# UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2026

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Utilisation de l'échographie clinique ciblée (ECC) en médecine générale dans les Hauts-de- France en 2026 – Étude qualitative par entretiens semi-dirigés**

Présentée et soutenue publiquement le 15 septembre 2026 à 16h

Au Pôle Formation

**par Chloé JAGIELSKI**

_____

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Docteur Ludovic WILLEMS**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Guillaume FICHEUX**

_____

**AVERTISSEMENT**

**L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

# Le serment d'Hippocrate

*Actualisé par l'Ordre National des Médecins en 2012.*

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

# Liste des abréviations

**CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux

**CMGF** : Congrès de la Médecine Générale France

**CMSI** : Centre Médical de Soins Immédiats

**CNAM** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

**CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

**CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins

**COREQ** : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (grille de contrôle)

**DES** : Diplôme d'Études Spécialisées

**DIU** : Diplôme Inter-Universitaire

**DU** : Diplôme Universitaire

**ECC** : Échographie Clinique Ciblée

**ECG** : Électrocardiogramme

**EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

**FEVG** : Fraction d'Éjection du Ventricule Gauche

**FMC** : Formation Médicale Continue

**HAD** : Hospitalisation À Domicile

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IA** : Intelligence Artificielle

**IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales

**MSP** : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

**MSU** : Maître de Stage des Universités

**NGAP** : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

**POCUS** : Point-of-Care UltraSound (terme anglais pour ECC)

**RGPD** : Règlement Général sur la Protection des Données

**SASPAS** : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

Introduction ..... 10
1. Évolution des pratiques en Médecine générale et émergence de l'échographie clinique ciblée ..... 10
2. Une dynamique internationale contrastée par une diffusion encore limitée en France ..... 11
3. Un virage technologique et des données chiffrées d'imagerie en France ..... 12
4. Apports cliniques et bénéfices attendus ..... 13
5. Freins persistants à l'intégration dans la pratique et problématique du flou juridique et médico-économique ..... 14
6. Lacunes identifiées et justification de la recherche ..... 16
7. Problématiques et objectifs ..... 17
8. Hypothèses de travail ..... 17
9. Intérêt scientifique, professionnel et sociétal ..... 18
Matériels et méthodes ..... 19
1. Type d'étude ..... 19
2. Population de l'étude ..... 19
3. Recueil et analyse des données ..... 19
4. Aspects éthiques et réglementaires ..... 21
Résultats ..... 23
1. Applications cliniques et domaines d'utilisation de l'échographie ciblée ..... 24
2. Représentations, leviers et bénéfices perçus de l'ECC ..... 31
3. Freins, barrières et limites à l'intégration de l'ECC ..... 36
Discussion ..... 42
1. Principaux résultats ..... 42
2. Forces et limites de l'étude ..... 43
3. Perspectives et implications pour la pratique ..... 44
Conclusion ..... 49
Références bibliographiques ..... 50
ANNEXES ..... 54

# Introduction

## 1. Évolution des pratiques en Médecine générale et émergence de l'échographie clinique ciblée

La médecine générale occupe une place centrale dans le système de santé français, elle reste actuellement la première ligne de recours aux soins.(1) Elle assure des missions essentielles de prévention, de diagnostic, de prise en charge globale et de coordination des différents parcours de soins. (2) Toutefois, l'exercice de la médecine générale connait actuellement des changements et évolutions majeurs. Le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, la complexification des parcours de soin ainsi que la pression croissante sur l'offre médicale, tant sur le plan temporel que territorial, modifient en profondeur les conditions d'exercice des médecins généralistes(3).

Dans ce contexte, ces derniers sont progressivement amenés à élargir leur champ de compétence clinique et technique afin de répondre de manière plus autonome, réactive et efficiente aux besoins des patients.

L'échographie clinique ciblée (ECC), communément désignée sous le terme « point-of-care ultra sound » (POCUS), s'inscrit pleinement dans cette dynamique d'évolution des pratiques. Elle se définit comme une échographie réalisée par le praticien lui-même, directement au chevet du patient, dans le cadre d'une clinique précise et contextualisée(4,5).

Contrairement à l'échographie conventionnelle notamment pratiquée par les radiologues, qui permet une analyse morphologique exhaustive, l'ECC est une aide à la décision médicale, intégrée à l'examen clinique(6).

Elle permet au médecin d'obtenir des informations en temps réel afin d'orienter son diagnostic, d'adapter sa prise en charge ou de prioriser des examens complémentaires.

Cette approche s'inscrit dans une logique de soins de proximité et contribue au renforcement du raisonnement clinique du médecin généraliste(7).

Historiquement développée en milieu hospitalier aigu et aux urgences, l'usage de l'ECC s'est progressivement étendu à la pratique ambulatoire. Une revue de la littérature menée en 2025 par Pratte *et al.* (8) souligne une augmentation exponentielle des publications sur l'ECC en consultation externe, confirmant sa faisabilité, son excellente valeur pronostique et sa capacité à modifier la prise en charge médicale des patients dans plus de 90 % des cas, intégrée à la clinique.

## 2. Une dynamique internationale contrastée par une diffusion encore limitée en France

A l'échelle internationale, l'intégration de l'ECC en soins primaires est déjà bien avancée dans de nombreux pays, notamment anglo-saxons et nordiques(9). En Amérique du Nord, en Scandinavie et en Australie, son utilisation s'est progressivement développée au cours des dernières années. Cette diffusion a pu être effective grâce à la mise en place de formations universitaires structurées, d'un encadrement institutionnel ainsi que d'une reconnaissance croissante des compétences échographiques des praticiens de premier recours. (7)

A ce jour, les travaux scientifiques disponibles mettent en évidence plusieurs bénéfices associés à l'utilisation de l'ECC tels que notamment l'amélioration de la précision diagnostique, la diminution du recours à l'utilisation de certains examens

complémentaires, l'optimisation du parcours de soins ainsi qu'une satisfaction accrue des patients(7).

En revanche, en France, l'utilisation et l'intégration de l'ECC en médecine générale reste plus récente et hétérogène(10,11).

Bien que l'on puisse noter que l'intérêt pour cette technologie soit en progression, son adoption reste variable selon les territoires et les profils de praticiens. Des études récentes, notamment des travaux de consensus menés auprès d'experts, ont souligné la nécessité de définir un socle minimal de compétences échographiques adapté à l'exercice en soins primaires(12).

Néanmoins, des inégalités persistent en termes d'accès à la formation, de financement de matériel et de reconnaissance institutionnelle(10), ce qui freine une diffusion homogène de l'ECC sur le territoire.

## 3. Un virage technologique et des données chiffrées d'imagerie en France

Ce virage vers l'ECC s'inscrit dans un contexte de tension et de forte sollicitation du secteur de l'imagerie médicale en France.(13) Selon le rapport de l'IGAS paru en 2025, l'échographie représente une dépense annuelle estimée à 1,7 milliard d'euros dont 12% des actes sont réalisés par les médecins généralistes soit 201 millions d'euros.(14)

Fait marquant : les radiologues libéraux ne réalisent aujourd'hui qu'environ 33 % des dépenses d'échographie en ville, le reste étant partagé entre d'autres spécialistes (cardiologues pour 33 %, gynécologues-obstétriciens pour 12%, etc.).(14)

Les médecins généralistes peinent encore à faire recenser leur part d'activité en raison de l'absence de base de données nominative nationale ou de cotation systématique. Pourtant, l'intérêt institutionnel grandit.

En juillet 2022, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) a formellement saisi la Haute Autorité de Santé (HAS) afin d'évaluer l'utilisation de l'ECC par le médecin généraliste. Bien que la HAS ait relevé un manque de données de haut niveau de preuves en vie réelle au cabinet(6), la littérature existante souligne qu'une intégration structurée de l'ECC permettrait d'éviter un recours aux urgences hospitalières dans 55,9 % des cas face à des situations cliniques aiguës courantes(15,16). L'accès aux examens conventionnels de ville reste en effet saturé en particulier dans les Hauts-de-France(17), région marquée par de fortes tensions démographiques médicales. (18)

En France, l'accès et la pratique de l'échographie en soins primaires restent encore en phase de déploiement. Selon une étude transversale récente présentée au Congrès de la Médecine Générale France, environ 17 % des médecins généralistes (activité de médecine générale et mixte) et internes interrogés pratiquaient l'échographie(19).

## 4. Apports cliniques et bénéfices attendus

La littérature internationale met en évidence plusieurs apports potentiels de l'ECC en médecine générale.

Sur le plan diagnostique, elle permet d'améliorer la pertinence de décisions cliniques et de renforcer la confiance du médecin dans son évaluation(20). Son utilisation peut également contribuer à réduire les délais d'accès au diagnostic en

évitant peut-être parfois des examens complémentaires jugés inutiles ou en orientant plus rapidement le patient vers une prise en charge adaptée. (7)

D'un point de vue organisationnel, l'ECC participe à une meilleure fluidité du parcours de soins en limitant certains recours à l'imagerie conventionnelle et en permettant une prise de décision plus rapide en consultation(21).

Enfin, sur le plan relationnel, son utilisation aurait un impact positif sur la relation médecin-patient(22)(23). Le partage des images en temps réel favorise la meilleure compréhension par le patient de sa situation médicale et renforce son implication dans la démarche diagnostique(15). Ainsi, l'ECC est un outil qui permet de renforcer l'autonomie décisionnelle du médecin généraliste, tout en s'inscrivant dans une démarche de soins centrée sur le patient et orientée vers la proximité et la continuité des prises en charge.

## 5. Freins persistants à l'intégration dans la pratique et problématique du flou juridique et médico-économique

Malgré ces avantages potentiels, l'option de l'ECC en médecine générale française reste confrontée à de solides barrières structurelles, techniques et réglementaires(11).

Le premier frein concerne la formation : l'offre de formation initiale et continue en échographie adaptée aux besoins spécifiques des généralistes demeure encore limitée, inégalement accessible et souvent inadaptée car calquée sur des modèles d'hyperspécialisation(24)(11).

Par l'absence de valorisation économique, le coût d'achat du matériel représente un investissement lourd pour les praticiens exerçant seuls, même si la baisse globale des prix et l'exercice coordonné en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) constituent de nouveaux leviers d'acquisition au cabinet.

Le coût du matériel d'échographie représente alors un frein non négligeable.

À cela s'ajoute un paradoxe médico-économique et un flou juridique majeurs qui encadrent la pratique :

## A. La distinction sémantique et ordinale (Échographie vs Échoscopie)

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) et les instances de radiologie maintiennent une frontière stricte. L'*échographie* est définie comme un acte d'imagerie complet, opérateur-dépendant, donnant lieu à un compte-rendu écrit et à l'archivage d'images.(25–27)

À l'inverse, l'*échoscopie* est juridiquement reléguée au rang de simple « prolongement de l'examen clinique » servant à répondre instantanément à une question clinique binaire (on/off, comme la présence ou non d'un globe urinaire). Non valorisé financièrement, le terme d'échoscopie est d'ailleurs rejeté par de nombreux généralistes qui le jugent péjoratif et dévalorisant. (6)

## B. Le vide médico-économique de la non-cotation

En vertu des règles de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), un

acte d'échographie ne peut être coté et facturé à l'Assurance Maladie que s'il est réalisé par un praticien titulaire d'un diplôme d'imagerie reconnu (DU, DIU homologué ou formation validante officielle) et s'il respecte des critères formels stricts (28).

L'ECC clinique de débrouillage rapide n'entre dans aucun référentiel de cotation conventionnel et n'est donc pas valorisée à ce jour.

### C. La responsabilité civile professionnelle et le risque d'iatrogénie

Conformément à l'article L. 1110-5 du Code de la Santé Publique (29) (renforcé par l'article R. 4127-32 du même code, relatif au Code de déontologie médicale)(30), le médecin est tenu de délivrer des soins rigoureux et conformes aux données acquises de la science.

L'intégration de l'ECC soulève des enjeux diagnostiques et de sécurité des soins(31), l'absence de jurisprudence spécifique encadrant les examens de débrouillage expose au double écueil du faux négatif (à l'origine d'un retard diagnostique) et de la découverte fortuite d'anomalies asymptomatiques, susceptible de générer un surdiagnostic ou une anxiété chez le patient.

## 6. Lacunes identifiées et justification de la recherche

Malgré l'intérêt grandissant pour l'ECC, la littérature française portant spécifiquement sur son utilisation en médecine générale demeure relativement restreinte. Peu d'études se sont intéressées en profondeur à la manière dont les

médecins généralistes perçoivent cette technologie, à ses avantages et ses limites, ainsi qu'aux conditions favorisant ou freinant son intégration dans leur pratique quotidienne.

Il apparaît donc pertinent d'explorer ces dimensions à travers une approche qualitative centrée sur le vécu et les expériences des praticiens. Cette démarche permettra de mieux comprendre les enjeux concrets liés à l'utilisation de l'ECC en soins primaires et d'identifier les leviers susceptibles de faciliter son intégration.

## 7. Problématiques et objectifs

Il nous semble alors pertinent de s'interroger sur la pratique des médecins généralistes des Hauts-de-France, leur perception et leur utilisation de l'ECC en 2026.

Afin de répondre à cette question, plusieurs objectifs spécifiques ont été définis.

Il s'agit tout d'abord de décrire les représentations, les usages et les attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'ECC. Il est également nécessaire d'identifier les principaux freins et leviers à l'adoption en pratique courante et enfin d'explorer les besoins en matière de formation, les contextes d'utilisation de l'ECC ainsi que l'impact perçu sur la relation médecin-patient.

## 8. Hypothèses de travail

Compte-tenu du contexte décrit précédemment et des données issues de notre recherche bibliographique, notre première hypothèse est que l'ECC est globalement perçue par les médecins généralistes comme un outil pertinent, mais encore sous-

utilisé en pratique courante en France. La seconde est que les principaux freins à son intégration sont liés au coût de l'équipement, au manque de temps en consultation et à l'insuffisance de formations adaptées. Enfin, il est supposé que les médecins ayant bénéficié d'une formation spécifique en échographie sont davantage enclins à intégrer l'ECC dans leur pratique.

## 9. Intérêt scientifique, professionnel et sociétal

Sur le plan scientifique, cette étude contribuera à enrichir les connaissances sur l'usage de l'ECC en médecine générale française en apportant des données qualitatives encore peu développées dans ce domaine. Sur le plan professionnel, elle pourrait fournir des éléments utiles à la structuration des futures formations et à la définition de compétences reconnues en échographie clinique ciblée pour les médecins généralistes.

# Matériels et méthodes

## 1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, menés entre le 11 Mars et le 15 Juin 2026. Le choix de cette approche nous permettait d'explorer au mieux les représentations, les perceptions et l'expérience personnelle des participants.

## 2. Population de l'étude

L'étude s'intéressait aux médecins généralistes des Hauts-de-France, thésés, en exercice libéral ou salarié, remplaçants ou installés.

Les participants ont été recrutés sur la base du volontariat selon le principe de l'échantillonnage raisonné à variation maximale, d'abord dans le réseau de l'investigatrice principale de l'étude puis par effet « boule de neige ».

## 3. Recueil et analyse des données

Le recueil des données s'est fait par le biais d'entretiens individuels semi-dirigés.

Le guide d'entretien (disponible en annexe), constituant la trame de ces entretiens semi-dirigés, était élaboré autour de trois grands axes :

- Les outils diagnostiques utilisés au cabinet et la place de l'échographe dans la démarche diagnostique.
- La perception de l'ECC et son impact éventuel sur la pratique.

- Les freins et motivations éventuels à l'intégration de l'ECC dans la pratique courante.

Les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des participants ou par visioconférence, en l'absence de toute autre personne. Ils ont été enregistrés au format audio à l'aide d'un dictaphone puis retranscrits intégralement à l'aide du logiciel WORD et pseudonymisés.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, confirmée par la réalisation de deux entretiens supplémentaires.

L'analyse thématique a été réalisée à l'aide du logiciel NVIVO. Une triangulation par confrontation aux résultats d'une seconde chercheuse a été effectuée pour les premiers entretiens.

Afin de garantir la rigueur méthodologique, la validité et la scientificité de ce travail, la conception et le déroulement de l'étude ont suivi la grille de contrôle COREQ(32) articulée autour de 3 domaines et 32 items :

- Équipe de recherche et réflexivité : Les entretiens ont été menés par une chercheuse (investigatrice principale). La posture réflexive a été conservée tout au long du recueil pour limiter l'influence de ses propres représentations sur les discours des participants. La relation préalable éventuelle avec certains participants (recrutés initialement par réseau de proximité avant la phase « boule de neige ») a été explicitée dès le premier contact.
- Conception de l'étude : L'échantillonnage raisonné à variation maximale (diversité d'âge, de sexe, de mode d'exercice et de niveau d'équipement en échographie) et le choix des entretiens semi-dirigés répondent aux prérequis

de la grille. La collecte a été poursuivie jusqu'à saturation des données (obtenue dès le 9e entretien et confirmée par 2 entretiens supplémentaires, soit 11 entretiens au total).

- Analyse et présentation des résultats : L'analyse thématique a été conduite à l'aide du logiciel NVIVO, avec retranscription intégrale des verbatims pseudonymisés. Pour garantir la fidélité des analyses, une triangulation des données a été effectuée par confrontation des codages avec une seconde chercheuse sur les premiers entretiens. Les résultats présentés reposent de manière transparente sur les verbatims authentiques issus des enregistrements audios.

## 4. Aspects éthiques et réglementaires

Les participants ont exprimé leur consentement libre et éclairé avant chaque entretien. Ils ont été informés des objectifs de l'étude, de leurs droits d'accès, de rectification et d'opposition, et du caractère confidentiel des données recueillies.

La confidentialité des données a été assurée par la pseudonymisation dès la retranscription des entretiens, avec l'attribution d'un code (type « MG-01 ») à chaque participant. La table de concordance était conservée sur un support sécurisé protégé par mot de passe et accessible uniquement à l'investigatrice principale.

L'accès aux données brutes était restreint à l'investigatrice principale et à une seconde chercheuse pour les besoins de l'analyse et de la triangulation.

Les enregistrements audios des entretiens ont été détruits à l'issue de l'analyse. Les autres données seront conservées pendant 5 ans après la soutenance puis supprimées.

Le protocole de recherche a obtenu l'accord de la Commission de recherche des départements de Médecine Générale et de Maïeutique de la Faculté de Médecine, Maïeutique, Sciences de la Santé de Lille.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et à la méthodologie de référence MR-004 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), ce travail a fait l'objet d'une déclaration et d'un enregistrement au registre des activités de traitement de l'Université Catholique de Lille sous le numéro 374.

# Résultats

Neuf entretiens semi-dirigés ont été nécessaires pour atteindre la saturation des données, confirmée par deux entretiens supplémentaires. Leur durée allait de 11 minutes et 16 sec à 26 min et 01 sec (durée moyenne : 16 min et 45 sec).

Le Tableau 1 résume les principales caractéristiques socio-démographiques des médecins interrogés.

| Participant | Genre | Age | Mode d'exercice | Structure d'exercice | Formation(s) à l'ECC | Equipé(e) d'un échographe | Durée entretien |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MG-01** | H | 62 | Libéral, installé | MSP | Aucune | Non | 20 min et 16 sec |
| **MG-02** | H | 45 | Libéral, installé | Cabinet isolé | DIU d'échographie | Oui | 17 min et 55 sec |
| **MG-03** | H | 32 | Libéral, installé | MSP | Initiale (DES) | Non | 12 min et 37 sec |
| **MG-04** | H | 52 | Libéral, installé | MSP | Aucune | Non | 13 min et 24 sec |
| **MG-05** | F | 31 | Libéral, installé | CMSI | Initiale + FMC | Non | 16 min et 13 sec |
| **MG-06** | H | 34 | Libéral, installé | Cabinet de groupe | FMC courte | Oui | 26 min et 01 sec |
| **MG-07** | H | 56 | Libéral, installé | Cabinet isolé | FMC/e-learning | Oui | 14 min et 07 sec |
| **MG-08** | F | 36 | Libéral, installé | Cabinet isolé | DIU d'échographie | Oui | 21 min et 47 sec |
| **MG-09** | H | 71 | Salarié | Maison de santé | Aucune | Non | 11 min et 16 sec |
| **MG-10** | F | 34 | Libéral, installé | MSP | Aucune | Non | 14 min et 46 sec |
| **MG-11** | F | 45 | Libéral, installé | Cabinet isolé | FMC courte | Oui | 16 min et 13 sec |

*Tableau 1 : caractéristiques des participants*

# 1. Applications cliniques et domaines d'utilisation de l'échographie ciblée

L'utilisation de l'ECC en médecine générale se caractérise par une approche pragmatique, souvent décrite comme binaire ou « on-off ». Les participants s'accordent à dire que l'examen vise à répondre à une question diagnostique précise, directement intégrée au chevet du patient.

## 1.1.La sphère abdominale

L'exploration abdominale apparaissait comme un **domaine consensuel** et fréquemment cité par les praticiens. Elle était perçue comme un prolongement direct de la palpation clinique, notamment avec une utilisation clinique ciblée de type « oui/non » face à une douleur abdominale aigüe.

*MG-01 : « Alors moi ma place de l'écho elle est principalement abdominale. »*

*MG-02 : « Mais j'ai choisi de le mettre vraiment à côté de la table d'examen pour y avoir recours vraiment très très facilement quoi donc après un temps de palpation abdominale par exemple et bien on passe assez rapidement à la, à l'échographie.*

*MG-04 : « que ce soit du dig si l'appareil est suffisamment performant parce qu'il faut pouvoir aller plus en profondeur. »*

La recherche de **pathologie lithiasique** était un motif récurrent, notamment face à une douleur de l'hypochondre droit.

*MG-08 : « J'ai eu des belles cholécystites. C'est génial. »*

*MG-09 : « Hypochondre droit, il y a des calculs, il n'y a pas de calculs, bon, j'passe un coup d'écho, j'ai ma réponse, quoi »*

La recherche d'un **épanchement abdominal**, que ce soit en contexte post-traumatique ou comme signe indirect d'une affection digestive, était un autre motif de recours à l'ECC.

*MG-02 : « Est-ce qu'il y a un épanchement du Douglas ou pas ? »*

*MG-08 : « Et j'ai fait une écho pour voir s'il y avait un hématome au niveau abdominal »*

Enfin, un praticien a évoqué la recherche de signes échographiques de **stéatose hépatique**.

*MG-06 : « Mais tu vois elle a claqué ça sur le ventre de son mari en direct : "oh ben regarde tu as le foie tu peux le mesurer clac clac, oh ben là tu as... ah ben ouais on voit bien qu'il y a le foie gras tu vois". »*

## 1.2. La sphère urologique

La recherche d'une **dilatation des cavités pyélo-calicielles** en contexte de colique néphrétique était réalisée par certains médecins interrogés.

*MG-02 : « Est-ce qu'il y a une dilatation des cavités pyélocalicielles ou pas ? »*

*MG-06 : « Là tu mets la sonde de l'autre côté et tu vois une dilatation de cavités pyélocalicielles assez nette avec une espèce de cône d'ombre. »*

Une autre utilisation courante de l'ECC sur l'appareil urinaire, notamment à domicile ou en EHPAD, concernait la confirmation diagnostique de **rétention aigüe d'urine**.

*MG-03 : « ton bilan de confusion chez la personne âgée, tu vois ?*

*MG-08 : « Et à domicile, ça paraît bête, mais les globes... Parce que mon appareil d'écho, il est portable. »*

*MG-08 : « Et en HAD, j'ai déjà eu le cas aussi où les infirmières voulaient absolument qu'on sonde un patient en anurie, mais c'est juste qu'il se dégradait de plus en plus. Et avec l'écho, vous voyez qu'il n'avait pas de rétention d'urine. C'est juste qu'il se mettait en état de choc parce qu'il était en palliatif. »*

## 1.3. La sphère gynécologique et pelvienne

L'utilisation de l'ECC à visée gynécologique n'était pas pratiquée par tous les médecins interrogés.

*MG-08 : « J'ai pas l'écho endovaginale. J'ai décidé de pas le faire […] Je me sens pas encore à l'aise et puis c'est invasif tu vois ? »*

Certains participants valorisaient l'ECC pelvienne, notamment à visée de réassurance en **contexte obstétrical**, tout en abordant le sujet des diagnostics inattendus.

*MG-03 : « Moi par exemple, ne serait-ce qu'en gynéco, tu vois. En gynéco tu as la maman qui est inquiète parce que machin, bon tu fais un petit coup, tu vois est-ce qu'il y a le cœur, est-ce que machin ou alors ne serait-ce que bah je crois que je suis enceinte ou on est sûrs d'être enceinte nanani, tu passes un petit coup d'écho »*

*MG-08 : « Grossesse non désirée, moi j'ai eu le cas. Grossesse non désirée sous stérilet, ça aussi pareil. »*

## 1.4. Le domaine vasculaire

Le dépistage et l'urgence vasculaire représentaient un axe majeur d'utilisation, particulièrement pour la gestion des pathologies thromboemboliques.

L'échographie de compression en 4 points pour éliminer une **phlébite superficielle ou profonde** était décrite comme un outil indispensable surtout en veille de week-end.

***MG-04*** *: « que ce soit en effet le vasculaire, éliminer une phlébite superficielle ou profonde »*

***MG-06*** *: « Dire tiens, phlébite : oui ou non ? Fort risque ou faible risque ? Ça peut un peu orienter un peu ton feeling. »*

***MG-08*** *: « Après, les échos 4 points pour les suspicions de phlébites.[…] Et puis toutes les suspicions de phébite à 18h le vendredi soir, il y a ça aussi. »*

L'évaluation de **l'aorte abdominale dans le cadre du dépistage** était citée comme un outil de prévention ciblé sur les patients à risque cardiovasculaire.

***MG-02*** *: « on peut soi-même sélectionner une partie de la patientèle par rapport aux facteurs de risque cardio-vasculaire et cetera on peut on peut chercher les anévrismes de l'aorte abdominale. »*

***MG-08*** *: « Et moi, au départ, j'avais voulu faire l'échographie pour le dépistage de l'anévrisme et de l'aorte abdo. »*

## 1.5. Le domaine ostéo-articulaire

L'ECC permettait de *« dégrossir »* des situations **de traumatologie** comme les entorses, les déchirures musculaires ou encore les hématomes.

> ***MG-04*** *: « Le tissulaire, c'est vrai que ça pourrait être vachement intéressant pour tout ce qui est entorse, problèmes même méniscaux ou de débridement... enfin pour dégrossir... »*
>
> ***MG-06*** *: « Et en fait en l'examinant moi je suspectais plutôt une déchirure musculaire donc j'ai dit : "ben écoute je vais mettre un coup d'écho comme ça pour voir". »*
>
> ***MG-08 :*** *« Des entorses de cheville, normalement, le patient doit avoir une écho dans les 24 heures. Pour certaines entorses graves, ce qu'on ne peut pas faire. En fait, ça fait gagner du temps de récupération au patient. »*

L'ECC était utilisée afin de guider des gestes techniques notamment les **ponctions-infiltrations**.

> ***MG-05*** *: « Il y a aussi l'ostéo-articulaire pour les ponctions-infiltrations »*
>
> ***MG-11 :*** *« J'aimerai bien me former pour faire les infiltrations, je me dis que sous écho, ça peut être sympa de le faire au cab. »*

Un praticien mentionnait la recherche d'un nodule sur un doigt à ressaut.

> ***MG-06*** *: « Mais des petites trucs bêtes tu vois genre c'est bête mais un nodule sur un tendon fléchisseur pour un doigt à ressaut. »*

## 1.6. Le domaine pneumologique

L'échographie pulmonaire émergeait comme une alternative intéressante pour le diagnostic des **pneumopathies**, notamment chez l'enfant afin de limiter l'irradiation liée aux radiographies.

***MG-03*** *: « Par contre pour tout ce qui est par exemple pneumopathie, pourquoi pas ? »*

***MG-05*** *: « Il y a aussi les pneumopathies chez les enfants pour éviter les radiations. »*

***MG-08*** *: « Et puis pour les pneumopathies, faites une écho pulmonaire. »*

## 1.7. Le domaine thyroïdien et cervical

- **Thyroïdien :** Le suivi de nodules périodiques ou l'exploration clinique d'un goitre faisaient partie des indications courantes.

***MG-04 :*** *« Que ce soit faire un contrôle thyroïdien d'un nodule périodique pour voir un peu l'évolution »*

***MG-08*** *: « T'as un goitre chez une patiente, vous faites une échographie pour la thyroïde »*

***MG-08 :*** *« Ou alors pour une hypothyroïdie ou une hyperthyroïdie, vous regardez s'il y a un nodule. »*

- **Adénopathies** : Un praticien mentionnait l'utilisation de l'ECC dans le cadre d'adénopathies suspectes notamment, à visée de réassurance principalement.

***MG-08 :*** *« C'est juste déjà voir est-ce que c'est une adénopathie inquiétante ou pas, surtout pour les néo-ORL. Il y a des petits critères à savoir. »*

## 1.8. Le domaine cardiologique

L'évaluation cardiaque restait plus marginale, mais certains l'envisageait pour le suivi de **l'insuffisance cardiaque ou la recherche de fibrillation atriale**.

***MG-03 :*** *« Cardio, en fait je pense que ça pourrait, ça pourrait être une alternative éventuellement à l'ECG pour tout ce qui est découverte de fibrillation atriale »*

***MG-06 :*** *« Évaluer les fractions d'éjection donc j'ai envie de dire ça mais c'est toppissime ! […] si tu peux claquer un coup d'écho vite-fait et avoir une estimation de ta FEVG et puis tu te dis ben tiens la fois dernière il était à 60 et là il est à 30, ah ben il y a peut-être quand même une grosse part cardiaque quoi voilà »*

***MG-08 :*** *« Après, écho-coeur, je vais commencer à refaire pour les suivis d'insuffisance cardiaque »*

## 1.9. Le domaine de la prévention

Certains l'utilisaient dans le cadre de la réalisation de certificats de sport notamment en médecine de plongée.

***MG-02*** *: « Dans le cadre par exemple d'un examen d'un certificat pour le sport et bien on peut regarder les organes »*

D'autres utilisaient l'ECC chez des patients choisis dans le cadre d'un bilan de prévention notamment sur le plan vasculaire.

***MG-02 :*** *« On peut regarder les artères fémorales, la fémorale superficielle de certains patients qu'ont des facteurs de risque on peut faire plein plein de choses. Donc c'est vrai qu'il y a un côté il y a un côté ouais prévention disons-le. »*

***MG-07 :*** *« Et aussi pour l'artérite, le suivi des carotides chez les fumeurs par exemple »*

***MG-08 :*** *« Je me suis dit qu'un jour si je sauvais une vie avec un coup d'écho à 50 ans. »*

## 2. Représentations, leviers et bénéfices perçus de l'ECC

L'introduction de la sonde d'échographie dans le cabinet est perçue par une majorité de participants comme une évolution majeure de leur pratique clinique, agissant comme *« la prolongation du stéthoscope »*.

