



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Utilisation et attentes d'un outil d'aide à la prescription des
examens d'imagerie médicale : Etude qualitative par focus group
auprès de 25 médecins généralistes**

Présentée et soutenue publiquement le 9 Juin 2022 à 16 heures
au Pôle Formation

Par Jennifer Loigerot

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Pierre Pruvo

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Xavier Leclerc

Monsieur le Docteur Riyad Hanafi

Monsieur le Docteur Jean-Marc Vandendriessche

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Sabine Bayen

AVERTISSEMENT

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs »

Table des matières

Liste des abréviations	5
Introduction	6
A. Généralités	6
B. Création du Guide de Bon Usage des examens d'imagerie médicale	6
C. Enjeux médico-économiques	7
D. La pertinence des actes	9
E. Principe de justification et Radioprotection des patients.	10
F. Développement de l'outil d'Aide à la Demande d'Examen de Radiologie et d'Imagerie Médicale	11
G. Objectifs de l'étude	12
Méthodologie	13
A. Choix de la méthode	13
B. Population étudiée	13
C. Mode de recrutement	14
D. Recueil de données	14
E. Analyse de données	15
Résultats	16
Caractéristiques des participants	16
A. Forces de l'outil	19
1. Support de réassurance pour le médecin prescripteur	19
2. Justification de l'examen auprès du patient	19
3. Guide d'aide à la décision de la prescription et Guide d'aide au choix de l'imagerie	20
4. Afin de limiter les prescriptions inutiles	20
5. Motifs nombreux et variés	21
6. Optimiser la prise en charge du patient	21
7. Potentiel pédagogique formateur de l'outil	22
8. Ergonomie de l'outil	22
9. Informations et précisions apportées par l'outil	23
B. Faiblesses de l'Outil	24
1. Manque de représentativité de l'activité en médecine générale : Motifs de consultation et Indications	24
2. Exhaustivité chronophage	25
3. Ergonomie de l'outil	25

4.	Absence de références bibliographiques	26
5.	Outil incomplet et hétérogène	27
6.	Mauvaise diffusion de l'outil, promotion insuffisante	28
7.	Difficultés à mettre en œuvre les recommandations dans la pratique quotidienne	29
8.	Manque de représentativité par rapport à l'inégalité d'accès à l'offre de soins dans les territoires de santé	29
C.	Opportunités, perspectives de développement et d'amélioration de l'outil	30
1.	Formation Médicale Continue	30
2.	Rendre l'outil plus interactif, pour le médecin et pour le patient	32
3.	Préciser les situations d'urgence	33
4.	Possibilité de recours à un accès direct par téléphone dans les situations d'urgence	34
5.	Associer au logiciel une prise de rendez vous	34
6.	Mesures de promotion de l'outil	35
7.	Ergonomie : Réorganisation de l'outil et de l'accessibilité	36
8.	Créer un accès situationnel	37
9.	Développer des algorithmes décisionnels	38
10.	Préciser ou justifier les premières ou deuxièmes intentions	38
11.	Obtenir une estimation du temps d'accessibilité aux examens d'imagerie en fonction du territoire de santé	38
12.	Préciser le coût de l'examen	39
D.	Menaces	39
1.	Manque de confiance dans le GBU	39
2.	Co Existence de nombreux SADM	39
3.	Changement d'interface dérangeant	40
4.	Difficultés dans le changement des pratiques et des habitudes quotidiennes	40
	Discussion	41
A.	Discussion de la méthode	41
1.	Forces de l'étude : choix d'une étude qualitative par focus group avec analyse SWOT	41
2.	Limites et biais de l'étude	42
B.	Discussion des résultats	43
	Conclusion	55
	Bibliographie	56
	Annexes	59

Liste des abréviations

ADERIM	Aide à la Demande d'Examens de Radiologie et Imagerie Médicale
ARS	Agence Régionale de Santé
CCAM	Classification Commune des actes médicaux
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
DEI	Demande d'Examen d'Imagerie
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DPC	Développement Professionnel Continu
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
FSM	Fédération des Spécialités Médicales
G4	Conseil Professionnel de la Radiologie Française
GBU	Guide de Bon Usage
HAS	Haute Autorité de Santé
M€	Million d'euro
MG	Médecin Généraliste
SADM	Systèmes d'Aide à la Décision Médicale
SFR	Société Française de Radiologie
SNS	Stratégie Nationale de Santé
URPS	Union Régionale des professionnels de santé

Introduction

A. Généralités

L'imagerie médicale a été inventée au XIXème siècle et a contribué activement au progrès médical (1). Les techniques d'imagerie médicale se sont diversifiées au cours de la seconde moitié du XXème siècle. Elles regroupent aujourd'hui la radiographie, la scanographie, l'échographie, l'IRM, la scintigraphie et la médecine nucléaire (2).

Malgré les avantages importants de l'imagerie médicale, elle est confrontée à de forts enjeux médico-économiques non traités de façon satisfaisante par les politiques de régulation actuelles (3)

Le nombre d'examens non justifiés est important, entraînant potentiellement (3) :

- Une sur-irradiation de la population
- Un risque important de faux positif
- Un coût financier non négligeable

B. Création du Guide de Bon Usage des examens d'imagerie médicale

Dans ce contexte, le GBU (Guide de Bon Usage des examens d'imagerie médicale) puis l'ADERIM (Référentiel d'Aide à la Demande d'Examens de Radiologie et d'Imagerie Médicale) ont vu le jour successivement afin d'améliorer la bonne pratique des médecins généralistes. (4)

Le GBU est issu d'une collaboration associant :

- La Société Française de Radiologie (SFR)
- La Société Française de Biophysique et de médecine nucléaire
- Des professionnels de santé appartenant à diverses spécialités médicales et chirurgicales
- L'autorité de sûreté nucléaire
- La Haute Autorité de santé (HAS)

Initialement publié en 2005 sous format papier (5) et destiné aux radiologues, une seconde édition informatisée a été établie en 2009. Celle-ci est destinée à tout médecin susceptible de demander ou de réaliser un examen d'imagerie médicale. Il est disponible sous la forme d'un site accessible en libre-accès sur internet et associé aux systèmes d'aide à la décision médicale (SADM). (6)

Le GBU est destiné à tous les professionnels de santé et permet de simplifier la prise en charge des patients en guidant les demandes et la réalisation des examens d'imagerie. Le but est de déterminer si la prescription d'imagerie médicale est adaptée et nécessaire.

Il a pour objectif d'orienter le choix du médecin demandeur vers l'examen le plus adapté à la pathologie explorée. Il sert de support pour définir la pertinence des indications des examens d'imagerie médicale.

Ainsi, il répond à quatre objectifs :

- Réduire l'exposition des patients par la suppression des examens d'imagerie non justifiés.
- Réduire l'exposition des patients par l'utilisation préférentielle des techniques non irradiantes (imagerie ultra sonore et imagerie par résonance magnétique).
- Améliorer les pratiques cliniques par la rationalisation des indications des examens d'imagerie.
- Servir de référentiel pour les audits cliniques (6).

C. Enjeux médico-économiques

En ambulatoire, le médecin généraliste est le principal prescripteur d'examens d'imagerie (7) et le recours à un examen d'imagerie médicale fait partie de sa pratique quotidienne. Malgré les bénéfices apportés par l'imagerie dans la prise en charge du patient, la prescription d'examens d'imagerie entraîne un coût non négligeable pour la sécurité sociale.

Selon le rapport de la Cour des comptes établi en avril 2016 à la demande du Sénat, les dépenses engendrées par l'imagerie médicale sont estimées à près de 6 milliards d'euros par an, dont 3,9 milliards en médecine de ville (3).

Depuis 2007, les dépenses liées aux examens d'imagerie sont en augmentation de 1,5 % par an en moyenne.

Evolution des montants remboursés d'imagerie médicale en secteur libéral de 2007 à 2014 (en milliers d'euros) :

Montants remboursés	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TCAM 2007/2014 € courants	TCAM 2007/2014 € constants
Radiographie	1 184 530	1 108 507	1 108 648	1 053 089	1 010 201	968 692	963 444	923 069	- 2,9%	- 4,3%
Échographie	1 095 855	1 131 268	1 175 749	1 198 357	1 222 192	1 223 634	1 268 308	1 303 157	+ 2,5 %	+ 1,1 %
Autre Imagerie	124 942	119 204	121 342	117 880	118 591	116 684	114 143	113 110	- 1,3 %	- 2,7 %
Scanographie	498 168	514 951	560 022	583 887	576 082	586 810	589 834	591 238	+ 2,5 %	+ 1,1%
dont forfaits techniques	364 718	370 163	402 446	424 121	407 639	410 212	403 999	406 562	+ 1,6 %	+ 0,2%
IRM	400 327	434 477	486 961	536 601	598 775	623 967	655 743	687 863	+ 8 %	+ 6,6 %
dont forfaits techniques	304 240	326 762	367 061	408 173	453 242	465 725	486 453	509 410	+ 7,6 %	+ 6,2%
Scintigraphie	198 009	198 954	207 860	219 579	241 863	256 579	267 147	280 951	+ 5,1 %	+ 3,7 %
dont forfaits techniques	30 440	37 083	42 175	48 178	57 367	69 489	78 175	87 521	+ 16,3 %	+ 14,9 %
Total imagerie	3 501 831	3 507 360	3 660 582	3 709 392	3 767 705	3 776 365	3 858 620	3 899 387	+ 1,5 %	+ 0,1 %

Sources et champ : secteur libéral (cabinet de ville, établissements privés et centres de santé)
CNAMTS, SNIIR-AM, données DCIR en dates de liquidation et extrapolées tous régimes

- Les dépenses engendrées par les radiographies conventionnelles sont en baisse (- 3,6 % en diminution moyenne annuelle depuis 2008), elles s'élèvent encore à 923 M€ en 2014, soit un peu moins du quart des dépenses.
- L'échographie constitue la première dépense de santé liée à l'imagerie en médecine de ville avec une progression de +2,5% en moyenne depuis 2007 (1 303 M€).
- L'IRM, qui représentait 11 % des dépenses en 2007 atteint 18 % (688 M€) en 2014. Il est en forte progression, +8 % en moyenne annuelle sur la période.
- Les dépenses de scanographie progressent également elles représentent 15 % en 2014.
- La scintigraphie représente la plus faible des dépenses (281 M€ en 2014, soit 7 % des dépenses), mais en vive progression (+5,1 % par an sur la période).

L'imagerie est de loin le premier poste de dépenses de la CCAM (classification commune des actes médicaux). Elle représente 47% des remboursements d'actes techniques médicaux. En 2016 cela représentait 71 millions d'actes facturés pour 4,2 milliards d'euros de remboursement (8) .

L'étude « Le Juste Prix » réalisée en 2018 dans les Hauts-de-France a démontré qu'une majorité de médecins généralistes ne connaissaient pas les prix des examens paracliniques prescrits, avec une tendance à la sous-estimation de prix des examens d'imagerie (9).

Optimiser l'efficacité des dépenses de santé fait donc parti des objectifs nationaux (10).

D. La pertinence des actes

La notion médicale de pertinence des actes équivaut à éviter les actes inutiles ou redondants de façon injustifiée dans les parcours de soins (3) avec la prise en compte de la balance bénéfice-risque pour le patient (11). L'avantage attendu doit être significativement plus grand que le risque radiologique encouru (12).

Selon son rapport, la Cour des comptes estime que 40% des examens d'imagerie seraient évitables. Elle dénonce des prescriptions excessives et injustifiées d'actes d'imagerie (3). Une partie de ces prescriptions serait due à un manque d'information des médecins généralistes sur les indications de chaque modalité d'imagerie.

La DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) a mené en 2016 une action d'analyse des pratiques de demande et de réalisation des examens d'imagerie médicale, en lien avec le CMG/G4/FSM et l'HAS. (10)

Le but de cette action était de proposer et de discuter des pistes d'amélioration de la pertinence des examens d'imagerie médicale.

L'analyse de la DGOS rapporte que plus de 50% des examens d'imagerie réalisés sur trois pathologies perçues comme fréquentes en médecine générale (lombalgies chroniques, douleurs abdominales aiguës et céphalées chroniques) ne correspondent pas aux examens considérés comme les plus pertinents dans le référentiel de l'étude.

