Claret P-G, Desclefs J-P, et al. Premier niveau de compétence pour l'échographie clinique en médecine d'urgence. Recommandations de la Société française de médecine d'urgence par consensus formalisé. *Ann Fr Med Urgence*. juill 2016;6(4):284-95.
47. Recommended Curriculum Guidelines for Family Medicine Residents Point of Care Ultrasound [Internet]. [cité 8 sept 2020]. Disponible sur: [https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/medical\\_education\\_residency/program\\_directors/Rep rint290D\\_POCUS.pdf](https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/medical_education_residency/program_directors/Rep rint290D_POCUS.pdf)
48. Myklestul H-C, Skonnord T, Brekke M. Point-of-care ultrasound (POCUS) in Norwegian general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2 avr 2020;38(2):219-25.
49. Touhami D, Merlo C, Hohmann J, Essig S. The use of ultrasound in primary care: longitudinal billing and cross-sectional survey study in Switzerland. *BMC Family Practice*. 1 juill 2020;21(1):127.

50. Mengel-Jørgensen T, Jensen MB. Variation in the use of point-of-care ultrasound in general practice in various European countries. Results of a survey among experts. *Eur J Gen Pract.* déc 2016;22(4):274-7.
51. Many E. Utilisation de l'échographie par les médecins généralistes en France: enquête descriptive [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2016.
52. Guias M. Spécificités de la pratique de l'échographie en Médecine Générale [Thèse d'exercice]. Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2018.
53. Rosette M. Echoscopie en médecine générale ? Avis de médecins généralistes de trois départements ligériens [Thèse d'exercice]. Université d'Angers; 2019.
54. Hall JWW, Holman H, Barreto TW, Bornemann P, Vaughan A, Bennett KJ, et al. Point-of-Care Ultrasound in Family Medicine Residencies 5-Year Update: A CERA Study. *Fam Med.* juin 2020;52(7):505-11.
55. Arnold MJ, Jonas CE, Carter RE. Point-of-Care Ultrasonography. *Am Fam Physician.* 01 2020;101(5):275-85.
56. Micks T, Braganza D, Peng S, McCarthy P, Sue K, Doran P, et al. Canadian national survey of point-of-care ultrasound training in family medicine residency programs. *Can Fam Physician.* 2018;64(10):e462-7.
57. Kelm DJ, Ratelle JT, Azeem N, Bonnes SL, Halvorsen AJ, Oxentenko AS, et al. Longitudinal Ultrasound Curriculum Improves Long-Term Retention Among Internal Medicine Residents. *J Grad Med Educ.* sept 2015;7(3):454-7.
58. Duloher MM, Stoven S, Kurklinsky AK, Kurklinsky A, Halvorsen A, McDonald FS, et al. Ultrasound for internal medicine physicians: the future of the physical examination. *J Ultrasound Med.* juin 2014;33(6):1005-11.
59. Bono F, Campanini A. The METIS project for generalist ultrasonography. *J Ultrasound.* 31 oct 2007;10(4):168-74.
60. Kushnir T, Greenberg D, Madjar N, Hadari I, Yermiahu Y, Bachner YG. Is burnout associated with referral rates among primary care physicians in community clinics? *Fam Pract.* 1 févr 2014;31(1):44-50.
61. Epstein RM, Franks P, Shields CG, Meldrum SC, Miller KN, Campbell TL, et al. Patient-Centered Communication and Diagnostic Testing. *The Annals of Family Medicine.* 1 sept 2005;3(5):415-21.
62. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *The Journal of Family Practice.* :12.
63. Weile J, Brix J, Moellekaer AB. Is point-of-care ultrasound disruptive innovation? Formulating why POCUS is different from conventional comprehensive ultrasound. *Crit Ultrasound J [Internet].* 1 oct 2018 [cité 11 sept 2020];10. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6165827/>
64. Delannoy Q. Quel est l'impact diagnostique et thérapeutique de l'échoscopie en pratique courante de médecine générale: étude observationnelle transversale [Thèse d'exercice]. [France]: Sorbonne Université (Paris). Faculté de médecine; 2018.
65. Le-compte-rendu-d\_imagerie-H-Lecllet-Santopta.pdf [Internet]. [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: [https://www.santopta.fr/wp-content/uploads/2018/03/Le-compte-rendu-d\\_imagerie-H-Lecllet-Santopta.pdf](https://www.santopta.fr/wp-content/uploads/2018/03/Le-compte-rendu-d_imagerie-H-Lecllet-Santopta.pdf)
66. Bornemann P, Barreto T. Point-of-Care Ultrasonography in Family Medicine. *AFP.* 15 août 2018;98(4):200-2.