### 2.1. Démarches diagnostiques et usages

Pour la majorité des médecins interrogés, l'échographie clinique ciblée s'imposait non pas comme un examen complémentaire exhaustif, mais comme une véritable « échographie de débrouillage » répondant de manière binaire (en « oui/non » ou « on/off ») à une question clinique précise.

***MG-10 :*** *« c'est vrai que échographie clinique ciblée, je l'ai aussi entendu sous le terme de échoscopie. Je rattache ça plutôt au terme vulgairement d'échographie de débrouillage, on va dire. Plutôt répondre à une question on-off, je veux une réponse oui-non, et pas comme examen complémentaire complet. »*

En s'intégrant directement au cœur de la consultation, cet outil permettait de prolonger et d'enrichir le raisonnement clinique, offrant au praticien les moyens « d'aller au bout » de sa démarche et d'assurer une prise en charge globale du patient.

***MG-01 : «*** *Donc si t'as tout ça c'est du plus pour le patient. »*

***MG-07 :*** *« C'est surtout dans la démarche diagnostique. Il y a beaucoup de surprises et ça m'a bien aidé. »*

***MG-09*** *: « qui me motiverait, je pense que, comme je l'ai dit, c'est le côté prise en charge globale du patient, aller plus loin dans sa démarche clinique, aller au bout de la prise en charge. »*

Outre les découvertes parfois inattendues qui réorientaient le diagnostic, l'ECC constituait une plus-value majeure dans les situations d'urgence. Elle permettait de poser un diagnostic précis dès le cabinet ou le chevet du patient, elle évitait ainsi une orientation floue vers les structures hospitalières et garantissait un transfert mieux ciblé et plus sécurisé pour le patient.

***MG-06 :*** *« …tu envoies avec un vrai diagnostic complet et ben ça fait la différence entre le brancarder, le « démerdez-vous » et puis celui qui a fait un vrai diagnostic. Ça complète la consultation, enfin ça permet d'aller au bout des choses aussi quoi. »*

## 2.2 Optimisation du temps médical et gestion des délais d'imagerie

Face à des délais d'accès à l'imagerie conventionnelle jugés *« délirants »* par certains praticiens, l'ECC au cabinet était valorisée pour sa capacité à être *« très vite dégainée »*. Elle permettait d'accélérer la prise en charge, d'éviter l'errance diagnostique et de lever immédiatement un doute en situation d'urgence.

***MG-02 :*** *« c'est vraiment un outil incroyable pour pour arriver en tout cas pour gagner du temps sur les diagnostics. »*

***MG-03 :*** *« C'est génial de se dire bah en fait tu as un outil diagnostique qui te permet vraiment de de pas rester dans l'errance diagnostique pendant pendant des mois quelquefois pendant des années quoi. »*

***MG-06 :*** *« Les délais d'accès à une échographie sont tellement délirants.[…] Donc tu te dis que finalement l'écho cabinet ça peut être très vite dégainé. Tu peux très vite y avoir accès, t'appuies sur le bouton si c'est assez bien foutu et puis tu peux avoir une écho quand même assez rapidement. »*

## 2.2. Valorisation des compétences et satisfaction intellectuelle

Pour le médecin, l'usage de cet outil apportait une dimension ludique et permettait de « s'amuser ».

***MG-02 :*** *« Donc on peut aussi, j'allais dire, et je l'assume parfaitement hein, de s'amuser en fin de compte avec un outil sérieux. […] ça reste tout compte fait très ludique de de de pouvoir diversifier sa pratique »*

***MG-03 :*** *« Et l'échographie, c'est plus mon côté gadget qui va peut-être me faire dire que je vais quand même le prendre, tu vois »*

***MG-04 :*** *« Après ce serait investir pour notre juste plaisir personnel quoi, c'est un peu ça. »*

Elle était décrite comme permettant de diversifier l'activité et compléter le panel de compétences. Il y avait une réelle satisfaction à mener la démarche diagnostique à son terme.

***MG-03 :*** *« Ça fait un peu de geste aussi, bien sûr »*

***MG-06 :*** *« Tu as aussi la beauté du geste du tu as fait ton diagnostic à fond »*

***MG-06 :*** *« Et... comment dire... tu as aussi le plaisir de faire un bon diagnostic. »*

***MG-07 :*** *« Compléter mon panel de compétences et changer un peu mon activité. »*

## 2.3. Impact sur la relation médecin-patient

L'échographie au cabinet renforçait la confiance et rassurait immédiatement le patient en lui apportant une réponse claire à la fin de la consultation.

***MG-03 :*** « *En gynéco, tu vois. En gynéco tu as la maman qui est inquiète parce que machin, bon tu fais un petit coup, tu vois est-ce qu'il y a le cœur, est-ce que machin ou alors ne serait-ce que bah je crois que je suis enceinte ou on est sûrs d'être enceinte nanani, tu passes un petit coup d'écho »*

***MG-08 :*** *« Pareil, je peux rassurer ma patiente quand je suis sûre de moi, bien sûr. »*

***MG-09 :*** *« Je pense que même vis-à-vis des patients, les patients doivent apprécier le fait d'avoir une réponse à leurs questions à la fin de la consultation »*

De plus, l'utilisation de technologies ultra-portables exerçait un effet de surprise positif.

***MG-06 :*** *« Quand je sors la sonde d'écho les patients ils font "Wahou ! Vous avez une écho ! Wahou ! Sur le portable !" mais ils sont bluffés »*

## 2.4. Accessibilité financière

La baisse globale des prix du matériel (estimé entre 3 000 et 5 000 euros pour un pack complet cohérent) rendait l'investissement accessible. Enfin, l'achat via une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) était un levier fort, annulant le coût direct pour le praticien.

***MG-01*** *: « Le point positif de il y a quelques années par rapport à l'échographie je trouve que c'est que les prix ont vachement baissé pour un matériel cohérent pas exceptionnel mais cohérent quoi. »*

***MG-01 :*** *«* Donc moi le côté rentabilité en plus si c'est une MSP c'est pris en charge par la MSP donc ça coûte zéro au médecin. Donc bout à bout je pense que si on a envie de le faire pourquoi pas. »

***MG-06 :*** *«* qui est accessible à portée de main, qui est pas hors de prix non plus... enfin à 4000 balles ça reste jouable. »

### 2.5 Émergence de l'IA

L'avènement de l'Intelligence Artificielle (IA) intégrée était perçu comme une aide précieuse à l'interprétation des images et une perspective d'avenir majeure.

***MG-01 :*** *« ...dans 5 ans l'IA elle fera très bien l'échographie. [...] Il y a certaines boîtes médicales qui ont sorti une sonde connectée à l'IA et qui vous guide dans comment faire ta coupe et qui t'apprend comme ça par l'IA. »*

***MG-03 :*** *« On a eu une commerciale là qui était venue pour présenter un peu son échographie. Ouais, majoritairement pilotée par l'IA. [...] Ça c'est pratique. »*

**MG-06 :** *« Et en fait l'intérêt c'est qu'il y a l'IA qui commence à arriver. Donc la formule de base de l'IA dedans c'est le bladder-scan. [...] Normalement sur les nouvelles qui arrivent ils m'ont dit qu'il y avait une IA pour calculer les fractions d'éjection... »*

## 3. Freins, barrières et limites à l'intégration de l'ECC

Les praticiens faisaient face à des barrières structurelles, techniques et réglementaires tenaces.

## 3.1. Le facteur temps et la charge logistique

L'intégration de l'ECC au sein de l'activité quotidienne se heurtait de manière unanime à la contrainte du temps. Pour l'ensemble des praticiens interrogés, la réalisation d'un examen échographique (nécessitant l'installation du patient, le repérage anatomique, l'acquisition des coupes et la rédaction de la trace écrite) apparaissait particulièrement chronophage et difficile à intercaler dans le flux d'une consultation classique déjà saturée.

***MG-01 :*** *« Si t'en fais trois dans la journée c'est une consultation en moins ou deux consultations en moins[...] Il y a une question de logistique et d'organisation aussi...»*

***MG-05 :*** *« Je n'aurai pas le temps de faire des plages d'écho. »*

***MG-06 :*** *« ça demande de passer du temps à côté de quelqu'un[...], de t'assurer que tu n'as rien oublier, que tu n'as pas mal vu, de faire des prises »*

A cela s'ajoutait la lourdeur de l'organisation logistique. Cette surcharge temporelle avait un impact direct sur le rythme de travail : cumuler plusieurs actes dans la journée équivaut à amputer le temps accordé à d'autres consultations ou à encombrer les créneaux dédiés aux urgences, au risque de dégrader la qualité de vie au travail du médecin.

Face à ce constat, certains généralistes évoquaient la nécessité de dédier des plages horaires spécifiques à l'imagerie, tout en reconnaissant l'impossibilité pratique de dégager un tel temps dans leur emploi du temps.

***MG-05 :*** *« Il faut que je dégage des plages pour faire de l'écho. »*

***MG-06 :*** *« Et en fait tu vois il se rend compte que c'est hyper chronophage et qu'en fait ben ça altère un petit peu sa routine et sa qualité de vie de dire ah ben je me retrouve en fait avec des créneaux d'urgence saturés parce que je prends des créneaux pour faire des échos... »*

D'autres soulignaient un dilemme organisationnel majeur : reconvoquer le patient pour effectuer l'examen dénature le principe même de l'ECC "au chevet", tandis que la réaliser immédiatement impose une organisation sans faille que la réalité de la médecine ambulatoire rend complexe à soutenir.

***MG-07 :*** *« La logistique en médecine générale est quand même compliquée. […] Alors le problème, c'est qu'en fait, si vous voulez vraiment faire de l'écho, il faut être très très bien organisé. »*

***MG-09*** *: « Maintenant, j'avoue qu'en termes de logistique, je ne sais pas comment font ceux qui en font. »*

***MG-10 :*** *« Est-ce que si on reconvoque le patient on sort plus du cas de l'échoscopie puisqu'on vient en faire une échographie presque et que c'est pas vraiment le principe ? Donc ouais c'est une question, est- ce que logistiquement, organisationnellement, parlant, c'est pas trop compliqué à mettre en place. »*

## 3.2. Le coût, l'investissement et le manque de rentabilité économique

L'absence de valorisation financière de l'acte était un frein majeur. Si le médecin respecte le cadre légal strict, l'acte d'ECC non expert ne peut souvent pas être coté, rendant l'investissement non rentable pour un médecin exerçant seul.

***MG-01 :*** *« Alors il y a le problème de cotation, ça hein, puisque si on fait deux actes forcément c'est pas rentable entre guillemets. »*

***MG-02 :*** *« ...le facteur financier il est quand même assez conséquent. Parce que l'acte tout compte fait est pas très valorisant donc et valorisé. Il est valorisant mais il est pas valorisé.»*

***MG-05 :*** *« Mais le problème, c'est que tu pas faire valoir ce que tu fais (pas de compte rendu, pas payé). »*

## 3.3. L'exigence de formation

L'échographie reste un examen strictement opérateur-dépendant. Les filières de formation diplômantes (type DU/DIU) étaient jugées trop longues, chronophages et inadaptées aux besoins réels de la médecine générale (comprenant des modules spécialisés inutiles en soins primaires).

**MG-01 :** *« Pour être performant et rester performant ben il faut se former et se former ça prend beaucoup de temps et c'est pas payé. »*

***MG-02 :*** *« C'est une question de formation et de budget parce que la formation bah quand on la fait soi-même bah elle est pas pour rien non plus.[…] Il faut du temps et il faut de l'argent. »*

**MG-09 :** *« ...le côté formation qui doit être quand même assez chronophage, ça doit prendre du temps, et puis ça doit être assez précis et pointilleux. »*

## 3.4 Le risque d'iatrogénie diagnostique

De plus, une crainte forte émergeait quant au fait de manier un outil sans en avoir la maîtrise complète :

- **Le risque de "fausse rassurance" ou d'erreur :** Passer à côté d'une image pathologique par manque d'expertise.
- **L'ouverture d'une "boîte de Pandore" :** Découvrir une image fortuite anormale, non liée au motif initial, générant de l'anxiété pour le patient et complexifiant la consultation.

***MG-03 :*** *« Après le problème pour l'échographie [...] C'est surtout de se dire tiens, l'image que j'ai là, qui pour moi n'est pas normale, est-ce que c'est vraiment une image ? »*

**MG-06 :** « *Mais du coup tu as aussi le risque que tu n'es pas expert, tu vas te soulever plein de problèmes parce que tu n'es pas expert du domaine et en fait tu vas te créer des problèmes. […] Ça peut ouvrir une nouvelle porte et tu t'y attendais pas et ça va foutre le bordel dans ta consultation »*

***MG-08 :*** *« Après les freins aussi, c'est être prêt à annoncer à un patient quelque chose de grave. »*

## 3.4. Les réticences professionnelles et corporatistes

Certains participants évoquaient la réticence des radiologues, qui considèrent parfois que l'échographie doit rester leur chasse gardée exclusive. Le terme d'«échoscopie» était d'ailleurs rejeté par certains généralistes car jugé péjoratif et dévalorisait leur capacité à produire une imagerie de qualité.

***MG-02 :*** « *...il y a un terme que j'aime pas du tout qui s'appelle qu'on nomme l'échoscopie. Moi j'aime pas du tout du tout qu'on parle de ça parce qu'on fait de l'échographie. [...] Non on est tout à fait capable de produire des comptes-rendus, on côte quand on a fait un compte-rendu »*

***MG-02 :*** *« J'ai toujours eu en tête d'utiliser l'échographie en médecine générale mais toujours en tombant un peu face à des écueils qui montraient que l'échographie c'était…ça devait être pratiqué par les radiologues. »*

***MG-04 :*** *« N'empêche que voilà, il y a quand même beaucoup de barrières à faire sauter : un, la formation, deux, la réticence des radiologues quand elle existe. »*

Enfin, des limites techniques inhérentes au patient, variabilité anatomique, patient non à jeun obligeant à reconvoquer, remettant alors en question la définition même de l'ECC et compliquant l'exercice pratique au cabinet.

***MG-02 :*** *« Pas toujours facile à pratiquer en médecine générale parce que le patient n'est pas toujours à jeun, ce qui oblige parfois à reconvoquer les patients. »*

# Discussion

## 1. Principaux résultats

L'objectif de cette étude était d'explorer la place et les représentations de l'échographie clinique ciblée (ECC) chez les médecins généralistes des Hauts-de-France en 2026. Nos résultats révèlent un contraste marqué : un fort enthousiasme pour cet outil, perçu comme une plus-value clinique majeure, freiné par des barrières structurelles et de formation tenaces.

L'ECC s'impose d'abord comme une réponse pragmatique à la saturation des filières d'imagerie conventionnelle. Les praticiens la valorisent comme un prolongement de l'examen clinique, permettant de lever une urgence ou d'orienter un diagnostic par une approche binaire et rapide. L'ECC apporte une satisfaction intellectuelle au praticien tout en fluidifiant le parcours de soins et en renforçant la relation de confiance avec le patient. Ces observations font écho aux résultats de la littérature : là où le praticien perçoit une consolidation du lien thérapeutique, le patient exprime le même ressenti, soulignant que cette communication favorise sa confiance et son adhésion aux soins.(33)

Toutefois, cette dynamique se heurte à des obstacles majeurs. Le facteur temps est central. À cela s'ajoute un paradoxe médico-économique : l'absence de valorisation financière de l'acte et le flou réglementaire freinent son adoption. Enfin, l'inadéquation des formations actuelles, jugées trop académiques, nourrit une crainte légitime d'iatrogénie diagnostique. Dans ce contexte, l'intelligence artificielle embarquée est perçue comme le levier d'avenir indispensable pour sécuriser la pratique et standardiser la qualité des examens.

## 2. Forces et limites de l'étude

### 2.1. Forces

La principale force de ce travail réside dans sa méthodologie qualitative inspirée de l'approche par analyse interprétative phénoménologique, particulièrement adaptée pour explorer en profondeur le vécu, les représentations et les craintes des praticiens face à une innovation technologique. Le recrutement a permis de croiser les regards de médecins aux profils variés (installés, remplaçants, exerçant seuls ou en MSP, pratiquant ou non l'échographie).

La rigueur méthodologique a été assurée par une double analyse et une triangulation des données réalisées avec une seconde chercheuse, garantissant la validité interne des concepts codés sous NVIVO. De plus, le respect des critères de la grille COREQ assure la transparence et la scientificité du reporting de cette recherche.

La saturation des données a été atteinte et confortée par l'ajout de deux entretiens supplémentaires.

### 2.2. Limites

Sur le plan géographique, le recrutement s'est limité à la région des Hauts-de-France. Bien que cette région présente des caractéristiques de tension médicale particulièrement propices à l'étude de l'ECC, les résultats ne sont pas strictement généralisables à l'ensemble du territoire national, notamment aux zones fortement dotées en cabinets de radiologie de ville.

L’inexpérience de l’investigatrice a parfois, notamment sur les premiers entretiens, limité l’approfondissement de certains sujets, en particulier les aspects médico-légaux spécifiques.

## 3. Perspectives et implications pour la pratique

Les résultats de cette étude confirment que l’ECC est devenue un outil de choix pour le médecin généraliste, agissant comme un prolongement technologique de son examen clinique. Toutefois, son intégration durable dans le paysage de santé français nécessite une évolution structurale majeure, dépassant le stade de l'initiative individuelle pour devenir un standard de soin.

### 3.1. Révolution pédagogique : l'ère de la simulation et du compagnonnage digital

L'inadéquation de l'offre de formation actuelle constitue le frein principal à l'adoption de l'ECC. Les filières universitaires traditionnelles (DU/DIU) sont perçues comme trop longues et déconnectées des besoins réels de la médecine de premier recours où la rapidité et la pertinence priment sur l'exhaustivité morphologique.

Sur le plan de la formation, cette étude renforce la nécessité de structurer un socle minimal de compétences échographiques standardisé, centré sur des gestes à haut impact diagnostique (phlébites, globe vésical, pneumopathie). Un format court et pragmatique, intégré dès le troisième cycle des études médicales (notamment par exemple durant l’année de Docteur Junior). Dans cette perspective, l'Académie européenne des enseignants en médecine générale et familiale (EURACT) préconise une intégration de l'ECC tout au long du continuum de formation,

soulignant que cet outil doit compléter l'examen clinique sans s'y substituer, afin d'en garantir un usage pertinent et adapté aux spécificités des soins primaires.(34)

De plus, l'intégration de l'IA sur les échographes ultra-portables change radicalement la donne. Elle ne doit plus être vue comme une aide à l'interprétation, mais comme un **tuteur pédagogique embarqué**. En guidant le positionnement de la sonde et en validant la qualité de la coupe, elle permet à l'interne ou au jeune praticien d'acquérir une autonomie sécurisée, réduisant ainsi drastiquement la courbe d'apprentissage et le risque d'erreurs d'acquisition. À l'échelle internationale, cette dynamique trouve un écho favorable auprès de la grande majorité des professionnels de santé, qui perçoivent dans l'IA un levier majeur, bien que conditionné par des besoins accrus de formation, de validation clinique et de preuves scientifiques, pour surmonter les freins historiques à l'apprentissage de l'ECC.(35)

Le déploiement à grande échelle d'outils d'imagerie connectés intégrant l'IA guidera l'évolution de l'ECC, faisant d'elle, à terme, un standard de l'examen clinique au même titre que le stéthoscope ou l'électrocardiogramme.

Enfin, l'apprentissage de l'ECC doit se délocaliser du milieu hospitalier vers le milieu ambulatoire. Le déploiement de cette formation au cours des stages ambulatoires (SASPAS et Docteur Junior) nécessite de former et d'équiper prioritairement les Maîtres de Stage des Universités (MSU). Une telle synergie permettrait un compagnonnage encadré et sécurisé en vie réelle. L'ECC serait enseignée dans son contexte réel : celui de la consultation courte, où chaque seconde compte.

## 3.2. Vers un modèle médico-économique et organisationnel repensé

Le paradoxe actuel, où l'outil est considéré comme indispensable mais non rémunéré, ne peut perdurer sans fragiliser la qualité de vie au travail des médecins.

Sur le plan institutionnel, il apparaît indispensable de dépasser le clivage sémantique entre « échographie » et « échoscopie ». La querelle terminologique avec la radiologie doit laisser place à une définition fonctionnelle : l'ECC est un **acte de soin clinique**, au même titre que la réalisation d'un ECG ou d'une spirométrie. La reconnaissance d'un acte technique forfaitaire dédié à l'ECC permettrait de sortir de l'ambiguïté actuelle et de sécuriser la responsabilité civile professionnelle du médecin.

De plus, nos résultats démontrent que la Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) est l'échelon organisationnel le plus pertinent. Elle résout deux problèmes majeurs : le coût d'acquisition du matériel (partagé entre les membres) et la gestion des flux (possibilité de dédier des plages de "temps d'imagerie" sans paralyser les urgences du cabinet). La pérennisation de l'ECC passera inévitablement par ces structures, qui permettent une mutualisation des ressources humaines et techniques.

## 3.3. Une posture éthique au service de la relation médecin-patient

L'usage de l'ECC au cabinet impose au médecin généraliste une posture réflexive renforcée, dont l'enjeu central est la maîtrise de "l'iatrogénie diagnostique".

L'un des risques majeurs de l'échographie pratiquée en soins primaires est l'ouverture d'une « boîte de Pandore » diagnostique. La découverte fortuite

d'anomalies asymptomatiques appelées incidentalomes (une vésicule biliaire porteuse d'un petit calcul non compliqué, un kyste rénal bénin ou une légère anomalie thyroïdienne) place le médecin face à un dilemme éthique complexe. Toutefois, la gestion de ces découvertes exige des protocoles rigoureux et une communication transparente, d'autant que la littérature relève qu'elles ne sont que trop rarement explicitées aux patients, ce qui renforce le risque d'une cascade d'examens superflus. (36,37) Sans une formation rigoureuse à la gestion de l'incertitude, ces découvertes peuvent générer une anxiété délétère chez le patient et conduire à une cascade d'examens complémentaires inutiles, voire à une médicalisation excessive.

La perspective d'avenir réside dans une pratique de "sobriété diagnostique" : l'ECC doit demeurer focalisée sur la question clinique initiale. Le praticien doit être en mesure d'expliciter au patient les limites de l'examen de débrouillage et de distinguer le "signifiant" du "cliniquement négligeable", évitant ainsi que la technologie ne devienne une source de surdiagnostic.

Dans cette étude, il est paradoxal de constater qu'au sein de notre échantillon, la vérification du bon positionnement du Dispositif Intra-Utérin (DIU) n'a jamais été spontanément évoquée comme une indication d'utilisation de l'ECC. Ce constat est surprenant, tant cette application représente un exemple type de l'apport de l'échographie de débrouillage en soins primaires : un geste simple, rapide, non invasif, à haute valeur ajoutée clinique et sécuritaire, qui pourrait lever immédiatement le doute sans nécessiter de rendez-vous avec un spécialiste. Cette absence totale de mention dans les discours pourrait traduire une forme d'autocensure ou bien une zone d'ombre dans la formation. Elle suggère que les

médecins généralistes se projettent peut-être davantage dans une logique de "recherche de pathologie" que dans une logique d'optimisation de gestes techniques gynécologiques quotidiens. Ce point mériterait d'être exploré davantage, car l'intégration de ce type d'usage, à la fois sécurisé et peu générateur d'incidentalomes, constituerait pourtant un levier de légitimation immédiat pour l'ECC au cabinet.

# Conclusion

L’émergence de l’échographie clinique ciblée (ECC) s’inscrit au cœur des transformations profondes qui traversent la médecine générale en 2026. Face au vieillissement de la population, à la complexification des pathologies chroniques et, surtout, à la saturation des filières d’imagerie conventionnelle dans des territoires sous tension comme les Hauts-de-France, l’ECC s’affirme comme un prolongement naturel du stéthoscope et de l'examen clinique.

Cette étude qualitative menée auprès de onze médecins généralistes de la région met en évidence un intérêt majeur et un enthousiasme partagé pour cet outil. En permettant de répondre à des interrogations cliniques binaires de type « oui/non » directement au chevet du patient (notamment en infectiologie pulmonaire, en pathologie vasculaire aiguë ou dans l'exploration abdominale et urologique d'urgence), l'ECC accélère le diagnostic, réduit le recours injustifié aux services d'urgences et renforce la relation de confiance médecin-patient.

Néanmoins, la diffusion de l'ECC en médecine ambulatoire se heurte encore à d'importants freins structurels. Si la baisse progressive des coûts du matériel portable et le développement de l'exercice coordonné en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) facilitent l'équipement, le flou réglementaire, l'absence de valorisation financière de l'acte et la charge logistique en consultation constituent des obstacles majeurs pour les praticiens. De surcroît, la crainte de l'iatrogénie diagnostique et de l'incertitude face aux découvertes fortuites rappelle que l'ECC demeure un examen opérateur-dépendant nécessitant une rigueur clinique et une formation adaptée.

# Références bibliographiques


1. Code de la Santé Publique. Article L4130-1 [en ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438.

2. Collège de la Médecine Générale. Profession médecine générale – Référentiel professionnel de la médecine générale. 2025 [en ligne]. Disponible sur : https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2025/03/Referentiel-metier-medecine-generale-2025.pdf

3. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Rapport d'activité 2025 [en ligne]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-07/RA_DREES_2025%20ok.pdf

4. Moore CL, Copel JA. Point-of-care ultrasonography. N Engl J Med. 2011; 364(8): 749-57

5. Rikley E, Boillat-Blanco N, Meuwly JY, Breuss E, Senn N. Echographie : un outil utile pour la démarche diagnostique en médecine de famille. Rev Méd Suisse. 2017;13(562):990-994.

6. Haute Autorité de Santé. Évaluation de l'utilisation de l'échoscopie (ou échographie clinique ciblée) par le médecin généraliste. 2022 [en ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-07/argumentaire_echoscopie.pdf

7. Andersen CA, Holden S, Vela J, Rathleff MS, Jensen MB. Point-of-care ultrasound in general practice: a systematic review. Ann Fam Med. 2019; 17(1): 61-69

8. Pratte M, Gaudreau-Simard M, Ruller S, Harvey K, Ly V, Evans J. Point of care ultrasound (POCUS) applications in the ambulatory internal medicine setting: a scoping review. Eur J Intern Med. 2025; 141: 106379

9. Sorensen B, Hunskaar S. Point-of-care ultrasound in primary care: a systematic review of generalist performed point-of-care ultrasound in unselected populations. Ultrasound J. 2019; 11(1): 31.

10. Cibois-Honnorat I. Référentiel professionnel de la Médecine Générale. L'échographie en médecine générale : une évolution évidente. CMG, 2025. [en ligne] Disponible sur : https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2025/03/Referentiel-metier-Contribution-echographie-ciblee-2024.pdf

11. Blanchet T, Thierry R. Obstacles à la pratique de l'échographie par le médecin généraliste au cabinet : étude qualitative [Thèse d'exercice]. Grenoble, Université Grenoble Alpes ; 2015

12. Camard L, Liard R, Duverne S, Ibanez G, Skendi M. Consensus on relevant point-of-care ultrasound skills in General Practice : a two-round French Delphi study. BMC Med Educ. 2024 Mar 26;24(1):341.

13. Fédération Nationale des Médecins Radiologues. L'imagerie médicale : un atout pour la santé, un atout pour l'économie. 2025 [en ligne]. Disponible sur : https://fnmr.fr/wp-content/uploads/2025/09/ESCARGOT-2025-OCTOBRE-v3.pdf

14. Inspection Générale des Affaires Sociales. Pertinences et efficiences des dépenses de radiologie. Mai, 2025. [en ligne]. Disponible sur : https://igas.gouv.fr/pertinence-et-efficience-des-depenses-de-radiologie

15. Julie Froidevaux. Rôle de l'échographie ciblée dans la démarche diagnostique et thérapeutique du patient au sein du réseau SOS Médecins. Une étude descriptive transversale multicentrique en médecine générale. [Thèse] Sorbonne Université, 2023.

16. Gueguen C. La pratique de l'échographie en médecine générale permettrait-elle un moindre recours ou un recours plus adapté aux services d'urgences ? Étude rétrospective. [Thèse] Université de Rennes. 2016

17. Cartosanté [En ligne] Disponible sur : https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=232737,6604712,302638,228995&c=indicator&i=zonage_mg_qpv.zon_qpv&i2=zonage_conv.z_gene&t=A01&t2=A01&view=map12.

18. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Démographie des professionnels de santé au 1er janvier 2026 [en ligne]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/jeux-de-donnees/260702-demographie-des-professionnels-de-sante-au-1er-janvier-2026

19. Varenne C, Hagiu DP. Analyse de l'utilisation et de la formation à l'échographie en soins primaires en France : une étude transversale [Communication orale]. 17ème Congrès de la Médecine Générale France ; 21-23 mars 2024 ; Paris, France

20. Aakjær Andersen C, Brodersen J, Davidsen AS, Graumann O, Jensen MBB. Use and impact of point-of-care ultrasonography in general practice: a prospective observational study. BMJ Open. 2020; 10: e037664

21. Al-Assiri K, Alotaibi M, Bin Abd A, Bin Abd M, Asharaef S, Alassiri B, et al. The impact of point-of-care ultrasound (POCUS) on rapid diagnosis and management of critically ill patients in the emergency department. J Popul Ther Clin Pharmacol. 2024; 31(7): 2030-2038.

22. Madrazo L, Gaudreau-Simard M, Bowdridge J, Woo MY, Pageau P, Ruller S. Not just a diagnostic tool: a qualitative study exploring how patients experience point-of-care ultrasound in acute care. J Gen Intern Med. 2026 Jun 4

23. Balmuth EA, Luan D, Jannat-Khah D, Evans A, Wong T, Scales DA. Point-of-care ultrasound (POCUS): assessing patient satisfaction and socioemotional benefits in the hospital setting. PLoS One. 2024

24. Erickson ST. POCUS: Is It Time? … And Is There Time? J Am Board Fam Med. nov 2025;38(6):958-61

25. Omniprat. Échographie en médecine générale. 2024. [en ligne]. Disponible sur : https://omniprat.org/fiches-pratiques/echographie/echographie-en-medecine-generale/

26. Haute Autorité de Santé. Indicateurs du compte rendu radiologique, cahier des charges de la HAS et de Société Française de radiologie. 2014 [en ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/cahier_des_charges_crr_vf.pdf.

27. Société Française de Radiologie. Comptes rendus structurés. 2014. [en ligne]. Disponible sur : https://www.radiologie.fr/comptes-rendus-structures.

28. Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie. Décision du 11 mars 2005 relative à la liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'Assurance Maladie [en ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000629763

29. Code de la santé publique. Article L1110-5. [en ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031972245.

30. Code de la santé publique. Article R. 4127-32. [en ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912894.

31. Bornemann P, Jayasekera N, Bergman K, Ramos M, Gerhart J. Point-of-care ultrasound: coming soon to primary care ? J Fam Pract. 2018; 67(2): 70-80.

32. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) : a 32 item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care; 2007.

33. Lebreton A. Expérience patient de l'échographie clinique ciblée par les médecins généralistes : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. [Thèse] Université de Rennes, 2024.

34. Homar V, Michels NR, Kucera M, Bednar J, Ortega Y, Andersen CVA, et al. Point-of-care ultrasound teaching in general practice and family medicine: EURACT position paper. Eur J Gen Pract. 31 déc 2026;32(1):2666751

35. Wong A, Roslan NL, McDonald R, Noor J, Hutchings S, D'Costa P, Via G, Corradi F. Clinical obstacles to machine-learning POCUS adoption and system-wide AI implementation (The COMPASS-AI survey). Ultrasound J. 2025 Jul 3;17(1):32.

36. Ngyuyen MQ, Bengio M, Tran VH. Educational Point-of-Care Ultrasound Discovers Adrenal Cortical Carcinoma, a Case Report: Clinical Implications and Review of the Literature. HCA Healthc J Med. 2025 Aug.

37. Allen R, Paz-Soldan G, Wilson M, Huang J, Omer T, Mailhot T, Sajed D. Incidental Renal Cysts Found by Point-of-Care Ultrasound: A Retrospective Chart Review. J Emerg Med. 2024 Aug.

# ANNEXES

## Annexe n°1 : Entretien MG-01

| Timing | Interlocuteur | Échange |
|---|---|---|
| 00:41 | MG1 | Bon, allez, on est partis. |
| 00:42 | Investigatrice | Allez. Euh, du coup, à quels outils diagnostic est-ce que vous avez eu recours dans votre pratique courante en général, de façon globale ? |
| 00:50 | MG1 | Euh, quand je suis en forme, uniquement la clinique. |
| 00:54 | Investigatrice | Comment ? |
| 00:55 | MG1 | Je dis quand je suis bien en forme, uniquement la clinique. |
| 00:58 | Investigatrice | Uniquement la clinique. Ok, ça marche. |
| 01:00 | MG1 | Uniquement, réellement uniquement la clinique parce que rien que la clinique, ben on peut, […] On peut déjà rien que quand le patient s'assoit déjà, on a l'outil diagnostic qui est déjà quasiment fait. Un petit peu de clinique là-dessus pour éliminer des choses qui peuvent nous embêter. La paraclinique, […] ben la paraclinique, la biologie, oui forcément. L'imagerie, tant que ça reste une radio, oui. Un scanner, éventuellement. Après échographie, IRM, j'aurais tendance à dire que ça me sert quasiment à rien parce que les délais d'obtention sont tellement longs que avoir une échographie pour me confirmer que c'est une tendinite, je vois pas bien l'intérêt, quoi. |
| 01:35 | Investigatrice | Et est-ce que vous trouvez que ça a évolué au fil des années depuis que vous avez commencé ? |
| 01:40 | MG1 | Ah ben ça, […] ah ben ça peut évoluer. C'est ben déjà, déjà l'évolution pour moi, c'est avant on faisait une radio, on faisait une écho dans la foulée, le même jour, au même moment. On pouvait avoir. Maintenant ben […]c'est devenu hyper spécialisé donc le mec qui fait moi je […] ben exemple pratico-pratique, hop, je me suis cassé la gueule sur mon tapis là dimanche, je me suis fait mal. Bon, je vais faire une radio ce matin, mais la radio elle sert à rien forcément de toute façon puisque je mobilise sans problème. Donc j'ai fait une écho c'était pour être sûr qu'au niveau tendon j'avais j'avais rien. Ben non, il faut que je revienne samedi, quoi. Et encore parce que je suis docteur, pistonné et que voilà. Sinon le premier rendez-vous c'était fin avril. Donc vraiment un exemple alors que quand je me suis installé à ton âge, ben on faisait une radio on avait une écho, on avait une écho, il fallait faire une écho. Alors il y a le problème de cotation, ça hein, puisque si on fait deux actes forcément c'est pas rentable entre guillemets. Ça c'est la première chose. La deuxième chose, il y a le problème de l'hyperspécialisation. Moi de mon temps le radiologue il était radiologue, quoi. Maintenant il est radiologue de l'os, du cerveau, des muscles, il fait pas l'épaule. L'échographie de l'épaule il fait pas l'abdominale enfin bon bref […]. Donc ils sont tellement hyperspécialisés que forcément il n'y a plus de créneaux parce qu'il n'y a pas un appareil par spécialité. Donc ça, ça pose problème. Donc ça après […] après la véritable utilité de l'échographie... |
| 03:00 | Investigatrice | Est-ce que vous du coup c'est quoi la place de l'écho dans votre pratique actuellement, de l'écho en général ? |
| 03:07 | MG1 | Alors moi ma place de l'écho elle est principalement abdominale. Ok, on va dire principalement abdominale, cervicale pour les thyroïdes. Oui, et pour le reste ben vésico-rénale un petit peu mais ça c'est plus dans la maladie rénale chronique et c'est pas une urgence, c'est pas une urgence. Ben moi j'aurais tendance à dire malheureusement dans l'urgence elle a quasiment pas de place. |
| 03:28 | Investigatrice | Parce que c'est compliqué de l'avoir ? |
| 03:30 | MG1 | Parce que […] parce que par défaut l'urgence veut dire demain, enfin dans la semaine quoi on va dire et les rendez-vous sont à 6 semaines, quoi. Donc ça ne veut absolument rien dire et puis et puis le problème aussi de l'échographie c'est qu'on envoie au radiologue, donc si on veut une écho il faut une radio. Tout ce qui est osseux ils veulent, ils veulent une radio avant, on ne sait pas pourquoi enfin bon bref. Et quand ils font une radio ils disent derrière il faut faire une écho. Il n'y a pas de place, tout ça pour confirmer un truc moi je dirais 2 patients sur 3 sont guéris ils reçoivent leur écho quoi. |
| 04:00 | Investigatrice | Ah ouais, ça. |
| 04:02 | MG1 | Ben à part l'abdominale le viscéral, je vois pas bien l'intérêt, quoi. |
| 04:05 | Investigatrice | Ok. Et vous si on vous dit échographie clinique ciblée, vous pensez à quoi du coup ? Ça vous évoque quoi ? |
| 04:12 | MG1 | Ben ça ne me parle pas mais le ciblée ça veut dire on cherche quelque chose de principal enfin on cherche un truc et pas un autre quoi. Donc je sais pas on va chercher des calculs vésiculaires mais on va pas regarder la tête du pancréas ou je sais pas l'homogénéité hépatique, quoi. C'est un peu c'est un peu ça quoi. |
| 04:26 | Investigatrice | Ouais, Ok ça marche. Et du coup si vous aviez accès à l'écho dans votre quotidien au cabinet, est-ce que ça pourrait avoir un impact sur vos prises en charge, votre façon de raisonner, votre relation avec le patient, des choses comme ça ? |
| 04:40 | MG1 | Ben honnêtement je ne sais pas parce que je ne l'ai pas donc je me pose pas la question. Après quand je vois le nombre d'échos parce que quand j'avais fait l'émissions c'est ce que j'avais regardé un peu j'avais regardé pendant 15 jours le nombre d'échographies que je j'avais demandées, […] j'en demande pas quoi. |
| 04:55 | Investigatrice | Hmm, ouais. |
| 04:56 | MG1 | A part là j'en demande peut-être 4 5 par moi enfin 4 5 par semaine parce qu'il y a il y a les pertes de poids donc il faut faire une écho vésiculaire avant le Mounjaro et le Wegovy. Donc là j'en demande un petit peu plus à cause de ça. Mais après l'échocardio ben |

| | | |
|---|---|---|
| | | l'échocardio, c'est une urgence donc je pense que dans les topos que j'ai eu les mecs qui font des échocardios au cabinet bon les chevilles enfin bon... |
| 05:15 | Investigatrice | C'est pas spécialement de notre sort en soins primaires, quoi. |
| 05:18 | MG1 | Donc c'est honnêtement […] je demande pas beaucoup d'échos enfin beaucoup d'échographies parce que la clinique suffit parce que parce que ça j'ai l'impression que ça confirme quelque chose mais ça ça n'enlève pas au diagnostic. L'échodoppler de la phlébite ben ça on l'a dans les 48 heures. Donc ça ça va aussi donc je sais pas. Après après il y a l'autre côté […] c'est que si on je pense que si on en fait et qu'on on a l'écho facile ben moi t'as vu avec la méso je fais de la méso facile donc je l'ai sous la main, il n'y a pas de rendez-vous tac c'est fait dans la foulée. L'écho je pense que ça peut être pareil mais est-ce que c'est réellement utile pour faire des diagnostics différentiels vraiment, […]quel niveau de compétence il faut avoir pour être sûr de soi parce que il y a des choses qui doivent être super simples à faire en comme une échographie et d'autres qui doivent nécessiter quand même j'imagine une formation. Donc est-ce qu'on est prêt à avoir cette formation, le temps que ça prend même si c'est on entend les échographistes 3-4 minutes ou 5 minutes […] 5 minutes c'est sûr c'est pas long. Mais si t'en fais trois dans la journée c'est une consultation en moins ou deux consultations en moins. |
| 06:14 | Investigatrice | Ouais donc il y a une question de logistique et d'organisation aussi pour vous quoi enfin. |
| 06:18 | MG1 | Ouais voilà il faut que l'appareil soit sous le coude qu'il soit branché qu'il soit bien enfin après je sais pas comment on fait les échos donc je peux pas ça peut être certainement enfin quand on va chez le radiologue quand on voit le temps que ça prend une échographie... |
| 06:33 | Investigatrice | Ouais, ils sont archis formés. |
| 06:35 | MG1 | Mais ça va super vite. |
| 06:36 | Investigatrice | Oui après là c'est l'échographie clinique ciblée, l'intérêt comme tu disais c'est que ce soit ciblé sur un élément en particulier et donc de principe que ça aille vite mais après en effet le côté formation... |
| 06:50 | MG1 | Mais justement le ciblée si on est ciblé sur quoi ? Ben une écho abdominale pour un calcul vésiculaire combien on en demande par mois, quoi ? |
| 06:58 | Investigatrice | Oui oui, vous en demandez pas tous les jours, quoi. |
| 07:01 | MG1 | Donc et je pense et je pense qu'on peut être qu'on n'est pas trop mauvais dans ce qu'on fait souvent. |
| 07:05 | Investigatrice | Ouais bien sûr. Et si on n'en fait pas souvent on est moins […] |
| 07:07 | MG1 | On n'en fait jamais parce que c'est facile, on va faire un stage de formation machin on va être ciblé sur on va en voir tout plein donc ça va être facile. Mais après si on n'en fait plus alors par contre le point positif de il y a quelques années par rapport à l'échographie je trouve que c'est que les prix ont vachement baissé pour un matériel cohérent pas exceptionnel mais cohérent quoi. Parce que moi quand j'étais jeune et beau, on nous vendait des électrocardiogrammes, des appareils de spirométrie, des trucs comme ça. C'est pas compliqué électrocardiogramme il suffit d'en faire je sais plus combien par jour et votre truc il est rentabilisé et cetera. Ben au départ ben t'es pas content à le faire parce que tu te dis il faut rentabiliser le truc puis à l'arrivée ben t'as fait tout quand t'en peux plus ou t'as plus le temps ou t'oublies et cetera. Là le fait que les appareils aient vachement baissé je pense pas que le coût soit continue à être un problème. Donc moi le côté rentabilité en plus si c'est une MSP c'est pris en charge par la MSP donc ça coûte zéro au médecin. Donc bout à bout je pense que si on a envie de le faire pourquoi pas. |
| 08:12 | Investigatrice | Ok. |
| 08:13 | MG1 | Et je pense que ceux qui ont envie de le faire vont y trouver réellement un intérêt. |
| 08:17 | Investigatrice | Oui c'est ça, Ok. Et puis oui c'est vrai la question prix elle est de moins en moins dans l'équation en tout cas. |
| 08:22 | MG1 | Ouais c'est ça tout à fait ouais. Avant c'était 10-15 000 balles pour un appareil correct. Là les premiers prix on est à 5 000 donc ce qui est... |
| 08:30 | Investigatrice | Ça continue à se casser la figure. |
| 08:32 | MG1 | Oui bien sûr. Et puis et puis 5 000 dans une MSP sur 3 ou 5 ans... Voilà c'est zéro quoi hein donc c'est le problème de prix et donc de rentabilité de tout ça à l'acte derrière. En plus je pense que pour coter il faut certainement un niveau de formation. |
| 08:45 | Investigatrice | Tout à fait ouais. Vous pouvez pas coter si vous n'avez pas le DU ouais. |
| 08:48 | MG1 | Donc ça aussi ça alors cette formation ben on cote mais ça prend du temps quoi parce que t'as te former […]ben pendant ça tu travailles pas quoi. Et la formation DPC ou en stage ou l'émissions que j'avais faites là donc il y avait il y avait un généraliste qui en faisait quasiment tout plein. Il y avait un généraliste qui se la pétait qui avait fait du DPC qui avait fait 30 heures de ou 20 heures d'échographie qui pensait qu'il savait faire. Et puis après t'avais le prof de radiologie qui disait que le diplôme cétait 160 heures et qu'il y avait entre 15 jours et un mois de stage non-stop machin. Donc pour être performant. Alors après entre les deux il y a un juste milieu je pense. Mais mais ça prouve que pour être performant et rester performant ben il faut se former et se former ça prend beaucoup de temps et c'est pas payé. |
| 09:40 | Investigatrice | Il y a une vraie question sur la formation et du coup le fait aussi de l'intégrer à la pratique si jamais ça se développe davantage dans les années à venir de toute façon. |
| 09:51 | MG1 | Ben je pense que ça va se développer davantage. Je pense que ben là maintenant en radiologie t'as les manipulateurs qui commencent à en faire ouais. Donc ils sont capables donc c'est pas si sorcier que ça. Et puis je pense qu'à la vitesse à laquelle ça va dans 5 ans l'IA elle fera très bien elle fera très bien l'échographie. |
| 10:05 | Investigatrice | Et ça arrive déjà parce qu'il y a certaines boîtes médicales qui ont sorti une sonde connectée à l'IA et qui vous guide dans comment faire ta coupe et qui t'apprend comme ça par l'IA. Donc on est déjà au début. |
| 10:15 | MG1 | Donc est-ce que dans 5 ou 10 ans ça sera pas l'infirmière un tantinet formée une semaine ou un truc comme ça qui sera capable de faire ? Et est-ce que […] est-ce que le médecin avec l'évolution des choses est-ce que le médecin gardera la main et ça lui servira à tout seul ? Je suis pas certain. Et puis et puis il y a toujours cette part de temps quoi. Les mecs qui te disent ça va vite machin et cetera, le gars il disait ouais j'en fais 10 à 15 par jour. Alors déjà je me disais il y a un recrutement particulier mais bon moi médecin généraliste j'en prescrirai pas 10 par jour même pas 10 par semaine. Donc ben c'est une façon facile pour éliminer. Mais […] mais éliminer quelque chose qui a pas besoin d'être éliminé est-ce que c'est utile ? Quoi je ne sais pas. |

| | | |
|---|---|---|
| 10:48 | Investigatrice | Ok. |
| 10:50 | MG1 | Ouais il y a le temps d'installer le patient et cetera. Pour moi c'est un truc vachement bien pour ceux qui ont envie de le faire. |
| 10:55 | Investigatrice | Ouais, Ok, très bien. |
| 10:57 | MG1 | Voilà c'est tout. Et puis […] et puis on a ben vraiment dans l'urgence une cholécystite ou un truc comme ça on peut on arrive toujours ben soit à avoir un scanner rapide soit, soit on prend son téléphone on appelle et […] ben il faut un geste quoi. Si on appelle pas tous les jours pour une cholécystite ils vont nous prendre quoi. Donc voilà moi je pense que c'est un outil, c'est en plus vous êtes pas vous avez pas besoin de formation mais vous êtes plus formés que nous. Moi je sais lire des radios enfin je savais lire des radios ça s'arrête là quoi. Je suis pas tombé dedans, vous êtes tombés dedans étant petits vous savez les lire. L'autre jour j'avais une 4ème année elle se jette sur le l'IRM quoi. Elle était plus vite sur le diagnostic que moi lire le compte-rendu donc ça m'a un petit peu énervé. Mais mais ça prouve que c'est monnaie courante maintenant donc donc très bon outil parce que rapport qualité prix intéressant. |
| 11:51 | Investigatrice | Pas pour tout le monde ? |
| 11:53 | MG1 | Pas pour moi, je pense pas pour tout le monde du tout. Et alors peut-être plus dans des endroits entre guillemets perdus que parce que pour la personne âgée ou même pour la personne qui travaille enfin je veux dire quand t'as tu fais une radio du coude et tu dois retourner trois jours après pour aller faire l'échographie ben quand tu travailles ben c'est un peu... Donc si t'as tout ça c'est du plus pour le patient. Mais voilà pour ceux qui ont vraiment envie qui sont bien formés. Après il y a des formations donc je pense que les formations, elles sont faites de telle façon qu'à la fin on sort avec quelque chose quoi. Et puis combien […] combien de temps entre guillemets parce que je pense que la main va passer soit à l'IA soit à des paramédicaux soit hein. Et assez rapidement quoi. Quand on voit comment ça évolue c'est monstrueux quoi. |
| 12:35 | Investigatrice | Donc tu penses […] Tu penses aussi que déjà c'est lié à la[…] à là où tu exerces aussi enfin au lieu d'exercice puisque ça dépend de avec qui t'as des relations et des cabinets de radio à proximité aussi. |
| 12:48 | MG1 | Ouais ouais oui non parce que si c'est vraiment si c'est vraiment important les gens ils peuvent faire trois quarts d'heure de route hein. Ils ont un rendez-vous ils sont contents. Mais non c'est plus justement est-ce qu'il faut vraiment avoir une échographie. Enfin on est là-dessus, il faut une radio pour faire une écho enfin tout ce qui est ostéo-articulaire bon j'aimerais bien savoir combien de fois ils trouvent un problème à la radio et pas à l'écho. Bon bref et c'est deux rendez-vous donc c'est […] si t'es perdu c'est vachement utile quoi. Mais si on veut être logique tu vas pas faire une une écho d'un tendon alors que le radiologue il dit il faut une radio avant. |
| 13:24 | Investigatrice | D'accord, ouais ouais. |
| 13:26 | MG1 | Si on veut être logique si le professeur il veut comme ça, c'est pas toi dans ton petit coin qui vas faire l'inverse quoi. Donc, donc il reste en ciblée, il reste l'abdominale, il reste le rénal pour une colique néphrétique mais bon colique néphrétique elle est quand même fortement clinique quoi hein […] l'écho elle va pas apporter grand-chose. Echocardio ouais mais bon maintenant que t'es essoufflé ou qu'il y a un problème de BNP ben voilà le cœur il sera dilaté ou pas dilaté on s'en fout le problème est le même. Donc donc je sais pas dans quelle situation ça peut être vraiment utile en médecine générale en ciblée je sais pas. |
| 14:04 | Investigatrice | Ok. |
| 14:05 | MG1 | Et et je pense que si ça l'est ça va l'être ponctuellement. Et ça va pas être trois fois par jour quoi. Enfin je sais pas ce que t'en penses toi dans tes recherches et... |
| 14:21 | Investigatrice | C'est ça. C'est que dans les pays scandinaves et en dans les pays anglo-saxons ça se fait quand même beaucoup mais parce que les gens sont aussi formés à ça et ils ont l'écho facile et donc ils y vont plus facilement. |
| 14:32 | MG1 | Ben ça va super, ouais ça c'est l'écho comme chez le radiologue en une minute une minute. Ils cherchent un truc ok oui non et puis voilà terminé ils passent à autre chose. Donc c'est un peu le la prolongation du stéthoscope pour nous quoi donc. Est-ce que ça évoluera et que ça changera peut-être pour l'instant c'est vrai que c'est encore nouveau dans notre pratique. |
| 14:50 | MG1 | D'accord. |
| 14:51 | Investigatrice | Ouais ouais il y a des cours de plus en plus alors ça dépend encore des facs. Donc ça dépend d'où et de comment ça va évoluer je pense que l'intelligence artificielle elle va aussi beaucoup jouer là-dessus. Donc on verra mais en 5 ans je pense que ça peut vraiment grandement évoluer. |
| 15:10 | MG1 | Ben ça a déjà ben déjà je pense qu'il y a 10 ans le médecin généraliste qui faisait de l'échographie c'est parce qu'il faisait phlébologie quoi. |
| 15:12 | Investigatrice | Voila, c'est ça. |
| 15:13 | MG1 | Ça s'arrêtait là quoi. Ouais ouais donc on verra avec les pratiques aussi et puis ouais je sais pas au quotidien c'est ça je pense que si t'en fais ben t'as envie d'en faire et du coup tu le fais mieux et t'as envie de plus, t'en fais plus, t'as envie d'en faire. Et mais […] mais je pense qu'il faut vraiment que ça soit ben c'est le plus le propos du ciblage c'est que ciblé donc t'es super formé pour chercher trois quatre pathologies qui peuvent être emmerdantes. Mais à côté de ça tu fais pas tout le reste et donc finalement t'en fais très peu quoi. |
| 15:45 | Investigatrice | Et puis après il y a la question de médico-légal aussi parce que si tu veux que ce soit diagnostic, il faut faire un compte-rendu et que ce soit coté, la question de cotation et de rentabilité qui est encore assez floue. |
| 16:08 | MG1 | Voilà. |
| 16:09 | Investigatrice | Voilà. Est-ce que pour conclure vous pourriez me dire quelques mots sur vorte parcours et mode d'exercice, est-ce que vous avez des activités particulière ? |
| 16:13 | MG1 | Euh bah moi […] je suis médecin généraliste en libéral, tout seul dans mon cabinet, plutôt rural et euh ben je fais un peu de méso et de spirométrie. |
| 16:18 | Investigatrice | Méso ? |
| 16:19 | MG1 | De la mésothérapie. |
| 16:21 | Investigatrice | Ah ok. Et bah très bien, merci pour cet entretien. Voila. |

# Annexe n°2 : Entretien MG-02

| Timing | Interlocuteur | Échange |
|---|---|---|
| 00:00 | Investigatrice | Vous pouvez vous présenter, savoir dans quelle zone géographique vous travaillez et si vous avez des activités particulières dans votre cabinet ? |
| 00:15 | MG-02 | Des activités particulières ? |
| 00:16 | Investigatrice | Ouais, genre en plus de l'activité classique de médecine générale |
| 00:23 | MG-02 | Pourquoi tu enregistres là ? |
| 00:24 | Investigatrice | Ouais, j'enregistre, c'est bon. |
| 00:25 | MG-02 | Ah ouais. Donc, je suis médecin généraliste, donc installé en médecine générale à *** dans un secteur semi-rural. Licence de remplacement depuis 1998, donc exercice de la médecine libérale en médecine générale depuis 1998, champion du monde[…] |
| 00:50 | MG-02 | Et ensuite donc installé en 2004 après une période de remplacement à *** dans un cabinet de groupe initialement au sein d'une SCM, puis création de la MSP depuis trois ans. […] |
| 01:05 | MG-02 | Et donc on a toujours pratiqué la médecine générale classique, on va dire familiale, mais toujours avec une recherche d'actes techniques. Donc de petite chirurgie, sutures, excision, enfin voilà, prise en charge de la petite chirurgie de médecine générale dans surtout en secteur semi-rural. |
| 01:29 | MG-02 | Et ensuite donc toujours pratiqué aussi depuis les urgences parce que j'ai une culture d'urgentiste du type bah les ECG, donc le cabinet a toujours été équipé avec un ECG. |
| 01:43 | MG-02 | De manière plus récente dans le cadre de la médecine du sport adaptée à la plongée parce que je suis médecin fédéral de la Fédération Française d'Étude et de Sport Sous-Marin, FFESSM. |
| 02:00 | MG-02 | […]Donc pratique aussi de la spirométrie et on va pas dire récemment parce que ça fait quand même quelques années que je suis équipé échographie, mais donc échographie avec l'obtention d'un DU d'échographie en médecine générale. |
| 02:22 | Investigatrice | Ça fait combien de temps du coup ? |
| 02:24 | MG-02 | Euh ça fait, ça fait... ça fait une dizaine d'années. |
| 02:30 | Investigatrice | Ok. |
| 02:32 | MG-02 | Ouais, ça fait une dizaine d'années donc d'abord avec un appareil en fait j'ai fait les formations d'abord avec le Professeur Bourgeois qui est promoteur de l'échographie au cabinet en médecine générale. Ensuite avec des médecins urgentistes de l'hôpital de Lourdes. |
| 02:53 | MG-02 | J'ai continué les formations, j'étais équipé avec un appareil qui était de la marque Sonoscanner qui me convenait plus et je sentais que bah il me fallait aussi une formation plus plus, on va dire, académique. |
| 03:09 | MG-02 | Et c'est pour ça que j'ai passé le DU à l'époque d'échographie en médecine générale à l'hôpital de Brest, donc l'Université de Bretagne sous la responsabilité du Professeur Lorest qui donc est bah voilà fait la promotion aussi de l'utilisation de l'échographie en cabinet, ce qui est vachement répandu en fait, très répandu en Bretagne. |
| 03:36 | MG-02 | Donc j'ai pris l'exemple en fait ayant toujours […] toujours eu dans la tête d'utiliser l'échographie en médecine générale mais toujours en tombant un peu face à des écueils qui montraient que l'échographie c'était... ça devait être pratiqué par les radiologues, que c'était on a tous entendu ça dans son... dans ses études où c'est opérateur-dépendant sous réserve que bah y'a vraiment que les gens radiologues qui peuvent utiliser l'échographie. |
| 04:13 | MG-02 | Or bah c'est... c'est... c'est vraiment un examen déjà peu invasif. Il l'est quand même parce que le son c'est pas... c'est pas toujours anodin notamment sur les petites structures. |
| 04:25 | MG-02 | Et donc on fait... on pratique la médecine générale au sein du cabinet dans diverses situations. D'abord une grosse partie qui est plutôt une réponse assez manichéenne avec un oui non, par exemple voilà est-ce qu'il y a un épanchement du Douglas ou pas ? Est-ce qu'il y a une dilatation des cavités pyélocalicielles ou pas, etc. |
| 04:47 | MG-02 | Et puis ensuite à force de, à force de manipuler, à force de s'ouvrir sur d'autres organes aussi, la thyroïde, tout ce qui est ostéo-articulaire, voilà et bon le gros en fait de l'échographie ça reste l'échographie abdo en fin de compte. |
| 05:07 | Investigatrice | Hum hum. |
| 05:08 | MG-02 | Alors pas toujours facile à pratiquer en médecine générale parce que le patient n'est pas toujours à jeun, ce qui oblige parfois à reconvoquer les patients. |
| 05:17 | MG-02 | Et puis aussi et puis aussi une grosse utilité aussi pour apporter un plus à la consultation. Par exemple de faire une de de de choisir soi-même une certaine catégorie de la population, par exemple les hommes de plus de 50 ans fumeurs, et ben de jeter un coup d'œil sur leur vessie par exemple et ben on est on a des surprises parce qu'on trouve des papillomatoses, on trouve des tumeurs vésicales et cetera quoi. |
| 05:44 | MG-02 | Donc on peut aussi, j'allais dire, et je l'assume parfaitement hein, de s'amuser en fin de compte avec un outil sérieux, avec un outil qui coûte cher, mais ça reste un jouet, ça reste tout compte fait très ludique de de de pouvoir diversifier sa pratique. |
| 06:01 | Investigatrice | Ok. Et du coup la place de l'échographie dans la démarche diagnostique, elle est à la fois euh comment dire avec à visée préventive entre guillemets, on cherche des choses globales mais parfois des choses plus précises aussi ? |
| 06:17 | MG-02 | Voilà. Par exemple on peut voilà on peut soi-même sélectionner une partie de la patientèle par rapport aux facteurs de risque cardio-vasculaire et cetera on peut on peut chercher les anévrismes de l'aorte abdominale. On peut mesurer l'anévrisme de tous enfin l'aorte de tous les patients sur une certaine sélection. |
| 06:38 | MG-02 | On peut regarder les artères fémorales, la fémorale superficielle de certains patients qu'ont des facteurs de risque on peut faire plein plein de choses. Donc c'est vrai qu'il y a un côté il y a un côté ouais prévention disons-le. |
| 06:51 | MG-02 | Dans le cadre par exemple d'un examen d'un certificat pour le sport et bien on peut regarder les organes on peut regarder évidemment je fais pas d'échographie cardiaque parce que parce que bah il faudrait que je me forme et je me suis pas encore formé. |
| 07:07 | MG-02 | De toute façon bah par exemple pour la plongée ça me permettrait pas de de dépister les FOP par exemple hein donc on voilà j'aurais pas le plateau technique pour pour ce genre de chose. |
| 07:20 | MG-02 | Mais ouais on fait de la prévention dans le cadre d'un examen systématique et puis après on fait voilà de cette forme que j'appellerais d'échographie à la recherche de signes en signes on-off et puis après il y a aussi tout ce qui est analyse analyse d'organes et cetera. Alors voilà. |
| 07:44 | Investigatrice | J'ai un peu la réponse mais du coup ça modifie forcément la prise de décision pendant la consultation et la suite de prise en charge vis-à-vis des patients ? |
| 07:56 | MG-02 | Euh oui. Oui oui oui. Oui oui bien sûr. Bien sûr mais mais ce que l'examen clinique hein. |