Les rapports de la Cour des comptes et de la DGOS réalisés en 2016 font état des lieux de plusieurs problématiques et les conclusions de ces analyses tendaient à faire évoluer le GBU avec une actualisation fréquente des recommandations afin d'avoir une harmonisation des prescriptions entre médecins généralistes et médecins radiologues et une amélioration des pratiques cliniques par rationalisation des indications d'examens d'imagerie (10), (13).

E. Principe de justification et Radioprotection des patients.

L'imagerie est un outil diagnostique important et entraîne un bénéfice non négligeable dans la prise en charge des patients (12). Cependant les techniques d'imagerie exposent à des rayonnements ionisants.

La réduction de ces risques à leur minimum, qui correspond à la radioprotection des patients, est depuis de nombreuses années une préoccupation des radiologues et des médecins nucléaires.

La directive 97/43 Euratom du 30 juin 1997 relative à la protection sanitaire des personnes contre les dangers des rayonnements ionisants a fait de cette règle éthique une obligation légale en Europe (2).

La notion de radioprotection se base sur trois principes (14), (2), (15) :

- **La justification de l'acte** : Justifier l'indication d'une exposition médicale aux rayonnements ionisants (Balance bénéfices/ risques).
- **L'optimisation** de la méthode de réalisation du cliché afin d'obtenir l'information diagnostique à une dose d'exposition la plus faible possible.
- **La limitation** des doses d'exposition.

F. Développement de l'outil d'Aide à la Demande d'Examen de Radiologie et d'Imagerie Médicale

Un effort supplémentaire doit donc être entrepris pour ne réaliser que les actes pertinents et nécessaires, à la fois dans un souci d'économie mais aussi de développement de la radioprotection des patients.

Une étude réalisée sur 108 médecins généralistes du Pays de Loire visant à comprendre les attentes des praticiens concernant les demandes d'imagerie et leur point de vue sur les outils d'aide à la prescription retrouve que seuls 48% des médecins généralistes connaissent le GBU et seuls 30% l'utilisent en raison de son format inadapté, de son défaut de pertinence face à l'examen clinique et de son absence d'actualisation vis-à-vis des mises à jour récentes (7).

C'est dans ce contexte qu'a été créé en 2021 une nouvelle plateforme d'aide à la décision médicale : L'ADERIM Radiologie « Aide à la Demande d'Examens de Radiologie et d'Imagerie Médicale », nouvelle version du GBU, fruit d'une collaboration entre la Société Française de radiologie (SFR) et du Collège de Médecine Générale, dont le but principal est d'orienter le choix du médecin demandeur vers l'examen le plus adapté à la pathologie ou au symptôme présenté par le patient. Il se veut un outil essentiel pour la mise en pratique du principe de justification.

Construit sur la base de recommandations d'experts de la SFR, l'ADERIM a été conçu et travaillé avec les médecins généralistes selon une classification des pathologies et des symptômes cliniques adaptés à leur pratique sur les bases d'une démarche analytique et consensuelle suivant une méthodologie reconnue et rigoureuse (13).

Cette nouvelle version a pour vocation d'être disponible en ligne et d'être régulièrement mise à jour selon les différents référentiels. Elle permet de donner aux médecins prescripteurs des indications sur l'imagerie recommandée par les différents experts, d'informer sur le degré de priorité et d'urgence de l'examen d'imagerie à réaliser et sur les doses d'irradiations associées.

Les propositions concernant l'imagerie recommandée sont accessibles selon 3 volets de recherche :

Motif de consultation / Pathologie / Mot-clé

Puis détaillés selon la situation clinique associée.

Les examens à réaliser sont ensuite classés selon leurs indications : 1^{ère} ou 2^{nde} intention et selon leur ordre de priorité :

- Priorité 1 : Examen à réaliser en Urgence.
- Priorité 2 : Examen à réaliser dans les jours qui suivent ou dans la semaine.
- Priorité 3 : Examen à réaliser sans urgence dans les semaines qui suivent.

Une indication est également donnée sur le niveau d'exposition induit par l'examen d'imagerie : cotation de 0 à IV, exprimée en dose efficace (mSv).

G. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude qualitative réalisée auprès de 25 médecins généralistes était de déterminer les forces, les faiblesses, les opportunités et les perspectives d'amélioration de cet outil, tout en évaluant les menaces extérieures, grâce à une analyse SWOT.

Le but étant d'aider les médecins généralistes lors de la prescription de l'examen radiologique le plus approprié à la situation du patient par le biais d'une application intuitive, rapidement accessible et commune à tous les acteurs de santé.

Afin de réduire les coûts engendrés par les dépenses liées aux actes d'imagerie, d'assurer une pertinence des actes optimale, de limiter les incidentalomes et d'éviter les actes inutiles ou redondants dans le parcours de soins, tout cela en respectant la radioprotection des patients.

Une étude similaire a été menée en parallèle par une interne de radiologie chez des médecins radiologues afin de définir leurs ressentis et leurs attentes concernant cet outil afin qu'il réponde de façon optimale aux besoins de l'ensemble des professionnels de santé concernés par la prescription d'examens d'imagerie.

Méthodologie

A. Choix de la méthode

Il s'agissait d'une étude qualitative par « Focus Groups ». C'est une technique de recueil de données par entretiens semi dirigés réalisée en groupe, modérée par un animateur neutre en présence d'un observateur, qui a pour but de collecter des informations sur un nombre limité de questions définies à l'avance.

Ici, le modérateur était un médecin généraliste et les observateurs étaient deux internes de radiologie et deux internes de médecine générale.

Une déclaration de conformité des entretiens semi dirigés a été réalisée et approuvée par le délégué à la protection des données de l'Université de Lille (Annexe 1).

Cette technique d'entretien repose sur une dynamique de groupe et permet d'explorer et de stimuler différents points de vue en favorisant l'émergence d'idées, d'opinions et d'expériences diverses, parfois controversées.

B. Population étudiée

Afin de maximiser l'expression de la diversité de l'échantillon, la population étudiée était constituée de médecins généralistes thésés et non thésés, remplaçants ou installés, de médecins généralistes retraités et d'internes de médecine générale exerçant ou ayant exercé dans les Hauts-de-France mais également dans d'autres régions françaises.

Nous avons favorisé un échantillon à variation maximale, représentatif de différents groupes de personnes concernant leur âge et le nombre d'années d'expériences variées. Ces caractéristiques ont été relevées oralement en début d'entretien et détaillées dans la première partie des résultats.

C. Mode de recrutement

Nous avons contacté les participants en leur envoyant une lettre d'invitation par E-mail exposant le contexte et l'objectif de notre étude, ainsi qu'un lien internet permettant d'accéder à notre outil d'étude l'ADERIM (Annexe 2). Par ce biais, nous avons recruté 25 participants.

Plusieurs dates d'entretiens ont été proposées afin de pouvoir convenir le mieux aux disponibilités de chacun et les entretiens se sont déroulés par visioconférence afin de favoriser l'accessibilité des participants, et de respecter les règles sanitaires liées au contexte actuel.

D. Recueil de données

Les participants ont reçu quelques jours avant l'entretien un e-mail leur rappelant brièvement le contexte et le but de notre étude ainsi qu'une invitation à consulter l'outil étudié l'ADERIM, afin de se familiariser avec celui-ci. Il leur a été également communiqué la date, l'heure et le lien d'accès à la réunion organisée par visioconférence via le logiciel Zoom®.

Avant le début de l'entretien, ils ont été informés du déroulement de la réunion, de l'objectif de l'étude, et de son caractère auto-enregistré dans le respect de leur anonymat.

Le recueil s'est arrêté à la suffisance des données, lors de la 3^{ème} session. Les sessions étaient enregistrées via le logiciel Zoom® et par l'utilitaire « Dictaphone » d'un iPhone 11 de Apple® puis sauvegardées sur une clé USB. Un questionnaire d'entretien semi dirigé comprenant des questions ouvertes a été réalisé (Annexe 3) Chaque entretien a duré entre 45 et 60 minutes. L'intégralité des entretiens est disponible sous forme numérique sur clé USB.

E. Analyse de données

La retranscription des entretiens a été effectuée à l'aide du logiciel de traitement de texte Word® de Windows® pour obtenir un corpus de VERBATIMS. Les attitudes, les émotions et les silences ont été signalés en italique.

Les participants ont été anonymisés par des codes P1 pour participant 1, P2 pour participant 2, etc et le modérateur a été anonymisé par la lettre M.

Ce travail a duré entre 5 et 6 heures par session retranscrite. Une analyse SWOT a été utilisée pour effectuer la synthèse de ces réunions. Cette méthode a permis de mettre en évidence les forces et les faiblesses de l'outil et de révéler les opportunités et perspectives d'amélioration à exploiter, tout en évaluant les menaces extérieures(16).

Résultats

Trois focus groups ont été réalisés par visioconférence entre novembre et décembre 2021.

Chaque focus group était composé de 8 à 10 professionnels de santé.

Les caractéristiques des différents participants sont présentées dans les tableaux ci-dessous.

Les 3 focus groups ont permis de réunir 25 professionnels de santé avec un ratio H/F de : 9/16.

Chaque entretien a duré entre 45 et 55 minutes.

Caractéristiques des participants

Tableau 1 : Focus group n°1 (Durée de l'entretien : 48 min)

Nom	Genre	Age	Statut	Expérience	Lieu d'exercice	Connaissance de l'outil
P1	F	28	Interne de médecine générale	3 ^{ème} semestre de médecine générale	Stage de Gynécologie dans le Pas-de-Calais	Non
P2	M	25	Interne de médecine générale	3 ^{ème} semestre de médecine générale	Stage en soins palliatifs dans la région Lilloise	Non
P3	F	27	MG remplaçant non thésé	Exerce en tant que remplaçant depuis 2 mois	Région Lilloise	Non
P4	F	28	MG installé non thésé	Assistant dans un cabinet médical depuis 2 mois	Cambrésis	Non
P5	F	30	MG remplaçant thésé	Exerce en tant que remplaçant depuis 2 ans	Région Lilloise	Non
P6	F	28	MG remplaçant non thésé	Exerce en tant que remplaçant depuis 2 mois	La réunion	Non
P7	M	60	MG installé thésé	MG installé depuis 20 ans	Douaisis	Non
P8	F	52	MG installé thésé	MG installé depuis 20 ans	Flandre	Non

Légende : M : Masculin, F : Féminin, MG : Médecin Généraliste

Tableau 2 : Focus group n°2 (Durée de l'entretien : 50 min)

Nom	Genre	Age	Statut	Expérience	Lieu exercice	Connaissance de l'outil
P9	F	28	MG remplaçant thésée	Exerce en tant que remplaçant depuis 2 mois	Région Lilloise	Non
P10	F	28	MG remplaçant non thésé	Exerce en tant que remplaçant depuis 2 mois	Région Lilloise	Non
P11	M	29	MG installé	MG installé depuis 3 ans	Région Lilloise	Non
P12	M	30	MG Installé	MG installé depuis 3 ans. Spécialisé en médecine du sport	Région Lilloise	Non
P13	F	30	MG Installé	MG installé depuis 3 ans	Région Lilloise	Non
P14	M	73	MG Retraité	MG retraité depuis 3 ans	Région Lilloise	Non
P15	F	28	MG remplaçant thésé	Exerce en tant que remplaçant depuis 2 mois	Région de l'Artois	Non
P16	F	27	Interne de médecine générale	3 ^{ème} semestre de médecine générale	Centre Hospitalier dans le Douaisis	Non
P17	M	60	MG installé	MG installé depuis 30 ans	Douaisis	Oui

Légende : M : Masculin, F : Féminin, MG : Médecin Généraliste

Tableau 3 : Focus group n°3 (Durée de l'entretien : 52 minutes).

Nom	Genre	Age	Statut	Durée d'expérience	Lieu d'exercice	Connaissance de l'outil
P18	M	73	MG retraité	MG retraité depuis 2 ans Installé en cabinet pendant 40 ans	Région Lilloise	Non
P19	F	27	MG remplaçant non thésé	Exerce en tant que remplaçant depuis 2 mois	Boulonnais	Non
P20	F	26	Interne de médecine générale	3 ^{ème} semestre de médecine générale	Stage de pneumologie au Centre Hospitalier dans le Hainaut	Non
P21	M	26	Interne de Médecine Générale	5 ^{ème} semestre de médecine générale	Stage de SASPAS dans la région Lilloise	Non
P22	M	40	MG installé Maître de stage des universités.	MG Installé depuis 10 ans	Flandre	Oui
P23	F	28	MG thésé	Praticien hospitalier contractuel en tant que praticien généraliste	Service de cardiologie de la région Lilloise	Non
P24	F	29	MG remplaçant thésé	Exerce en tant que remplaçant depuis 1 an	Rhône-Alpes	Non
P25	F	29	MG remplaçant thésé	Exerce en tant que remplaçant depuis 1 an	Hérault	Non

Légende : M : Masculin, F : Féminin, MG : Médecin Généraliste

Les données ont été traitées via l'analyse SWOT (Strengths, Weakness, Opportunities et Threats). Cette analyse a permis de déterminer les forces et les faiblesses internes à l'outil ainsi que les opportunités et perspectives d'amélioration en évaluant les menaces externes à l'outil. La triangulation des données a été effectuée avec une interne de radiologie de la subdivision de Lille.