## Annexe 2 : Guide d'entretien

---

### **Questions générales :**

- Age, sexe
- Exercice en cabinet de groupe ou seul
- Activité sur ou sans RDV
- Nombre d'années d'installation
- Exercice rural/semi-rural/urbain
- Activité de MSU ou non ?
- Quelle(s) formation(s) effectuée(s) ? en quelle année ?
- Distance du cabinet de radiologie / angiologie le plus proche ?

**Question « brise-glace » :** Si je vous dis échographie du médecin généraliste, qu'est-ce que ça vous évoque ?

**Question 2 :** Pouvez-vous me raconter une consultation où vous avez fait une échographie ?

### **Question 3 :**

- ⇒ A parlé de la TVP : « pourquoi » réaliser une échographie en cas de suspicion de TVMI ?
- ⇒ N'en a pas parlé : « et dans la TVMI » ?

**Question 4 :** Racontez-moi une consultation où vous avez fait une échographie dans le cadre de la prise en charge d'une thrombose veineuse du membre inférieur.

- Qu'est ce qui, ce jour-là, vous a décidé à réaliser l'échographie ?
- Quelle incidence cet examen a eu sur votre consultation ?
- Auriez-vous le souvenir d'une consultation où vous avez décidé de ne pas l'utiliser ?

**Question 5 :** Quel sentiment avez-vous à propos de votre expérience de l'échographie dans le cadre des thromboses veineuses du membre inférieur ?

**Question 6 :** De votre point de vue, comment votre formation influence-t-elle votre pratique de l'échographie dans cette indication ?

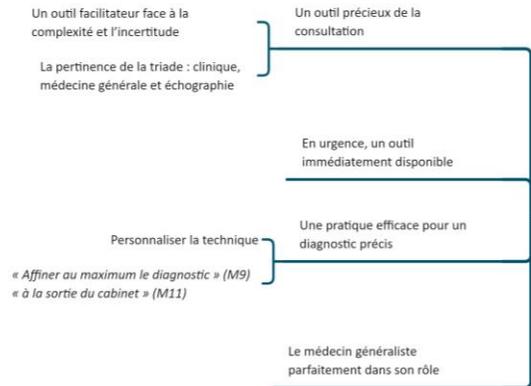
**Question 7 :** Dans ce cadre de la thrombose veineuse du membre inférieur, quel(s) souhait(s) auriez-vous pour votre pratique à venir ?

**Question 8 :** Et le point de vue des patients ?

**Question finale :** Auriez-vous quelque chose à ajouter concernant votre pratique de l'échographie devant une suspicion de thrombose veineuse du membre inférieur ?

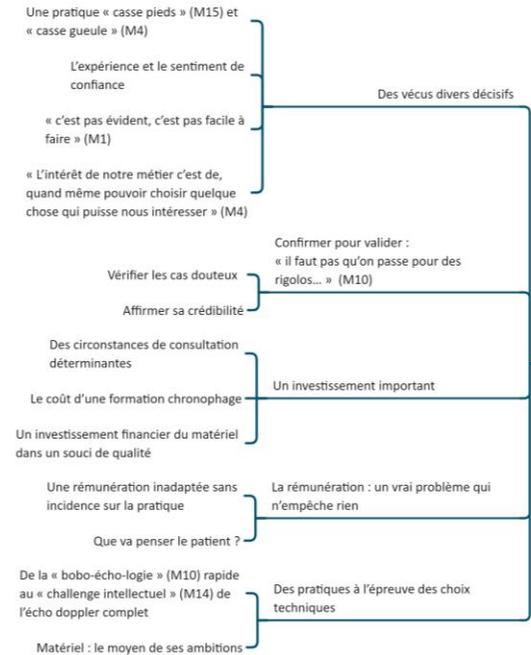
Annexe 3 :

Arbre thématique complet :



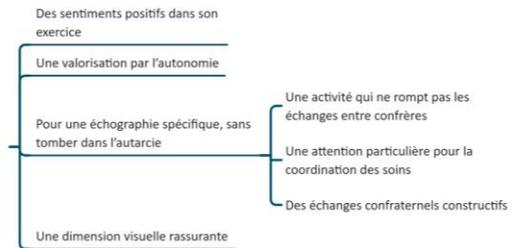
Une pratique de soins primaires

LES DÉTERMINANTS DE LA PRATIQUE DE L'ÉCHOGRAPHIE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ÉQUIPÉS D'UN ÉCHOGRAPHE DEVANT UNE SUSPICION DE THROMBOSE VEINEUSE DU MEMBRE INFÉRIEUR