| | | |
|---|---|---|
| 08:04 | Investigatrice | Oui oui bien sûr examen clinique dans un premier temps mais j'imagine que le fait de... |
| 08:08 | MG-02 | Non mais je veux dire que l'examen clinique permet permet d'aller de bah d'affiner aussi son diagnostic au point de l'interrogatoire. Je veux dire on peut on peut faire un examen complet clinique à tous les patients qui viennent mais la plupart du temps après l'interrogatoire on va aller chercher dans l'examen clinique ce qui nous intéresse comme on va demander tel ou tel examen para-clinique dans certaines situations mais on sait déjà ce qu'on va y rechercher. On va pas à la pêche quoi. |
| 08:44 | Investigatrice | Hum hum. Et est-ce que le fait d'avoir l'écho à disposition ça modifie la manière de consulter ou la relation parfois avec le patient, enfin est-ce que les patients savent que du coup comme il y a l'écho ils je sais pas ils réagissent différemment que si elle était pas là ou je sais pas ? |
| 09:00 | MG-02 | Non pas du tout. La démarche reste la même y'a même des patients qui disent ah bah pourtant l'appareil est assez volumineux y'a un écran et cetera ce qui interpelle quand même souvent les gens bah y'a des gens qui qui ont l'habitude de venir au cabinet qui disent "ah ben vous avez ça ben j'ai jamais vu". |
| 09:16 | MG-02 | En fait ils ont jamais fait attention donc moi j'ai choisi de le mettre juste à côté de ma table d'examen pour une fois donc y'a pas de salle dédiée donc c'est mon appareil j'allais dire mais qu'on pourrait très bien déplacer au sein du cabinet voilà il y a pas de souci particulier hein. |
| 09:33 | MG-02 | Mais j'ai choisi de le mettre vraiment à côté de la table d'examen pour y avoir recours vraiment très très facilement quoi donc après un temps de palpation abdominale par exemple et bien on passe assez rapidement à la à l'échographie. |
| 09:47 | Investigatrice | Ok. Et du coup quels ont été les facteurs motivationnels pour le mettre en place mais aussi est-ce qu'il y a eu des limites, des difficultés pour mettre en place l'écho au cabinet ou ça s'est pas forcément posé comme question ? |
| 10:04 | MG-02 | Alors c'est très facile à mettre en place parce que y'a plein de aujourd'hui ça a comme le vent en poupe donc il y a quand même un facteur commercial à la faire donc il y a plein de de petites entreprises qui se forment de petits voilà prestataires qui se forment pour installer dans les cabinets. |
| 10:24 | MG-02 | Il y a plein d'appareils aussi de très mauvaise qualité qui se vendent. Donc ça c'est un c'est un c'est un point négatif. Donc forcément il y a des appareils de très bon marché de très mauvaise qualité après il y a des appareils très performants et très chers après bon on trouve quand même sa gamme donc c'est vrai que le facteur le facteur financier il est quand même assez conséquent. |
| 10:52 | MG-02 | Parce que l'acte tout compte fait est pas très valorisant donc et valorisé. Il est valorisant mais il est pas valorisé. C'est plutôt comme ça que j'allais dire. Parce que bon voilà il faut pas compter faire de l'échographie pour se transformer tout d'un coup en cabinet de radiologie voilà. Les actes ne sont pas sur-cotés et on fait pas appel à l'échographie cotée à chaque consultation donc il y a un terme que j'aime pas du tout qui s'appelle qu'on nomme l'échoscopie. |
| 11:27 | MG-02 | Moi j'aime pas du tout du tout qu'on parle de ça parce qu'on fait de l'échographie. Je veux dire on fait de l'échographie on n'en fait pas. Le fait de dire échoscopie ça veut dire "bon voilà on l'a fait en médecine générale c'est pas très voilà". Non on est tout à fait capable de produire des comptes-rendus on cote quand on a fait un compte-rendu etc. Bon il y a des fois où on simplement comme on pourrait dire on jette un œil mais mais on recherche toujours quelque chose de de précis quoi. |
| 11:58 | Investigatrice | Ok. Et du coup en terme de logistique et d'organisation si par exemple vous devez reconvoquer un patient comment vous le calez dans votre agenda est-ce que c'est une problématique ou c'est pas forcément une problématique parce qu'on trouve toujours de la place ou ? |
| 12:13 | MG-02 | Non c'est pas c'est pas du tout une problématique. |
| 12:16 | Investigatrice | Ok. |
| 12:17 | MG-02 | Voilà. Les dans les dans les facteurs qui qui c'était quoi ta question ? |
| 12:21 | Investigatrice | Ce qui qu'est-ce qui a motivé à mettre en place et quels sont les limites de la mise en place est-ce que ça a été difficile à certains moments ? |
| 12:28 | MG-02 | Ouais donc non ça a pas été difficile du tout c'est une question de formation et de budget parce que la formation bah quand on la fait soi-même bah elle est pas pour rien non plus. Moi je me suis déplacé à Brest j'ai pris l'avion pour aller à Brest régulièrement ensuite j'ai pris du temps de travail pour faire pour effectuer mes stages et j'ai repris du temps aussi pour faire mon mémoire mes comptes-rendus etc. |
| 13:00 | MG-02 | Donc c'est vrai qu'il faut du temps il faut de l'argent et après et après les autres facteurs non il y a pas de difficulté particulière puisque il y a même, il y a même il y a même aucune sur-cote d'assurance au contraire hein moi il me suffit de déclarer qu'on fait de l'échographie tout simplement. |
| 13:24 | Investigatrice | Ok. |
| 13:25 | MG-02 | Voilà. Et oui pour c'est un petit peu décousu mais dans les spécificités aussi bah là on fait de la je suis agréé je suis médecin agréé de la fonction publique on fait on est médecin du permis de conduire aussi avec un confrère dans le même cabinet et ensuite donc on fait aussi des injections de PRP. |
| 13:47 | Investigatrice | D'où euh où l'écho est intéressante du coup. |
| 13:49 | MG-02 | Ouais c'est intéressant mais c'était pas la motivation première. […]C'est quelque chose qui t'amène à utiliser l'écho dans le cadre de l'échoguidage mais c'est pas la motivation première. |
| 14:04 | MG-02 | La motivation première c'est que depuis que je suis aux urgences enfin de depuis que j'étais étudiant je voyais passer les échos et cetera je me suis toujours dit que c'était l'avenir. Moi je pense que c'est l'avenir de que tous les que tous les cabinets d'ailleurs c'est ce qui se passe en Europe hein on équipe tous les cabinets de médecine générale parce que c'est vraiment un outil incroyable pour pour arriver en tout cas pour gagner du temps sur les diagnostics. |
| 14:32 | Investigatrice | Ouais. |
| 14:33 | MG-02 | Ouais. |
| 14:34 | Investigatrice | Oui ça permet aussi de d'éviter au patient de attendre son écho trois semaines et puis revenir au cabinet avec le résultat de l'écho et puis après le renvoyer faire autre chose si y'a besoin. |
| 14:48 | MG-02 | Exactement. Exactement. |
| 14:51 | Investigatrice | C'est aussi une amélioration globale de la prise en charge des patients quoi. |
| 14:55 | MG-02 | Ouais. Ok. |
| 14:57 | Investigatrice | Bon bah très bien. Parfait, merci beaucoup. |
| 15:02 | MG-02 | Alors y'a y'a quelque chose qu'il faudrait que tu si je peux me permettre hein. |
| 15:05 | Investigatrice | Oui oui. |
| 15:06 | MG-02 | Qui que tu un petit lapin que tu pourrais soulever c'est que souvent y'a des barrières que se mettent les gens hein je parle des praticiens. Donc le truc premier toujours qu'on va te dire c'est "oui mais tu peux te tromper". |
| 15:21 | Investigatrice | Ah on me l'a pas ouais on me l'a pas forcément dit mais ouais d'accord. |
| 15:25 | MG-02 | Non mais les les gens qui qui sont un peu opposants à à l'échographie ils vont te dire "oui mais tu peux te tromper" bah il faut savoir que un il y a pas de surprime d'assurance et deux bah en clinique on peut se tromper aussi hein. |
| 15:40 | Investigatrice | Ouais bien sûr. Bien sûr. |

| | | |
|---|---|---|
| 15:42 | MG-02 | On essaye de ne pas se tromper en sachant que si si on sait pas on n'est pas sûr de soi il y a le il y a toujours le recours au radiologue ou au scanner à d'autres techniques hein aux rayons X à l'émission de positrons voilà. |
| 16:00 | Investigatrice | Ok ça marche. Je note. Merci. |
| 16:03 | MG-02 | Je t'en prie et après ça c'est c'est souvent un truc que même les gens s'y remettent une balle dans le pied ils disent "ah non mais tu te rends compte". Voilà et puis le fait que bah quand on est quand on sollicite un stage chez le radiologue on n'est pas toujours bien accueilli non plus parce que bah il y a une forme de rétention du savoir et défense du pré-carré. Bon ce qui peut se ce qui peut se comprendre hein. |
| 16:29 | Investigatrice | Ouais. |
| 16:30 | MG-02 | Ce qui peut se comprendre mais c'est vraiment aussi bien on va pas commencer bon avant chez les radiologues d'ailleurs il y avait ils faisaient des radiographies du thorax. |
| 16:39 | Investigatrice | Ouais. |
| 16:40 | MG-02 | Ou pire avant ils faisaient des échos ils faisaient des euh comment ça s'appelait déjà des radioscopies. Ils faisaient des radioscopies au cabinet. Ils ont fait des radios bon on a toujours eu quand même une recherche de praticité hein. |
| 16:59 | Investigatrice | Ouais tout à fait. |
| 17:00 | MG-02 | Et aussi bien bon si on commençait à mettre des scanners dans les cabinets... |
| 17:06 | Investigatrice | Oui bon là... |
| 17:07 | MG-02 | Voilà que l'écho c'est génial. |
| 17:09 | Investigatrice | Ouais bien sûr. C'est accessible c'est non irradiant c'est... ok. |
| 17:14 | MG-02 | Voilà. Bon bah super. Merci bien. |
| 17:17 | MG-02 | Je t'en prie après ce qu'il faut c'est passer des DU enfin un DU complet c'est un gros volume et tu vois ce qui se passe souvent là par exemple tu vois le remplaçant bah lui il a fait le DU d'échographie bah en fait là il remplace il est pas équipé il a pas acheté d'appareil portable bon bah il est en train de perdre la main. |
| 17:42 | MG-02 | Voilà. |
| 17:43 | Investigatrice | Ouais. |
| 17:44 | MG-02 | Bah si on s'en sert pas... |
| 17:46 | Investigatrice | Bah oui c'est sûr. |
| 17:48 | MG-02 | C'est sûr qu'on l'oublie. |
| 17:50 | Investigatrice | C'est clair. |
| 17:51 | MG-02 | Voilà. Bon bah super. Merci beaucoup |
| 17:53 | MG-02 | Je t'en prie. |
| 17:54 | Investigatrice | À bientôt. |
| 17:55 | MG-02 | À bientôt. Salut. |

# Annexe n°3 : Entretien MG-03

| Timing | Interlocuteur | Échange |
|---|---|---|
| 00:00 | Investigatrice | Voilà, c'est tout bon. Euh, ben du coup, juste quelques mots sur, je sais pas si on se tutoie ou si on se vouvoie ? |
| 00:06 | MG-03 | Oh, on peut se tutoyer, y a pas de souci. |
| 00:08 | Investigatrice | Sur ton parcours, comment tu exerces, et est-ce que tu as des activités particulières dans ta pratique de tous les jours ? |
| 00:13 | MG-03 | Bah, non, pas forcément. Euh, en gros, en gros, en gros, c'est quand, quand est-ce que j'ai été diplômé ? Alors attends, je suis ici depuis 3 ans. |
| 00:27 | Investigatrice | Ouais. |
| 00:28 | MG-03 | Donc je suis installé depuis 3 ans. Avant ça, j'ai fait, euh, 2 ans de, j'ai fait 2 ans ou 3 ans, je crois que j'ai fait 2 ans de remplacement. |
| 00:41 | Investigatrice | OK. |
| 00:42 | MG-03 | Oui, c'est ça. Donc, donc voilà, donc ça fait 5 ans que j'ai quitté la fac. Depuis 3 ans, donc je suis à *** en libéral. Moi généralement, mon dada, c'est plus le l'éco, enfin l'écho, la cardio, j'aime bien la cardio, j'aime bien faire les ECG, tout ça. |
| 01:03 | Investigatrice | OK, trop bien. |
| 01:04 | MG-03 | Plutôt sympa aussi. Sinon le reste, bon bah, comme tous les méd gé hein, sans problème. |
| 01:10 | Investigatrice | OK, très bien. Euh, est-ce que du coup, donc oui, j'imagine, mais dans la pratique, quels sont les outils de diagnostic dont tu te sers le plus possible en dehors du stéthoscope et de l'examen clinique ? Mais l'ECG du coup, j'imagine. |
| 01:29 | MG-03 | L'ECG. |
| 01:29 | Investigatrice | Ouais. Les outils de diagnostic, imagerie, biologie ? Est-ce que tu y as recours tous les jours, quotidiennement ? L'imagerie, quel type d'imagerie par exemple ? |
| 01:42 | MG-03 | Oui. Alors généralement, je sais pas pourquoi, moi, les autres aussi très certainement, mais on a beaucoup de pathologies ostéo-articulaires. |
| 01:49 | Investigatrice | Ouais. |
| 01:50 | MG-03 | Donc radio, écho, IRM. D'ailleurs beaucoup plus IRM que scanner, je sais pas pourquoi, mais plus IRM. Sinon prise de sang, oui. Alors prise de sang, c'est plus pour faire de la prévention |
| 02:08 | Investigatrice | OK. Ouais. |
| 02:10 | MG-03 | C'est rarement à visée diagnostique. |
| 02:11 | Investigatrice | Ouais, c'est rarement à visée diagnostique. Ou éliminatoire peut-être ? |
| 02:13 | MG-03 | Voilà, ou alors tu vois le suivi de ton patient diabétique, le cholestérol, la thyroïde, ce genre de chose. Mais diagnostique, diagnostique, pas forcément. |
| 02:26 | Investigatrice | OK. Pas forcément. Et la place de l'écho du coup, dans le diagnostic ? Est-ce que du coup, j'ai compris que ça t'intéressait un petit peu l'écho ? |
| 02:35 | MG-03 | Oh... |
| 02:35 | Investigatrice | Ou que ça vous intéressait de manière généraliste ici ? |
| 02:38 | MG-03 | Ouais. Bah en fait l'échographie, euh, c'est plus pour tout ce qui est ostéo-articulaire. Après, moi c'est parce que dans ma pratique, j'ai pas énormément de gynéco, mais je me souviens que lorsque j'étais en gynéco à Lens, bon en gros, j'adorais faire des échographies pelviennes, premier trimestre, bim, toi tu vois le... |
| 03:00 | Investigatrice | Ça fait un peu de geste aussi. |
| 03:01 | MG-03 | Hum ? |
| 03:02 | Investigatrice | Ça fait un peu de geste aussi, en plus. |
| 03:03 | MG-03 | Ça fait un peu de geste aussi, bien sûr. Euh, le truc un peu con, mais là par exemple, tu es tu fais ton bilan de confusion chez la personne âgée, tu vois ? Bon bah, juste un bladder scan, un truc comme ça, bah en fait oui, ça peut juste apporter un truc. Donc là on a une, on a eu une commerciale là qui était venue pour présenter un peu son échographie. Ouais, majoritairement pilotée par l'IA. |
| 03:29 | Investigatrice | Ouais. |
| 03:30 | MG-03 | Parce qu'en gros, tu as ta sonde, mais c'est pas toi qui fais ça en fait, tu as ta sonde dans ta sonde qui, elle, tu en gros tu, par exemple on a fait le test sur moi pour le bladder scan, en fait ta sonde au lieu de faire ça pour avoir tout le truc comme tu fais aux urgences machin, bah en gros tu la poses juste là et en fait ta sonde à l'intérieur tu fais zzz, tu vois, qui fait ça ? Et donc en gros ça te montrait un peu combien est-ce que tu avais de vessie quoi. Donc ça c'est pratique. Euh, voilà. |
| 03:57 | Investigatrice | Ouais. |
| 03:58 | MG-03 | Après, tu vois l'ostéo-articulaire... |
| 04:02 | Investigatrice | C'est peut-être un peu plus fin, un peu plus précis comme analyse ? |
| 04:05 | MG-03 | Ouais. Ouais, ouais, toi je pense pas que tu mettes l'échographie là et ça fasse le truc, toi, non. Pas encore. Par contre pour tout ce qui est par exemple pneumopathie, pourquoi pas ? Cardio, en fait je pense que ça pourrait, ça pourrait être une alternative éventuellement à l'ECG pour tout ce qui est découverte de fibrillation atriale, éventuellement. Il doit exister un truc, tu vois, où tu mets l'échographie et en fait ça prend, ça prend et ça te voit un peu ton rythme cardiaque, très certainement. |
| 04:35 | Investigatrice | Ouais. La, j'avais entendu aussi bah la FEVG, une estimation de la FEVG globale. Et après calcul aussi vésiculaire, apparemment ils se positionnent là-dessus aussi. |
| 04:47 | MG-03 | Oui, les calculs. |
| 04:48 | Investigatrice | Ouais. Et du coup, si je te dis échographie clinique ciblée, qu'est-ce que ça t'évoque ? Est-ce que ça te parle ou pas du tout ? |
| 04:55 | MG-03 | Échographie clinique ciblée ? Ouais, je sais pas, ça doit être un truc genre tu utilises en fait l'échographie dans ta pratique clinique habituelle, genre tu suspectes une pneumopathie, bah bim, tu fais l'échographie à l'endroit où tu entends des crépitants ou tu n'es pas sûr ou machin. |
| 05:13 | Investigatrice | C'est ça. C'est un peu ça l'idée, c'est d'avoir de chercher une réponse précise à une question précise quoi, c'est pas de faire une écho de débrouillage, c'est vraiment de chercher répondre à une question, c'est un peu la prolongation du stéthoscope en fait. |
| 05:25 | MG-03 | Voilà, exactement. |
| 05:27 | Investigatrice | Euh, est-ce que ça pourrait avoir une une pratique un impact dans ta pratique dans la manière de consulter, de raisonner face à une situation clinique ou dans la relation avec le patient, si jamais tu avais l'écho ? |
| 05:40 | MG-03 | Oui. |

| | | |
|---|---|---|
| 05:41 | Investigatrice | Ouais. Dans quel but, dans enfin qu'est-ce que ça pourrait améliorer dans dans la pratique ? Est-ce que ça peut-être demanderait moins d'examens complémentaires du coup ? |
| 05:51 | MG-03 | Oui, oui, je pense. Notamment les suspicions de pneumopathie. Après ça t'enlèverait un doute, je pense. Parce qu'il y a énormément de situations où d'un point de vue clinique on a quelque chose, mais on se dit en fait on se base sur vraiment le reste pour se dire ouais, mais ça colle pas avec une pneumopathie, la sat elle est normale, enfin voilà, là il a des crépitants mais est-ce que c'est pas des crépitants de stase, est-ce que c'est rien parce qu'il est un peu obèse, parce qu'il est un peu cardiaque et machin, ah bah en fait je pense que l'échographie ça t'enlèverait le doute de, bah merde en fait si ça se trouve il a une pneumopathie quoi. |
| 06:33 | Investigatrice | OK, ouais. |
| 06:35 | MG-03 | Bon après quelquefois on est bien heureux de ne pas forcément avoir d'outil diagnostique pour voilà hein, parce que c'est sûr que nos petits vieux tu vois qui sont ultra fragiles, ultra polypathologiques et machin, ils en font leur pneumopathie dans l'année et machin, tu les revois arriver avec le même tableau clinique qu'au départ et tu avais dit qu'il n'y avait pas besoin d'antibio. Bon je t'avoue qu'au moins ça te dit bon... voilà, tu te bases plus sur l'expérience du patient que sur des critères très cliniques et ça te va très bien quoi. |
| 07:05 | Investigatrice | Oui, oui bien sûr. La vraie vie et les recos. |
| 07:07 | MG-03 | Bah bien sûr. |
| 07:08 | Investigatrice | Et dernière petite question, qu'est-ce qui pourrait faire ou non, enfin quels sont les freins à l'installation de l'échographe, enfin à avoir l'échographie dans le cabinet ou quelles sont les motivations à l'avoir au contraire ? |
| 07:19 | MG-03 | La thune. L'argent. Le prix. Le prix, là je sais pas c'était combien ? Alors attention, ça c'est énormément amélioré, surtout avec l'IA et machin. J'avoue que le fait que ce soit portable aussi sur tablette et tout ça, le truc c'est, alors je sais plus c'est combien mais je crois que Raf m'avait envoyé des trucs, j'ai pas encore regardé mais ça doit être 5 000, 6 000 euros pour l'écho et en fait on l'utilise pas aussi souvent que ça. |
| 07:49 | Investigatrice | Il y a la question de c'est pas coté, il y a pas d'acte derrière donc il faut pas le voir comme une rentabilité de toute façon. |
| 07:55 | MG-03 | Bien sûr. Bien sûr. Mais il faut le voir plus comme un comme un comme une aide, bien évidemment, qui te permet de mieux soigner ton patient ou d'agir beaucoup plus dans l'urgence. |
| 08:06 | Investigatrice | Ouais, dans des situations d'urgence. |
| 08:07 | MG-03 | Moi par exemple, ne serait-ce qu'en gynéco, tu vois. En gynéco tu as la maman qui est inquiète parce que machin, bon tu fais un petit coup, tu vois est-ce qu'il y a le cœur, est-ce que machin ou alors ne serait-ce que bah je crois que je suis enceinte ou on est sûrs d'être enceinte nanani, tu passes un petit coup d'écho, tu vois le sac utérin, tu vois une activité cardiaque si jamais on est à plus de 6 semaines, bah en fait tu te dis bah oui en fait pourquoi pas. Moi j'ai une patiente malheureusement qui a perdu son bébé, bah elle venait faire parce qu'il y avait le docteur ***, qui a un truc d'échographie, bon je t'avoue que quelquefois je lui chourais son appareil pour regarder voir un peu s'il y avait l'activité cardiaque quand même et en fait la mère elle voyait qu'il y avait l'activité cardiaque c'est bon elle repartait pour une semaine et une semaine plus tard bim elle refaisait c'est tout enfin c'est... |
| 08:58 | Investigatrice | Donc dans l'alliance aussi, ça a un côté rassurant avec le ça peut avoir un côté rassurant avec le patient. |
| 09:03 | MG-03 | Mais bon, à terme j'en prendrai un. |
| 09:06 | Investigatrice | OK. |
| 09:06 | MG-03 | Je pense. Parce que ce qu'il nous a montré c'est quand même pas mal pratique. Donc je pense qu'à terme on en fera un. Et voir un peu parce que tu vois c'est la même chose par exemple avec l'Holter ECG. Moi j'aime bien faire des Holters aux patients, tu vois l'automesure quand ils sont à 137, 138, est-ce qu'il y a un problème, est-ce qu'il n'y a pas de problème, enfin bref, ah bah au final tu vois tu fais un Holter ECG tu as la réponse quoi et ça tu as pas besoin d'un cardiologue pour te dire bon en fait vous êtes au-dessus et machin exactement. Donc ça je pense qu'à terme moi je vais quand même m'en procurer un, même si je suis le seul à l'utiliser. Et l'échographie, c'est plus mon côté gadget qui va peut-être me faire dire que je vais quand même le prendre, tu vois. |
| 09:51 | Investigatrice | Ouais. |
| 09:51 | MG-03 | Je pense que au bout d'un moment voilà. |
| 09:54 | Investigatrice | Après il y a peut-être une question d'habitude aussi à prendre, se dire bah je sais pas imagine que comme tu as un ECG tu en fais beaucoup. |
| 10:00 | MG-03 | Exactement. |
| 10:01 | Investigatrice | Si tu n'en avais pas tu n'en ferais pas. Donc... |
| 10:03 | MG-03 | Exactement. Moi mes patients, tous mes patients qui prennent par exemple des traitements type Laroxyl, enfin tu vois des anti-migraineux. |
| 10:13 | Investigatrice | Ouais bien sûr. Ou peut-être pour le certificat du quarantenaire de façon systématique, enfin ou même chez les jeunes de toute façon mais... |
| 10:20 | MG-03 | Le nombre de FA que j'ai découvertes. |
| 10:22 | Investigatrice | Ouais, découvertes ouais. |
| 10:23 | MG-03 | Que tu vois, que j'ai confirmées surtout sur l'ECG et où en fait le cardiologue après il dit mais en fait moi j'ai rien quand je te vois en consultation mais putain heureusement que ton ECG il était là preuve là que tu m'as fait quoi. Et en fait ça c'est c'est génial. C'est génial de se dire bah en fait tu as un outil diagnostique qui te permet vraiment de de pas rester dans l'errance diagnostique pendant pendant des mois quelquefois pendant des années quoi. |
| 10:48 | Investigatrice | Ouais, donc ça peut peut-être mettre d'aller plus vite au diagnostic, de se dire bon bah je vois le patient, je l'envoie faire son écho, il revient, il s'est passé trois semaines, un mois et au final on a gagné un peu de temps. |
| 11:00 | MG-03 | Exactement. Après il faut le problème de pour l'échographie, c'est bien sûr la formation et c'est surtout de se dire tiens l'image que j'ai là, qui pour moi n'est pas normale, est-ce que c'est vraiment une image parce que j'ai les compétences et parce que mon appareil que j'ai en gros il permet de quand même te dire ce qu'il a une bonne spécificité et ce qu'il a une bonne sensibilité ? Ou est-ce que en fait non, c'est un faux positif et qu'est-ce que je fais ? Bah je dois l'envoyer quand même refaire une échographie. En fait au final le patient il a deux examens. Voilà, il faut vraiment que ce soit un geste qu'à mon avis tu aies vraiment l'habitude de faire et qui te permette de dire oui ou non. Si jamais c'est heu... je suis pas sûr, machin peut-être que... Bah au final en fait c'est un peu chiant quoi. C'est un peu chiant quand même. |
| 11:47 | Investigatrice | Faut affiner ça au fur et à mesure du temps je pense, la façon de l'utiliser. |
| 11:52 | MG-03 | Ouais, il faut vraiment savoir. |
| 11:55 | Investigatrice | Ouais c'est cool. Bah je pense que c'est un truc du futur mais après moi je sais pas si je l'utiliserai. |
| 12:02 | MG-03 | C'est vrai ? |
| 12:03 | Investigatrice | Bah j'aimerais bien, mais j'aimerais bien rencontrer des gens qui qui ont un retour sur expérience quoi parce que pour l'instant quoi je vais avoir plusieurs rendez-vous de thèse. |

# Annexe n°4 : Entretien MG-04

| Timing | Interlocuteur | Échange |
|---|---|---|
| 00:00 | Investigatrice | Euh, du coup, dans la pratique quotidienne, à quels outils de diagnostic, en général, vous êtes confrontés ? Enfin, quels sont les outils que vous utilisez, que ce soit imagerie, biologie... |
| 00:15 | MG-04 | Ah ! Bah oui, enfin au niveau auscultation, auscultatoire, on a déjà le stéthoscope, l'otoscope... Après, ça peut être aussi les tiges pour aller chercher un nystagmus au niveau oculomoteur aussi. Il y a quoi d'autre encore ? Bah, le thermomètre ! Maintenant, avec les "thermoflash", c'est vachement devenu dans la pratique courante. Et puis, bah, ici au cabinet, c'est déjà à peu près tout quoi. |
| 00:46 | Investigatrice | OK, c'est déjà pas mal. Est-ce que ça a évolué... non pas particulièrement je pense, mais est-ce que ça a évolué par rapport aux années précédentes ? |
| 01:03 | MG-04 | Oui, peut-être avec le thermoflash et peut-être l'otoscope qui est peut-être un peu plus performant, mais je ne sais pas vraiment. Ouais, c'est vrai que je l'ai remplacé parce qu'il avait été bousillé par la femme de ménage, mais sinon oui, maintenant les nouveaux, enfin avec la fibre optique, tout ça, c'est vrai que c'est quand même déjà plus quali. Après, il y en a des nouveaux aussi, que ce soit au niveau stétho, il y a un confrère qui a ça avec les amplis et les trucs après que tu peux transmettre... |
| 01:25 | Investigatrice | Ah oui, c'est vrai ! |
| 01:26 | MG-04 | Ça, je n'ai jamais essayé, mais ça a l'air d'être pas mal pour les mettre sur l'ordi. Le prédécesseur de ***, il en avait un qu'il avait acheté peut-être deux ou trois ans avant sa retraite, et il était bluffé par la qualité audio. Moi j'ai déjà investi dans un Cardio Master et ça, j'ai déjà vu la différence de ouf par rapport au classique. |
| 01:50 | Investigatrice | Ouais, ouais, c'est sûr. |
| 01:52 | MG-04 | Et puis au niveau otoscope, c'est vrai que maintenant tu en as aussi avec des zooms optiques et tout, ça a l'air pas mal ça. Et on attend pour les dermatoscopes, et puis après tu as les appareils déjà d'automesure qu'on peut prêter aussi, des tensiomètres pour les patients. Ça, la sécu en avait filé à certains moments, et bon maintenant la plupart des patients... c'est limite mieux qu'ils l'aient eux-mêmes pour faire des automesures plus régulières. Et après il y a aussi les appareils MAPA, on a regardé ça aussi... |
| 02:24 | Investigatrice | OK. |
| 02:25 | MG-04 | ... et c'est vrai que c'est en pourparler pour justement moi pour investir parce qu'on peut le coter en MAPA. Donc ça c'est quand même assez intéressant de faire une MAPA vraiment sur 24 heures avant d'adresser au cardio... |
| 02:37 | Investigatrice | Oui, sachant que ça reste des valeurs, enfin ça nous donne un chiffre qu'on peut interpréter sans être... |
| 02:44 | MG-04 | Après il pourrait y avoir aussi des EFR ou même... enfin ça c'est un peu chiant parce qu'il faut vraiment qu'il y ait une personne dédiée pour vraiment bien faire souffler pour avoir des courbes correctes. Après, plus accessible, tu as les polysomnos. Là, c'est pas mal parce qu'on peut se démerder aussi et moi je me formerais bien, ça fait plusieurs années qu'on réfléchit à ça. Et puis bien sûr, les appareils d'écho. |
| 03:10 | Investigatrice | Et du coup, justement, quelle est la place de l'écho dans la pratique quotidienne ? Enfin, est-ce que vous en demandez quotidiennement beaucoup ? Plutôt dans quel type d'appareils ? |
| 03:22 | MG-04 | C'est vrai que c'est quand même quotidien. Heureusement, ici on est encore assez bien dotés en radio, en accessibilité, donc ça permet d'avoir des échographies à […] allez, quand c'est urgent, ça peut arriver de les avoir quand même en 48 heures. Quand il y a un trou au niveau de l'année, que c'est plutôt calme, on peut l'avoir peut-être en une semaine/15 jours, et quand c'est blindé, ça peut être plutôt 3 semaines ou un mois quoi, et là ça craint un peu au niveau diagnostic. |
| 03:55 | Investigatrice | Hum, hum. Plutôt ostéo-articulaire ? Plutôt dig ? Plutôt thyroïde ? Plutôt[…] |
| 03:59 | MG-04 | Bah c'est vrai que c'est un peu tout. L'appareil d'écho, ça peut débloquer quand même pas mal de situations, que ce soit en effet le vasculaire, éliminer une phlébite superficielle ou profonde, que ce soit faire un contrôle thyroïdien d'un nodule périodique pour voir un peu l'évolution, que ce soit du dig si l'appareil est suffisamment performant parce qu'il faut pouvoir aller plus en profondeur. Cardio non, parce que c'est quand même super technique. Le tissulaire, c'est vrai que ça pourrait être vachement intéressant pour tout ce qui est entorse, problèmes même méniscaux ou de débridement... enfin pour dégrossir... |
| 04:36 | Investigatrice | Ouais, peut-être les épanchements, voilà, ou même une épaule quoi. |
| 04:40 | MG-04 | Regarder "Ah tiens j'ai mal vraiment à tel endroit", pouvoir mettre la sonde dessus et regarder, mais il faut que l'appareil soit déjà aussi performant et il paraît que c'est quand même super chaud... |
| 04:51 | Investigatrice | Et le manipulateur aussi ! |
| 04:52 | MG-04 | Il faut avoir assez manipulé, ouais c'est ça. Parce que même les radiologues, on voit ceux qui touchent, qui maîtrisent l'examen et ceux qui le font pas ou qui le font et ça les emmerde, et on a des comptes rendus tout pourris. |
| 05:07 | Investigatrice | Hum […] ouais. Et si je vous dis "échographie clinique ciblée", qu'est-ce que ça vous évoque ? |
| 05:13 | MG-04 | Bah c'est ce qui s'appelle aussi peut-être l'échoscopie ? |
| 05:15 | Investigatrice | Ouais, c'est ça. |
| 05:16 | MG-04 | Bah oui, il y a la part des choses et là on s'est renseigné parce que donc ici on a déjà deux praticiens qui ont un appareil d'écho, et c'est vrai qu'on est assez au fait au niveau de la législation et c'est vraiment hyper dommage. C'est... bah c'est vrai que ça tend à être un peu comme notre stéthoscope au niveau moyen d'auscultation diagnostic, sauf que si on est barré par la sécu et par des contraintes réglementaires, bah ça fait réfléchir vachement au niveau de l'investissement du matériel. Là on a fait une évaluation auprès d'un prestataire, c'est 6 000 balles pour un appareil d'écho. Alors ça veut dire qu'il faut obligatoirement des gros cabinets comme nous de groupe et tout, parce qu'un médecin tout seul ça fait quand même un investissement super lourd. Et après, même ça, c'est juste on va dire pour […]pas faire plaisir, mais pour être un "plus", parce qu'on ne va pas le rentabiliser. En effet, l'échoscopie et l'échographie clinique, bah c'est pour te rassurer toi, praticien, ou pour débrouiller une situation pour le patient, mais on ne va pas retrouver des sous. Alors c'est tout bénéf pour le système de santé, les ARS et tout, parce que c'est un peu dégueulasse : c'est qu'on va faire plus de démarches cliniques diagnostics et tout et au final on n'est pas rémunéré. |
| 06:33 | Investigatrice | Ouais, ouais, il n'y a pas de cotation dans ce sens-là pour l'instant en tout cas, peut-être que ça tend à évoluer. |
| 06:39 | MG-04 | Mais c'est toujours chiant, c'est comme pour les frottis où c'est un demi de l'acte parce que tu fais un truc clinique en plus, c'est du vol, enfin c'est du foutage de gueule. Tu prends deux fois plus de temps […] |
| 06:50 | Investigatrice | Ah ouais, en plus ! |
| 06:51 | MG-04 | Et là c'est pareil, pour faire une écho tu engages quand même malgré tout ta responsabilité, même si maintenant tu as des trucs de dictée et l'IA pour justement faire tes comptes rendus un peu plus rapidement[…] |
| 07:04 | Investigatrice | Et nous aider, ouais. |