A. Forces de l'outil

1. Support de réassurance pour le médecin prescripteur

L'ADERIM est perçu comme un support de réassurance pour le praticien face à sa prescription médicale. C'est un moyen pour lui de vérifier si la prescription est adaptée.

« C'est vrai que c'est quelque chose qui me rassure beaucoup » P3
« L'avantage de votre application c'est que ça vient conforter ou infirmer ce qu'on avait comme idée sur l'examen » P8
« Ça fait des bons rappels si jamais on a un oubli par exemple dans la pratique, pour nous aider à éventuellement nous rappeler certaines choses qu'on aurait pu avoir oublié ». P21

Il est perçu par tous comme un outil intéressant, regretté par les médecins généralistes retraités qui n'ont pas eu l'occasion de pouvoir l'utiliser et l'intégrer dans leur pratique.

« J'aurai bien aimé avoir un outil de ce genre-là en période d'activité » P18

2. Justification de l'examen auprès du patient

L'ADERIM permet au MG de justifier l'examen d'imagerie qu'il prescrit, d'expliquer aux patients les alternatives et la suite des examens d'imagerie à réaliser si la situation clinique le nécessite.

« Utile pour expliquer au patient » P2
« Avoir un site qui nous permet de présenter au patient la justification de ce que l'on fait » P7

3. Guide d'aide à la décision de la prescription et Guide d'aide au choix de l'imagerie

a) Guide d'aide à la décision de la prescription d'imagerie médicale

Cet outil apparait comme un guide d'aide à la décision de la prescription. Dans le cadre du principe de justification, il permet de vérifier si la prescription d'un examen complémentaire en première intention est justifiée ou non.

« C'est une aide précieuse pour le médecin généraliste qui arriverait à gérer ses examens complémentaires de façon la plus optimale possible » P14
« Moi je le verrai plus comme guide aide à la décision ouais... Le logiciel moi je vois plus comme une aide, un guide quand on ne sait pas » P25

b) Guide d'aide à la prescription de l'examen d'imagerie adapté.

Si l'examen d'imagerie s'avère nécessaire, il permet au MG de prescrire l'examen recommandé en première intention.

« Je n'ai pas toujours la bonne réponse dans les problèmes que je me pose sur la prescription des examens complémentaires souvent je me dis bon, est-ce que je demande un scanner ou est-ce que je demande une IRM ? » P17
« Utilisation pendant la consultation comme ça on sait directement quel examen prescrire » P16

4. Afin de limiter les prescriptions inutiles

Dans le cadre de la pertinence des soins, cet outil apparait pour les praticiens comme un moyen de prescrire à bon escient un examen qui sera bénéfique pour le patient et pour sa prise en charge, en tenant compte des risques induits par une irradiation potentielle.

« Donc l'outil permet de vraiment aller vérifier si c'est à bon escient » P8
« Voilà enfin faut toujours se dire je prescris un examen pour quelque chose, dans un but précis et pas juste comme ça quoi. Chaque chose a des conséquences aussi quoi donc je trouve ça bien de de le rappeler aussi » P10

5. Motifs nombreux et variés

a) Exhaustivité des indications

Certains MG estiment que les motifs et indications sont très exhaustifs...

« Euh tous les motifs qui sont présentés, c'est très exhaustif » P2
« J'ai trouvé qu'il y avait beaucoup de motifs de consultations, alors effectivement c'est exhaustif » P5

b) Aide devant des motifs de consultation moins fréquents

... ce qui leur semble bénéfique devant des motifs de consultation qu'ils rencontrent moins fréquemment dans leur pratique quotidienne et pour lesquels ils ne savent pas quel examen d'imagerie prescrire.

« Pour des examens qu'on n'a pas l'habitude de prescrire parce qu'il y a quand même des choses qu'on n'a pas besoin de regarder, on le sait, donc faudrait vraiment que ce soit des motifs un peu moins fréquents » P15.
« Une situation qui est assez peu courante et pour laquelle on peut se poser la question du bilan qui est préconisé en première intention bah là c'est justement super utile » P21

6. Optimiser la prise en charge du patient.

Les indications données sur les examens d'imagerie à prescrire et à réaliser permettent aux MG d'anticiper la prescription et la réalisation d'examens dans l'attente, par exemple d'une consultation chez un spécialiste. Cela apparait comme un gain de temps pour le patient.

« Pouvoir commencer à prescrire des examens avant de les envoyer chez le spécialiste et pouvoir avancer un petit peu je trouve que c'est pas mal ça, ça peut nous aider ». P25

7. Potentiel pédagogique formateur de l'outil

L'outil semble présenter un potentiel pédagogique formateur non négligeable pour les médecins interrogés. Il se présente comme un support d'apprentissage, qui leur permet de se remémorer leurs connaissances mais également se maintenir à jour sur les nouvelles recommandations.

« Cet outil-là est en même temps une formation parce qu'il répond à des questions qu'on peut se poser » P17

« Dans un but un peu pédagogique comme disait P17, en disant « tiens je vais faire un petit topo rapide, synthétique, je n'ai pas 2 heures devant moi mais est ce que je peux pas essayer d'optimiser mes futures prises en charge sur l'épicondylite, une lésion musculaire, sur l'utilisation de l'IRM etc » P12

« Même regarder la bibliographie après si on veut approfondir » P16

8. Ergonomie de l'outil

a) Accessibilité selon les 3 volets de recherche

Les informations recherchées par les MG sont accessibles selon 3 volets de recherche différents. Par l'onglet « motif de consultation », l'onglet « pathologie » ou encore l'onglet « mots-clés ». Ce mode d'accès à l'information semble convenir et correspondre à certains médecins.

« C'est présenté de manière symptomatique ou situationnel » P2

« Bah moi je trouve que c'est bien parce qu'il y a les 3 en fait du coup. Ce qui compte c'est d'arriver rapidement à ce qu'on veut ». P11

« Assez intuitif ça c'est plutôt pratique de pouvoir rechercher soit par mot-clé, par pathologie ou par système ça c'est plutôt pas mal le mode de recherche » P16

« En plus on peut choisir par symptôme, par pathologie enfin c'est facile d'accès et adapté » P20

b) Facilité d'utilisation et accès rapide à l'information recherchée

Pour certains MG interrogés, l'utilisation du dispositif paraît intuitive, simple et facile, adaptée à la consultation de médecine générale.

« Pratique et assez simple d'utilisation ». P13
« L'outil il est pratique si en consultation on veut rapidement chercher c'est accessible facilement » P16
« Comme site, vraiment très intuitif et facile d'accès simple, vraiment c'est top » P15
« J'ai trouvé vraiment très bien, très simple d'utilisation enfin tout à fait adapté à la consultation de médecine générale » P10

Certains MG mettent en valeur un accès rapide à l'information recherchée, un gain de temps pendant leur consultation.

« On n'a pas forcément le temps de passer des heures et des heures à lire plein de choses sur un site donc c'est vraiment des réponses rapides en quelques lignes qui peuvent vraiment bien nous aider » P10
« Pendant la consultation je pense que ça peut aller très vite et justement au moins on a tout de suite la réponse » P15

9. Informations et précisions apportées par l'outil.

a) Précision du degré d'intention et de l'ordre de priorité

L'outil a pour vocation principale d'indiquer aux médecins prescripteurs l'examen d'imagerie à réaliser en première intention, selon les recommandations. Il priorise aussi pour certaines indications les examens d'imagerie en fonction du degré d'urgence de la situation clinique, ce qui est apprécié par les MG.

« Et j'ai trouvé ça bien leur petit encart de priorité aussi par rapport aux examens à réaliser » P9
« Pas mal aussi d'avoir bien précisé l'urgence enfin le degré d'urgence de chaque examen » P10
« Assez simple même avec les couleurs vertes / il faut le faire rapidement/ En Urgences tout ça j'ai trouvé que c'était pas mal. » P25

b) Dose d'irradiation induite

L'outil permet de les sensibiliser à la dose d'irradiation perçue par le patient à chaque examen réalisé. Cela paraît une information importante pour le prescripteur.

« Enfin l'irradiation que cela pouvait provoquer » P10
« Chaque radio ça irradie, c'est important de savoir, se rappeler un peu des conséquences aussi d'un examen comme ça » P10

Les médecins apprécient le fait que l'ADERIM apporte parfois des précisions sur la nécessité d'un examen injecté ou non.

« Dans ma pratique je trouvais que c'était quand même important de savoir si je savais si mon patient allait avoir un scanner avec injection ou sans injection une IRM avec ou sans injection » P18.

B. Faiblesses de l'Outil

1. Manque de représentativité de l'activité en médecine générale : Motifs de consultation et Indications

a) Absence d'indication pour des motifs fréquemment retrouvés en consultation

Certains médecins soulignent le fait que l'outil n'est pas adapté à leur activité en médecine générale. Certaines indications sur des motifs de consultation les plus fréquents ne semblent pas assez développées, ou même absentes, c'est par exemple le cas pour les pathologies concernant la thyroïde.

« Pas assez centré médecine générale en termes de prévalence de ce que l'on voit » P7
« Tout ce qui est au niveau thyroïde, je ne l'ai pas trouvé à moins que ça soit moi qui ai mal vu mais c'était plutôt concentré sur le diabète, alors que je trouve que les pathologies thyroïdiennes sont très présentes en médecine générale, donc ça pourrait être un petit peu amélioré de ce point de vue-là. » P5

b) Indications trop spécialisées et trop nombreuses

Alors que d'autres motifs beaucoup moins fréquemment retrouvés en consultation le sont, les médecins déplorent une non-représentativité des motifs en termes de prévalence en médecine générale.

« Auquel cas je trouve qu'il y a des indications où de toute façon on ne les prendra pas forcément en charge en médecine de ville » P19

« Alors premièrement je pense que l'outil se veut peut-être trop exhaustif et donc préfère cataloguer tout vraiment, toute la médecine, tout ce qu'on fait en radiologie avant tout. Il y a quand même une partie des items dont on ne va pas forcément se servir pour des raisons assez évidentes. » P23

« C'est trop exhaustif » P7

« C'était trop spécialisé notamment sur le plan digestif où ils allaient jusqu'à l'Entero-Irm je pense qu'on envoie d'abord le patient vers un spécialiste avant d'en arriver là » P1

2. Exhaustivité chronophage

La diversité des motifs de consultation et des pathologies développées entraînent pour certains généralistes une perte de temps dans l'accès à l'information.

« Il y avait beaucoup de motifs de consultations... Ça peut peut-être nous perdre un petit peu au moment de la recherche par exemple » P5

« Pour recherche un truc c'est un peu long, il y a pas mal de déroulés sur certains motifs de consultation » P8

« C'est peut-être un peu trop exhaustif et effectivement s'il y avait moins d'hypothèses ça serait tout à fait envisageable de l'utiliser complètement » P5

3. Ergonomie de l'outil

a) Modalités d'accès à l'information

L'accessibilité par les trois volets de recherche a été critiquée par certains MG. Ils relèvent des similitudes et des incohérences dans les différentes catégories d'accès, avec une difficulté pour trouver l'information recherchée.

« Les catégories en fait, je ne sais pas si ça aurait été mieux en fait de faire par catégorie, par appareil justement plutôt que de faire douleur d'un membre, douleur de la main... » P3

« Je trouve que finalement on est quasiment sûr des synonymes entre motif de consultations et pathologies » P15

« On regarde la petite flèche de motifs de consultations et quand on regarde la petite flèche de pathologies finalement ça se rejoint. » P15

b) Volets « Motif de consultation » non adapté

Le déroulé du volet « motif de consultation » laisse place à de nombreuses sous-catégories qui ne sont pas des motifs de consultation selon certains MG.