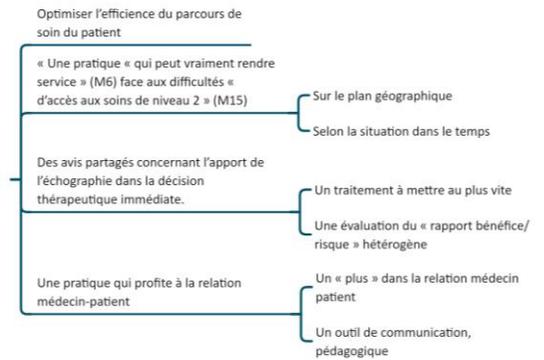


Le vécu mitigé des impératifs d'une pratique en développement

Un meilleur climat de travail du médecin



Une prise en charge du patient plus efficiente



## RESUME :

---

**Introduction :** La suspicion de thrombose veineuse est une situation souvent aspécifique cliniquement, rencontrée une à trois fois par mois en moyenne en médecine générale. L'échographie-doppler, nécessaire à l'affirmation du diagnostic, doit souvent être différée. L'« échographie du médecin généraliste » se développe actuellement pour répondre immédiatement aux besoins du médecin. Les raisons de la pratique de l'échographie par les médecins généralistes n'ont pas été étudiées devant une suspicion de thrombose veineuse du membre inférieur.

**Objectif :** Interroger les médecins généralistes équipés d'un échographe en ambulatoire, afin d'en obtenir les déterminants de leur pratique de l'échographie face à une suspicion de thrombose veineuse du membre inférieur.

**Matériel et méthode :** Nous avons réalisé une étude qualitative, par entretiens semi-dirigés, jusqu'à saturation des données, auprès de quinze médecins français, de Février à Juin 2020. L'analyse thématique des verbatim a permis de mettre en évidence les déterminants recherchés.

**Résultats :** Notre travail met en évidence une diversité de pratiques issue de déterminants multiples représentés dans notre étude par quatre thèmes principaux : l'échographie en tant que « pratique de soins primaire », sa participation à « un meilleur climat de travail du médecin généraliste » ainsi qu'à « une prise en charge plus efficiente du patient », mais aussi générant un « vécu mitigé des impératifs d'une pratique en développement ».

**Discussion :** Les déterminants mis en évidence dans notre étude rejoignent des déterminants plus globaux de l'échographie de type POCUS, dont le développement soulève des discussions face à cette « innovation disruptive ».

**Conclusion :** La pratique de l'échographie par le médecin généraliste, devant une suspicion de thrombose veineuse du membre inférieur, est vécue comme très bénéfique pour le patient et pour l'utilisation du système de soins, valorisante et enrichissante pour le médecin. Cependant, l'association de ces avantages à des freins relatifs à la « légitimité », au « risque médicolégal » ou encore à sa « reconnaissance », engendrent des pratiques très diverses de cet exercice en soins primaires. Notre étude a montré un certain nombre de bénéfices dans l'indication de la thrombose veineuse du membre inférieur. Certains médecins proposent des solutions pour améliorer la place de cette pratique émergente qui leur « rend de grands services ».

**Mots clés :** médecins généralistes, soins primaires, thrombose veineuse du membre inférieur, POCUS, Echographie au point de service, échographie, recherche qualitative.

**ABSTRACT**

**Background :** The suspicion of venous thrombosis is a situation which is often clinically aspecific, encountered on average one to three times a month by a general practitioner. Doppler ultrasound, necessary for the affirmation of the diagnosis, must often be deferred. The « general practitioner ultrasound » is being developed to immediately meet the physician's needs. The reasons for the practice of ultrasound by general practitioners have not been studied before a suspicion of venous thrombosis of the lower limb.

**Objective :** To interview general practitioners equipped with an outpatient ultrasound system, in order to obtain the determinants of their ultrasound practice in the case of suspicion of venous thrombosis of the lower limb.

**Methods :** We conducted a qualitative study, through semi-structured interviews, until data saturation, with fifteen French doctors, from February to June 2020. The thematic analysis of the verbatim helped to highlight the determinants sought.

**Results :** Our work highlights a diversity of practices from several determinants represented in our study by four main themes: ultrasound as a « primary care practice », the ways in which it fosters « a better working environment for the general practitioner » and « more efficient patient management », but also generating a « mixed experience of the imperatives of a developing practice ».