| | | |
|---|---|---|
| 07:05 | MG-04 | N'empêche que voilà, il y a beaucoup je pense de barrières à faire sauter : un, la formation ; deux, la réticence des radiologues quand elle existe, parce que même eux la plupart du temps ça les emmerde et ils préfèrent faire des trucs plus lucratifs genre l'IRM. Parce que même dans leurs comptes rendus c'est souvent ça : "Echographie à compléter par une IRM". Bah ouais tu m'étonnes, tu es vachement plus rémunéré en faisant ça, donc tu pousses à la conso, mais là c'est de bonne guerre et la sécu ne va pas t'emmerder et tu seras payé pour. Alors que nous, on rame dans les déserts. Bah oui, ils seraient bien contents de pouvoir justement faire valoir leur savoir-faire et donc pouvoir faire des échos rémunérées […]et bah non. |
| 07:54 | Investigatrice | Ouais, donc en termes de limites, il y a quand même le côté financier et rentabilité, le côté responsabilité du coup. Et est-ce que par exemple dans le côté positif, ça pourrait être améliorer sa prise en charge et du coup la rapidité de prise en charge du patient ? Éviter d'envoyer le patient faire son écho, qui revienne, qui reparte […]Pourquoi pas. |
| 08:18 | MG-04 | Il y a ça, il y a aussi lever une urgence quand même, donc ça c'est surtout le truc le plus important on va dire pour nous et c'est quand même mensuel où on a une suspicion de phlébite. Bah là, si ça pouvait débrouiller parce que c'est aussi... les angios sont bien gentils mais la plupart n'ont pas forcément de créneaux d'urgence et donc bah des fois il faut passer le week-end […]Alors heureusement maintenant tu as les Eliquis et compagnie donc on a plus la main là-dessus pour mettre un anticoagulant préventif, mais mettre un coup d'écho ça pourrait avoir un intérêt. |
| 08:52 | Investigatrice | Au moins de répondre à la question oui/non, hop on passe[…] |
| 08:56 | MG-04 | Et puis faire une cotation à ce moment-là spécifique pour ça, ou au revoir spécifiquement... parce que c'est vrai que même si c'est plus rapide, on peut voir quand même le côté quoi. |
| 09:05 | Investigatrice | Ah ouais. Après se pose la question de la formation, mais en même temps ça va tellement évoluer avec l'IA que est-ce qu'il n'y a pas un truc à faire en se disant on fait une petite formation plus courte mais on l'adapte à[…] |
| 09:16 | MG-04 | Ouais, au niveau de la formation, c'est vrai qu'il faut trouver le juste milieu. Il y a beaucoup de formations et on est démarchés toutes les semaines par des instituts à la con, des labos ou des trucs de matériel en disant "Achetez notre truc, on vous fait une formation d'une journée ou d'un week-end". Mais c'est pas en un week-end que tu te formes à toute la diversité du thyroïdien, de l'abdo, du musculo-squelettique et tout, c'est même pas envisageable. Donc ça c'est niet parce qu'après justement moi je ne me sentirais pas à l'aise et en sécurité de maîtriser l'outil. Et après, s'engager dans des mégas longues filières de formation d'écho comme font les associés en deux ans à Aix-Marseille, à y aller un week-end tous les mois pendant deux ans avec mémoire, machin, truc et tout... au secours quoi, enfin là c'est pas possible. Donc après je sais qu'il y en a une à Brest, apparemment il y a un ancien urgentiste là de Saint-Phi qui avait été là-bas et ils avaient un cursus aussi de formation. Mais je pense que ce serait bien d'avoir une filière universitaire accessible au MG, que ce soit pour les internes en cours de formation sous la base d'une option éventuellement, ou aussi ouvert aux praticiens installés pour justement se former en continu quoi. |
| 10:39 | Investigatrice | Ok. Est-ce que[…]ouais bah du coup je pense qu'on a répondu à tout. Les facteurs qui font que vous pourriez l'installer dans le cabinet, c'est principalement d'améliorer la prise en charge globale du patient et nous aussi de pouvoir aller plus au bout d'une prise en charge peut-être. Et le principal obstacle c'est le coût financier, qui doit être partagé. |
| 11:27 | MG-04 | Donc là on attend justement l'éventualité de basculer en MSP pour pouvoir bénéficier de subventions qui nous permettront d'investir dans du matériel. Sans ça, bah le monde libéral pour l'instant on est bloqués parce qu'on est tout juste rentables donc on ne peut pas aller investir pour quelque chose qui va être à perte aussi. Après ce serait investir pour notre juste plaisir personnel quoi, c'est un peu ça. |
| 11:31 | Investigatrice | Ouais, ouais, c'est sûr. |
| 11:32 | MG-04 | Après ce serait investir pour notre juste plaisir personnel quoi, c'est un peu ça. |
| 11:33 | Investigatrice | OK, bon bah super ! |

# Annexe n°5 : Entretien MG-05

| Timing | Interlocuteur | Échange |
|---|---|---|
| 00:00 | Investigatrice | OK, bah c'est tout bon. Bah du coup, juste pour commencer, si tu peux te présenter un petit peu : comment tu travailles, comment tu bosses, rural ou ville, et si tu as des activités pro particulières ? |
| 00:19 | MG-05 | OK, activités pro, j'imagine. Bah du coup moi c'est MG-05, je suis médecin généraliste de formation depuis peu de temps, ça fait que depuis le mois d'octobre. Mais j'ai fait trois ans de remplacement avant au ***, du coup où docteur *** travaille. Là, depuis le mois de février 2026, j'ai ouvert mon propre centre de soins non programmés à ***. Ça s'appelle un CMSI (Centre Médical de Soins Immédiats) ; c'est mon propre centre de soins créé avec des associés mais rattaché quand même à un groupement national. En fait, CMSI, c'est une espèce de franchise... |
| 01:10 | Investigatrice | Ah d'accord, OK, comme une marque. |
| 01:12 | MG-05 | C'est ça. On a le logo, une espèce d'uniformité entre les différents centres en France : le même logiciel, les mêmes tables de radio, le même réseau informatique, mais on n'est pas contraints dans l'exercice, j'exerce quand même comme je veux. |
| 01:31 | Investigatrice | OK, ça marche. Mais du coup, au quotidien, tu as quoi en plus d'un cabinet de médecine générale comme outils de diagnostic ? |
| 01:39 | MG-05 | Bah là, ça n'a plus rien à voir. On est 5 médecins associés, 4 infirmiers. Quand les patients viennent, c'est que pour du soin non programmé (pas de renouvellement de traitement, pas de suivi). Ça peut être de la petite med gé (rhume, grippe) ou une douleur thoracique où il faut un ECG (on a un ECG sur place), ou des gens avec des douleurs importantes et on a de quoi perfuser pour mettre des antalgiques. On peut faire des bilans car on a un partenariat avec un labo (Biopath) et un coursier qui passe 3 à 4 fois par jour. Et on a une table de radio sur place. |
| 02:22 | Investigatrice | Ah oui d'accord, donc c'est quand même assez poussé dans la prise en charge, ce sont des soins externes un petit peu d'ostéo. |
| 02:29 | MG-05 | J'essayais au début de dire aux gens que c'était des "petites urgences" mais j'ai arrêté car les gens viennent pour des grosses urgences. Ils ont du mal à voir la limite entre ce qui est gérable en ambulatoire ou pas, et la différence entre un scanner et une radio. Ils disent "Ah vous n'avez pas de scanner ?", bah non, une table de radio c'est 200 000 balles donc on n'a pas de scanner, et en plus il faut être radiologue. Là, on n'a pas de manipulateur radio, c'est nous qui passons les radios et qui les interprétons, puis elles sont relues par un radiologue le soir. |
| 03:09 | Investigatrice | D'accord, OK. Donc vous travaillez aussi avec les urgences de *** ? |
| 03:15 | MG-05 | On essaie de tisser un réseau. Pour les scanners, on envoie à la polyclinique de ***. Quand il faut hospitaliser, c'est *** ou ***. On travaille un peu plus avec *** car j'y ai fait tout mon internat et mes associés étaient urgentistes à l'hôpital de ***. Les infirmiers avec qui je suis bossent aussi à mi-temps aux urgences de ***. On est particulièrement connectés à cet hôpital. |
| 03:52 | Investigatrice | C'est cool pour les patients. Je ne connaissais pas du tout ce fonctionnement. Tu es med gé de formation, car avant ils avaient séparé urgences et med gé. |
| 04:10 | MG-05 | C'est mon année où le DES de médecine d'urgence a été créé. Le bémol, c'est qu'avec ce DES, tu n'as le droit de bosser qu'à l'hôpital. C'est débile car les gens avec qui je travaille sont urgentistes initialement mais ils ont épuisé leur durée de vie d'urgence au bout de 10 ans. Je pense qu'ils seront obligés d'assouplir cela car ce n'est pas tenable. |
| 04:42 | Investigatrice | OK. Et toi, l'échographie au quotidien, tu l'utilises ou pas encore ? |
| 04:50 | MG-05 | Pour l'instant, je ne suis pas du tout formée, je commence ma formation en mai. L'idée, c'est surtout pour les diagnostics de TVP (thrombose veineuse profonde), c'est hyper pratique car avoir un rendez-vous chez un angio en urgence est une galère. Il y a aussi les pneumopathies chez les enfants pour éviter les radiations. C'est de l'écho de débrouillage (coliques néphrétiques, pyélonéphrites). Mais de là à faire le DU complet de radio, bof, car la partie gynéco ou l'abdo-pelvien poussé, je n'en ai pas besoin. Il y a aussi l'ostéo-articulaire pour les ponctions-infiltrations, mais c'est dans un second temps. Là, avec l'ouverture du centre, ça fait déjà beaucoup d'apprentissage. |
| 05:46 | Investigatrice | Ce serait plus de l'échoscopie / échographie clinique ciblée que du diagnostic échographique pur ? |
| 05:56 | MG-05 | Un mix des deux. Au départ de la scopie, mais le problème c'est que tu ne peux pas faire valoir ce que tu fais (pas de compte rendu, pas payé). Il faut que je dégage des plages pour faire de l'écho. Pour l'instant on a doublé les effectifs car il y a trop de monde, je n'aurais pas le temps de faire des plages d'écho. |
| 06:21 | Investigatrice | C'est un projet pour quand ce sera plus installé. Tu t'es renseignée sur le type d'appareil ? |
| 06:33 | MG-05 | J'ai un pote qui bosse au club de foot de *** qui a un modèle à 20 000 euros. Quitte à investir, vu qu'on est plusieurs, autant acheter un bon échographe pour réellement faire des consults d'écho. À moyen terme, j'aimerais qu'il vienne faire des échos et des infiltrations au centre, mais je ne peux pas lui acheter un appareil de merde. |
| 07:05 | Investigatrice | Qu'est-ce qui te motive ou te limite ? La formation, l'argent ? |
| 07:14 | MG-05 | C'est clairement le temps. Le projet est tout récent. Pour le financement, la ville de *** nous a aidés, et avec l'ARS j'ai eu un forfait de 10 000 euros pour mon installation destinés à l'achat de matériel. Ce n'est pas le frein principal. Le but est d'être le plus complet possible en proximité. *** est enclavé et c'est un désert médical catastrophique. |
| 08:12 | Investigatrice | Tu es originaire de là-bas ? |
| 08:14 | MG-05 | De ***, mais j'habite à *** depuis 6 ans. *** était la municipalité la plus offrant pour le projet. Au-delà du financier, c'est la réactivité : on a eu rendez-vous dans la semaine en avril 2025, et en septembre c'était ouvert. |
| 08:48 | Investigatrice | Hyper rapide ! J'ai appris plein de trucs. Je sais qu'il y a des CMSI vers Lens ou Hénin-Beaumont. |
| 09:05 | MG-05 | Il y en a un à Saint-Maurice-Pellevoisin et un à Hénin-Beaumont. Mes associés sont à mi-temps là-bas car celui d'Hallennes a ouvert avant. On reçoit parfois des comptes rendus étiquetés CMSI. Les gens sont contents de la prise en charge, on a 5 étoiles sur Google ! |
| 09:50 | Investigatrice | Et tes infirmiers, ils font les sutures ou les plâtres ? |
| 09:58 | MG-05 | Les plâtres oui, car ils sont formés plâtriers avec les urgences. Les sutures, c'est moi. Jusqu'ici, j'en ai fait peu, j'ai surtout collé ou alors c'était trop grave (scalp de phalange avec fracture) et j'ai dû envoyer à SOS Mains. |
| 10:29 | Investigatrice | OK, super. |
| 10:44 | MG-05 | Oh c'est trop drôle ! Tu es interne chez ***? |
| 11:06 | Investigatrice | J'ai fait mon N1 chez ***, là je fais du remplacement chez lui. Je suis en SASPAS, en dernière année, je fais partie de ceux qui ont le DJ (Docteur Junior). Je finis dans un an. |
| 11:27 | MG-05 | Tu sais ce que tu feras après ? |
| 11:30 | Investigatrice | Je ferai un peu de remplacement pour voir, je suis de l'Avesnois donc je m'installerai sûrement là-bas. J'aime bien l'activité mixte. |
| 11:51 | MG-05 | Bon bah merci beaucoup, bon courage pour ta thèse ! |

# Annexe n°6 : Entretien MG-06

| Timing | Interlocuteur | Échange |
|---|---|---|
| 00:00 | Investigatrice | On est parti. |
| 00:02 | MG-06 | OK, bon alors je te suis, je t'écoute. |
| 00:04 | Investigatrice | Ça marche. Ben du coup, juste si vous pouvez vous présenter un petit peu, et dans quel cadre vous exercez, et dans quel milieu de population. |
| 00:13 | MG-06 | Alors, bonjour, je suis le docteur ***, médecin généraliste installé depuis 2020 à ***, donc en milieu urbain, dans un cabinet de groupe qui n'a pas de label officiel. On est huit médecins généralistes et je sais plus ce que tu m'as demandé. |
| 00:32 | Investigatrice | Ouais, population urbaine, c'est bon, c'est ça. |
| 00:34 | MG-06 | Maitre de stage universitaire avec une population de patients je pense variée, normale, classique. |
| 00:39 | Investigatrice | Est-ce que vous avez des activités particulières qui pourraient sortir du cadre de la médecine générale ? |
| 00:44 | MG-06 | Activités particulières sur le dépistage de l'apnée du sommeil et un petit peu tout ce qui est troubles du sommeil, mais sans avoir le diplôme du sommeil. |
| 00:52 | Investigatrice | OK. Dans le cabinet, est-ce que vous utilisez des outils diagnostiques comme par exemple... je sais que vous avez l'électrocardiogramme, mais est-ce qu'il y a d'autres choses ? |
| 01:00 | MG-06 | Oui, j'ai un électrocardiogramme, j'ai un spiromètre. D'ailleurs, il y a une de tes collègues qui fait une thèse sur la spirométrie et c'est pas mal parce qu'on en a besoin et en fait c'est pas cotable et c'est pas rentable. C'est chronophage enfin bref... voilà. C'est dommage entre guillemets. On l'a acheté d'ailleurs pour donner une idée, on l'a acheté à huit. Et dans mon cabinet, j'ai tout paramétré, tout configuré, il n'y a plus qu'à le démarrer, le lancer et pour l'instant je pense que je suis le seul et l'unique à avoir fait des spirométries. Pourtant les autres ont payé hein donc... |
| 01:30 | Investigatrice | Oui bien sûr, ils ont tout intérêt à ce que tu l'utilises. |
| 01:32 | MG-06 | Ensuite, autre activité officielle ? Non, je pense pas que j'oublie quelque chose. Par contre, avec ***, ça peut peut-être t'intéresser, je sais pas si tu en as parlé, si tu l'as vu aussi pendant que tu me remplaçais ***. |
| 01:44 | Investigatrice | Je l'ai vu croisée vite-fait. |
| 01:45 | MG-06 | Ouais, je vais lui envoyer... enfin si tu veux je te file ses coordonnées parce qu'elle aussi elle était intéressée par l'écho. Et en fait on a vu le tarif des échographes. Je vois déjà le temps libre qui me reste, à l'heure à laquelle je rentre le soir après les consults quand tu veux faire les choses correctement. J'ai ni le temps ni la motivation d'aller potasser mon anatomie bâclée de P1 pour être au taquet sur l'échographie. Et en fait, on s'y intéressait parce que franchement ça peut apporter un gros plus dans ta pratique. Les délais d'accès à une échographie sont totalement délirants. L'échographie c'est un acte qui n'est pas rentable pour les radiologues. Ils perdent du temps à faire une écho et souvent ils voient rien ou pas assez bien, ils sont plus assez bien formés. |
| 02:26 | Investigatrice | Et souvent ils vont vite à l'examen IRM, le scanner qui demande... |
| 02:29 | MG-06 | En fait quand tu regardes un compte-rendu d'écho, tu regardes il y a les captures d'écran qui sont obligatoires, sinon ils n'ont pas le droit de côter. |
| 02:35 | Investigatrice | C'est ça. |
| 02:36 | MG-06 | Normalement le compte-rendu doit être détaillé et en fonction de la cotation si c'est abdo il faut qu'il y ait les organes de l'abdomen dedans : donc les reins, le machin, le foie et tout, ce qui n'est pas toujours le cas. Mais voilà donc il y a un minimum de choses à faire quand tu fais une écho abdo par exemple. Et quand tu vois que l'examen entre la première et la dernière photo il s'est passé 30 secondes... |
| 02:54 | Investigatrice | La conclusion : intérêt d'un scanner complémentaire... voilà quoi. |
| 02:57 | MG-06 | C'est clair. C'est clair, c'est clair. C'est un peu problématique. Tu demandes... enfin ton remplaçant demande une écho abdo pour suspicion d'hernie inguinale... enfin je veux dire pas besoin d'être radiologue, il suffit d'être n'importe quel médecin pour dire : écho abdo pour une hernie inguinale, tu vas faire une échographie inguinale évidemment. Ton patient qui revient avec son échographie abdominale avec en conclusion : intérêt d'une échographie inguinale complémentaire. Tu dis mais... c'est foutre le monde en rage quoi. |
| 03:22 | Investigatrice | Ouais ouais. |
| 03:23 | MG-06 | Donc tu te dis que finalement l'écho au cabinet ça peut être très vite dégainé. Tu peux très vite y avoir accès, t'appuies sur le bouton si c'est assez bien foutu et puis tu peux avoir une écho quand même assez rapidement. Ça peut t'aider dans des situations d'urgence si c'est bien utilisé. Dire tiens, phlébite : oui ou non ? Fort risque ou faible risque ? Ça peut un peu orienter un peu ton feeling. Et je te dirais que tu as aussi la beauté du geste du tu as fait ton diagnostic à fond. |
| 03:46 | Investigatrice | À fond, aller au bout de la prise en charge quoi. |
| 03:48 | MG-06 | Elle est complète, t'es obligé de t'en remettre à un autre spécialiste, tu sais pas quand, tu sais pas sous quel délai pour avoir la confirmation diagnostique. Tu as une forte suspicion de phlébite de toute façon tu vas traiter ton patient. Sauf que quand il aura l'angiologue une semaine plus tard il n'aura peut-être plus de phlébite vu qu'il a été sous anticoagulant. Du coup combien de temps il va garder son anticoagulant ? C'est un peu foireux quoi. De toute façon tu as un fort doute, tu te plantes à l'écho... je veux dire tu avais un fort doute, tu vas quand même le traiter et l'envoyer à un spé. Enfin je pense que... c'est... Mais ce qui fait peur c'est de te dire ben tu te retrouves avec un jouet dans les mains que tu ne maîtrises pas, tu peux passer à côté et ça peut soulever plus de questions que ça ne va répondre à des questions quoi si tu veux. Tu te dis tiens je vais faire une écho ça va répondre oui non, mais en fait ça peut ouvrir une nouvelle porte et tu t'y attendais pas et ça va foutre le bordel dans ta consultation et te dire ben en fait c'est encore pire après avoir fait mon écho qu'avant. |
| 04:36 | Investigatrice | Et actuellement la place de la demande d'écho... est-ce que vous demandez des échos quotidiennement, de façon hebdomadaire ou c'est assez rare d'en demander ? |
| 04:47 | MG-06 | Je dirais que j'avais l'écho très facile quand je me suis... quand j'étais remplaçant parce que quand tu sors de stage à l'hôpital ou Saint-Vincent encore plus et que tu peux avoir une écho quasiment le jour même par quelqu'un qui sait bien faire des échos et qui va répondre à la question, on t'a toujours appris c'est un examen qui n'est pas cher, qui n'est pas irradiant, qui est ultra riche en informations mais qui est opérateur dépendant. Voilà. T'arrives ici en périphérie au bout du bout loin des CHU et compagnie, donc avec des radiologues qui ne sont pas aussi bien formés, qui sont clairement là pour la rentabilité, qui sont débordés, qui n'ont pas le temps, donc qui ne vont pas perdre du temps avec une écho... ben le résultat de ton écho est franchement décevant. Et j'ai eu des diagnostics qui étaient cliniques où j'ai demandé l'écho juste pour mesurer objectivement l'étendue des dégâts en fait, pour mesurer un peu l'étendue du problème, et on m'a répondu : échographie |

| | | |
|---|---|---|
| | | normale. Alors que le diagnostic est clinique donc forcément qu'à l'écho il y a quelque chose quoi. Donc voilà, c'est hyper décevant. Tes patients ils attendent longtemps pour finalement un résultat qui est nul et du coup t'es obligé de demander un autre type d'imagerie complémentaire pour avoir une preuve physique, réelle, avec des images capturées que n'importe quel spécialiste peut repasser derrière pour réinterpréter les images et dire : ah ben non il y avait bien quelque chose. Puis entre le temps où on a vu le patient et le temps où il a eu son examen final il peut s'être passé des mois. |
| 06:06 | Investigatrice | Hmm hmm. |
| 06:07 | MG-06 | Donc je te dirais que je prescris de moins en moins d'échographies malheureusement parce que le rapport temps attendu pour qualité du résultat n'est pas intéressant. Et je suis certain que s'il n'y avait pas de radiovigilance sur les femmes enceintes, je suis quasiment sûr que les échos seraient bâclées et qu'on ferait des IRM parce que voilà : tu fous quelqu'un dans la machine, c'est le manip qui fait le boulot et tu regardes des images en 5 minutes et puis voilà. Donc là ça demande de passer du temps à côté de quelqu'un, de l'examiner en quelque sorte, de balader ta sonde, de t'assurer que tu n'as rien oublié, que tu n'as pas mal vu, de faire des prises. Et en fait quand tu vois dans ton compte-rendu d'écho que le radiologue y a passé 5 ou 10 minutes, là tu dis : ah quand même, il a cherché, il a essayé, il a changé de sonde, il a fait des prises. Et là tu te dis ça a peut-être un rapport de qualité quand même. |
| 06:50 | Investigatrice | Ouais bien sûr. |
| 06:51 | MG-06 | Est-ce que j'en prescris beaucoup ? Ben non pas beaucoup du coup parce que je suis franchement déçu. Et c'est justement pour ça que je me disais ben pourquoi moi je ne me mettrais pas à l'écho ? Il y a des avancées avec l'IA qui sont intéressantes et il y a de plus en plus des échos de débrouillage qui sont relativement qualitatives qui arrivent sur le marché. Moi j'ai une Butterfly je sais plus quelle version, la 2 je crois. |
| 07:09 | Investigatrice | C'est Schiller le labo ? |
| 07:11 | MG-06 | Alors c'est je passe par Schiller, c'est Schiller le revendeur mais c'est pas Schiller le fabricant. |
| 07:15 | Investigatrice | Oui c'est ça oui. |
| 07:16 | MG-06 | Mais Schiller en fait il sélectionne toujours des produits de très haute qualité généralement pour mettre dans son catalogue avec des critères très stricts. Et en fait ils ont sélectionné la Butterfly parce qu'elle répond quand même à leur cahier des charges. Donc ils savent que c'est clairement une sonde de débrouillage et que c'est pas une sonde de diagnostic performant. Donc pour faire de la cotation d'échographie avec ça... c'est un peu chiadé quand même. Je pense que enfin oui thyroïde tu pourrais c'est pas si compliqué que ça, mais faire un vrai bilan échographique et le côter et le facturer à la sécu... voilà c'est un peu limite quand même. Je l'ai fait essayer moi la sonde à ma voisine qui est radiologue à la clinique qui m'a d'ailleurs confié : "tu sais on a 5 minutes chrono pour voir un patient. Si on dépasse les 5 minutes on perd de l'argent entre le local, l'appareil, la secrétaire, le machin et puis donc c'est pas rentable". Donc quand on voit un patient obèse arriver qu'on demande une écho abdo ben on fait semblant de mettre un coup sur le ventre, on mesure le foie si on y arrive et puis on dit intérêt d'un scan complémentaire. Voilà. Cherche pas parce que... c'est compréhensible hein. |
| 08:11 | Investigatrice | Hmm hmm. |
| 08:12 | MG-06 | Les indications ne sont pas toujours bonnes d'ailleurs ça peste, mais ça c'est un problème de médecin, de formation. Et bref du coup quand tu veux faire une écho de débrouillage avec ta Butterfly tu arrives quand même à quelque chose d'assez correct parce qu'elle m'a dit qu'en tant que radiologue elle trouvait ça un petit peu limite pour diagnostiquer des tendons, des trucs assez chiants où il faut des super bonnes sondes. Mais tu vois elle a claqué ça sur le ventre de son mari en direct : "oh ben regarde tu as le foie tu peux le mesurer clac clac, oh ben là tu as... ah ben ouais on voit bien qu'il y a le foie gras tu vois". En gros pour quelqu'un d'expérimenté qui sait faire une écho c'est franchement pas mal. Moi qui suis débutant et qui cherche à apprendre je suis censé voir des choses que je ne vois pas avec la Butterfly. |
| 08:52 | Investigatrice | D'accord. |
| 08:53 | MG-06 | Et je vois des choses qui peut-être n'existent pas. Genre une déchirure musculaire, tu vois je vois une lame d'épanchement dans le muscle et puis derrière, il a une vraie écho et on dit non pas de déchirure, pas d'épanchement. Ah ben moi je croyais avoir vu des trucs tu vois... voilà. Donc, c'est pas trop mal en débrouillage je pense pour quelqu'un qui sait en faire. C'est pas trop cher, c'est je sais plus 3000 euros, entre 3000 et 4000 euros le pack complet. Et en fait l'intérêt c'est qu'il y a l'IA qui commence à arriver. |
| 09:16 | Investigatrice | C'est ça. |
| 09:17 | MG-06 | Donc la formule de base de l'IA dedans c'est le bladder-scan. Donc ça c'est quand même vachement intéressant parce que c'est pareil pour beaucoup ton patient et puis en fait il veut pas faire l'écho et donc du coup il se retrouve avec une IRM prostatique mais t'as pas ton résidu post-mictionnel. C'est quand même pratique, tu fais son écho de vessie, tu lui dis d'aller pisser, il revient, tu refais une écho de vessie et tu as ton bladder-scan en fait qui te permet d'avoir ces indices-là en plus. Normalement sur les nouvelles qui arrivent ils m'ont dit qu'il y avait une IA pour calculer les fractions d'éjection normalement. |
| 09:47 | Investigatrice | Oui on m'en a parlé aussi ouais ouais. |
| 09:49 | MG-06 | Évaluer les fractions d'éjection donc j'ai envie de dire ça mais c'est toppissime ! Ça veut dire que ton patient tu suspectes une décompensation cardiaque, il a de l'œdème... en soi ça peut être veinolymphatique ses œdèmes, ça peut être cardiaque mais si tu peux claquer un coup d'écho vite-fait et avoir une estimation de ta FEVG et puis tu te dis ben tiens la fois dernière il était à 60 et là il est à 30, ah ben il y a peut-être quand même une grosse part cardiaque quoi voilà. Ça peut t'aider à orienter un petit peu le diagnostic. Et je pense que c'est comme tout, c'est pas indispensable mais ça rajoute quelque chose de qualitatif à ta consultation. Quand tu as un patient et puis que tu as des bruits du cœur qui ne sont pas totalement réguliers, qui est totalement asymptomatique, ben soit il fait plein d'extrasystoles et c'est pas grave, soit il fait de l'arythmie et ça tu sais pas. Et c'est quand tu fais l'ECG que tu as la réponse. |
| 10:30 | Investigatrice | Ouais. |
| 10:31 | MG-06 | Et puis des fois tu dis ah ben c'est ni l'un ni l'autre, il fait un BAV et puis voilà. C'est quand même intéressant d'avoir un truc, un examen complémentaire que tu peux faire au cabinet relativement rapidement, qui est accessible à portée de main, qui est pas hors de prix non plus... enfin à 4000 balles ça reste jouable. |
| 10:48 | Investigatrice | Parce qu'actuellement les prix sont en baisse mais c'est vrai qu'il y a quelques années c'était encore plus cher. |
| 10:55 | MG-06 | Ouais ouais ouais c'était pas si accessible que ça. Je pense que ça va aller en s'améliorant aussi, pareil l'IA ça... les algorithmes vont se développer et je pense que ça devrait être de mieux en mieux. Et... comment dire... tu as aussi le plaisir de faire un bon diagnostic. Moi j'ai vu un patient de toute façon ça n'a rien changé à ma prise en charge. Il revenait de vacances avec des symptômes urinaires depuis déjà 4-5 jours, il était franchement pas mal, un patient pourri âgé cirrhotique... enfin tu vois le patient super fragile qui de toute façon... de toute façon j'envoyais à l'hôpital. Et en fait en gros il décrit une infection urinaire fébrile mal tolérée. De comme ça hein tu vois il a une douleur ici : pyélo ! Voilà ça fait pyélo. Tu dis je vais quand même mettre un coup d'écho vite-fait sur les reins juste pour voir, c'est le dernier patient de la matinée. |