Ils critiquent les intitulés de ces « motifs de consultation ». Nous pouvons prendre le cas des motifs « Peau et Phanère » ou « Face et Cou », qui rassemblent à la fois dans les sous-catégories des motifs neurologiques, dermatologiques ou encore traumatologiques.

« Quand vous choisissez un motif de consultation, c'est un peu étrange vous prenez « peau et phanères », est ce que « peau et phanères » est un motif de consultation ? Je n'en suis pas certain. Dedans vous retrouvez masse des tissus mous, masse mammaire chez la femme enceinte, je trouve que c'est bizarre comme motif de consultation » P7

« Je trouve que c'est plus la partie où c'est séparé en pathologies que je trouve plus intéressante parce que l'autre partie je trouve que c'est trop vague aussi par rapport à l'examen clinique » P25

« Si je tape « Motif de consultation » finalement j'ai pas « Tête » j'ai « Face et Cou » donc bon c'est peut être un petit détail mais c'est pas non plus... Il n'y a pas de « Tête » et puis après dans « Pathologies » du coup il faudrait que... Autant taper céphalées quoi » P15

4. Absence de références bibliographiques

Les médecins dénoncent l'absence de références bibliographiques associées à toutes les indications émises par l'outil. Ils remettent en question la pertinence et la validité interne des recommandations.

« Je trouve que c'est un site qui donne quand même beaucoup d'infos et je me pose la question de la pertinence de ces infos » P22

« La source de l'indication, je ne l'ai pas trouvée » P18

« Niveau de preuve il n'y a pas de niveau de preuve » P22

5. Outil incomplet et hétérogène.

a) Manque d'explications sur l'examen recommandé

Les explications associées à chaque indication ne sont pas toujours détaillées et parfois incomplètes.

Certaines indications sont étayées avec des paragraphes explicatifs, dans d'autres cas, il est uniquement précisé l'examen à réaliser en première intention, sans explications complémentaires.

Certains MG regrettent par exemple que l'indication entre scanner ou IRM en première intention ne soit pas formellement tranchée. Ils aimeraient avoir davantage d'explications sur la raison pour laquelle un examen est indiqué en première intention, plutôt qu'un autre.

Il en est de même pour l'ordre de priorité, le degré d'urgence, la dose d'irradiation et la nécessité du produit de contraste. Les médecins dénoncent un outil incomplet sur certaines indications et très hétérogène sur les informations apportées.

« IRM on ne veut pas que la réponse soit scanner ou IRM. Vous voyez c'est soit c'est scanner soit c'est IRM, pourquoi, oui/non etc etc. En fait si on vient chercher une réponse c'est pas pour qu'un reflète notre question à travers l'écran. » P12
« Il y a d'autres items ou euh on a juste une réponse juste « IRM / radiographie / scanner » sans forcément d'autres informations je pense que là l'intérêt de l'outil c'est justement d'avoir l'information complémentaire savoir si c'est urgent si c'est en première intention » P23
« Que j'ai remarqué qu'il y avait les items qui sont plus approfondis que d'autres, » P23
« euh peut être que toutes les articulations ont pas été traités au même niveau. » P18

b) Hétérogénéité des ressources bibliographiques

Une hétérogénéité dans la documentation sur les différentes indications a été identifiée par les MG. Certaines sont parfois inexistantes, ce qui limite le poids apporté à la justification de la prescription.

« Qu'il y a de la bibliographie dans certains mais dans certains il n'y a pas de bibliographie. »P16
« C'est très intéressant mais quand c'est pas argumenté on peut se demander pourquoi ça et pas autre chose» P23

6. Mauvaise diffusion de l'outil, promotion insuffisante

a) Outil non référencé

La plupart des médecins interrogés n'avaient jamais entendu parler de cet outil. Ils déplorent le fait que celui-ci n'apparaisse pas sur le site de référencement des systèmes d'aide à la prescription médicale : Kitmédical®.

« Je ne connaissais pas ce site et cet aide à la demande d'examens de radiologie » P5
« Je rejoins les autres sur le fait que je ne connaissais pas du tout » P1
« J'ai entendu parler un petit peu de diffusion du site et tout ça, je sais pas je sais pas auprès de qui il est diffusé ? » « Je ne sais pas si il est référencé, je l'ai jamais vu sur Kitmédical » P22

b) Nom de l'outil inadapté

Le nom de l'outil ne leur parait pas intuitif ni facile à retenir.

« Par contre que le nom du site il n'est pas forcément très intuitif » P13

7. Difficultés à mettre en œuvre les recommandations dans la pratique quotidienne

Il est ressorti que les recommandations données par l'outil n'étaient pas toujours réalisables en pratique quotidienne. Le logiciel s'éloigne de la réalité en ce qui concerne la faisabilité et la réalisation en médecine de ville.

« J'ai trouvé que ça manquait euh un peu de réalité par rapport à notre travail en médecine générale, et qu'en fait des fois c'était un peu éloigné de ce qu'on faisait ». « Derrière il faut réécrire ce référentiel-là pour qu'il soit adapté à la médecine générale ».P8
« A faire un site à côté adapté à la médecine générale et que ça ne soit pas un site toute spécialité. » P7
« C'est réalisé par d'autres spécialistes qui ne nous connaissent pas et qui ne viennent jamais voir comment ça se passe dans nos cabinets et avec la problématique des territoires. »P7

8. Manque de représentativité par rapport à l'inégalité d'accès à l'offre de soins dans les territoires de santé

Même si les recommandations existent, il paraît quelques fois compliqué d'accéder aux examens d'imagerie recommandés en première intention, du fait de délais d'obtention d'imagerie parfois très disparates en fonction des différents territoires de santé.

Les médecins soulèvent le problème d'inégalités territoriales de santé. La radiographie conventionnelle apparaît souvent comme l'examen le plus facile d'accès même si celui-ci n'est pas recommandé en première intention.

« Mais dans la pratique on voit souvent qu'en première intention il y a par exemple l'IRM, évidemment en théorie, mais dans l'acquisition des examens ça va prendre beaucoup plus de temps avant d'avoir une IRM qu'une échographie ou qu'un scanner, même si on sait que l'IRM sera primordiale » P5
« Que l'ordonnancement et l'ordre des examens qui sont énoncés euh parfois en médecine de ville c'est vrai que dans certains coins de campagne une IRM ou un scanner ce n'est pas forcément accessible très facilement » P2
« J'ai trouvé que parfois il y a un problème d'accessibilité » P1

« Nous on a toujours un délai qui est beaucoup plus grand que ce qu'on peut avoir quand on est en centre hospitalier. » P8
« Que régulièrement je suis confronté à la pénurie et enfin au délai d'attente pour avoir les examen » P17

C. Opportunités, perspectives de développement et d'amélioration de l'outil

Les focus groups réalisés ont mis en lumière les perspectives d'amélioration de l'outil et les mesures de promotions envisageables afin qu'il devienne un référentiel utilisable par la majorité, en s'adaptant aux besoins principaux des médecins généralistes.

A partir des forces et faiblesses de l'outil, nous avons pu déterminer les opportunités de développement de celui-ci.

1. Formation Médicale Continue

Les médecins interrogés voient dans l'outil un potentiel pédagogique et formateur qui pourrait s'intégrer dans leur développement professionnel continu (DPC).

a) Intégrer les références bibliographiques dans toutes les indications

L'ensemble des praticiens expriment le désir d'avoir des références bibliographiques associées à chaque recommandation émise par l'outil. La validité interne des références leur semble être une priorité.

Les MG souhaitent avoir accès à des sources fiables auxquelles ils pourraient se référer et consulter afin d'approfondir leurs connaissances si besoin.

« Donc je pense que ça c'est important aussi, qu'il y ait des recommandations et qui soient valides avec des liens qui permettent de vérifier ces validations et ces recommandations » P7

« Il faudrait l'origine, la source. » P12

« Ce serait intéressant qu'il y ait les références en lien avec les recommandations pour qu'on puisse si on a envie d'approfondir justement » P23

« Je suis d'accord ça peut être bien d'avoir les références pour pouvoir éventuellement approfondir ou regarder » P21

b) Tenue à jour des références bibliographiques

Les MG interrogés souhaiteraient une mise à jour fréquente, régulière et datée des recommandations.

« Ça serait bien de savoir de quand date cette mise à jour » P12

« À chaque fois la date des dernières mises à jour de l'article. Enfin la date de la dernière mise à jour pour chaque thématique un peu comme dans « Antibioclic® » pour qu'on sache quand ça a été réactualisé » P16

c) Avoir accès aux sources par des liens connectés.

Les MG aimeraient avoir des références récentes associées à des liens connectés afin de pouvoir consulter directement les sources et articles dont émanent les recommandations.

Cela leur permettrait d'avoir accès rapidement à un complément d'information par l'intermédiaire de liens valides et actifs.

« S'il y a des liens, qu'on puisse les consulter. » P23

« Et qui soient valides avec des liens qui permettent de vérifier ses validations et ses recommandations » P7

« Des références biblio avec des liens actifs » P12

« Compléments d'informations peut-être qu'on a besoin de répondre aux questions via le site. » P12

d) Ajouter un onglet « Nouvelles Recommandations »

Dans les perspectives d'amélioration de l'outil, les professionnels interrogés souhaiteraient un onglet « nouvelles recommandations » pour avoir un accès rapide aux dernières actualités.

« Ça serait bien d'ajouter un onglet « nouvelles recommandations » sur la page d'accueil » P1

2. Rendre l'outil plus interactif, pour le médecin et pour le patient

a) Intégrer des iconographies et des schémas explicatifs

Apporter une iconographie explicative de l'examen d'imagerie, prescrit et recommandé par l'ADERIM, serait d'une grande aide pour les professionnels de santé.

Cela serait pour eux un moyen de se remémorer visuellement les lésions ou anomalies anatomiques et surtout d'expliquer au patient sa pathologie, ce qu'il recherche par l'examen prescrit, dans le but de favoriser son adhésion et sa compréhension.

« Je rejoins ce qui a été dit tout à l'heure de pouvoir intégrer une iconographie je pense par pathologie si c'est possible pour pouvoir à la fois nous se remémorer l'iconographie et à la fois expliquer au patient sa pathologie pour qu'il puisse mieux adhérer à la prise en charge et pouvoir comprendre ce qui lui arrive aussi quoi ». P2
« Une iconographie permettrait d'agrémenter un peu le site et de pouvoir identifier ce que l'on cherche beaucoup plus facilement » P7

Les MG aimeraient également des schémas anatomiques explicatifs associés aux pathologies, pour pouvoir expliquer plus facilement au patient en consultation la zone anatomique atteinte, comme pour les tendinopathies de la coiffe des rotateurs ou de la patte d'oie par exemple.

« Un petit schéma d'articulation », « le patient est rassuré par le schéma », « Quelque chose dans la compréhension de sa maladie » P6
« Ouai tu vois sur la coiffe des rotateurs avoir quelques images qu'on puisse présenter au patient » P7

b) Intégrer des fiches ou vidéos explicatives sur l'examen à venir

Les professionnels ont émis l'idée d'intégrer au logiciel des fiches ou vidéos explicatives qui présenteraient et expliqueraient les modalités de déroulement de chaque examen d'imagerie, le temps approximatif de l'examen, le bruit associé. Le but serait de mettre en confiance et rassurer certains patients qui présentent des réticences à effectuer ces examens.

« Pourquoi pas une petite vidéo très courte qui va montrer ce qui ai fait, en quoi ça consiste » P7

« Ça c'est vrai que c'est une très bonne idée, parce que beaucoup de patients par exemple claustrophobes ou autres n'osent pas forcément faire l'examen, il faut tenir compte aussi de leurs peurs et appréhensions et leur expliquer comment ça va se passer, combien de temps le bruit qu'ils vont entendre, ça peut vraiment les mettre plus en confiance ». P5

« Ça serait pas mal si des fois on pouvait expliquer aux patients, si on avait juste à retourner l'écran à ce moment-là et à dire « oui ça va se passer comme ça, c'est cette machine là et puis ça va se passer comme ça », c'est sûr que ça pourrait rassurer le patient » P11

« Un petit truc spécifique - Fiche patient explicative juste sous la forme d'une page assez simple pour répondre, pouvoir répondre a vraiment toutes leurs questions donc les questions qui peuvent se poser quoi » P10

« Les fiches explicatives je trouve que c'est aussi une bonne idée pour les pour les patients, de le mettre à part dans un onglet un petit peu, un petit peu différent » P13

3. Préciser les situations d'urgence

Les médecins interrogés, surtout les jeunes médecins et internes souhaiteraient que l'outil précise les situations où l'examen doit être réalisé en urgence et à quel moment adresser les patients directement aux Urgences.