**Discussion :** The determinants highlighted in our study are similar to the broader determinants of POCUS ultrasound, the development of which raises discussion about this « disruptive innovation ».

**Conclusions :** The practice of ultrasound by the general practitioner, in case of suspicion of venous thrombosis of the lower limb, is experienced as very beneficial for the patient and for use in the healthcare system. It is also experienced as rewarding and enriching for the physician. However, these benefits, coupled with barriers linked to issues of « legitimacy », « medico-legal risk », or « recognition », leads to a wide variety of practices in this primary care practice. Our study showed a number of benefits in the indication of venous thrombosis of the lower limb. Some physicians provide solutions to give more prominence to this emerging practice that « serves them well ».

**Keywords :** general practitioner, primary care, venous thrombosis of the lower limb, POCUS, Point of care ultrasound, echography, qualitative research.

## PERMIS D'IMPRIMER

Je soussigné(e), Professeur(e) ... *Jean-Paul FOURNIER*

Certifie, en ma qualité de Président(e) du Jury de thèse de :

Mr(Mme) ... *Mélina SÉGURET*

avoir lu la thèse ayant pour titre : *LES DÉTERMINANTS DE LA PRATIQUE DE L'ÉCHOCARPHIE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ÉQUIPÉS D'UN ÉCHOGRAPE DEVIANT UNE SUSPICION DE THROMBOSE VEINEUSE DU MEMBRE INFÉRIEUR: Une étude qualitative auprès de médecins généralistes en France.*  
et le résumé correspondant.

Les opinions et les principes émis n'étant contraires ni à l'ordre public, ni à la déontologie médicale, je donne un avis favorable pour imprimer la thèse.

A Nice,

Le ... *21-09-22*

Signature

*Jean-Paul Fournier*  
CHU DE NICE - Hôpital Pasteur2  
Médecine Générale d'Urgence  
Professeur Jean Paul FOURNIER  
N° INESS 060785003 - RPPS : 10003288064  
Tel. 04 92 03 33 98 Fax 04 92 03 33 87

## RESUME

**Introduction** : La suspicion de thrombose veineuse est une situation souvent aspécifique cliniquement, rencontrée une à trois fois par mois en moyenne en médecine générale. L'échographie-doppler, nécessaire à l'affirmation du diagnostic, doit souvent être différée. L'« échographie du médecin généraliste » se développe actuellement pour répondre immédiatement aux besoins du médecin. Les raisons de la pratique de l'échographie par les médecins généralistes n'ont pas été étudiées devant une suspicion de thrombose veineuse du membre inférieur.

**Objectif** : Interroger les médecins généralistes équipés d'un échographe en ambulatoire, afin d'en obtenir les déterminants de leur pratique de l'échographie face à une suspicion de thrombose veineuse du membre inférieur.

**Matériel et méthode** : Nous avons réalisé une étude qualitative, par entretiens semi-dirigés, jusqu'à saturation des données, auprès de quinze médecins français, de Février à Juin 2020. L'analyse thématique des verbatim a permis de mettre en évidence les déterminants recherchés.

**Résultats** : Notre travail met en évidence une diversité de pratiques issue de déterminants multiples représentés dans notre étude par quatre thèmes principaux : l'échographie en tant que « pratique de soins primaire », sa participation à « un meilleur climat de travail du médecin généraliste » ainsi qu'à « une prise en charge plus efficiente du patient », mais aussi générant un « vécu mitigé des impératifs d'une pratique en développement ».

**Discussion** : Les déterminants mis en évidence dans notre étude rejoignent des déterminants plus globaux de l'échographie de type POCUS, dont le développement soulève des discussions face à cette « innovation disruptive ».

**Conclusion** : La pratique de l'échographie par le médecin généraliste, devant une suspicion de thrombose veineuse du membre inférieur, est vécue comme très bénéfique pour le patient et pour l'utilisation du système de soins, valorisante et enrichissante pour le médecin. Cependant, l'association de ces avantages à des freins relatifs à la « légitimité », au « risque médico-légal » ou encore à sa « reconnaissance », engendrent des pratiques très diverses de cet exercice en soins primaires. Notre étude a montré un certain nombre de bénéfices dans l'indication de la thrombose veineuse du membre inférieur. Certains médecins proposent des solutions pour améliorer la place de cette pratique émergente qui leur « rend de grands services ».

**Mots clés** : médecins généralistes, soins primaires, thrombose veineuse du membre inférieur, POCUS, Echographie au point de service, échographie, recherche qualitative.