| | | |
|---|---|---|
| | | Bon d'un côté tu vois pas trop rien, il n'y a rien d'extraordinaire, tu dis bon j'ai peut-être rien vu, là tu mets la sonde de l'autre côté et tu vois une dilatation de cavités pyélocalicielles assez nette avec une espèce de cône d'ombre. Ah ben du coup tu l'envoies pour pyélo obstructive tel côté. Et puis ben quand il arrive aux urgences et tu dis pyélo obstructive tel côté vu à l'écho, ben tu sais qu'ils ne vont pas l'envoyer chier avec sa dose d'antibio qu'il rentre chez vous quoi. Qu'ils vont... il va avoir le droit à son uroscan, qu'il va être surveillé, qu'il va avoir son bilan... enfin qu'ils ne vont pas le prendre à la légère. |
| 12:12 | Investigatrice | Ouais bien sûr. |
| 12:13 | MG-06 | Ça change rien, le patient il aurait été hospitalisé dans tous les cas encore une fois. Mais là pour le coup tu l'envoies avec un vrai diagnostic complet et ben ça fait la différence entre le brancarder et le "démerdez-vous" et puis celui qui a fait un vrai diagnostic. Ça complète la consultation, enfin ça permet d'aller au bout des choses aussi quoi. Ça permet d'aller... voilà. Après c'est toujours pareil : en médecine générale c'est pas rentable ! Il faut aller vite et tu peux pas aller vite et faire des examens complémentaires. Donc ça va être réservé aux médecins qui prennent le temps, qui prennent le temps, qui investissent dans du matériel et qui prennent encore du temps à côté pour se former et ça... |
| 12:51 | Investigatrice | Ben justement c'est la question d'après : c'est un peu quelles sont les limites, qu'est-ce qui fait qu'aujourd'hui c'est plus compliqué de le faire et quelles sont les motivations à le faire ? |
| 13:02 | MG-06 | Je dirais qu'il y a pour moi, je dirais dans ma tête schématiquement il y a deux façons de voir les choses et je pense que tu retrouveras globalement peut-être par rapport aux médecins que tu interroges, deux visions un peu différentes. Il y a la vision : tu veux faire une échographie de débrouillage. C'est pour débrouiller un peu, c'est le prolongement de ton stéthoscope, tu as mis un coup de stétho ben des fois t'es pas sûr, un stétho c'est pareil : tu as mis un... tu as pris une tension puis des fois t'es pas sûr non plus, ta tension des fois ça doit être basique et des fois t'es pas certain de la tension, tu la prends de l'autre côté pour vérifier tu vois. Et ben c'est pareil : tu mets un coup d'écho complémentaire pour aller plus loin dans ta réflexion et plus loin dans ton examen. Et avec le temps tu vas devenir de plus en plus meilleur et pertinent dans ce que tu regardes comme avec ton stétho : tiens je vais poser le stétho sur l'estomac, pourquoi ? Ben parce que des fois ça gargouille et des fois voilà tu as quelque chose t'entends un souffle tu dis ah merde il y a enfin voilà. En fait tu vas plus loin dans la curiosité de ton examen clinique et tu vas avec le temps je pense être de plus en plus pertinent dans ton examen échographique de débrouillage. Et en fait l'échographie de débrouillage peut vraiment apporter un plus pour débrouiller une situation clinique sans la côter. Vraiment je mets là où ça m'intéresse. Mais du coup tu as aussi le risque que tu n'es pas expert, tu vas te soulever plein de problèmes parce que tu n'es pas expert du domaine et en fait tu vas te créer des problèmes. Tu vas avoir des faux négatifs, des faux positifs. Ah ben tiens j'ai vu une appendice alors qu'en fait il n'y en a pas. Ah ben tiens je vois pas d'appendice donc c'est sûrement pas ça alors qu'en fait il en avait une. Ça peut foutre le bordel dans ta consultation et clairement je suis même pas sûr médico-légalement si ça ne peut pas t'entraîner un peu plus loin de dire tu as voulu faire une écho puis finalement tu t'es planté... à discuter. Et de l'autre côté, tu as des gens qui ont peut-être raison qui disent : tu ne peux pas faire une écho de débrouillage. Si il y a des cotations en écho avec des règles : tu fais une écho abdo il faut qu'il y ait les reins, il faut qu'il y ait le foie, il faut qu'il y ait le machin, c'est parce qu'il faut que ton examen il soit systématique pour ne pas tomber dans les pièges, pour éviter de te planter bêtement, pour éviter de dire ah ben c'est une appendice alors qu'en fait de l'autre côté tu as vu le même... tu vois ? Et en fait je pense qu'en effet plus tu vas aller dans l'écho plus tu vas te rendre compte que tu es peut-être délétère pour le patient parce que tu n'es pas bon. En fait c'est pas une bonne idée de faire du débrouillage et qu'il faut vraiment si tu fais de l'écho te former et la faire correctement avec une machine du coup correcte. |
| 15:06 | Investigatrice | Ouais. |
| 15:07 | MG-06 | Alors j'ai un collègue qui a fait ça, Docteur ***. Il s'est mis à l'écho, il a acheté un... enfin il loue en fait c'est un leasing... alors c'est pas un appareil c'est beaucoup plus cher. Je crois que l'entrée de gamme c'était 10-15000 euros. C'est SonoScanner qui fait ça. SonoScanner une marque française. Donc il a loué d'abord un appareil à 10-15000 euros avec tablette, machin, compte-rendu automatique. Donc en fait il mettait ton thyroïde et puis il avait les points : lobe gauche, lobe droit, la mesure, l'isthme, le machin, enfin les points qu'il doit contrôler en fait, il y a un plan type qui est déjà programmé pour chaque examen que tu vas faire. Il a fait un peu d'échographie pulmonaire, il a diagnostiqué énormément de pneumopathies atypiques chez des patients qui toussaient depuis un moment et en fait spontanément il leur aurait dit ben c'est une vieille bronchite qui traîne et puis c'est tout. Puis en fait à l'écho il a vu des signes de pneumonie et il les a traités. Et puis en fait on a vu après dans la littérature qu'il y a eu une épidémie de pneumonie atypique à un moment. Donc en fait il s'est un peu éclaté avec ça, il s'est mis dedans, il s'est dit putain c'est intéressant. Du coup il a rendu sa machine, il a loué la machine plus performante au-dessus à 25-30000 euros. C'est déjà un sacré appareil. |
| 16:11 | Investigatrice | Et il s'était formé ? Il avait fait des formations, des DU ? |
| 16:14 | MG-06 | Il se forme avec des vidéos YouTube. |
| 16:16 | Investigatrice | OK. Ah oui d'accord. |
| 16:17 | MG-06 | Et en fait officiellement il a fait son internat, il a fait de l'écho à l'internat hein. Il a fait des échos en gynéco, il a fait des échos en urologie... il a fait enfin tu vois : il est allé en stage, il a vu des trucs en salle d'échographie donc officiellement sur le papier il a déjà vu une écho, il a déjà pratiqué une écho en stage, il a eu son diplôme comme ça. Donc à partir du moment où tu peux justifier que tu as eu une formation, oui dans mon parcours moi aussi j'ai fait des échos. En gynéco je sais pas toi mais moi j'ai fait des échos de datation, j'ai fait des échos dans des fausses couches, des machins... enfin j'en ai vu, j'en ai manipulé. J'ai même fait un stage d'externe en radio où je n'ai pas fait grand-chose mais officiellement j'étais là. Officiellement j'ai eu une formation. Mais c'est pas suffisant et j'ai pas pratiqué donc j'ai tout zappé et lui ce qu'il fait c'est qu'il regardait des vidéos sur YouTube, il paraît qu'il y en a qui sont vraiment bien faites, très très très poussées. Pas forcément des médecins français d'ailleurs, parfois des médecins algériens ou quoi qui ont fait des super tutos avec les vraiment les gros pièges à éviter. Et en fait ça l'a mis en confiance donc il s'est mis à faire de la thyroïde, à prendre des rendez-vous dédiés, lui qui est déjà complètement débordé il voit 60 patients par jour tu vois. |
| 17:16 | Investigatrice | Ouais. |
| 17:17 | MG-06 | Donc il s'est mis à faire ça en plus, à avoir des créneaux d'écho au début d'une demi-heure lui qui fait des créneaux de 10 minutes pour apprendre, faire les choses tranquillement, puis monter en régime, voir les patients 15 minutes et tout ça. Et en fait il a fait ça pendant 2-3 mois, il s'est pris de tu sais un peu de passion pour la chose et puis là je l'ai revu il n'y a pas longtemps il me dit "oh mais j'en fais quasiment plus" il dit "j'ai plus le temps", il dit "ça prend beaucoup de temps", puis il dit "après t'es plus dedans, faut redémarrer la machine, les machins". Et en fait tu vois il se rend compte que c'est hyper chronophage et qu'en fait ben ça altère un petit peu sa routine et sa qualité de vie de dire ah ben je me retrouve en fait avec des créneaux d'urgence saturés parce que je prends des créneaux pour faire des échos, puis au final ben ça n'apporte pas grand-chose. Donc lui il en revient, il est déçu tu vois il en revient. |
| 18:00 | Investigatrice | Oui puis en termes de... enfin on peut pas compter ça pour la rentabilité, le fait que ce soit... même s'il côte ça c'est pas des actes hyper valorisés quoi donc... |

| | | |
|---|---|---|
| 18:10 | MG-06 | Ben moi je te dirais que la machine elle est... en fait j'ai fait un chariot d'urgence dans mon cabinet avec l'ECG, le spiro et l'écho. Je pense pas que ma... en fait on l'a achetée qu'à deux l'écho avec Claire Crossmat. Mais les autres n'en voulaient pas et je pense que je dois être le seul à l'avoir utilisée ces derniers mois et je l'ai utilisée peut-être une fois en 2 ou 3 mois quoi. Et encore c'était... ben non ! Je l'ai utilisée tu vois vendredi dernier, dernier patient j'avais le temps, c'était ma dernière patiente, sortie des urgences pour une douleur au mollet ils n'ont pas mis un jour d'arrêt. Et en fait en l'examinant moi je suspectais plutôt une déchirure musculaire donc j'ai dit : "ben écoute je vais mettre un coup d'écho comme ça pour voir". Et j'avais l'impression que par rapport au côté controlatéral au niveau des fibres musculaires il y avait quand même une hypodensité tu vois, un liquide. Donc j'ai dit bon ben il y a sûrement une petite déchirure avec un épanchement au niveau du mollet. Donc déchirure musculaire, petit épanchement ou saignement au niveau du mollet et puis voilà mais c'est par curiosité ça ne me fait pas avancer les choses parce que je ne sais pas exactement ce qu'elle a. |
| 19:07 | Investigatrice | Mais du coup c'est... ça fonctionne, c'est la sonde qui est reliée à une tablette c'est ça ? |
| 19:12 | MG-06 | Non reliée à mon téléphone portable. |
| 19:14 | Investigatrice | OK ah oui d'accord directement. |
| 19:15 | MG-06 | En fait j'ai le logiciel sur mon téléphone portable, on a un compte pour deux avec Claire. Parce qu'il faut payer un accès pour chaque enfin un abonnement et tout ça par utilisateur donc on a un compte pour deux. Et en fait tu as juste à brancher la sonde directement sur ton téléphone, le logiciel se lance et après tu choisis ton mode ton mode de d'écho si en fait c'est très réglé pour de l'abdo, du machin. Mais en fait c'est des réglages que tu peux faire toi manuellement, en fait c'est la profondeur, enfin le contraste ainsi de suite. Tu peux le faire manuellement en fait mais ils ont des préprogrammes notamment pour le bladder-scan. Tu te mets en mode vessie, tu poses sur la vessie, il détecte la vessie sur l'écran en fait et tu fais bladder-scan et en fait il calcule automatiquement le volume de la vessie. |
| 20:00 | Investigatrice | Et pour le vasculaire ça marche ou bof ? |
| 20:04 | MG-06 | Je ne peux pas te dire j'ai pas testé encore sur des phlébites. J'ai pas testé. |
| 20:08 | Investigatrice | OK ça marche. |
| 20:09 | MG-06 | J'ai vu qu'aux urgences justement cette patiente qui avait une douleur dans le mollet elle a eu le droit à son écho superficielle pour éliminer une phlébite et le mec qui a dit écho superficielle pas de phlébite détectée, fera son échographie profonde en externe quoi. Voilà donc on s'embrouille avec ça pas de phlébite c'est rassurant. Donc peut-être que c'est pertinent du coup en mode Doppler ce truc-là pour je ne sais pas, j'ai pas encore essayé. Il paraît qu'en fait quand tu as une thrombose tu repères ton réseau veineux et en fait quand tu appuies et que c'est pas compressible et ben c'est qu'il y a une phlébite. Typique. J'ai pas fait. |
| 20:45 | Investigatrice | OK. Et est-ce que vous pensez que par rapport aux patients enfin est-ce que les patients dans la prise en charge ça pourrait regarder enfin ça pourrait changer leur regard sur la situation ? |
| 20:56 | MG-06 | Ah ben quand je sors la sonde d'écho les patients ils font "Wahou ! Vous avez une écho ! Wahou ! Sur le portable !" mais ils sont bluffés. |
| 21:04 | Investigatrice | C'est ça. Donc ouais ils ont l'impression qu'on complète un peu le truc et qu'on va... |
| 21:08 | MG-06 | Ouais mais je leur dis bon ça c'est une écho à 3000 euros à l'hôpital c'est une écho à 80000 euros. C'est pas la même matos quoi. Mais ça débrouille. |
| 21:18 | Investigatrice | Ouais donc ils ont quand même un peu ce truc de l'impression de... |
| 21:21 | MG-06 | Mais des petites trucs bêtes tu vois genre c'est bête mais un nodule sur un tendon fléchisseur pour un doigt à ressaut. Des fois tu as un doigt à ressaut tu le sens cliniquement, tu le palpes et puis des fois tu n'arrives pas à trouver où est le nœud. Et là tu te dis c'est vrai qu'avec ta petite écho superficielle tu pourrais localiser et justement ça c'est facile. Mais la radiologue elle me dit ben pour des tendons et pour du superficiel c'est pas assez précis en image, c'est flou. Et ben merde quoi je pourrais aller faire mon infiltration. Si tu as des infiltrations tu dois être précis, tu pourrais aller faire ton infiltration guidée par écho et en fait ben l'appareil il n'est pas... |
| 21:55 | Investigatrice | Non il est pas optimal ouais c'est sûr. |
| 21:57 | MG-06 | OK ben très bien je crois qu'on a fait le tour, c'est cool c'est chouette. Ouais c'est tout bon pour moi. |
| 22:05 | MG-06 | Si tu as une autre question tu n'hésites pas hein, tu me retrouves. |
| 22:08 | Investigatrice | Ouais ça marche, pour compléter. |
| 22:10 | MG-06 | Est-ce que du coup tu veux que je te file les coordonnées de ***? |
| 22:12 | Investigatrice | Ben ouais comme ça ça peut être intéressant d'avoir... |
| 22:15 | MG-06 | Je ne t'ai pas donné *** ? |
| 22:16 | Investigatrice | Non. Il exerce où ? |
| 22:19 | MG-06 | *** à 500-600 mètres du cabinet ici. Par rapport au cabinet ici tu passes sous l'autoroute A16 et tu continues vers ***. Lui il a fait la totale et puis... |
| 22:33 | Investigatrice | OK oui je vois. Ah c'est à *** c'est ça ? |
| 22:36 | MG-06 | C'est ça. ***. Ben je t'envoie son... |
| 22:38 | Investigatrice | Ben ouais qu'est-ce que je veux bien. |
| 22:40 | MG-06 | Et du coup tu lui envoies un SMS de ma part. |
| 22:42 | Investigatrice | OK très bien. |
| 22:43 | MG-06 | Dis je suis Chloé l'interne de ***et je fais une thèse sur l'utilisation de l'échographie... Ça peut être intéressant d'avoir son avis inverse. |
| 22:52 | Investigatrice | Vous mettez une réunion en visio un truc comme ça un soir, lui il finit tard hein 20h-20h30. Le mercredi il fait comme moi il fait des visites le matin il est libre l'après-midi donc il y aura peut-être un créneau. |
| 23:03 | Investigatrice | Ça marche ben je vais le contacter ouais ça peut être intéressant je pense d'avoir son avis le fait d'en avoir fait puis d'être revenue sur la question ça peut être intéressant aussi. |
| 23:12 | MG-06 | Ah ouais il a levé le pied donc *** je te l'envoie. |
| 23:18 | Investigatrice | Il a quel âge ? À peu près hein. |
| 23:21 | MG-06 | Oh c'est un vieux il doit avoir au moins 45 ans. |
| 23:25 | Investigatrice | Ça va c'est un petit jeune alors. |
| 23:27 | MG-06 | Ouais non il doit avoir la bonne quarantaine une bonne quarantaine ouais. |
| 23:31 | Investigatrice | OK ça va ça marche. Merci beaucoup. |

# Annexe n°7 : Entretien MG -07

| Timing | Interlocuteur | Échange |
|---|---|---|
| 00:04 | Investigatrice | Du coup, si vous pouvez un petit peu juste vous présenter, savoir dans quel type de cabinet vous vous exercez, dans quel milieu plutôt urbain, plutôt rural, et ce que vous faites comme pratiques au quotidien. |
| 00:26 | MG-07 | Je suis entre ***, au *** c'est plutôt urbain. Je suis tout seul, j'ai mon cabinet médical. J'avais commencé à faire des échographies, et là j'ai dû mettre en pause pendant un an parce que j'étais embêté avec ma secrétaire. Maintenant ça va aller beaucoup mieux car nous sommes passés sous Doctolib. Il fallait faire tous les changements et le transfert des dossiers, donc j'ai dû mettre l'échographie en pause le temps du transfert. |
| 01:21 | Investigatrice | Et du coup en termes d'activité au quotidien de médecine générale, vous avez des activités particulières, des DU complémentaires ou des choses comme ça ? |
| 01:32 | MG-07 | Non. |
| 01:33 | Investigatrice | Ça marche. Un classique. |
| 01:34 | MG-07 | Un classique. |
| 01:40 | Investigatrice | Et du coup vous avez le DU d'écho ou vous avez fait des formations complémentaires ? |
| 01:46 | MG-07 | J'ai fait trois ou quatre formations. |
| 01:52 | Investigatrice | C'était focalisé sur un appareil ou sur certaines spécialités : articulaire, digestif ? |
| 02:00 | MG-07 | Un peu tout : musculaire, digestif, thyroïde. Il y a aussi un site d'un médecin qui fait des formations d'échographie sur internet, que je trouve très intéressant. |
| 02:26 | Investigatrice | C'est quoi son nom ou le nom du site ? |
| 02:30 | MG-07 | J'étais en train d'essayer de m'en souvenir. |
| 02:32 | Investigatrice | Ce n'est pas grave. |
| 02:33 | MG-07 | Je vais regarder si je retrouve. Mon ancien ordinateur a planté, j'ai perdu mes raccourcis. |
| 02:57 | Investigatrice | Ce n'est pas grave. |
| 03:03 | Investigatrice | Et du coup vous avez commencé à faire de l'écho il y a combien de temps ? |
| 03:07 | MG-07 | Il y a deux ans et demi. |
| 03:09 | Investigatrice | C'est assez récent. Vous avez tout de suite acheté l'appareil ? |
| 03:16 | MG-07 | Oui, je l'ai acheté. C'est un Sonoscanner, un échographe portatif. |
| 04:17 | Investigatrice | Et dans votre quotidien, c'est quelque chose que vous utilisez en plus dans votre examen clinique ou vous l'ajoutez à votre démarche diagnostique ? |
| 04:36 | MG-07 | C'est surtout dans la démarche diagnostique. Il y a beaucoup de surprises et ça m'a bien aidé. |
| 05:15 | MG-07 | Je ne me sentais pas encore prêt à valider complètement l'échographie. |
| 05:21 | Investigatrice | D'accord. |
| 05:43 | Investigatrice | La logistique en médecine générale est quand même compliquée. |
| 05:52 | MG-07 | Oui. |
| 05:58 | Investigatrice | Donc c'est un créneau dédié du coup ? |
| 06:04 | MG-07 | Oui. |
| 06:25 | Investigatrice | Donc là c'est plutôt ce qu'on appelle l'échoscopie ou l'échographie clinique ciblée : on a une question, un problème, et on essaie d'y répondre de manière ciblée avec l'échographe ? |
| 06:40 | MG-07 | Oui, c'est ça. |
| 07:31 | Investigatrice | C'est ça exactement, la responsabilité n'est pas la même et on s'engage à quelque chose aussi. |
| 07:44 | MG-07 | C'est ça. |
| 07:46 | Investigatrice | Est-ce que ça a changé quelque chose dans la relation avec les patients ? |
| 07:53 | MG-07 | Oui. |
| 07:54 | Investigatrice | Ils sont contents de ça ? |
| 07:58 | MG-07 | Oui. |
| 08:03 | Investigatrice | J'aimerais bien me former aussi, mais la formation est longue et compliquée. Il y a aussi le frein économique du coût de la machine, même si elles deviennent plus accessibles. |
| 08:25 | MG-07 | Oui, maintenant c'est plus accessible, ou alors il faut acheter d'occasion. |
| 08:33 | Investigatrice | Dans vos motivations principales pour commencer l'échographie, c'était quoi ? |
| 08:41 | MG-07 | Compléter mon panel de compétences et changer un peu mon activité. Une écho pour une suspicion de phlébite, ça prend trois minutes pour vérifier si les axes sont bouchés ou non. |
| 09:12 | Investigatrice | Et après vous l'adressez à un angiologue pour confirmer ? |
| 09:15 | MG-07 | Oui. Et aussi pour l'artérite, le suivi des carotides chez les fumeurs par exemple. |
| 09:41 | Investigatrice | Est-ce que ça vous sert aussi dans le dépistage ou la prévention ? |
| 09:46 | MG-07 | Oui, plutôt dans cet axe-là. |
| 09:50 | Investigatrice | Finalement vous l'utilisez pour beaucoup de choses différentes. Vous avez l'impression de demander moins d'examens complémentaires grâce à ça ? |
| 10:13 | MG-07 | Non. Ça sert surtout au débrouillage. Après, si je fais une écho de l'épaule, il faut souvent un examen complémentaire derrière. Ici les délais pour les échographies sont très longs. |
| 10:43 | Investigatrice | Dernière question : quels sont les facteurs limitants ou les freins à la pratique de l'échographie, en dehors de la responsabilité ? |
| 10:55 | MG-07 | Le temps. L'organisation du cabinet et le temps disponible. Ah, j'ai retrouvé le nom du site : Echo Map. |
| 11:10 | Investigatrice | Echo Map ? |
| 11:12 | MG-07 | Oui, Echo Map. Vous connaissiez ? |
| 11:23 | Investigatrice | Non, je ne connaissais pas du tout. |
| 11:25 | MG-07 | Franchement il est bien. J'ai acheté deux ou trois formations chez lui. Il utilise des cartes mentales et beaucoup de contenu visuel. Il faisait aussi pas mal de vidéos YouTube avec des cas intéressants et des pièges diagnostiques. |
| 11:52 | Investigatrice | Et en termes de formation, ça s'est étalé sur une année ? |
| 11:59 | MG-07 | C'était plusieurs petites formations. Il y en avait deux par an, en plus des FMC. |
| 12:15 | Investigatrice | Très bien. Je crois que c'était tout pour mes questions. Merci beaucoup. |

| | | |
|---|---|---|
| 12:29 | MG-07 | Et vous, vous travaillez sur *** ? |
| 12:32 | Investigatrice | Non, je suis de l'Avesnois, de Maubeuge. J'ai remplacé ***, donc je connais un peu le secteur. |
| 12:48 | MG-07 | D'accord. |
| 12:50 | MG-07 | Bon courage pour la suite. |
| 12:52 | Investigatrice | Merci, bonne journée à vous. |
| 12:57 | MG-07 | On va peut-être vous ramener dans le coin pour remplacer ! |
| 12:59 | Investigatrice | C'est ça. |
| 13:01 | MG-07 | Bonne journée, à la prochaine. |
| 13:02 | Investigatrice | Au revoir. |
| 13:03 | MG-07 | Au revoir. |
| 13:05 | Investigatrice | Au revoir. |