« Ça aurait été bien de mettre certains critères pour envoyer directement le patient aux urgences. » P1

« Je trouve qu'un petit drapeau qui s'allume en disant « attention si suspicion d'AVC, Urgence » avant de se lancer là-dedans en ville ça aurait été pas mal » P1

« Je pense que si vraiment on a ce type de suspicion ça mérite d'aller aux urgences là pour le coup au lieu de dire qu'il faut faire un scanner je pense qu'il faut dire adresser aux urgences. » P15

4. Possibilité de recours à un accès direct par téléphone dans les situations d'urgence.

a) Accès direct à un avis radiologique par téléphone

Les MG aimeraient avoir accès à un lien direct avec les radiologues quand ils pensent que la situation le nécessite afin de pouvoir communiquer, échanger et être orientés sur certaines situations cliniques qu'ils considèrent comme complexes ou urgentes. Ils souhaiteraient un système de numéro d'urgence.

« Qui serait intéressant c'est d'avoir face à ce genre de site un système de numéro d'urgence que l'on pourrait joindre facilement et par territoire ou en tout cas une liaison » P8

« D'avoir des numéros que l'on peut joindre facilement avec une organisation médecine hospitalière/ médecine de ville ça serait génial ça. Avec des numéros directs et par départements » P3

b) Afin de privilégier la communication entre MG et radiologues

Les MG sont d'accord pour dire que la communication avec les autres spécialistes est la clé d'une bonne prise en charge pour leur patient. Un numéro direct serait, pour eux, un moyen de favoriser cette communication.

« En fait je crois que la base c'est ça, c'est notre communication avec les radiologues et le téléphone est je pense le meilleur moyen, surtout si on a nos portables, on envoie un sms, on arrive à travailler ensemble beaucoup mieux comme ça. » P7

5. Associer au logiciel une prise de rendez vous

Dans leur vision de l'outil « idéal », ils aimeraient pouvoir avoir accès à une prise de rendez-vous directement via le site internet pour les examens qu'ils considèrent comme urgents à réaliser, territoire par territoire.

« Lier le logiciel avec prise de rendez-vous urgents, disponibles, uniquement pour les professionnels de santé par exemple territoire par territoire » P7

« Importe de créer un espace professionnel de santé où on pourrait faire directement une demande d'imagerie sur notre territoire qui soit en lien avec les cabinets de radiologie, que ce soit en ville ou hospitalier et qu'on ait une réponse dans la journée ou ça dépend de l'urgence mais de pouvoir directement faire cette prescription pour coordonner avec les différents professionnels autour de nous. » P2

6. Mesures de promotion de l'outil

Les participants ont été interrogés sur leur idées concernant les mesures de promotion du dispositif, afin de lui donner de la visibilité et qu'il puisse l'intégrer pleinement dans leur pratique quotidienne.

a) Intégrer l'ADERIM dans les logiciels d'aide à la prescription

La majorité des médecins travaillent sur des logiciels d'aide à la prescription (LAP), ils souhaiteraient avoir un accès direct à l'outil via ces LAP.

« On devrait avoir ça dans nos logiciels, intégrés dans nos logiciels comme aide à la prescription. Je trouve que ça devrait être proposé aux grands fournisseurs de logiciels pour que ce soit intégré » P17
« En fait c'est vrai que ça serait bien que ce soit intégré avec peut-être des autres outils en terme de prise en charge en terme de traitement peut être pour faire tout sur une même plateforme. » P21

b) Création de liens interconnectés

Les MG souhaiteraient également des liens interconnectés entre les différents systèmes d'aide à la décision médicale (SADM) déjà existants, type Antibioclic®.

« Par exemple un intérêt pour un lien direct vers Antibioclic. Des liens Interconnectés » P12
« C'est vrai que ça pourrait être intéressant, des passerelles vers d'autres sites ou d'autres références ouai. » P21

c) Référencer l'outil

Les médecins généralistes souhaiteraient que l'outil soit référencé sur le site KitMédical®, afin d'en faciliter l'accès.

« S'il était référencé sur kit médical, alors je ne sais pas que j'avais un lien, mais est-ce qu'il est référencé sur un site comme ça » P6
« L'outil soit référencé dans les trousse à outil » P12

d) Trouver un nom plus attractif

Les MG sont habitués aux SADM tel qu'Antibioclic®, Dermato clic®, Ophthalmoclic®. Un nom plus attractif faciliterait l'utilisation du site internet. Selon eux, le nom de l'outil n'est pas intuitif ni facilement mémorisable. Certains ont proposé des idées pour modifier celui-ci.

« Ça je suis d'accord, pour le coup ça serait intéressant de l'appeler comme ça parce que je me souviens qu'à l'époque quand j'ai découvert antibioclic, après j'essayais plein de site en clic, il y en a pas mal d'autres qui s'appellent clic comme gesta clic, corona clic. Et en fait du coup c'est vrai que ça c'est facile de mémorisation. » P5
« « Radioclic » dans le quotidien » P6
« Je pensais aussi à « Imagerie clic » pour être plus général que radio clic » P5
« Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la radiologie et l'imagerie sans jamais oser demander » P8
« « Imageriedoc » ou un truc comme ça » P16
« Pour rester dans toute la série des « clic » « Radioclic » » P22

e) Créer une application mobile pour smartphone

Afin de pouvoir utiliser l'outil à tout moment, notamment en visite à domicile, il serait souhaitable de créer une version mobile du site internet utilisable facilement sur smartphone.

« Et puis aussi ce qui est bien maintenant c'est de les avoir en application pour téléphone » P8

7. Ergonomie : Réorganisation de l'outil et de l'accessibilité.

Les médecins ont souligné un problème d'accessibilité aux informations recherchées. La discussion entre les médecins lors des focus groups a permis d'aboutir à des idées pour la restructuration de l'outil.

a) Modifier les trois volets de recherche

Les MG interrogés critiquent l'organisation du logiciel et l'accès aux informations qui leur paraît parfois inadapté.

Certains d'entre eux préféreraient un accès par exemple par hypothèse diagnostique ou par signes cliniques et revaloriser l'accès par mots clés.

« En fait ça pourrait être intéressant de directement mettre par mots clés ce qui nous permettrait en fait de ne pas rechercher pendant pas mal de temps ce que l'on veut vraiment ». P5
« En faveur d'un accès par mot-clé » P15
« C'est toujours « Mots- clés » que j'aurai envie d'utiliser, ce que je veux, tout de suite je mettrais « céphalées » par exemple et je trouverai tout de suite euh l'examen que je veux » P20

b) Accès par hypothèse diagnostique

L'une des idées émises était d'avoir plutôt un accès par hypothèse diagnostique, en fonction des symptômes présentés par le patient.

« Il faudra peut-être faire par hypothèse diagnostique » P21

8. Créer un accès situationnel

Sur le modèle d'Antibioclic®, les MG aimeraient un accès en fonction du terrain clinique de leurs patients (âge, grossesse en cours, insuffisance rénale, allergies aux produits de contraste, contre-indications...) afin de prescrire l'examen complémentaire le plus adapté aux recommandations et aux caractéristiques de leurs patients.

« C'est certain que je pourrais insister peut-être sur les indications, contre-indications, précautions à prendre éventuellement pour tel ou tel examen par rapport à des pathologies de toutes sortes, insuffisance rénale... On en a parlé mais c'est vrai que globalement ça peut être un élément aussi à prendre en considération pour la décision des examens complémentaires. » P14
« Si on a affaire à un adulte, à un enfant, parce que je pense qu'on n'a pas à faire au même examen paraclinique d'emblée en première intention selon l'âge, selon insuffisance rénale etc. » P15

9. Développer des algorithmes décisionnels

Ils souhaiteraient aussi la présence d'arbres, algorithmes décisionnels pour adapter leur prescription en fonction d'un panel de signes et symptômes cliniques présentés par leur patient afin d'affiner leur hypothèse diagnostique et d'aboutir à la prescription de l'examen le plus adapté.

« Je pense que ça pourrait être intéressant d'avoir un algorithme un peu plus poussé pour arriver à l'examen qu'on doit faire en fait. » P18
« Avancer dans notre hypothèse diagnostique en fonction des symptômes du patient, est ce qu'il présente ça, oui/non pour arriver à l'examen le plus adapté ». P22

10. Préciser ou justifier les premières ou deuxièmes intentions

Les médecins souhaiteraient davantage de précisions et d'explications associés aux recommandations émises par l'outil.

« Pour épicondylite il est écrit qu'il n'y a pas d'examen en première intention et après il me propose en 2nde intention radio/écho mais en fait moi j'aurais aimé savoir à partir de quand on décide de faire une imagerie en fait » P9
« Par exemple il y a l'exemple de la toux, donc là on tape « toux chronique » là donc plus d'un mois, c'est tout de suite écrit Radio de thorax et sans expliquer le reste alors qu'on peut réfléchir à une sinusite chronique du coup prescrire un scanner ou ce genre de choses et je trouve que c'est parfois pas assez détaillé » P5

11. Obtenir une estimation du temps d'accessibilité aux examens d'imagerie en fonction du territoire de santé

Les MG aimeraient voir intégrer dans ce logiciel une estimation du délai d'obtention de l'examen d'imagerie en fonction du territoire de santé où ils exercent. Ce qui les guiderait également dans le choix de la prescription.

« C'est l'idée peut être d'avoir l'estimation des temps d'attente des examens en fonction des départements avec une durée moyenne pour vraiment orienter au mieux ». P12
« Une intégration de prise de rendez-vous ? de l'aide au rendez-vous ? Disponibilité en direct, tu mets du code postal et tu vois ou tu peux avoir rapide, une IRM le plus rapidement. »

12. Préciser le coût de l'examen

Enfin les MG aimeraient avoir une estimation du prix de l'examen demandé, comme il est souvent retrouvé dans les logiciels d'aide à la prescription pour les médicaments, afin d'être sensibilisés aux dépenses de santé induites par leur prescription.

« J'avais pensé aussi rappeler le coût de ces éléments parce que c'est quand même un élément important » P14

D. Menaces

Le SWOT a permis de mettre en évidence les menaces externes qui pourraient être un frein à la bonne utilisation et à la diffusion de l'ADERIM.

1. Manque de confiance dans le GBU

Les médecins qui avaient connaissance du GBU n'en gardent pas un bon souvenir.

« Moi j'avais utilisé une version un peu similaire, plus ancienne, j'en avais pas forcément gardé un bon souvenir donc celui-là je le connaissais pas du tout. » P22

2. Co Existence de nombreux SADM

Alors que les systèmes d'aide à la décision médicale se développent, cela pourrait être un désavantage pour l'ADERIM qui passerait inaperçu entre les différents SADM.

« C'est toujours la difficulté, je trouve qu'on est un peu submergé par les sites et je crois que c'est une idée qui a été un petit peu déjà évoqué, c'est à dire que des sites d'aide à la prescription diagnostic et tout ça il y en a quand même beaucoup, c'est difficile de faire la part des choses on les découvre un petit peu par hasard » P22
« Oui c'est difficile de connaître tous les sites...Oui trop de sites tue le site ça c'est un peu vrai oui » P22

3. Changement d'interface dérangeant

Pour les anciens utilisateurs et habitués du GBU, cette nouvelle version, l'ADERIM par son changement d'interface et de mode d'accès à l'information pourrait être un frein à son utilisation.

« Et ce qui me fatigue beaucoup avec les sites et tout ça, c'est les changements d'interface et là par exemple je me rends compte que kit médical a complètement changé d'interface et tu ne retrouves plus rien de tes habitudes » P22

4. Difficultés dans le changement des pratiques et des habitudes quotidiennes

Le principal frein à l'utilisation de l'ADERIM reste la difficulté pour les médecins à l'intégrer dans leur pratique quotidienne et à vouloir modifier leurs habitudes de prescription.

« Parce qu'aide à la prescription, ça dépendait aussi de notre pratique quand on a pris nos habitudes, on a le radiologue à côté, on a le scanner plus facilement on a le truc... Donc ça c'est plus des habitudes je trouve par rapport à notre pratique et le logiciel moi je vois plus comme une aide, un guide quand on ne sait pas. » P25

Discussion

A. Discussion de la méthode

1. Forces de l'étude : choix d'une étude qualitative par focus group avec analyse SWOT

La méthode qualitative permet de comprendre et d'explorer des phénomènes de façon descriptive en se reposant sur le vécu et l'expérience des personnes interrogées, elle est surtout appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs et donc difficiles à mesurer (17)

Cette méthode par entretiens s'imposait comme celle de choix pour comprendre et identifier les attentes et les besoins des professionnels de santé à l'égard de l'outil étudié.

La réécoute intégrale des entretiens a été effectuée avant et après retranscription pour garantir l'authenticité des propos des participants et du verbatim.

Chaque groupe était constitué de 8 à 9 volontaires afin d'assurer un échange et une interaction satisfaisante entre les participants.

Afin de limiter le biais de sélection, et rendre l'échantillon représentatif de la variabilité des points de vue des MG en France, nous avons constitué des groupes hétérogènes, avec des professionnels de santé d'âge différent, de durée d'expérience différente, étudiant et retraités exerçant dans différents territoires de santé (dont les départements et régions d'outre-mer et collectivités d'outre-mer).

La fiabilité des résultats et la validité interne ont été assurées par :

- Le respect d'une méthodologie systématique.
- Le choix pertinent de l'échantillon théorique.
- L'obtention de la suffisance des données lors du troisième entretien qui n'apportait pas de nouvelles données.
- Le respect du guide d'entretien semi directif.
- Triangulation des données réalisée avec une autre interne de radiologie.

La méthode SWOT (acronyme des mots anglais Strengths, Weakness, Opportunities et Threat) est un outil d'analyse qui permet de développer la stratégie marketing d'une entreprise et d'évaluer la réussite d'un projet en croisant deux types de données : internes et externes.

A partir de cette analyse, nous avons pu déterminer les forces et faiblesses de l'outil, ainsi que les opportunités et menaces externes à l'outil qui pourraient être favorables ou défavorables à son utilisation tout en évaluant les perspectives et pistes d'amélioration.

2. Limites et biais de l'étude

En raison du contexte sanitaire, les entretiens ont été réalisés par visioconférence, ce qui limite l'analyse descriptive des attitudes non verbales des participants.

Lors de la retranscription et de l'analyse du verbatim, un biais d'interprétation intrinsèque à la recherche qualitative subvient systématiquement.

Ce biais est lié à une erreur dans le codage des entretiens, en lien avec une mauvaise interprétation ou une mauvaise compréhension des réponses des participants. Afin de limiter ce biais, une triangulation des données a été réalisée avec une interne de radiologie de la faculté de médecine de Lille.

Le recrutement des participants se voulait le plus exhaustif possible. Malgré la diversité d'âge du panel interrogé, on notait un déséquilibre au niveau du sexe des professionnels de santé interrogés (9 hommes pour 16 femmes), ce qui a pu constituer un biais de recrutement.

La méthode des focus groups présente ses propres limites. Les données collectées ne sont pas représentatives de l'ensemble du groupe, certaines personnalités prennent l'ascendant dans le débat (« les leaders »), laissant les personnalités les plus timides de côté. Il peut également exister une réticence à exprimer ses idées personnelles en groupe par peur d'un jugement d'autrui.

Pour limiter ce biais, le modérateur a pris soin d'interroger individuellement chaque participant lors de l'entretien pour optimiser la richesse des échanges.

Le biais d'investigation a été limité par :

- L'utilisation d'un guide d'entretien semi dirigé semblable pour chaque focus group.
- L'intervention d'un modérateur expérimenté, ayant déjà animé de nombreuses fois ce type de débats.

B. Discussion des résultats

L'exercice de la médecine générale fait appel à un large panel de connaissances et de compétences (18). Les MG doivent posséder des connaissances médicales variées, ils doivent être capables de soigner toutes sortes de pathologies.

La mise à jour des connaissances scientifiques et leur application au quotidien est parfois un enjeu compliqué pour les MG. Afin de faire face à la multiplicité et à la complexité croissante des recommandations de bonnes pratiques, des systèmes d'aide à la décision clinique ou médicale (SADC ou SADM) ont été créés (19).

Les SADM sont *“des applications informatiques dont le but est de fournir aux cliniciens en temps et lieux utiles les informations décrivant la situation clinique d'un patient ainsi que les connaissances appropriées à cette situation, correctement filtrées et présentées afin d'améliorer la qualité des soins et la santé des patients”*. (définition HAS 2010) (20).

Ils répondent à la demande des MG qui ont besoin de sources facilement accessibles, de réponses rapides et concises, adaptées à la pratique de la médecine de ville. Le but pour eux est de détecter et d'éviter la prescription d'exams inutiles ou de réaliser des doublons, en suivant les dernières recommandations (21), (20).

Aujourd'hui, leur utilisation fait partie de la pratique quotidienne des MG et l'impact positif sur les pratiques médicales a déjà été largement mis en évidence dans de nombreuses études comme le montre le rapport de la HAS de 2010 (20).

L'utilisation de l'ADERIM en tant qu'aide décisionnaire s'intègre donc spontanément dans les pratiques médicales des MG interrogés.

L'un des SADM le plus connu par les praticiens est Antibioclic®. Il s'agit d'un guide d'aide à la prescription des antibiotiques dans le cadre des soins primaires (19). L'ADERIM, lui a été comparé de nombreuses fois dans notre étude.

Améliorer la pertinence des prescriptions, des actes, des examens et des hospitalisations fait partie des objectifs de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022 (22), (23).

Le système de santé et ses acteurs doivent garantir la pertinence des pratiques pour améliorer la qualité des soins et limiter les dépenses évitables.

Dans le cadre de la SNS, il a été estimé qu'entre 20 et 30% des prescriptions concernant des rayonnements ionisants à des fins médicales n'étaient pas pertinentes (23). La mise en œuvre du principe de justification doit permettre d'éviter une surexposition pouvant générer des effets indésirables.

L'ADERIM est perçu par les MG comme un support de réassurance dans le cadre de la pertinence des actes et des prescriptions. Il leur permet de limiter les prescriptions abusives ou inutiles et de les guider aux mieux dans leur décision médicale.

Face à une relation Patient-Médecin en pleine évolution où le modèle paternaliste a été remplacé par une approche centrée sur le patient et la recherche d'une alliance thérapeutique (24), les médecins voient dans l'ADERIM un moyen de justifier leur prescription auprès d'eux.

Ce guide permet de donner un poids supplémentaire à leur décision médicale et de favoriser par l'explication, l'adhésion au soin (25).

La durée moyenne d'une consultation en France est de 16 minutes selon l'enquête de la Drees réalisée en 2002 (26) et confirmée par l'étude ECOGEN qui retrouve un temps moyen de 16,7 minutes par consultation (27).

Face à ces données, la recherche de l'optimisation du temps lors d'une consultation semble inévitable pour les MG. Cet outil permet de leur apporter ce gain de temps qu'ils peuvent valoriser en se recentrant sur le patient.

Une charte de qualité des outils internet a été dressée par le département de médecine générale de Paris Diderot. Elle détaille les critères à prendre en compte lors de leur évaluation et de leur conception à partir de référentiels d'évaluation et de labellisation des sites internet de santé tels que Netscoring Santé, les critères eEurope 2002, ou encore le code éthique français (19).

Parmi les critères retrouvés dans la charte de qualité, l'ADERIM en présente un certain nombre :

- Facilité d'utilisation
- Facilité de navigation dans le site
- Chargement rapide des pages
- Accès libre et gratuit en ligne
- Lisibilité des textes
- Interface interactive

Certains praticiens ne trouvent pas l'outil ergonomique et adapté à leur pratique quotidienne, et aimeraient une organisation qui correspondrait davantage à leur démarche clinique.

L'accès à l'information recherchée n'est pas toujours intuitif avec des « motifs de consultation » qui peuvent se révéler incohérents pour certains.

Lors d'une consultation en médecine générale, le médecin identifie tout d'abord le motif de consultation, puis commence une analyse séméiologique, avec recueil des différentes plaintes et symptômes cliniques rapportés par son patient afin d'élaborer

une hypothèse diagnostique qui aboutira à un résultat de consultation avec prescription d'examens complémentaires s'il le juge nécessaire (28).

C'est sur ce modèle que les MG souhaiteraient une réorganisation de l'outil, avec un accès renforcé par signes cliniques et hypothèses diagnostiques.

Sur le modèle d'Antibiocllic®, il faudrait développer un accès selon le terrain : âge, grossesse, insuffisance rénale, allergie au produit de contraste...

Créer des algorithmes décisionnels en fonction des signes cliniques et symptômes du patient leur permettrait d'affiner leur hypothèse, afin d'aboutir à un résultat de consultation et à une prescription plus adaptée.

L'enquête annuelle Santé Connect' de 2018 publiée par l'Ipsos rapporte que plus de 80% des professionnels de santé utilisent leur smartphone quotidiennement dans leur pratique professionnelle et 60% ont recours à l'usage d'une tablette (29).

Dans ce contexte, l'idée serait de créer une application ou une version mobile du site de l'ADERIM qui serait disponible sur smartphone et tablette.

Les motifs de consultation sont nombreux et variés en médecine générale. L'étude ECOGEN réalisée en 2014 qui avait pour but d'étudier les éléments de consultation en médecine générale afin de mieux connaître le contenu de celles-ci a permis d'identifier les 10 motifs de consultations les plus fréquemment retrouvés en consultation (27).

Dans notre étude, l'exhaustivité des motifs de consultation répertoriés par l'ADERIM est à la fois perçue comme une force mais aussi comme une faiblesse de l'outil par les MG qui déplorent la présence de motifs trop spécialisés pour leur pratique habituelle.

Certains d'entre eux préféreraient une adaptation des indications selon la prévalence des motifs comme retrouvé sur le site Antibioclic® où seules les pathologies bactériennes les plus fréquemment rencontrées en médecine générale sont répertoriées (19).

La Formation Médicale Continue, remplacée par le Développement Professionnel Continu (DPC) à la suite de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires de 2009 est une obligation triennale pour tous les professionnels de santé inscrits à l'Ordre des médecins (30). Le contrôle de cette obligation de formation continue est réalisé par le Conseil départemental de l'Ordre.

Le DPC entre dans le cadre de l'article 11 du code de déontologie médicale : « *Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu* » (31)

Chaque professionnel a comme devoir et obligation le perfectionnement de ses connaissances médicales par (32) :

- Transformation ou amélioration des connaissances acquises lors de la formation médicale initiale
- Acquisition de connaissances nouvelles

En 2020, les données médicales doublent tous les 73 jours (33). Dans le cadre de cette dynamique d'évolution des connaissances médicales sans précédent, et d'une obligation de formation médicale continue, cet outil présente un potentiel pédagogique formateur important.

Afin de garantir la validité interne des recommandations émises par l'outil, la majorité des indications sont justifiées par une référence bibliographique associée. Certaines des références sont sous forme de liens connectés avec un accès possible direct à la source originale dont est émise cette recommandation.

Pour les MG, il paraît indispensable et nécessaire d'avoir une référence validée et datée liée à chaque recommandation, des sources fiables avec des niveaux de preuves, pas seulement des avis d'experts.

Les MG sont formés à la Lecture Critique d'Articles (LCA) et à la réflexivité, dans ce contexte ils souhaitent une information rapide et fiable dans le sens des bonnes pratiques cliniques.

Afin de répondre aux critères de qualités évoqués dans la charte de qualité, l'outil doit répondre à certaines normes évoquées par les MG interrogés (19) :

- Données valides et précises, présentées de manière objective
- Niveau de preuve de chaque donnée
- Mise à jour régulière du contenu
- Date de dernières mises à jour.

Ces informations ne sont pas précisées pour toutes les indications, ce qui peut être un frein à l'utilisation des recommandations de prescription émises par le site.

Pour chaque recommandation émise par l'outil, il est important pour les MG interrogés de préciser le degré d'intention de chaque imagerie et d'apporter des explications à celui-ci.

Prioriser les examens selon les situations cliniques leur paraît primordial, avec la nécessité d'indiquer par « drapeaux rouges » ou autre icône les situations cliniques qui doivent amener le médecin à adresser directement son patient aux urgences.

Le fait d'avoir une indication sur la dose d'irradiation associée à chaque examen permet de les sensibiliser sur la notion de Radioprotection.