# Annexe n°8 : Entretien MG-08

| Timing | Interlocuteur | Échange |
|---|---|---|
| 00:00 | Investigatrice | C'est tout bon. Du coup, la première question, c'est juste de vous présenter un petit peu, savoir comment vous exercez, dans quel type de cabinet, dans quel type de ville et de population. |
| 00:12 | MG-08 | Donc je suis médecin généraliste installée depuis 14 ans. J'exerce dans un cabinet seul depuis un an, avant j'étais en cabinet de groupe. Et je suis en milieu urbain, c'est à 5 minutes de l'hôpital, à ***. |
| 00:26 | Investigatrice | Est-ce que vous avez des activités particulières, au-delà de la médecine générale classique, on va dire, travail dans des centres autres, ou des activités... Non? |
| 00:35 | MG-08 | Ok. J'ai des DU, mais je ne sais pas. |
| 00 :36 | Investigatrice | Ok, ouais, de quel type? |
| 00 :39 | MG-08 | Donc j'ai le DU dermato, de pédiatrie, d'obésité, le DU d'écho, mais pour les généralistes, pas le gros DU. |
| 00:48 | Investigatrice | (acquiesce de la tête) Ok, que vous avez fait où du coup ? À Paris ? |
| 00:52 | MG-08 | C'est spécifique aux médecins généralistes. Ouais. |
| 00:56 | Investigatrice | Et du coup, il est, j'imagine, un peu plus condensé, peut-être moins chronophage que le DU d'écho complet ? |
| 01:02 | MG-08 | Alors, il est moins condensé euh il est plus condensé, moins chronophage, et je pense moins exigeant que le gros DU.. Et... C'est pratico-pratique. |
| 01:13 | Investigatrice | Ok, ça marche. Et après, j'imagine qu'il y a des stages à faire, etc. Et du coup, vous les avez faits dans le Nord, ou plutôt sur Paris ? |
| 01:21 | MG-08 | Les stages, je les ai faits au centre de radiologie à ***. |
| 1:25 | Investigatrice | Ok trop bien. |
| 1:27 | MG-08 | Voilà, avec des radiologues. Et puis après... Alors, ce qui m'a posé problème, par contre, c'est... En fait, pour ce DU, vous devez être évalué par le maître de stage. Et le chef de service de radiologie a refusé de m'évaluer parce qu'il m'a dit que j'étais pas prise. Pour lui, j'avais pas... Et en fait, s'il m'évaluait, c'était comme un futur radiologue. Alors que c'est pas les mêmes objectifs à terme, quoi. Mais bon. Bref. Donc, ça vous bloque et vous pouvez pas accéder à l'écrit si vous avez pas d'évaluation. |
| 01:52 | Investigatrice | Ok. |
| 01:57 | MG-08 | Donc, j'ai appelé la fac à Paris, parce qu'en fait, je voulais juste être évaluée, je voulais pas forcément avoir une bonne note. Et ils m'ont trouvé un maître de stage qui est urgentiste à Seclin. Et qui m'a évaluée. Et ça m'a permis d'avoir le droit à l'écrit. Et après, j'ai eu l'écrit. Mais sinon, j'étais bloquée, en fait. |
| 02:16 | Investigatrice | Bah ouais, ouais, parce que je... En tout cas, c'est ce qui ressort pas mal, c'est que dans le Nord, les radiologues sont un peu pas trop chauds pour les médecins généralistes. Et donc, du coup, c'est un peu compliqué de trouver des stages, etc. |
| 02:30 | MG-08 | Bah, en fait, je leur ai expliqué. Mais mon but, c'est pas de prendre la place du radiologue, c'est juste... Puis nous, c'est plus vaste, parce qu'on fait écho pulmonaire, écho cardiaque. C'est vrai, ils le font pas, les radiologues. C'est les pneumo et les réa qui le font, les cardiologues. Donc, c'est en gros... J'ai eu une patiente, elle est venue pour une chute de cheval. Elle est passée par les urgences. Ils ont pas fait de BU. Et j'ai fait une écho pour voir s'il y avait un hématome au niveau abdominal. Et puis, regarder au niveau splénique s'il y avait pas de rupture de rate, parce qu'ils ont pas été plus loin, mais elle avait mal en hypochondre gauche. J'ai eu un doute. Je l'envoyée aux urgences. Au final, il y avait rien. Tant mieux pour elle. Mais voilà, ça me permet quand même... Ou une péricardite. Une patiente qui avait fait un scan tho, on dit suspicion de péricardite. Je fais l'écho-coeur, j'ai pas de péricardite. Là, pour le coup, je m'étais pas trompée. J'ai pu la rassurer. Elle a dû aller voir un cardiologue après. En fait, je fais, mais je vais savoir où est ma place, quoi. C'est un peu comme… On n'a pas les compétences... Je pense que ça, c'est un peu les dérives de tout dans notre métier, entre guillemets. Si on sait rester à sa place, a priori, ça se passe bien, mais... Alors le problème, c'est qu'en fait, si vous voulez vraiment faire de l'écho, il faut être très très bien organisée. |
| 03:45 | Investigatrice | Ouais. Il y a le côté logistique aussi. |
| 3:47 | MG-08 | Mais c'est génial ! |
| 03:55 | Investigatrice | Parce que vous, par exemple, dans votre cabinet, c'est des plages horaires dédiées ou alors... |
| 04:00 | MG-08 | Alors moi, je suis un très très mauvais exemple, parce qu'au final, je ne côte pas mes échosgraphies, parce que je n'ai pas le temps de..., faire les comptes rendus, etc. Alors qu'en fait, à partir du moment où vous prenez la sonde, vous prenez la responsabilité. Donc en fait, au final, je suis doublement... Comment dire ? Lésée, parce qu'en fait, je prends une responsabilité en prenant l'appareil à échos, mais je ne prends pas d'argent lié à ça et je paie l'appareil à écho. Mais voilà, c'est une question d'organisation que je vais mettre en place. Après, les échos 4 points pour les suspicions de phlébites, théoriquement, on peut pas les coter. J'ai demandé l'accord à la sécu pour pouvoir être protégée. Ça fait 3 ans que j'attends avec mon DEU. J'ai voulu passer un DEU, parce qu'il y en a, ils font que la formation et c'est bon, ils y vont, quoi. Moi, j'ai voulu un diplôme. Voilà. Je suis légitime pour moi pour faire des échos. Mais c'est en pratiquant qu'on y arrive. Et là, je pratique pas assez. Donc là, c'est une question d'organisation, parce que l'appareil a un coût. Mais c'est génial. L'échographie, c'est extraordinaire. Et puis pour les pneumopathie, faites une écho pulmonaire. |
| 05:05 | Investigatrice | Pour les pneumopathies, a priori... Enfin, c'est quand même ce qui revient beaucoup dans mes entretiens, c'est que c'est quand même chouette de l'avoir, même si ça palie pas à la clinique. |
| 05:15 | MG-08 | Enfin, la clinique reste essentielle, mais ça nous permet de pousser notre... Mais on peut pas la coter, parce que c'est écho au lit du patient. |
| 05:22 | Investigatrice | Ouais, d'accord. |
| 05:24 | MG-08 | En fait, si vous respectez la loi, vous pouvez pas côter. Donc l'écho, à part faire un écho abdo comme un radiologue... Voilà. Après, j'ai fait la formation cotation en écho. On peut quand même le faire un petit peu à partir du moment où on fait un compte rendu. |
| 05:38 | Investigatrice | Ouais, c'est ça. |
| 05:40 | MG-08 | Mais j'ai eu une suspicion d'adénopathie. Pareil, je peux rassurer ma patiente quand je suis sûre de moi, bien sûr. Mais je l'envoie toujours faire un écho après chez le radiologue pour être sûre. Voilà. Ou des cholécystites. J'ai eu des belles cholécystites. C'est génial. Et pas pour la patiente, hein, mais... Non, mais... Oh ! La lithiase, elle est magnifique ! Regarde, on la voit trop bien! Et là, la patiente, elle se décompose, elle fait... « Mais en fait, je vais devoir me faire opérer. » Ah oui, oui, mais franchement, je suis trop contente ! J'ai vu votre lithiase ! Il faut que je me calme aussi là-dessus, mais c'est top. Après, il faut... J'ai pas l'écho endovaginale, par contre. Je sais pas si c'est une de vos questions. J'ai pas l'écho endovaginale. J'ai décidé de pas le faire. |
| 06:28 | Investigatrice | OK, ça marche, ouais. Donc j'imagine l'écho par voie suspubienne, oui, peut-être, quand même ? |

| | | |
|---|---|---|
| 06:31 | MG-08 | Oui, mais en fait, on voit pas grand-chose. Et l'écho endovaginale, je me sens pas encore à l'aise. Pourtant, j'étais en imagerie de la femme, j'ai appris à les faire. Mais je trouve que c'est tellement invasif et... C'est... Voilà. |
| 06:40 | Investigatrice | Du coup, dans mes questions, il y avait aussi... Est-ce que vous... Du coup, depuis quand vous faites de l'écho, exactement ? |
| 06:51 | MG-08 | Je pense que ça va faire 2 ans. |
| 06:55 | Investigatrice | OK, ouais, donc c'est assez récent. Et est-ce que du coup, vous avez l'impression que ça a changé votre relation au patient ou la manière de conduire votre consultation, parfois, ou pas vraiment ? |
| 07:05 | MG-08 | Au final, c'est un plus, alors, comme je fais pas de compte-rendu, je suis pas le bon exemple pour... Mais la relation avec le patient, oui, parce qu'en fait, je peux aller plus loin. |
| 07:16 | Investigatrice | C'est-à-dire |
| 07:17 | MG-08 | Quand la patiente, je sens qu'elle est échogène et cliniquement, j'ai le diagnostic... Surtout pour les phlébites. En fait, pour les phlébites, c'est le top du top. Parce que ça, vous faites votre écho 4 points. Sauf si les limites, c'est... Si elle a déjà fait des phlébites ou qu'elle a déjà été opérée, vous pouvez pas faire l'écho 4 points. Elle est pas... C'est ce qu'ils nous ont dit en cours. Après, peut-être que c'est pas vrai. |
| 07:40 | Investigatrice | D'accord … |
| 07:43 | MG-08 | Après, écho coeur, je vais commencer à refaire pour les suivis d'insuffisance cardiaque, parce qu'on a plus beaucoup de cardiologues. Et c'est vrai que c'est top de voir que la fraction d'éjection, est-ce qu'elle est stable ou pas. Mais c'est chez des patients qui ont quand même une base échographique par un cardiologue, et du coup, ça nous permet de suivre la fonction, la fraction d'éjection, ou... En fait, si on fait de l'écho, il faut en faire tous les jours. Parce que sinon, on perd. Et là, j'ai perdu beaucoup. Et moi, au départ, j'avais voulu faire l'échographie pour le dépistage de l'anévrisme et de l'aorte abdo. Parce que passer un coup d'écho... Alors, même si je le côte pas, même si c'est un coup, je me suis dit qu'un jour si je sauvais une vie avec un coup d'écho à 50 ans, normalement, je crois que c'était dans les recos qu'il fallait faire un écho à l'abdo à partir de 50 ans, au cas d'antécédent. On va pas tous les envoyer chez l'angiologue pour une suspicion d'anévrisme à l'abdo. En dépistage, déjà qu'il n'y a plus d'angiologues, et puis pour eux, c'est... Voilà. Donc, passer un petit coup d'écho pour voir s'il y a un anévrisme, c'est pour ça que j'ai fait... Au départ, c'est pour ça que j'ai fait le DU d'écho. Et puis toutes les suspicions de phlébite à 18h le vendredi soir, il y a ça aussi. |
| 09:05 | Investigatrice | Est-ce que, par exemple, sur des tuméfactions, des suspicions de hernie, des choses comme ça, ça peut être utile aussi ou pas forcément ? |
| 09:12 | MG-08 | Alors, tuméfaction... En fait, ostéoarticulaire, c'est encore à part, je trouve. Lipome et tout, je sais à peu près voir. Hernie, pour moi, je vais à la clinique. Voilà. C'est clinique pour moi. Après, voilà. Après, suspicion d'appendoc, c'est ça aussi votre question. Je suis pas trop à l'aise. C'est assez casse figure. Voilà. Surtout chez l'enfant. Chez l'enfant, j'ai un peu de mal parce qu'en fait, il n'y a pas beaucoup de formation d'écho pédiatrie, je trouve. On a plus écho adulte. Mais chez l'enfant, c'est plus compliqué, même s'ils sont encore plus échogènes que chez l'adulte. C'est plus facile de faire un écho chez un enfant que chez un adulte. |
| 10:02 | Investigatrice | Et les tuméfactions, oui... |
| 10:08 | MG-08 | Après, adénopathie, on en parlait tout à l'heure. Mais ça, du coup, c'est plutôt habilité de réassurance. J'avais fait une formation. C'est juste déjà voir est-ce que c'est une adénopathie inquiétante ou pas, surtout pour les néo-ORL. Il y a des petits critères à savoir. Après, j'avoue que je renvoie... En fait, je fais l'écho. Je renvoie quand même au radiologue. Et après, j'apprends du compte-rendu du radiologue. Vous voyez, je m'autoforme comme ça. Donc c'est pour ça que je me sens pas légitime à côter parce que je me dis que la sécu, elle facture 2 échographies. |
| 10:41 | Investigatrice | Oui, oui, bien sûr. |
| 10:44 | MG-08 | Mais on pourrait, parce qu'on fait un dépistage et puis on renvoie pour un contre-dépistage. Et après, quoi. Donc, normalement, il faut qu'il soit à jeun. Il faut aller leur redire de revenir à jeun |
| 10:55 | Investigatrice | Donc c'est compliqué. C'est toute une logistique aussi. C'est ça. |
| 10:59 | MG-08 | C'est toute une logistique. Et surtout, ce qu'on nous apprend dans nos cours, c'est qu'on peut pas faire un écho à la va-vite. Il faut quand même un temps dédié à ça, quoi. |
| 11:09 | Investigatrice | Oui, bien sûr. Quais. Il faut toujours se méfier des échos rapides. Et du coup, il y avait aussi la question qui revient beaucoup du frein financier à commencer à faire de l'écho. Est-ce que c'était un frein pour vous, l'investissement dans le matériel, le temps passé à se former, etc. ? Est-ce que c'est un frein ? |
| 11:25 | MG-08 | Là, si je cote, c'est rentable. Je perds pas d'argent, je gagne pas d'argent. Voilà. Après, il y a beaucoup de choses en médecine générale qu'on fait pas forcément pour le côté financier, parce qu'on veut aller plus loin dans notre pratique, vous voyez. Mais voilà. Après, moi, j'ai choisi un truc qui est en leasing. À l'époque, je savais pas trop choisir. J'ai pas choisi, on m'a dit c'est pas la meilleure des machines. Mais bon, elle me dépanne quand même pas mal. Et je peux faire quand même... En fait, c'est les sondes à écho qui coûtent cher. Donc voilà. Je peux quand même faire une écho cœur. J'ai de quoi faire, une sonde pour faire une écho cœur, tout ce qui est ostéo-articulaire, abdos... Non, non, c'est pas mal. Je voulais absolument la sonde d'écho cœur, parce que là, je vais commencer. J'arrête pas de dire faut que je le fasse, mais même pour les enfants, m'entraîner pour les enfants, pour les cardiopathies, quand on suspecte un souffle, je pense qu'il y a moyen de le faire. Pour pas envoyer pour rien, je suis pas cardiopédiatre. Mais bon, c'est toujours pareil. |
| 12:28 | Investigatrice | Il faut savoir où est sa place. Et thyroïde un peu aussi ou pas ? |
| 12:32 | MG-08 | Alors, thyroïde aussi, il faut que je le fasse. Mais j'ai pas fait bien la formation dans le DIU. En fait, dans le DIU, c'est fait par des urgentistes à la base. Donc c'est plus tout ce qui va être de la médecine d'urgence. Et après, si on en veut plus pousser, thyroïde... Oui, oui. Après, il y a même des échos oculaires aussi. |
| 12:55 | Investigatrice | Oui, c'est assez spécialisé quand même. Mais donc en soi, il y a une formation générale sur laquelle on peut rajouter des modules selon ce qu'on veut faire plus ou moins. |
| 13:03 | MG-08 | Oui. De toute façon, il faut se former. Il faut toujours se former. Et c'est notre métier, de toute façon, de rester sur des axes. De rester bien... De se mettre à jour, quoi. C'est tout. |
| 13:16 | Investigatrice | Est-ce qu'il y avait d'autres freins ou limites à la mise en place de l'écho ou à la poursuite de l'écho ? Peut-être la logistique, mais on en a déjà parlé. Mais... |
| 13:23 | MG-08 | La logistique, c'est vraiment un frein. Parce qu'après, quand vous avez déjà une grosse patientèle et que vous prenez déjà votre temps avec les patients, leur dire... En fait, en médecine générale... Après, il y a des confrères qui le font très bien. Mais par exemple, le patient, il vient pour une phlébite. Je vais passer ma... Bon, je vais l'examiner. Souvent, ils viennent pas pour ce motif-là. Bref. Je vais faire l'écho. Au final, je passe beaucoup de temps, 30 à 40 minutes, au lieu de passer 15 à 20 minutes. Vous voyez ? Alors qu'en fait, il y a des confrères qui reconvoquent le patient, comme un angiologue. Vous voyez ? Moi, j'ai du mal à faire ça. Ou une suspicion de douleur à l'hypocondre droit, je vais faire mon écho. Mais pareil, 20 minutes, quoi. En plus de... Donc je suis à 30-40 minutes. C'est pas rentable, en fait, en médecine. Oui, et puis ça prend... Forcément, ça nous met en retard sur notre plage de consultation. |

| | | |
|---|---|---|
| 14:27 | Investigatrice | Et du coup, j'imagine que ça ajoute un stress. |
| 14:29 | MG-08 | C'est pour ça qu'en fait, si on fait de l'écho, soit je pense qu'il faut être connu des confrères pour qu'ils vous adressent des patients plus rapidement. Dans un point précis. Pour faire des échographies. Et si on parle de rentabilité. Et se faire des trous dans le planning pour dire, voilà, si je déborde, je peux faire un écho pour voir. Mais comment être sur qu'il y a un patient qui nécessite une écho dans la journée ou dans la semaine. |
| 14:55 | Investigatrice | Oui, et après, dans la même situation, on a toujours besoin de trous dans le planning. |
| 15:00 | MG-08 | Mais il y a toujours... Franchement, par journée, vous pouvez toujours faire une échographie, pas dans l'urgence. Mais par exemple, on parlait de la thyroïde, et que t'as un goitre chez une patiente, vous faites une échographie pour la thyroïde. Ou alors pour une hypothyroïdie ou une hyperthyroïdie, vous regardez s'il y a un nodule. Pour tous les renouvellements de traitement, j'avais appris chez le cardiologue. Ah oui, j'avais aussi étudié avec un cardiologue et un angiologue. Pour voir... D'ailleurs, c'était super sympa, parce que les cardiologues étaient super contents de nous former. Et franchement, c'était top. Après, j'ai des confrères agréables. Et l'angiologue aussi, pareil. Mais l'angiologue, c'est beaucoup plus précis que ce que nous on fait. Donc voilà. Et les freins, c'est ça. |
| 15:52 | Investigatrice | Après, il faut avoir un bon appareil, il faut savoir investir. |
| 15:56 | MG-08 | Maintenant, vous avez les V-scan à 5 000 euros, où là, c'est hyper rentable dès le début. Mais vous ne voyez pas grand-chose. Je pense que quand on fait de l'échographie, on a besoin d'avoir un appareil qui soit performant, parce qu'on est frustré. C'est comme quand vous achetez le stétho à 50 euros ou le stétho à 200 euros, c'est pareil.<br>Et sinon, je pense que c'est l'avenir en médecine G. Je crois que s'ils le mettent dans l'externat maintenant, ça va devenir obligatoire. |
| 16:24 | Investigatrice | Il y a des formations. Ils commencent à faire des formations de découverte un petit peu, mais ça va se développer davantage, je pense. |
| 16:32 | MG-08 | Et à domicile, ça paraît bête, mais les globes... Parce que mon appareil d'écho, il est portable. Les patients qui sont en suspicion de globes, c'est un coup d'écho. La petite mamie, vous ne l'envoyez pas aux urgences pour rien. Après, le globe, ça reste clinique, mais j'avoue qu'il y a des fois où on ne sait pas trop. Évitez qu'ils passent aux urgences pour rien. Et en HAD, j'ai déjà eu le cas aussi où les infirmières voulaient absolument qu'on sonde un patient en anurie, mais c'est juste qu'il se dégradait de plus en plus. Et avec l'écho, vous voyez qu'il n'avait pas de rétention d'urine. C'est juste qu'il se mettait en état de choc parce qu'il était en palliatif. Et le bladder scan, vous savez qu'ils l'utilisent dans les services. Il se trompe. |
| 17:15 | Investigatrice | Il prend tous les liquides qu'il trouve finalement. |
| 17:19 | MG-08 | Ce n'est pas aussi performant qu'une échographie. Quand j'ai commencé, on m'a toujours appris le bladder scan. Mais s'il y a de l'ascite, par exemple, non. |
| 17:30 | Investigatrice | C'est ça. |
| 17:32 | MG-08 | Après, les freins aussi, c'est être prêt à annoncer à un patient quelque chose de grave. |
| 17 :34 | Investigatrice | Oui, aller au bout de la prise en charge, biensûr. |
| 17:36 | MG-08 | Grossesse non désirée, moi j'ai eu le cas. Grossesse non désirée sous stérilet, ça aussi pareil. Il faut être prêt à gérer après, parce que vous faites le compte rendu là. On ne peut pas dire qu'on verra le dernier moment avec le confrère. |
| 18:00 | Investigatrice | Mais est-ce que du coup, dans le côté plutôt positif, ça évite aussi, par exemple, je ne sais pas si à ***, le délai d'attente pour avoir une écho est élevé, mais le patient suspecte quelque chose, on va faire son écho, ça prend deux semaines, il revient, on le renvoie chez le chirurgien, machin. |
| 18:15 | MG-08 | Oui, en fait, tout dépend du degré d'urgence. Si le patient est vraiment instable, là je ne cherche pas, je ne vais pas faire l'échographie, ça perd du temps à tout le monde. Après, par exemple, une douleur de mollet, si on ne sait pas si c'est une phlébite ou une déchirure musculaire, ça me permet quand même de ne pas lui balancer une HBPM pour rien et de majorer l'hématome s'il y en a un. Après, l'échographie, dans mon délire, c'est vachement intéressant en médecine du sport. Moi, je n'en fais pas. Normalement, un hématome important, il doit être collecté tout de suite pour un bénéfice pour le patient. Des entorses de cheville, normalement, le patient doit avoir une écho dans les 24 heures. Pour certaines entorses graves, ce qu'on ne peut pas faire. En fait, ça fait gagner du temps de récupération au patient. |
| 19:15 | Investigatrice | En fait, tout ça, c'est dans l'intérêt du patient. Et nous, dans notre prise en charge. |
| 19:26 | MG-08 | J'ai toujours eu peur, ça paraît bête, de passer à côté d'un tout petit pneumothorax sur une dyspnée. Parce que parfois, on ausculte mes patients. Bref, c'est des tout petits pneumothorax qu'on voit qu'à la radio. En fait, parfois, l'écho est déjà beaucoup plus sensible. |
| 19:39 | Investigatrice | D'accord. |
| 19:43 | MG-08 | J'avais un épanchement pleural que je n'entendais pas forcément à l'auscultation. Et là, quand j'ai fait l'écho, j'avais un bel épanchement pleural. En soi, j'ai écouté mal, mais c'est top. Enfin, pas pour le patient, mais c'est bien d'avoir un diagnostic de sa dyspnée tout de suite. |
| 20:00 | Investigatrice | C'est ça. Et puis, au moins, on peut mettre aussi un mot sur... Enfin, les patients apprécient aussi, j'imagine, de savoir qu'ils ont été pris en charge de façon globale et qu'on a une réponse à leur apporter. |
| 20:12 | MG-08 | Oui. |
| 20:14 | Investigatrice | Et il faut savoir ses limites. Parce qu'en fait, je trouve qu'il y en a maintenant... Je ne sais pas. |
| 20:18 | MG-08 | Je pense que... Oui, comme je vous dis, j'ai fait les formations DPC. Qui sont super bien faites. Franchement, j'ai adoré. Mais moi, je ne me trouvais pas légitime pour faire de l'échographie après deux jours de formation et dire que je fais de l'échographie. |
| 20:35 | Investigatrice | C'est bien en complément, mais pas suffisant peut-être. En fait, il faut en faire tout le temps. |
| 20:40 | MG-08 | Parce que moi, c'est ça, comme sur tout en fait. C'est vrai qu'on peut tout faire, mais il faut bien le faire. |
| 20:47 | Investigatrice | Bien sûr. |
| 20:53 | MG-08 | Ce n'est pas évident de placer l'échographie dans un planning. |
| 20:57 | Investigatrice | C'est ça aussi. C'est ce qui revient beaucoup de toute façon. Est-ce que vous avez d'autres choses à ajouter ? Sinon, c'est tout bon pour moi. |
| 21:02 | MG-08 | Non, je ne sais pas si vous avez d'autres questions. |
| 21:07 | Investigatrice | Je n'ai pas d'autres questions. |
| 21:11 | MG-08 | Merci beaucoup. Bon courage. De rien. Bonne soirée. Au revoir. |

# Annexe n°9 : Entretien MG-09

| Timing | Interlocuteur | Échange |
|---|---|---|
| 0 :02 | Investigatrice | Oui alors on va commencer. |
| 0 :05 | MG-09 | Ouais ça marche pas, tu me dis. |
| 0 :10 | Investigatrice | Alors du coup je prépare. Ok c'est tout bon. Bon bah c'est bon on peut commencer si vous voulez. |
| 0 :18 | MG-09 | Ouais ça marche. Bah dis-moi du coup ce que tu veux. |
| 0 :25 | Investigatrice | Bah du coup pour commencer déjà merci beaucoup d'avoir répondu présent à l'appel et puis pour l'entretien. La première question dans un premier temps c'est est-ce que vous pouvez vous présenter, quel type d'exercice vous faites, dans quel type de population, dans quelle zone, voilà. Est-ce que vous avez éventuellement des activités particulières à la médecine générale ou autres dans votre cabinet ? |
| 0 :58 | MG-09 | Ok très bien. Alors moi du coup c'est ***. J'exerce dans un milieu plutôt rural, plutôt à la campagne. J'ai pas spécialement d'activités particulières. Enfin je suis, si si je suis médecin d'une équipe de handball à côté de mon exercice de médecine générale qui est à priori plutôt classique. Voilà je suis médecin d'une équipe qui joue en national à temps partiel en alternance avec un autre de mes collègues.<br>C'est une activité que j'aime bien et sinon j'avoue que j'aime une médecine plutôt classique. Je suis un médecin retraité depuis huit ans maintenant mais je continue d'exercer en emploi cumul aux retraites parce que j'ai une passion pour mon métier et puis c'est vrai que j'aime ce que je fais. Je me vois pas arrêter et puis j'ai un peu peur aussi d'arrêter. |
| 2 :13 | Investigatrice | Ok très bien, très intéressant tout ça en tout cas. Est-ce que vous avez des diplômes particuliers, des DU ? Est-ce que vous avez fait quelque chose de particulier dans votre vie ? |
| 2 :27 | MG-09 | J'ai pas passé spécialement de DU à côté mais voilà. |
| 2 :39 | Investigatrice | Ok très bien. Alors est-ce que dans la pratique de tous les jours vous avez recours à des outils diagnostiques différents de ce que l'on peut retrouver dans des cabinets classiques ? |
| 2 :54 | MG-09 | Non pas vraiment parce que alors moi j'ai plutôt une médecine classique, ancienne et ancestrale on va dire avec la pratique de l'examen clinique qui reste quand même très primordiale pour moi. L'examen clinique est très très présent donc ça me permet de faire des diagnostics sans avoir besoin de trop de matériel particulier. Après évidemment, j'ai recours à des examens complémentaires mais plutôt de type classique comme l'imagerie, la biologie mais plutôt classique. |
| 3 :41 | Investigatrice | Ok très bien. Est-ce que vous avez recours à l'échographie dans votre pratique quotidienne ? Si oui est-ce que vous en demandez quand même beaucoup ou pas forcément ? |
| 3 :57 | MG-09 | Alors oui j'utilise particulièrement l'écho en demande d'examens complémentaires. Alors bon surtout en ostéo-articulaire j'aime bien et puis en abdopelv aussi. Les thyroïdes je demande pas mal d'écho pour les thyroïdes. Après c'est vrai que parfois je reste sur un examen clinique classique sans forcément demander d'échographie parce que les délais sont longs et puis attendre quelques semaines pour avoir une écho pour une tendinite par exemple l'intérêt est discutable quoi. |
| 4 :34 | Investigatrice | Ok ça marche et est-ce que vous avez l'impression que le recours à l'échographie a changé votre pratique et votre mode d'exercice entre le moment où vous avez commencé à exercer et aujourd'hui par exemple ? |
| 4 :51 | MG-09 | Ah oui évidemment forcément au début c'était assez peu développé on va dire on faisait quand même beaucoup d'examens radiographiques puis l'écho quand il y avait besoin on l'a beaucoup utilisé parce que moins irradiante et c'est vrai je l'utilise quand même pas mal.<br>Alors dans ma pratique quotidienne j'ai pas la chance d'avoir un appareil mais je me dis que si j'avais été dix ans en arrière peut-être qu'en fin de carrière je me serais formé et petit à petit je pense que ça aurait été un outil intéressant au quotidien ne serait-ce que pour dépatouiller un examen clinique sur lesquels on n'a pas toujours de réponse à la fin c'est vrai que ça peut être intéressant. Pour aller parfois peut-être plus loin aussi dans sa démarche diagnostique et pas voilà l'examen clinique reste la base quand on sait quand on doit orienter un patient aux urgences ou pas notamment mais c'est vrai que parfois on pourrait les orienter peut-être de façon un peu plus précise si on avait une info complémentaire quoi. |
| 5 :57 | Investigatrice | Ok donc du coup l'échographie vous l'utilisez, vous m'avez dit plutôt abdominopélvien, thyroïde et ostéo-articulaire. |
| 6 :08 | MG-09 | Ouais c'est ça moi ça va être surtout les bilans abdominaux, de douleurs abdos surtout chez les enfants. C'est vrai que chez les adultes j'ai tendance à faire des scans plus facilement et ostéo articulaire quand il y a besoin d'un bilan lésionnel notamment pour prédire la consolidation. Et ouais pas mal de thyroïde ça c'est vrai. Et puis rénovésicale aussi. Ouais ça pas mal. Après c'est vrai que ici on a quand même un délai d'obtention d'échographie qui est quand même assez long malheureusement. Du coup c'est vrai que les prise en charge des patients sont parfois retardées par cet accès à l'écho qui est quand même difficile avec des délais parfois de trois semaines, un mois donc ils reviennent. Et puis là l'écho dit il faut un scanner complémentaire et puis ils retournent faire le scanner. C'est vrai que c'est pas toujours forcément optimal dans la prise en charge quoi. |
| 7 :13 | Investigatrice | Ouais bien sûr je comprends tout à fait. Et si je vous dis le terme d'échographie clinique ciblée qu'est ce que ça évoque pour vous et qu'est ce que vous en pensez ? |
| 7 :25 | MG-09 | Alors pour moi c'est un terme que j'ai commencé à entendre quand même alors parce que je fais quand même encore quelques formations en DPC et du coup il y a quelques confrères qui en parlent. Mais c'est vrai que je m'y suis pas penchée particulièrement. Moi si on m'en parle je dirais qu'échographie clinique ciblée c'est répondre à une question précise, un peu un oui non sur une douleur abdo par exemple. Bon bah hypochondre droit, il y a des calculs, il n'y a pas de calcul. Bon je passe un coup d'écho j'ai ma réponse quoi. Pour moi ce sera un peu ça. Après j'avoue que je me suis pas assez renseignée sur le sujet pour savoir si je sais pas la cotation par exemple ou s'il y a d'autres choses qu'on peut faire avec ça. Bon voilà j'avoue je m'y connais pas tellement tellement. |
| 8 :09 | Investigatrice | Ok et pour vous du coup comme vous n'avez pas l'échographie actuellement quels sont les facteurs qui pourraient être limitants ou les freins à la mise en place de l'écho dans votre cabinet ? |
| 8 :23 | MG-09 | Bon alors c'est vrai que moi aujourd'hui je suis retraité du coup je l'ai jamais envisagé mais je suis pas très renseigné sur le sujet mais du coup un frein qui pour moi serait quasiment sûr c'est peut-être le prix, le tarif, les frais que ça engendre et la question de la rentabilité qui va se poser je pense parce qu'elle n'est pas forcément existante. En plus moi de par mon vieil âge pour que ce soit rentable enfin je pense que j'exercerai plus d'ici là. Puis après il y a le côté formation qui doit être quand même assez chronophage, ça doit prendre du temps et puis ça doit être assez précis, pointilleux, voilà je pense que ça c'est vraiment deux choses qui moi me bloquerait ou me limiterait dans mon exercice.<br>Maintenant à l'inverse c'est vrai que dans ce qui me motiverait pense que comme je l'ai dit ce serait le côté prise en charge globale du patient, aller plus loin dans ma démarche clinique, avoir une réponse au bout de la consultation. Vraiment parfois pouvoir ne pas se référer à un spécialiste ou à quelqu'un d'autre alors bien sûr dans les limites de ce qui est possible de faire et |

| | | |
|---|---|---|
| | | de nos capacités il faut savoir reconnaître quelles sont nos limites et où est-ce qu'on se situe en termes de connaissances. Mais après je pense que vis-à-vis des patients, les patients doivent quand même apprécier d'avoir une réponse à leurs questions à la fin de la consultation. |
| 9 :59 | Investigatrice | Ah oui non mais ça c'est sûr je pense que les patients ils apprécient et peut-être que ça change aussi le contact patient, la relation patient. |
| | MG-09 | Oui oui c'est sûr je pense en effet. Maintenant j'avoue que logistiquement parlant je sais pas comment font ceux qui en font mais ça veut dire pour convoquer un patient pour une écho abdo il faut qu'il soit à jeun, ça veut dire avoir des plages dédiées. Est-ce que finalement on sort pas du cadre de l'échographie clinique ciblée ? Enfin je sais pas peut-être que finalement il y en a qui font ça et hop ils sortent leur écho et ils font ça pas dans leur consulte mais c'est vrai que je pense que c'est toute une logistique supplémentaire à avoir et à mettre en place et peut-être prévenir sa patientèle aussi. Je sais pas, je sais pas si c'est vraiment une bonne idée mais ce seraient les questions que moi je me poserais en tout cas. |
| 10 :57 | Investigatrice | Ok très bien bah merci beaucoup pour cet échange très intéressant. Je sais pas si vous avez d'autres choses à ajouter dites-moi. |
| 11 :05 | MG-09 | Non bah c'était rapide voilà je pense que j'ai dit ce que je savais sur le sujet et puis bon courage pour la suite. |
| 11 :12 | Investigatrice | Merci beaucoup, bonne soirée. |