En France, le prix d'un acte d'imagerie médicale est variable selon la technique utilisée. Le prix moyen d'un acte de radiographie conventionnelle s'élève à 29€, le prix d'une échographie est d'environ 49€, celui d'un acte d'IRM atteint 206€ et les actes de scannographie ont un prix moyen de 114€ (34).

Face à l'évolution importante des dépenses d'imagerie (3) les MG sont d'accord pour dire que le coût de chaque examen d'imagerie pourrait être précisé par l'outil afin de les sensibiliser aux dépenses de santé.

Comme expliqué précédemment, l'ADERIM a pour vocation d'être utilisé par tous médecins prescripteurs d'examens d'imagerie médicale, aussi bien par les MG dans leurs pratiques quotidiennes, que par les médecins radiologues (MR), dans le secteur privé ou lors de leur exercice hospitalier. L'ADERIM doit donc correspondre aux demandes des MG et à celles des MR.

Dans une ère où la télé-radiologie se développe, il est primordial de garder un lien entre les deux spécialités et l'ADERIM semble répondre à ce besoin en favorisant la coordination et la communication.

La DGOS a lancé en 2016 une action nationale d'analyse des pratiques de demande et de réalisation des examens d'imagerie médicale dans le but d'améliorer la pertinence des soins en réduisant les écarts de variation des pratiques médicales (10).

L'enquête menée par la DGOS nous révélait que 18% des demandes d'examen d'imagerie (DEI) formulées par les MG ne comprenaient aucuns renseignements médicaux et que seules 18% des DEI comprenaient l'intégralité des renseignements nécessaires à la bonne interprétation de l'examen par le radiologue. La qualité de la DEI pouvant influencer sur la qualité de l'interprétation du radiologue.

Les conclusions de l'analyse tendaient à un besoin de mieux formaliser la DEI par les MG, à favoriser les contacts entre MG et MR par des formations communes, et à encourager les rencontres régulières entre eux (10).

Le développement de cet outil commun, l'ADERIM, rentre donc dans cette optique de coordination entre les différents prescripteurs d'examen d'imagerie.

Une plateforme téléphonique, HopLine CHRU dédiée aux médecins généralistes a été mise en place pour permettre aux MG de la région Nord-Pas-de-Calais d'échanger rapidement avec un praticien du CHRU de Lille pour un avis médical direct et spécialisé par un praticien d'astreinte de la spécialité demandée. Il s'agit d'un numéro gratuit accessible du lundi au vendredi (35).

C'est sur ce modèle que les MG aimeraient avoir accès à un radiologue, directement et rapidement, pour un avis spécialisé lorsqu'une situation complexe le nécessite. Cela serait une aide pour renforcer davantage l'adhésion du patient, avec une explication anatomique visuelle de la lésion ou pathologie recherchée afin de favoriser la compréhension et l'adhésion de leur patient.

A l'heure du numérique avec l'informatisation des données médicales, la plupart des médecins ont des versions informatisées et connectées des dossiers de leurs patients, qui comportent de nombreuses données, telles que leurs antécédents médico-chirurgicaux, leurs traitements de fond et un résumé de chaque consultation.

Les médecins interrogés souhaiteraient avoir accès à l'ADERIM par le biais d'une petite icône à partir de leurs logiciels d'aide à la prescription, sans avoir à passer par un moteur de recherche.

Même si le GBU apparaissait comme un bon référentiel d'aide à la demande et à la prescription des examens d'imagerie médicale, il a souffert d'un défaut de promotion et d'une mauvaise diffusion, ce qui a limité son utilisation par les professionnels de santé (3).

Dans notre étude, seuls 2 médecins connaissaient l'outil avant de participer à nos entretiens.

En 2002, une grande campagne de prévention et d'information sur la consommation des antibiotiques a été menée par les pouvoirs publics et l'assurance maladie avec un slogan « Les antibiotiques c'est pas automatique ». Cette campagne à grande échelle a permis une large diminution de la consommation et de la prescription d'antibiotiques en France (36).

Aucune mesure de promotion officielle n'a été réalisée par les instances de santé et les pouvoirs publics concernant la prescription et la réalisation des examens d'imagerie et les effets potentiellement néfastes d'une surexposition aux rayonnements.

Une sensibilisation du grand public sur l'imagerie permettrait de promouvoir l'ADERIM et de limiter la prescription et la réalisation d'examens inutiles avec des slogans marquants tels que « la radiologie, ça se justifie ! », comme l'employait le Pr Jean-Pierre Pruvo lorsqu'il était Secrétaire Général de la SFR.

Cette nouvelle version du GBU, l'ADERIM qui se veut beaucoup plus interactive dans sa présentation a bénéficié d'une concertation plus importante avec le CMG en collaboration avec les URPS afin de construire un site plus adapté aux besoins des médecins généralistes et qui pourrait être utilisé par le plus grand nombre.

Le but serait de développer et d'inscrire un parcours « Pertinence-Radio » dans les accords conventionnels interprofessionnels (ACI) entre les CPTS.

La majorité des SADM sont disponibles sur le site de référencement des ressources en ligne KitMédical®. Il s'agit d'une interface regroupant l'ensemble des outils numériques utiles aux médecins généralistes. Depuis 5 ans, plus de 1000 ressources ont été sélectionnées (37).

Le référencement sur ce site va permettre de donner davantage de visibilité à l'ADERIM.

Le nom de l'ADERIM ne paraît pas intuitif ni facile à mémoriser. La plupart des SADM utilisés par les MG ont des suffixes se terminant par « -clic ».

Un changement de nom de l'ADERIM pourrait aider à promouvoir et à faire connaître l'outil par davantage de MG.

A la fin des entretiens, nous avons demandé aux MG s'ils avaient des idées pour un nom plus « accrocheur » de l'ADERIM. Les deux noms proposés le plus fréquemment sont :

- RadioClic
- ImagerieClic

L'intérêt et le développement de cet outil a été souligné et félicité par tous les participants, notamment par les médecins généralistes retraités interrogés qui regrettent ne pas avoir eu cet outil disponible facilement durant leurs années d'exercice.

Cependant, il existe une difficulté de mise en œuvre de ses recommandations dans leur pratique quotidienne.

Les inégalités sociales et territoriales de santé restent élevées en France (22) et les délais d'accès à l'imagerie sont importants avec de fortes disparités géographiques (38).

L'imagerie médicale se situe au cœur du diagnostic et du suivi thérapeutique mais la population française n'en profite pas de manière égalitaire d'après le rapport de la Cour des comptes de 2016 (3).

En 2018, le délai d'attente pour la réalisation d'une IRM en cancérologie était estimé à 32,3 jours, alors que le Plan Cancer 2014-2019 fixait le délai espéré à 20 jours maximum (38).

En plus d'une accessibilité limitée aux examens d'imagerie par IRM dans un délai convenable, il existe des disparités géographiques importantes en termes d'équipement.

Le rapport Cemka 2018 réalisé pour le SNITEM sur les délais d'attente pour les rendez-vous d'IRM en France en 2018 met en lumière ces inégalités territoriales (39).

En effet, le délai moyen est fortement variable d'une région à l'autre :

- Entre 20 et 30 jours pour l'Île de France, le Grand-Est ou encore la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur.
- Entre 30 et 40 jours pour la Normandie et la Nouvelle-Aquitaine
- Contre des délais dépassant les 52 jours en Bretagne.

Les délais d'attente les plus long étant attribués à la région Pays-de-la-Loire avec une moyenne de 70,3 jours pour obtenir un rendez-vous d'IRM.

Afin de minimiser ces disparités et de diminuer les délais d'accès à l'imagerie en région, des actions sont mises en place à travers les différentes ARS avec l'implantation de nouvelles machines d'imagerie (40).

C'est le cas pour l'ARS Hauts de France qui, dans le cadre des Projets Régionaux de santé (PRS), prévoit l'installation de 44 scanners et IRM supplémentaires afin d'améliorer leur accès et lutter contre l'accroissement de ces délais en région (40).

Ces inégalités d'accès ont été soulignées par les MG interrogés concernés par cette problématique. Ils avouent choisir volontairement de prescrire à leur patient l'imagerie non forcément recommandée en première intention mais pour laquelle le délai sera le plus raisonnable.

Faciliter l'accès au scanner et à l'IRM paraît donc indispensable afin de pouvoir répondre correctement aux recommandations émises par les sociétés savantes et par l'ADERIM. C'est d'ailleurs l'une des 3 actions clés du plan Imagerie présenté par le Pr Jean Pierre Pruvo en 2021.

Les MG ont proposé des voies d'améliorations de l'outil qui leur permettraient de l'intégrer encore davantage dans leur pratique quotidienne tels que :

- Avoir accès à des examens d'imagerie en urgence lorsque la situation clinique le nécessite via des « créneaux d'urgence » disponibles sur l'application
- Accès à une prise de rendez-vous en ligne directement via l'ADERIM
- Avoir une estimation des délais d'imagerie en fonction des différents territoires de santé.
- Avoir une précision sur l'examen de seconde intention quand les délais de réalisation de l'examen le plus pertinent semblent trop longs.

Conclusion

L'ADERIM répond à un souci de qualité et se veut être un outil majeur pour l'amélioration des pratiques des professionnels de santé.

La nouvelle version du GBU offre aux MG un moyen d'accès rapide à l'information recherchée par le biais d'une interface plus intuitif et interactif. Il se veut être un guide d'aide à la décision médicale, aussi bien dans la décision de la prescription mais également dans l'optimisation du choix de l'examen le plus adapté à la pathologie des patients.

Dans un contexte de pertinence de l'acte, de radioprotection du patient, il répond à de nombreux critères nécessaires pour être utilisé par le MG dans sa pratique quotidienne. Notre étude a souligné par le biais de l'analyse SWOT les nombreuses forces attribuées à l'outil.

Pour s'inscrire davantage dans le quotidien des MG il serait pertinent d'adapter les indications aux motifs de consultations les plus prévalents en médecine générale et de proposer davantage d'alternatives aux premières intentions quand les inégalités territoriales ne permettent pas d'accéder à l'examen recommandé dans un délai raisonnable pour le patient.

Quelques points et perspectives d'amélioration ont été soulevés par les praticiens interrogés afin d'optimiser la diffusion, la promotion et l'utilisation de l'outil (tenue à jour des références bibliographiques, mise à disposition de fiches explicatives, précision des situations d'urgences, recours à un numéro d'urgence, modification accessibilité...). Les MG s'accordaient tous pour dire qu'un changement de nom de l'outil serait un moyen pour lui de se faire connaître et d'être intégré par une majorité d'entre eux.

Dans cette perspective, une étude quantitative par questionnaires diffusés à plus grande échelle fera suite à notre analyse afin d'avoir un avis plus représentatif des besoins et attentes des MG sur l'ADERIM.

Bibliographie

1. Arnone E. AREDOC- Brochure COREME. L'Imagerie médicale : de l'évolution à la révolution ? [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.aredoc.com/wp-content/uploads/2018/09/AREDOC-brochure-COREME-2018.pdf>
2. HAS. Radioprotection du patient et analyse des pratiques DPC [Internet]. 2012 nov. Disponible sur: https://www.sfmn.org/images/pdf/InformationsProfessionnelles/Radioprotection%20du%20patient%20et%20analyse%20des%20pratiques%20DPC%20et%20certification%20des%20etablissem ents%20de%20sante%20guide_format2clics.pdf
3. Rapport du Sénat Avril 2016. L'IMAGERIE MÉDICALE Communication à la commission des affaires sociales du Sénat Avril 2016 [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r15-602/r15-6021.pdf>
4. Le guide du bon usage des examens d'imagerie médicale [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 21 févr 2022]. Disponible sur: https://has-sante.fr/jcms/pprd_2975123/fr/le-guide-du-bon-usage-des-examens-d-imagerie-medicale
5. Version Originale du GBU [Internet]. 2005. Disponible sur: http://www.centreantoinelacassagne.org/wp-content/uploads/2016/06/Recommandations-pour-les-professionnels-de-sante-_Guide-du-bon-usage-des-examens-d-imagerie-medicale.pdf
6. GUIDE DU BON USAGE [Internet]. [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: <http://gbu.radiologie.fr/>
7. Neveu S. Généralistes et radiologues : regards croisés [Internet]. SFR e-Bulletin. 2019 [cité 7 févr 2022]. Disponible sur: <https://ebulletin.radiologie.fr/e-quotidien-jfr-lundi/generalistes-radiologues-regards-croises>
8. Roziere T. Actes CCAM 2016 [Internet]. 2018 juill. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/2018-07_actes-ccam-2016_points-de-repere-50_assurance-maladie.pdf
9. Stephen Gamelin. Le juste prix : Que savent les médecins généralistes des Hauts-de- France du prix des examens paracliniques les plus prescrits en Médecine Générale ? 2018.
10. Faure MOT. Pertinence des examens d'imagerie médicale- DGOS. 19 sept 2017;45.
11. La justification et la pertinence des examens d'imagerie en France : initiatives et ressources à la disposition des patients et des professionnels de santé.
12. Examens radiologiques en médecine générale: Quelques principes de base [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 19 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2018/revue-medicale-suisse-625/examens-radiologiques-en-medecine-generale-quelques-principes-de-base>
13. Aide à la demande d'examens de radiologie et imagerie médicale (ADERIM) [Internet]. [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: <https://aderim.radiologie.fr/>
14. Guillaume D. Prescriptions par les médecins généralistes auprès d'un centre d'imagerie libéral Analyse de la conformité rédactionnelle et confrontation aux bonnes pratiques [Internet]. 2020.

Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20061415/2020MCEM11669/fichier/11669F.pdf>

15. nucléaire A de sûreté. Les principes de radioprotection- ASN [Internet]. [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.asn.fr/l-asn-informe/publications/fiches-d-information-du-public/les-principes-de-radioprotection>
16. van Wijngaarden JDH, Scholten GRM, van Wijk KP. Strategic analysis for health care organizations: the suitability of the SWOT-analysis. *Int J Health Plann Manage.* mars 2012;27(1):34-49.
17. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 2008;19:4.
18. WONCA Europe, Allen DJ, Heyrman PJ. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille [Internet]. 2002 p. 52. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
19. Gilbert R, Jeanmougin P, Hamouda AB, Bercherie J, Valencia JSS, Baruch D. Outils d'aide à la décision clinique. 2014;5.
20. Haute Autorité de Santé. Etude des systèmes d'aide à a décision médicale, état des lieux. 2010.
21. Dawes M, Sampson U. Knowledge management in clinical practice: a systematic review of information seeking behavior in physicians. *Int J Med Inf.* août 2003;71(1):9-15.
22. Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
23. La stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. 2018 [cité 18 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022-1>
24. Rougé-Bugat MÈ, Béranger J. Évolution de la relation médecin généraliste-patient à l'heure de la médecine digitale. Cas de la prise en charge du patient atteint de cancer. *Trib Sante.* 20 oct 2021;68(2):105-13.
25. Bontoux D, Autret A, Jaury P, Laurent B, Levi Y, Olié J. RELATION MÉDECIN MALADE. 2021;17.
26. Breuil-Genier P. La durée des séances des médecins généralistes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2002 [cité 17 mai 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>
27. Letrilliart L. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale The ECOGEN study: elements of the consultation in general practice. 2014;
28. SFMG. La démarche médicale en médecine générale [Internet]. Disponible sur: http://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_home/3/fichier_demarche-medicale-en-mgd28c9.pdf
29. Guillaume M. Santé Connect' 2018 : quelles sont les sources d'informations majeures des professionnels de santé ? [Internet]. Ipsos. 2018 [cité 17 mai 2022]. Disponible sur:

[https://www.ipsos.com/fr-fr/sante-connect-2018-quelles-sont-les-sources-dinformati-
ons-majeures-des-professionnels-de-sante](https://www.ipsos.com/fr-fr/sante-connect-2018-quelles-sont-les-sources-dinformati-
ons-majeures-des-professionnels-de-sante)

30. conseil national. L'obligation du développement professionnel continu concerne tous les médecins inscrits à l'Ordre des Médecins: Se former tout au long de sa carrière [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 18 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/carriere/former-long-carriere>
31. Bertrand D, Bouet P. Développement professionnel continu (DPC) et émergence de la recertification en France. Évolution législative et commentaires. Bull Acad Natl Med. juin 2020;204(6):589-97.
32. CN FMCH. L'obligation de formation médicale continue [Internet]. 2005. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/diapos_fmcp.pdf
33. Elsevier, Chuang I. L'évolution et la dynamique des connaissances médicales [Internet]. Elsevier Connect. 2021 [cité 18 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/e-sante/levolution-et-la-dynamique-des-connaissances-medicales>
34. Collin B (DSS/EPF/6A). Les Comptes de la Sécurité Sociale - juin 2021. juin 2021;6.
35. Hop'line CHRU, des médecins hospitaliers à l'écoute des généralistes • Réseau CHU [Internet]. Réseau CHU. 2009 [cité 20 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.reseau-chu.org/article/hopline-chru-des-medecins-hospitaliers-a-lecoute-des-generalistes/>
36. VIDAL. « Les antibiotiques, c'est pas automatique ! » [Internet]. VIDAL. 2009 [cité 20 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/utilisation/antibiotiques/antibiotiques-pas-automatique.html>
37. KitMédical - Simplifiez votre pratique [Internet]. KitMédical. [cité 20 mai 2022]. Disponible sur: <https://app.kitmedical.fr/>
38. IRM et délais d'attente : les chiffres 2018 [Internet]. Snitem. [cité 7 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.snitem.fr/publications/fiches-et-syntheses/irm-et-delais-dattente-les-chiffres-2018/>
39. Graciet A. Rapport Cemka Sept 2018 [Internet]. calameo.com. 2018 [cité 7 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/snitem/read/0006105423a9b42e56c3c>
40. ARS. L'ARS Hauts-de-France prévoit l'installation de 44 scanners et IRM supplémentaires pour améliorer leur accès dans la région [Internet]. 2022 [cité 20 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/lars-hauts-de-france-prevoit-linstallation-de-44-scanners-et-irm-supplementaires-pour-ameliorer>

Annexes

Annexe 1 : Déclaration de conformité



RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 13 00 23583 00011
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Aider les médecins généralistes à la prescription de l'examen radiologique le plus approprié à la situation de la personne. L'objectif final serait de créer une application intuitive, rapidement accessible et commune à tous les acteurs de santé, type « antibioclic® ». Le but est d'améliorer la pertinence et l'efficacité de la prescription d'un examen radiologique, avec un protocole adapté à la pathologie recherchée permettant ainsi de réduire la sur-prescription et le surcout des examens non justifiés.

Référence Registre DPO : 2021-263

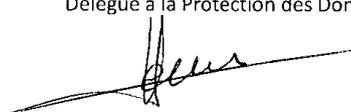
Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX
Interlocuteur (s) : Mme. Jennifer LOIGEROT

Fait à Lille,

Le 12 Novembre 2021

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données



Annexe 2 : Lettre d'invitation



VOTRE AVIS NOUS INTÉRESSE!

Aidez-nous à évaluer cet outil d'aide à la demande d'examen d'imagerie disponible en ligne!

Chers amis,

Nous souhaitons réaliser une étude évaluant un dispositif en ligne d'aide à la prescription d'imagerie mis en place par la Société Française de Radiologie à l'usage des médecins généralistes. Initialement appelé « Guide du Bon Usage (GBU) des examens d'imagerie médicale » en 2013, cet outil a ensuite été repensé et renommé « Aide à la demande d'examens de radiologie et imagerie médicale (ADERIM) » en 2019. Il a mobilisé la participation de nombreux experts en radiologie et en médecine générale de toutes les régions de France et son objectif est de guider les médecins généralistes dans leurs demandes d'examens d'imagerie médicale et de radiologie, afin d'optimiser la pertinence des demandes d'examen.

Dans ce cadre, nous souhaiterions organiser avec vous des groupes de discussions au cours desquelles il vous sera possible d'échanger vos différents points de vue sur ce dispositif. Nous vous proposons de vous familiariser avec cet outil en le consultant sur le site suivant : <https://aderim.radiologie.fr/home>

[Référentiel des bonnes pratiques à l'usage des médecins : Aide à la demande d'examens de radiologie et imagerie médicale \(ADERIM\)](#)

Les groupes de discussions seront constitués de 10 personnes issues de toutes les régions de France et de statuts divers (internes, chefs de cliniques, praticiens hospitaliers, médecins généralistes libéraux, professeurs des universités, praticiens à la retraite, etc) et se dérouleront par visioconférence. Un modérateur de séance sera présent pour animer la discussion.

Ces séances dureront 1 heure. Les dates proposées sont les suivantes :

- > **Lundi 22 novembre de 19h30 à 20h30.**
- > **Mardi 07 décembre de 19h30 à 20h30.**
- > **Mardi 14 décembre de 19h30 à 20h30.**

Si vous êtes intéressés et disponibles à l'une de ces dates, merci de nous contacter à l'adresse mail suivante : jennifer.loigerot@gmail.com

Investigateurs : Dr. Riyadh HANAFI (Chef de clinique en Neuroradiologie, Lille), Dr. Sabine BAYEN (Maître de conférences universitaire, Médecine Générale, Lille), Justine SPRIET (Interne en Radiologie, Lille), Jennifer LOIGEROT (Interne en Médecine Générale, Lille), Tatiana MUSSET-OBRY (Interne en Radiologie, Lille), Pierre-Alexandre VANDEWALLE (Interne en Médecine Générale, Lille)



Annexe 3 : Guide d'entretien

- Qu'avez-vous pensé de ce logiciel ? (Questions de relance, ergonomie, réflexe d'utilisation, nom, diagnostics...)
- Que pensez-vous des modalités d'accès ?
- Quelles seraient les améliorations pour que cet outil soit plus visible sur internet ?
- Quelles options attendez-vous d'un tel outil ?
- Quelles sont les forces et faiblesses que vous identifiez en vue d'une utilisation de ce logiciel au cabinet ? Quelles seraient vos suggestions pour améliorer celle-ci ?
- Dans quelles situations et à quel rythme imaginez-vous l'utiliser dans le quotidien ?

AUTEURE : Nom : LOIGEROT

Prénom : Jennifer

Date de soutenance : 9 Juin 2022

Titre de la thèse : Utilisation et attentes d'un outil d'aide à la prescription des examens d'imagerie médicale : Etude qualitative par focus group auprès de 25 médecins généralistes

Thèse - Médecine – Lille 2022

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Médecine générale, Imagerie médicale, Focus group, Analyse SWOT, Aide à la prescription, décision médicale

Résumé :

Introduction : Une nouvelle version du GBU, l'ADERIM a été mis en ligne en 2021. Issu d'une collaboration entre le CMG et la SFR, cet outil accessible gratuitement se veut être un guide destiné à tous les professionnels de santé prescripteurs d'imagerie. L'objectif principal de cette étude était d'interroger des médecins généralistes sur ce référentiel de bonnes pratiques afin de déterminer les forces et faiblesses de celui-ci, en évaluant les opportunités et perspectives de développement de cet outil, et en prenant compte des menaces externes.

Méthode : Étude qualitative par focus group réalisée auprès de 25 médecins généralistes. La retranscription des entretiens semi-dirigés a été entièrement réalisé sur Word® suivi d'une analyse thématique par SWOT.

Résultats : Les médecins généralistes sont en faveur de l'utilisation de SADM dans leur pratique quotidienne. Les forces de cet outil sont nombreuses, il apparait comme intuitif, facile d'accès et d'utilisation. Il est vu comme un support de réassurance et présente un potentiel pédagogique formateur important. Cependant il serait nécessaire de l'adapter davantage à leur pratique quotidienne, en termes de prévalence des motifs de consultation et en prenant compte des inégalités territoriales de santé et de l'accès parfois difficile aux examens d'imagerie. Ils ont proposé des perspectives d'amélioration de celui-ci (modification de l'accès aux recommandations, tenue à jour des références bibliographiques, ajout de schémas explicatifs, et de fiches patients, recours à un numéro d'urgence...). Un changement de nom de cette plateforme apparait comme l'une des principales mesures de promotion de l'outil.

Conclusion : L'ADERIM présente de nombreux critères pour devenir un référentiel de bonnes pratiques utilisé et approuvé par les médecins généralistes afin de les accompagner dans leurs demandes d'imagerie médicale. Certaines modifications restent à prendre en compte et seront évaluées par une étude quantitative à plus grande échelle.

Composition du Jury :

Président :

Assesseurs :

Directeur de thèse :

Composition du Jury

Professeur Jean-Pierre PRUVO

Professeur Xavier LECLERC

Docteur Riyad HANAFI

Docteur Jean-Marc VANDENDRIESSCHE

Docteur Sabine BAYEN