# Annexe n°10 : Entretien MG-10

| Timing | Interlocuteur | Échange |
|---|---|---|
| 0 :02 | MG-10 | Bon, bah, bonjour. |
| 0 :04 | Investigatrice | Bonjour à vous. Je commence juste mon enregistrement et puis c'est tout bon, je suis à vous. Ok, du coup, est-ce que vous pouvez vous présenter un petit peu et dans quel cas, dans quel type d'exercice vous êtes, dans quel milieu de population, comment est-ce que ça s'organise dans votre cabinet ? |
| 0 :11 | MG-10 | Alors bonjour, moi je suis docteur ***, je suis médecin généraliste installée depuis une dizaine d'années dans une campagne du sud-avénois dans un endroit où il manque beaucoup de médecins, on a beaucoup besoin.<br>Voilà, je travaille de façon assez classique en cabinet de médecine générale libérale. On est trois médecins dans le cabinet, donc c'est une maison de santé qui est à proximité du cœur du village et on est plusieurs paramédicaux aussi dans la structure avec des sages-femmes, des podologues, des psychologues, etc. Et on draine un lieu de population qui est quand même assez étendu compte tenu du manque de médecins sur le territoire, on est obligé d'aller très loin dans le bassin de population. |
| 1 :13 | Investigatrice | Ok, très bien, merci, merci beaucoup pour ça. Du coup, première question, est-ce que dans le cabinet, quels sont les outils diagnostiques que vous utilisez au quotidien ? Je ne sais pas si vous avez des choses plutôt classiques, ou est-ce que vous avez une pratique qui sort un petit peu de l'ordinaire. Et je ne sais pas si je vous ai demandé aussi, mais est-ce que vous avez une formation complémentaire dans quelque chose de particulier, ou pas forcément ? |
| 1 :43 | MG-10 | Non, moi j'exerce une médecine assez classique, la seule chose pour laquelle je me suis formée davantage, c'est la médecine pédiatrique, pour avoir une formation un peu plus complète qu'uniquement les 6 mois qu'on nous propose pendant l'internat. Et du coup, ça me sert pas mal quand même au quotidien, étant donné le déficit en pédiatre qu'il y a sur l'ensemble du territoire. Et sinon, pour ce qui est des outils diagnostiques, je ne fais pas particulièrement de médecine particulière. J'utilise plutôt tout ce qui est classique, tensiomètre, électrique, otoscope, stéthoscope, mais je n'ai pas de technologie particulière plus que ça. Je sais que si j'ai des électrocardiogrammes à faire par exemple, on l'a mutualisé dans le cabinet et du coup on l'utilise à plusieurs. Je n'en ai pas moi personnellement, mais c'est vrai que c'est toujours utile dans des troubles du rythme par exemple, ou des découvertes fortuites, des douleurs thoraciques, des choses comme ça, c'est toujours intéressant d'avoir un argument supplémentaire. |
| 3 :05 | Investigatrice | Au niveau des examens plutôt complémentaires, des diagnostics, vous utilisez quoi en majorité dans votre pratique quotidienne ? |
| 3 :15 | MG-10 | C'est vrai que pour le coup, au quotidien, je demande quand même beaucoup d'examens complémentaires, notamment IRM et radiographie, des bilans sanguins, plutôt à type de prévention que de diagnostic. Et pour les imageries, c'est vrai que j'ai la radio plus facile, radio et écho plus facile, parce que plus facile d'accès sur le territoire. L'IRM, on arrive à avoir des plages, mais c'est quand même compliqué. C'est vrai que j'ai tendance à préférer l'IRM plutôt que le scanner, je ne sais pas vraiment pourquoi, mais je demande très peu de scanner. (3 Au final, si, peut-être pour la sphère ORL et pour l'abdominopelvien, quelques scanners thoraciques vraiment en fin de prise en charge par exemple, mais plutôt écho. J'avoue que je demande pas mal d'écho quand même, parce qu'il y a ce côté non irradiant pour le patient qui est quand même assez intéressant.<br>Maintenant, c'est vrai qu'il faut avoir des bons échographistes et que ce n'est pas toujours le cas. Nous, on a un cabinet à côté, un centre, une clinique qui propose de l'échographie qui est quand même très bien. Ils font de l'écho guidée, de l'infiltration guidée sous écho. Ils font pas mal de choses et c'est vrai que ça, c'est pas mal de l'avoir dans la poche. Et on peut aussi les solliciter pour les suspicions de phlébites, etc., ce qui est quand même confortable pour nous quand l'angiologue n'est pas disponible. |
| 5 :08 | Investigatrice | Ok, merci pour cette réponse qui est assez complète.<br>Est-ce que si je vous dis par exemple échographie clinique ciblée, est-ce que vous en avez déjà entendu parler ? Qu'est-ce que ça vous dit ? Qu'est-ce que vous pourriez assimiler à ce terme ? |
| 5 :28 | MG-10 | Alors moi, c'est vrai que échographie clinique ciblée, je l'ai aussi entendu sous le terme de échoscopie. Je rattache ça plutôt au terme vulgairement d'échographie de débrouillage, on va dire. Plutôt répondre à une question on-off, je veux une réponse oui-non, et pas comme examen complémentaire complet. Peut-être que je me trompe, mais en tout cas c'est comme ça que moi je le vois. Aujourd'hui j'avoue que j'ai pas de connaissances qui pratiquent ça. C'est encore assez peu répandu je pense sur notre territoire, ou alors j'en ai pas la connaissance, mais c'est vrai que pour le moment j'ai pas de confrères qui utilisent ou qui a utilisé ça.<br>Mais c'est vrai qu'il y a quelques labos qui commencent à nous démarcher pour en parler, notamment sur les petites sondes d'écho qu'on peut relier à son iPad ou son iPhone. Je sais pas trop ce que ça vaut, est-ce que c'est vraiment utile, est-ce que c'est un intérêt ? Je me suis pas trop penchée sur le sujet, mais c'est vrai que c'est un questionnement que j'ai. Après moi ça fait que dix ans que j'exerce, je pense que ma façon de pratiquer elle va encore évoluer dans les années à venir.<br>Et c'est vrai qu'en effet je pense que c'est un sujet sur lequel je vais me pencher. |
| 6 :50 | Investigatrice | Ah ça on verra ahah. |
| 6 :51 | MG-10 | Bon il y a l'arrivée de l'IA aussi qui fait que peut-être que je sais pas, moi dans quelques années on aura des sondes connectées à l'IA qui nous diront quelle quantité de liquide il y a, qu'est-ce que c'est comme diagnostic, pourquoi pas, pourquoi pas. |
| 7 :07 | Investigatrice | Ah oui c'est un vrai sujet l'IA aussi… |
| 7 :08 | MG-10 | Mais c'est vrai que j'avoue que peut-être une formation initiale, une formation universitaire dans ce domaine là ça pourrait être intéressant pour qu'on ait tous et toutes, après voilà ça dépend de l'outil, mais une idée de comment s'aider de cet outil là. Après écographie clinique ciblée ça veut dire qu'on cible quelque chose, est-ce qu'on passe pas à côté d'autre chose en disant bon bah c'était pas ce que je cherchais, j'ai pas vu. Je pense que ça on peut pas se permettre, mais c'est sûr que nous sur notre territoire compte tenu de l'afflux de patients, la demande qu'il y a, il y a une double question, il y a la question de est-ce qu'on pourrait prendre ce temps de faire une échoscopie aux patients sur le temps de la consultation, sachant que les consultations sont déjà assez chargées et assez complètes. Est-ce que si on reconvoque le patient on sort plus du cas de l'échoscopie puisqu'on vient en faire une échographie presque et que c'est pas vraiment le principe ? Donc ouais c'est une question, est-ce que logistiquement, organisationnellement, parlant, c'est pas trop compliqué à mettre en place. Faudrait que je me renseigne peut-être auprès de confrères ou de consoeurs qui le font ou qui l'ont fait, mais ça peut forcément être utile et apporter quelque chose à la consultation, ça j'en doute pas, au contraire. |
| 8 :46 | Investigatrice | Est-ce que cet aspect de trouver quelque chose auquel vous ne vous attendiez pas peut être un frein ? |
| 8 :50 | MG-10 | Maintenant il y a cet aspect aussi de responsabilité que ça engage, est-ce qu'on n'est pas trop responsables ? Ça c'est une vraie question. |
| 8 :57 | Investigatrice | Ouais en effet ça c'est une question de la responsabilité dans la réalisation de l'échoscopie et c'est un sujet qui est encore assez flou d'ailleurs auprès des institutions parce qu'il n'y a pas réellement de texte qui régit ça, les assurances sont pas encore ok, les textes sont pas très clairs avec ça, c'est vrai que c'est un sujet qui va tendre à évoluer je pense. |

| | | |
|---|---|---|
| 9 :23 | MG-10 | Oui c'est sûr à évoluer et puis il y a le côté rentabilité, on va pas se mentir. Est-ce que l'achat de l'appareil, j'imagine que les coûts de l'appareil ont quand même vachement baissé ces dernières années, mais est-ce que le coût de l'appareil est intéressant par rapport, ne serait-ce que pour la société, au nombre d'examens complémentaires demandés par la suite de la réalisation de ces échoscopies ? Je pense qu'on n'a pas encore assez de recul aujourd'hui pour savoir si c'est rentable pour la sécu, en tout cas pour nous je pense qu'il ne faut pas le faire dans cet intérêt, il ne faut pas le faire dans l'intérêt d'être rentable, parce que par définition l'échoscopie ne se cote pas aujourd'hui, enfin à ma connaissance, et donc ça veut dire qu'on prend du temps sur une consultation pour faire quelque chose qui ne sera pas forcément rentable, il n'y aura pas de rentrée d'argent en conséquence de ça, donc ouais, c'est une vraie question. Maintenant dans quel contexte s'en servir ? C'est vrai qu'il y a quelques fois où je me dis là j'aurais bien mis un coup d'écho, la chose qui me vient à l'esprit tout de suite c'est quand même la thrombose veneuse profonde, c'est le truc où on se dit il est vendredi soir, bah ouais j'ai pas d'accès à l'angio là tout de suite, si j'avais mon coup d'écho je me dirais bon bah voilà, j'ai des arguments pour l'anticoagule et il va quand même voir son angio derrière, mais au moins j'ai eu mes petits arguments pour dire que c'était ça. |
| 10 :53 | Investigatrice | Est-ce que ça change vraiment la prise en charge du patient ? |
| | MG-10 | Je suis pas sûre, mais est-ce que ça nous conforte dans notre prise en charge ? Sûrement. Après les autres choses qui me viennent à l'esprit c'est tout ce qui va être calcul, alors est-ce qu'une douleur hypochondre droite ? Bah oui, ouais, il y a des calculs, maintenant est-ce que c'est assez précis pour dire c'est dilaté, c'est pas dilaté, je sais pas. Et puis peut-être dilatation des cavités piello-calicielles, colic néphritique, avoir des arguments supplémentaires pour avancer ça. Après moi je sais que ça m'intéresse beaucoup la médecine du sport, la médecine traumatique, j'avoue que parfois je me dis que l'écho dans l'ostéo-articulaire c'est quand même pas mal, mais je pense qu'il faut une vraie formation et qu'il faut être précis dans ce qu'on avance pour l'ostéo-articulaire et que juste une sonde reliée à l'IA sera pas forcément suffisante, en tout cas pour le moment. |
| 12 :17 | Investigatrice | Ok, très bien, est-ce que vous voyez d'autres choses à ajouter ? Est-ce que vous avez l'impression que ça pourrait changer par exemple votre relation au patient, votre façon de mener la consultation peut-être par exemple ? |
| 12 :34 | MG-10 | Oui bah forcément je pense que ça changerait la façon de mener la consultation parce que déjà en terme organisationnel il faudrait prévoir ce temps éventuel à la réalisation de l'échoscopie, maintenant c'est vrai que le patient serait peut-être, il y a une forme de réassurance de dire bon bah voilà j'ai posé un vrai diagnostic entre guillemets, c'est pas une supposition, j'ai confirmé mon diagnostic et du coup je vous traite en connaissance de cause et en étant sûre de ce que je vous avance, ça je pense que vis-à-vis du patient c'est quelque chose qui est hyper grave, ça met une relation de confiance entre les deux, maintenant ça peut être à double tranchant dans le sens où si en fait on fait l'échoscopie et puis qu'on se rend compte que finalement on n'avance pas, on sait pas ou on sait pas interpréter les images qu'on voit, est-ce que le patient reste pas sur sa faim en se disant bon bah j'ai eu ça mais j'ai pas eu de réponse ? Je pense qu'il faut, c'est comme toute chose, on fait bien que ce qu'on fait souvent donc il faut pratiquer, pratiquer et puis peut-être se former aussi alors, |
| 13 :30 | Investigatrice | C'est vrai que la question de la formation est complexe aussi … |
| 13 :39 | MG-10 | je pense qu'il y a quelques formations pas forcément officielles entre guillemets mais quelques formations officieuses peut-être en e-learning ou des choses comme ça pour avoir quelques bases, j'avoue que je ne sais pas du tout ce que ça donne, je me suis pas renseignée mais pourquoi pas, ça peut être quelque chose d'intéressant. |
| 14 :04 | Investigatrice | Ok très bien, merci beaucoup pour votre réponse et puis bonne continuation à vous. |
| 14 :06 | MG-10 | Merci, à bientôt. |

# Annexe n°11 : Entretien MG-11

| Timing | Interlocuteur | Echange |
|---|---|---|
| 0 :01 | MG-11 | Bonjour |
| 0 :02 | | Bonjour à vous |
| 0 :04 | MG-11 | Comment ça va ? |
| 0 :06 | Investigatrice | Ça va très bien, merci et vous ? Je mets juste en place tout ça et puis on peut commencer. |
| 0 :20 | MG-11 | Ok, très bien, dis-moi tout, je t'écoute. |
| 0 :24 | Investigatrice | Déjà, première question assez simple. Est-ce que vous pouvez peut-être vous présenter, savoir dans quel type de cabinet vous exercez, dans quel type de population, quel type de patientèle vous avez, et peut-être si vous avez des activités annexes particulières, en dehors de la médecine générale classique, on va dire. |
| 0 :59 | MG-11 | Ça marche. Moi, du coup, je suis docteur ***. J'exerce en milieu, on va dire, semi-rural, en périphérie lilloise quand même. On va dire que c'est un peu le dortoir lillois.<br>Donc une patientèle qui est quand même assez dynamique. Voilà. Du coup, moi, j'exerce la médecine, on va dire, assez classique.<br>Je n'ai pas particulièrement de DU particulier, ni de formation très précise annexe. Mais par contre, j'ai développé dans mon cabinet l'utilisation de la spirométrie, que j'utilise quand même pas mal. J'ai un ECG, que j'utilise principalement dans les douleurs tôt et les troubles du rythme au cabinet.<br>Et là, récemment, j'ai investi dans un échographe portatif que je peux relier à ma tablette. Et ça, c'est assez récent. On va dire que ça fait peut-être six mois que je l'ai.<br>C'est vrai que je prends encore mes marques avec, mais c'est un petit outil sympa avec lequel on s'amuse bien. |
| 2 :34 | Investigatrice | Ok, très bien, c'est cool. Du coup, vous allez pouvoir… On va pouvoir discuter un peu d'écho, tout ça, et c'est sympa. Du coup, dans un premier temps, est-ce que depuis que vous, comme c'est récent, on va plutôt se baser là-dessus. Mais est-ce que peut-être la question de base, est-ce que vous utilisiez avant l'échographie en ville, l'échographie classique de façon quotidienne ou hebdomadaire? Et est-ce que le fait d'avoir investi a changé votre façon de peut-être prescrire les échos ou d'y avoir recours dans votre pratique de tous les jours? |
| 3 :34 | MG-11 | Oui, forcément, ça a complètement changé ma façon de consulter, je dirais même, parce qu'on va dire qu'avant, je pouvais demander, je ne sais pas, peut-être entre trois et cinq échos par semaine en ville. Bon, alors nous, l'avantage d'ici, c'est qu'on a quand même l'accès facile à l'écho, donc je n'avais pas trop de mal à la prescrire, surtout que c'est quand même un examen qui est non invasif, qui est non irradiant. C'est vrai que c'est quand même facile de le réaliser. Les patients sont quand même beaucoup moins réticents, je trouve, en tout cas. C'est vrai que j'avais tendance à le prescrire assez facilement. Après, c'est aussi pour ça que je m'y suis intéressée et que ça me questionnait de l'avoir dans mon cabinet, parce que je voulais aller plus loin dans la prise en charge de mes patients et compléter un peu mon arsenal diagnostique. C'est vrai que depuis que je l'ai depuis six mois, alors c'est vrai que les deux premiers mois, j'ai quand même eu beaucoup de mal à le sortir, parce qu'en fait, j'étais pas rodée. C'était une logistique quand même. Je ne savais pas si je le laissais à disposition ou si je le rangeais. Mais du coup, après, quand il faut le sortir, bon, alors c'est très rapide, ça se branche sur la tablette, hop, voilà. Mais c'est vrai qu'il faut prévoir que tout est de la batterie, tout soit branché, tout ça. Bon, ça se fait. Maintenant, j'ai trouvé le truc et je le laisse sorti. Et les patients, alors il y a quand même peu de patients qui sont au courant, parce que je ne le sors pas à toutes les consultations, mais ceux qui l'ont vu sont quand même très contents de se dire, c'est intéressant que je vous ai dit ça, c'est marrant. Ils voient ça comme un jouet en plus, on va dire, donc c'est cool, c'est chouette. Et c'est vrai que du coup, j'ai l'impression de moins prescrire d'écho, peut-être. Donc, c'est chouette parce qu'on y reviendra après, je pense, mais c'est vrai que moi, je ne code pas du coup. Donc, c'est intéressant. Je ne me sens pas légitime de côté parce qu'avec l'appareil que j'ai actuellement, je ne peux pas faire des échographies aussi qualitatives que ce que je voudrais. |
| 6 :05 | Investigatrice | Oui, je comprends. Et puis après, peut-être que ça évoluera au fur et à mesure. C'est peut-être le début, mais peut-être qu'un jour, vous aurez envie d'un autre échographe qui soit, entre guillemets, plus performant. |
| 6 :20 | MG-11 | Ah oui, c'est sûr que là, c'est le premier que j'ai et j'ai pris celui qui était, entre guillemets, meilleur rapport qualité prix, mais de base, on va dire. Mais c'est vrai que par la suite, peut-être que si logistiquement, j'arrive à le faire rentrer dans mes consultations et puis même à m'y prendre de passion aussi, aimer ça, etc., c'est sûr que j'investirais dans celui du dessus, peut-être, et peut-être aussi me former sur d'autres appareils anatomiques, je veux dire, d'autres régions que je n'ai pas encore explorées aujourd'hui. C'est vrai que par exemple... |
| 6 :59 | Investigatrice | Oui, d'ailleurs, très bonne question.<br>Vous l'utilisez ? Dans quel cadre l'échographiez-vous dans votre cabinet ? |
| 7 :10 | MG-11 | Du coup, c'est ça. Moi, par exemple, je ne fais pas du tout de thyroïde. Je n'y suis pas formée. J'ai un peu l'appréhension de tomber sur quelque chose et de ne pas savoir quoi diagnostiquer, alors je me dis que non. Je fais du Doppler. Pour l'instant, je n'ai pas encore diagnostiqué de phlébite, mais je me dis que si un jour j'arrive à le faire, ce sera chouette pour le patient et chouette pour moi.<br>Je fais quand même pas mal d'uro-dig. Avec la sonde que j'ai là, le bladder, il est facile. C'est vrai que quand je vais en VAD, c'est quand même sympa de l'avoir, surtout chez les petits vieux. Je fais tout ce qui va avec lithiase, colique hépatique, colique néphrétique. J'avoue que c'est pas mal. C'est assez simple.<br>Ça permet de voir une image. On est content de l'avoir eue et c'est chouette. Après, j'aimerais me pencher aussi sur la fonction cardiaque. Là, pour l'instant, je n'ai pas encore fait. L'autre truc que j'aimerais beaucoup faire, mais là, il faut que je change d'appareil, c'est de l'ostéoarticulaire. Pourquoi pas me former sur les infiltrations ? J'aimerais beaucoup l'infiltration sous écho. Ça, ça peut être intéressant. |
| 8 :38 | Investigatrice | Ok, très bien. C'est hyper intéressant, en tout cas. Est-ce que vous faites, par exemple, sur des masses, sur des tuméfactions ? |
| 8 :48 | MG-11 | En vrai, les masses, soit ça reste clinique pour moi, soit j'envoie au radiologue pour avoir une mesure quand même précise pour le chir, avoir un truc un peu cadré et pas lui envoyer en mode il y a une hernie, mais je ne sais pas quelle taille, je ne sais pas où elle est collée. Après, moi, c'est vrai que je passe un coup d'écho dessus. Je sais que c'est du contenu digestif. J'ai mon diagnostic, mais de toute façon, il faut que je le confirme. |
| 9 :25 | Investigatrice | Ok, très bien. Du coup, si je vous parle d'échoscopie ou d'échographie clinique ciblée, ça vous parle forcément ? |
| 9 :31 | MG-11 | Ah oui, oui. Moi, clairement, je pratique l'échographie clinique ciblée. J'avais regardé des articles. En fait, c'est ça qui m'avait un peu mis l'eau à la bouche, si on peut dire. C'est que dans les pays anglo-saxons, ça se fait quand même beaucoup l'écho au lit du patient, pas cadré comme on peut l'avoir dans les sociétés de radiologie. Enfin, pas cadré dans le sens où on n'est pas obligé d'avoir telle coupe, telle coupe, telle coupe. Je me pose une question.<br>Je voudrais une réponse rapide. Je sors mon appareil. Hop, j'ai ma réponse. |

| | | |
|---|---|---|
| | | Ou pas. Des fois, on n'a pas la réponse. C'est tout. Mais quand on l'a, c'est vrai que c'est quand même chouette de se dire, et pour nous, et pour le patient, qu'on a une réponse à sa question et que notre prise en charge est orientée avec des faits avérés. Moi, je fais plutôt de l'échoscopie que de l'échographie. Mais du coup, c'est la question. Moi, je fais de l'échoscopie. Actuellement, je ne côte pas parce que l'échoscopie, ce n'est pas reconnu. Ce n'est pas rentable l'échoscopie.<br>On le fait pour notre plaisir, clairement. Mais je ne me vois pas. Je pourrais faire des comptes rendus avec les quelques formations que j'ai, mais avec l'appareil que j'ai aujourd'hui et la formation que j'ai, je ne m'en sens pas spécialement légitime. |
| 11 :06 | Investigatrice | Ok, très bien. Du coup, vous parlez de la cotation qui, du coup, semble être un frein pour vous. Est-ce que vous avez d'autres facteurs limitants, d'autres freins à la mise en place de l'échographie au cabinet ? |
| 11 :25 | MG-11 | Alors moi, j'avoue que je me suis un peu lancée à corps perdu dans le truc en me disant je vais l'acheter et je verrai comment je le mets en place. Je pense que du coup, actuellement, les prix sont quand même devenus abordables. Donc ça, ça ne l'était plus. Peut-être qu'il y a 15 ans, je me serais posé davantage de questions. Mais là, c'est vrai qu'on allait pour 5000 euros. On a un petit appareil relié à sa tablette. On est content. Voilà, ça, c'est le truc. Donc pour moi, le prix, ce n'était pas vraiment un frein. Peut-être que si je m'étais posé plus de questions avant de l'acheter, je ne l'aurais pas acheté. Mais logistiquement parlant, c'est vrai qu'il faut le prévoir. Alors moi, j'avoue que je n'ai pas de place dédiée à ça. C'est vraiment l'appareil que je sors en consulte et je passe mon coup d'écho. Maintenant, ça fait clairement prendre du retard sur des consults. En fait, en un quart d'heure, c'est impossible d'exposer le problème du patient, faire son examen clinique, son interrogatoire et le patient qui rajoute une donnée et machin, tout ça. Sortir son échographe, passer le coup d'écho, être sûre de ce qu'on voit ou ce qu'on ne voit pas. Enfin, en un quart d'heure, c'est impossible, clairement. Alors moi, j'ai pris le parti de mettre des trous dans mon agenda, de faire un trou dans la matinée et puis un trou dans l'après-midi. Soit je l'utilise pour faire de l'administratif, soit je l'utilise pour faire mon écho. En gros, c'est un peu ça. Ou pour rattraper le retard. Après, les jours où il y a plus de retard, les jours où il y en a moins, c'est tout. J'ai pris ce parti-là. Bon.<br>Après, dans les freins, je dirais peut-être la peur de tomber sur quelque chose qu'on ne maîtrise peut-être pas. Alors, pas qu'on ne maîtrise pas, mais quelque chose qui, du coup, relèverait... Je n'ai pas d'exemple concret, mais si, par exemple, découverte d'une grossesse non-désirée ou mort foetale in utero, il faut gérer le doss' derrière. Ça ne m'est pas arrivé. J'avoue que je suis frileuse sur la gynéco, surtout l'obstétrique, parce qu'en termes de médico-légal, je ne suis pas sûre qu'on soit très carrés. Et puis, en termes de responsabilité derrière, il faut quand même se mouiller. Donc, je ne fais pas particulièrement d'écho.<br>Si, gynéco, non. En vrai, gynéco, je n'en ai pas fait. Mais obstétrique, je n'en ferai pas du tout, je pense. |
| 14 :19 | Investigatrice | Ok, très bien. Après, c'est sûr. Et du coup, là, c'était des facteurs limitants, mais plutôt dans les motivations. Qu'est-ce qui vous a motivé à le mettre en place au cabinet ? |
| 14 :32 | MG-11 | Alors, moi, écoute, je me suis un peu lancée à corps perdu dans le truc, donc je n'ai pas trop réfléchi. Mes motivations, c'était vraiment ça, c'était de me dire, punaise, des fois, j'en vois, alors que je pourrais aller plus au bout de ma prise en charge, ou je pourrais envoyer quand même, mais avec un diagnostic plus précis. Et puis, du coup, on a l'air moins bête parfois. Donc, ça, c'était vraiment le truc. Et puis, on ne va pas se mentir, le côté... Déjà, ça ajoute un geste à la médecine générale. Moi, c'est vrai que j'aimais beaucoup, quand j'étais interne, faire des gestes, avoir quelque chose qui change. Je trouve que ça dynamise les consultations. C'est vraiment trop chouette. Les patients apprécient aussi.<br>C'était ça, mes principales motivations. Clairement, je ne l'ai pas fait pour l'argent, parce que sinon, on ne le fait pas. Mais ouais, c'était plus pour le kiff, on va dire. |
| 15 :28 | Investigatrice | Ok, très bien. Et aujourd'hui, du coup, vous regrettez votre achat ? Vous dites que si vous aviez posé plus de questions, vous ne l'auriez pas forcément acheté, mais est-ce que vous regrettez ? |
| 15 :40 | MG-11 | Non, aujourd'hui, je suis hyper contente de l'avoir fait. Je n'ai aucun regret.<br>D'ailleurs, si c'était à refaire, je le ferais, clairement. |
| 15 :49 | Investigatrice | Ok, très bien. Merci beaucoup pour cet entretien. Merci d'avoir pris du temps. Je ne sais pas si vous avez d'autres questions. |
| 15 :53 | MG-11 | Non ça va, c'est tout bon. |
| 15 :59 | Investigatrice | Merci. Ok, je vous laisse. Je vous souhaite une bonne soirée. |
| 16 :02 | MG-11 | Merci beaucoup. Bonne soirée. Au revoir. |

**AUTEURE : Nom : JAGIELSKI** **Prénom : Chloé**

**Date de soutenance : 15 septembre 2026 à 16h**

**Titre de la thèse :** Utilisation de l'Échographie clinique ciblée (ECC) en médecine générale dans les Hauts-de-France en 2026 – Étude qualitative par entretiens semi-dirigés

**Thèse - Médecine - Lille 2026**

**Cadre de classement :** *Médecine Générale*

**Mots-clés :** *Échographie Clinique Ciblée ; Médecine Générale ; Hauts-de-France ; Soins primaires*

**Résumé :**

**Contexte :** La médecine générale, socle du système de soins, est confrontée à la saturation de l'offre d'imagerie médicale. La complexification du parcours de soins, évolue vers une autonomie décisionnelle accrue. L'échographie clinique ciblée (ECC), pratiquée au chevet du patient comme un prolongement de l'examen clinique, s'impose comme une réponse pragmatique, bien que son intégration se heurte à des incertitudes réglementaires et à un manque de formation adaptée. Cette étude interroge les pratiques, perceptions et attentes des médecins généralistes des Hauts-de-France concernant l'ECC en 2026.

**Méthode :** Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de onze médecins généralistes des Hauts-de-France. Les données, analysées thématiquement avec le logiciel NVivo, ont été traitées selon une démarche réflexive et structurées selon la grille COREQ. La saturation a été atteinte à neuf entretiens et confirmée par deux supplémentaires.

**Résultats :** Les résultats confirment un enthousiasme marqué pour l'ECC, perçue comme un outil de « débrouillage » binaire indispensable, notamment pour l'exploration abdominale, urologique, vasculaire et ostéo-articulaire. Les bénéfices rapportés incluent une fluidification du parcours de soins, une amélioration de la précision diagnostique et un renforcement de la relation médecin-patient. Toutefois, des freins structurels persistent : le caractère chronophage de l'examen en consultation, l'absence de valorisation financière de l'acte et le flou médico-légal. L'inadéquation des formations actuelles, jugées trop académiques, génère une crainte d'iatrogénie diagnostique et de surdiagnostic. L'intelligence artificielle embarquée est identifiée comme un axe de développement pertinent pour sécuriser la pratique.

**Conclusion :** L'ECC s'affirme comme un prolongement naturel du stéthoscope, répondant aux défis organisationnels de la médecine ambulatoire. Son intégration pérenne nécessite une évolution pédagogique vers des formations courtes basées sur la simulation et le compagnonnage, ainsi qu'une reconnaissance institutionnelle dépassant le clivage avec l'imagerie conventionnelle. L'adoption de l'ECC doit rester centrée sur la question clinique initiale pour éviter toute dérive vers une médicalisation excessive.

**<u>Composition du Jury</u> :**

**Président : Pr CHAZARD Emmanuel**

**Assesseurs : Dr WILLEMS Ludovic**

**Directeur de thèse : Dr FICHEUX Guillaume**